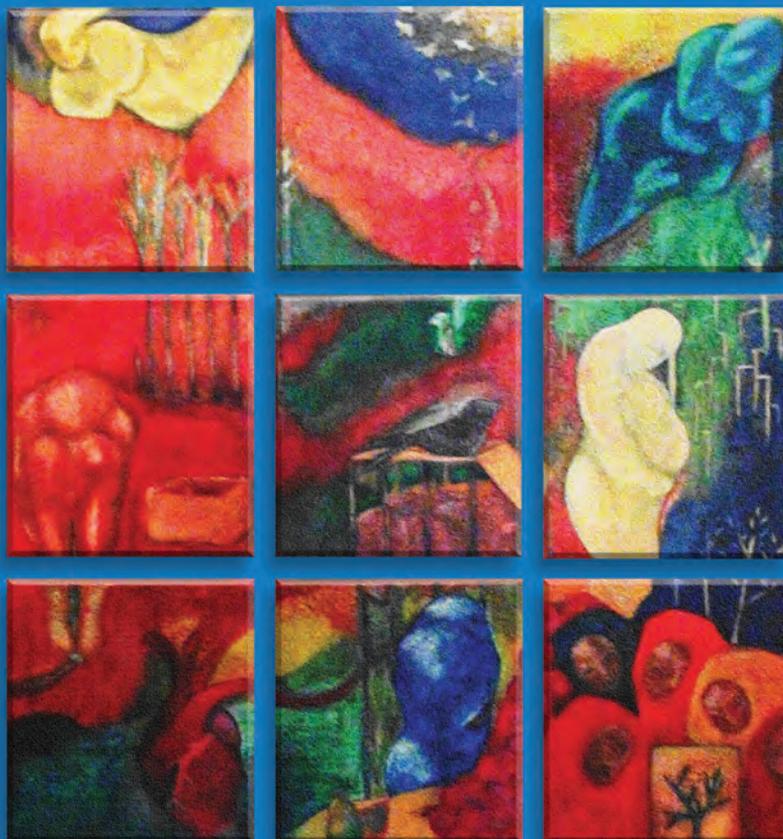


SALUD MENTAL PERINATAL



J. Martín Maldonado-Durán



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

SALUD MENTAL PERINATAL

J. Martín Maldonado-Durán



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud, 2011
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

Organización Panamericana de la Salud.
Salud Mental Perinatal
Washington, D. C.: OPS, © 2011.

ISBN 978-92-75-33249-8

I Título

1. ATENCIÓN PERINATAL
2. SALUD MENTAL
3. ESTRÉS PSICOLÓGICO
4. SERVICIOS DE SALUD METERNO-INFANTIL
5. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO - psicología
6. DEPRESIÓN POSPARTO
7. SERVICIOS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL

NLM WQ 240

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etcétera^{3/4} sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Este libro está especialmente destinado a los estudiantes, trabajadores y profesionales de salud en América Latina. Se distribuye a través del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales del Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas para la promoción de la salud de sus habitantes, y de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación. Se deja constancia de que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

Introducción

Desde los albores de la historia de la psiquiatría, se ha sabido que el nacimiento de un hijo puede acarrear complicaciones psiquiátricas. Hipócrates mismo describió brevemente ocho casos de sepsis puerperal o post-aborto acompañados de delirium.

En el año 1551 João Rodríguez de Castelo Branco (Amatus Lusitanus), un médico portugués que trabajaba en Roma, describió la melancolía puerperal. En el año 1614 Luis de Mercado, médico de los reyes Felipe II y Felipe III de España, describió un caso de psicosis post-ecláptica.

Desde los finales del siglo XVI y en el siglo XVII, los expertos alemanes en Rechtsmedizin (medicina legal) produjeron múltiples estudios sobre el escabroso tema del neonaticidio, tan prevalente en Europa durante varios siglos. En el año 1757 un médico inglés describió en los Proceedings of the Royal Society, obsesiones de infanticidio. Esta fue la primera mención de un grupo de trastornos de ansiedad que ahora incluyen la tocofobia, el pánico puerperal, fobia hacia el bebé, miedo patológico de muerte súbita del niño, dismorfofobia pre y post-parto, el trastorno por estrés post-traumático y el trastorno querulante (litigioso) que pueden ser consecuencia de un parto traumático.

Otro médico inglés, Kirkland, describió el delirium de la parturienta en el año 1774, el primer atisbo de que los tormentos del trabajo de parto pueden llevar a obnubilación de la conciencia, actos de desesperación y de rabia, y aún al coma.

En el año 1797 el obstetra alemán Osiander describió la manía puerperal. En los siglos XIX y XX, se han descrito otras quince formas más de psicosis, que ocurren durante el embarazo, parto o el puerperio, terminando con la descripción japonesa de la psicosis hiperamonémica en el año 1980.

Durante este mismo periodo cada vez ha resultado más claro que el proceso psicológico central, establecer una relación con el bebé, puede estar gravemente alterado, lo que dar lugar a un rechazo extremo del bebé, maltrato emocional prolongado, golpearlo y hasta el filicidio.

En el momento presente nos confrontamos con una gama de trastornos post-parto que son un reto para la habilidad diagnóstica de los profesionales de la salud mental, pero también hay un amplio arsenal de estrategias terapéuticas específicas.

En respuesta a esta complejidad, y los problemas de proveer tratamiento psiquiátrico para una madre que está abrumada por el cuidado de los niños, los psiquiatras actuales están prestando atención especial a la psiquiatría de la maternidad. Un psicoanalista, Tom Main, tomó la iniciativa en el año 1946, de ingresar a ambos, madre e hijo a una sala psiquiátrica hospitalaria. Esto catalizó el desarrollo de una nueva especialidad (psiquiatría perinatal o madre-bebé). La principal idea es formar equipos especializados multidisciplinarios para atender a varios millones de habitantes. Estos equipos pueden llevar a cabo el tratamiento de los casos más graves y resistentes, entrenar estudiantes y personal de diversas disciplinas, establecer servicios, realizar investigación y ayudar a aquellas madres que enfrentan problemas médico-legales.

Los recursos de estos equipos pueden o no incluir servicios de atención comunitaria, hospitales de día o unidades de internamiento. Los equipos especializados de esta naturaleza se han desarrollado particularmente en Alemania, Australia, Gran Bretaña y Francia. Pero también existen en la India y en Sri Lanka. Pero no es sorprendente que aún no se hayan difundido en Latinoamérica, donde las naciones luchan con una gran pobreza.

No obstante, es el momento de progresar. Las dieciocho naciones hispanoparlantes de América del Sur y Central, con más de 350 millones de habitantes procrean más de 11 millones de niños cada año, un número igual al de todos los nacimientos de Europa y Norteamérica juntos. No tenemos cifras de la frecuencia de complicaciones, pero se sabe que el embarazo no deseado es un problema en Colombia, Cuba, Ecuador, México, Perú y la República Dominicana, y es probable que sea común en naciones que prohíben o desaprueban marcadamente el aborto. Esto conlleva un aumento en el riesgo de varias formas de psicopatología.

La tasa de mortalidad materna es alta en los dieciocho países excepto Cuba. Es mayor de 50 casos por 100.000 nacimientos en Argentina, México, Panamá y Uruguay y de más de 100 casos por 1.000 nacimientos en el resto de países.

Un número de países actualmente contribuyen a la literatura sobre los trastornos relacionados con la maternidad: Argentina, Chile, El Salvador, México y Venezuela, donde se han publicado artículos y tesis sobre psicosis puerperal. En Colombia, Chile, Perú y México se han publicado artículos sobre otros trastornos post-parto. Argentina, Bolivia, Colombia, Chile y México han producido reportes sobre el maltrato al menor, y en Argentina, sobre el neonaticidio criminal. Entonces hay una literatura en que se puede fundamentar la creación de los servicios correspondientes.

El desafío es enorme, pero podemos ser optimistas. La ignorancia, el pesimismo ya no se justifican. Estamos en una posición mucho más sólida para comprender lo que están padeciendo estas mujeres con trastornos y para intervenir eficazmente. Actualmente se puede hacer mucho para restablecer su salud mental plena. Todo esfuerzo que hagamos para mejorar el bienestar y el ánimo de las madres es una contribución a la vida de la familia y la salud de la generación siguiente.

Ian Brockington

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y EMOCIONALES DURANTE

EL EMBARAZO NORMAL Y LA CONDUCTA DEL FETO..... 1

Las necesidades nutrimentales de la futura madre	1
Necesidad de micronutrientes.....	3
<i>Calcio y otros elementos</i>	3
<i>Vitaminas</i>	3
Cambios y ajustes emocionales durante el embarazo.....	4
La transición hacia la maternidad.....	4
Las capacidades cognoscitivas y conductuales del	
feto y sus implicaciones	9
El sistema nervioso.....	10
Funcionamiento visual.....	11
Funcionamiento auditivo.....	12
El tacto.....	14
Percepción del movimiento (vestibular).....	14
Percepción gustativa.....	14
Conducta motriz.....	15
Movimientos respiratorios.....	16
Referencias.....	17

CAPÍTULO 2.

FENÓMENOS DE “PROGRAMACIÓN” IN ÚTERO:

ALTO NIVEL DE ESTRÉS PSICOSOCIAL

Y DESNUTRICIÓN DURANTE EL EMBARAZO 21

Alto estrés psicosocial durante el embarazo.....	21
Situaciones de estrés y su percepción.....	22
Los efectos del estrés excesivo	23
<i>Aborto espontáneo</i>	23
<i>Prematurez</i>	23
<i>Preeclampsia</i>	24
<i>¿Variaciones congénitas?</i>	24
<i>Bajo peso al nacer</i>	25

Efectos de “programación” del feto in útero	25
<i>Estrés, ansiedad y “programación” del feto</i>	25
Efectos de elevado estrés psicosocial a largo plazo.....	27
Desnutrición in útero	28
Causas de desnutrición intrauterina.....	30
El síndrome X como consecuencia del bajo peso al nacer.....	30
<i>Fisiopatología</i>	32
Deficiencia de otros nutrientes	33
Consecuencias a largo plazo en la salud mental	33
Implicaciones para intervención	34
Referencias	37

CAPÍTULO 3.

EL PAPEL DEL PADRE EN LA ETAPA PERINATAL..... 45

Aspectos biológicos de la conducta paterna	46
Factores culturales en la conducta paterna	47
La conducta del futuro padre durante el embarazo	48
Las emociones del futuro padre	48
<i>Couvade</i>	49
Principales tareas psicológicas de la paternidad	52
La actitud hacia el embarazo	52
El padre durante el parto	53
¿A quién se parece el bebé?	54
El padre en la etapa postnatal	55
Aspectos culturales en el comportamiento del padre	57
La paternidad como encrucijada	58
Depresión paterna	58
Ausencia del padre	59
Conclusiones	60
Referencias	61

CAPÍTULO 4.

ASPECTOS CULTURALES DE LA PERINATALIDAD 67

Aspectos generales	67
Aspectos transculturales del embarazo	68
Síndromes de filiación cultural (<i>culture-bound syndrome</i>)	71
Move san.....	71
Susto	72
Mal de ojo.....	72
Pedisyon.....	72
Aspectos transculturales del parto	73
Dolor y parto.....	74
Atención del parto.....	75

Muerte perinatal	76
Cultura y postparto	77
Cuidados del bebé.....	78
Síndromes de filiación cultural.....	80
Debilidad	82
¿Se puede aprender algo de las culturas “no occidentalizadas”?	82
Referencias.....	84

CAPÍTULO 5.

EL PARTO Y SUS VICISITUDES..... 87

El parto como evento inevitable.....	87
El momento de la verdad	87
Mecanismos desencadenantes del parto.....	87
Factores que dificultan la salida del bebé	88
El parto desde el punto de vista social en Latinoamérica	89
La operación cesárea como alternativa al parto vaginal	90
Algunas complicaciones psicológicas y emocionales relacionadas con el parto	91
Miedo al parto (tofofobia).....	91
Trastorno por estrés postraumático ligado al parto	93
Trastorno por estrés postraumático previo al parto.....	94
Intervención.....	95
Falla del vínculo madre – bebé	95
Muerte neonatal (mortinato)	97
Dimensión epidemiológica.....	97
Alternativas en la atención del parto	99
La importancia del apoyo psicosocial durante el parto	99
Programas alternativos.....	100
Analgesia	101
El hospital amigo del bebé	101
Meditación y yoga	103
Anexo. Cuestionario de vínculo postparto	104
Referencias.....	107

CAPÍTULO 6.

ASPECTOS EVOLUTIVOS DE LA RELACIÓN MADRE – BEBÉ..... 111

Aspectos evolutivos del embarazo	111
Aspectos evolutivos de los cuidados maternos	113
El primer encuentro	115

El efecto de la conducta del bebé en la fisiología y comportamiento de la madre	116
Lactancia	116
Apariencia del bebé	117
Conductas intuitivas del neonato.....	118
Deseo de contacto físico	118
Preferencia por estímulos animados y contacto visual.....	119
Preferencias auditivas y visuales	120
Los efectos de la conducta materna en el neonato	121
Expresiones faciales y vocales.....	121
Preferencia por el brazo izquierdo.....	121
La influencia de las experiencias tempranas en el desarrollo cerebral	122
Referencias.....	124

CAPÍTULO 7.

LA CONDUCTA Y CAPACIDADES PERCEPTUALES DEL RECIÉN NACIDO NORMAL. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN CLÍNICA

DE EVALUACIÓN CLÍNICA	127
------------------------------------	------------

Los estados del recién nacido	128
El sueño en el recién nacido	131
Capacidades perceptivas del neonato	133
Percepción visual	133
Percepción auditiva	134
Olfato	135
Gusto.....	136
Tacto	136
Habitación.....	138
Capacidades motrices.....	138
Capacidad de regulación	139
Proclividad para la interacción social.....	140
Efectos del neonato en sus padres	141
Respuestas contingentes.....	141
Interacciones fantasmáticas	142
La evaluación clínica del recién nacido.....	143
Técnicas de evaluación neuroconductual en la etapa neonatal.....	143
El examen neurológico de Dubowitz.....	143
1 y 2. <i>Postura y tono muscular</i>	144
3. <i>Reflejos</i>	145
4. <i>Movimientos</i>	145
5 y 6. <i>Orientación y conducta</i>	145
El método de evaluación neuroconductual de Amiel-Tison.....	146
La evaluación neuroconductual de Brazelton.....	147

Examen de los patrones de motilidad del neonato de Prechtl.....	150
La evaluación de la capacidad de regulación del neonato.....	150
Referencias.....	151

CAPÍTULO 8.

DEPRESIÓN EN LA ETAPA PERINATAL..... 155

Prevalencia y factores de riesgo.....	156
Factores de riesgo.....	156
Manifestaciones clínicas	159
Tristeza postparto (blues).....	159
Depresión durante el embarazo o período postparto.....	161
Trastorno del vínculo madre – bebé	161
Intervención clínica y tratamiento.....	162
Intervenciones psicosociales.....	162
Apoyo psicosocial	163
Psicoterapia de apoyo	163
Psicoterapia interpersonal.....	164
Psicoterapia cognoscitivo conductual.....	165
Otras estrategias terapéuticas	166
Masaje.....	166
Ácidos grasos omega-3.....	167
Acupuntura	167
Fototerapia.....	167
Apoyo de los pares (o compañeras)	168
Medicamentos antidepresivos	168
Prevención.....	170
Los efectos de la depresión materna en el niño pequeño.....	170
Escalas de detección.....	172
Apéndice	173
Referencias.....	175

CAPÍTULO 9.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA ETAPA PERINATAL..... 179

Trastorno de pánico.....	180
Diagnóstico clínico	181
Gestación y pánico.....	182
Tratamiento.....	184
Psicoterapia	184
Farmacoterapia	186
Trastorno obsesivo compulsivo	187
Manifestaciones clínicas	188
Tratamiento.....	190

Estrategias psicoterapéuticas.....	190
Farmacoterapia	192
Trastorno de ansiedad generalizada.....	192
Manifestaciones clínicas	193
Tratamiento.....	194
Trastorno por estrés postraumático	195
Epidemiología.....	195
Manifestaciones clínicas	196
Tratamiento.....	197
Referencias.....	198

CAPÍTULO 10.

PSICOSIS EN EL PERÍODO PERINATAL 203

Epidemiología de la psicosis postparto.....	203
Mecanismos	205
Presentación clínica	205
Diagnóstico diferencial	208
Otras formas de psicosis perinatales	210
Infanticidio.....	211
Tratamiento.....	213
La unidad hospitalaria madre-bebé.....	215
Curso a largo plazo	218
Profilaxis	219
Referencias.....	219

CAPÍTULO 11.

DIFICULTADES PSICOSOMÁTICAS EN LA ETAPA PERINATAL..... 225

Hiperemesis gravídica	225
Manifestaciones clínicas y diagnóstico.....	226
Mecanismos	226
Epidemiología.....	227
Complicaciones	228
Intervención.....	229
Sialorrea gravídica.....	231
Intervención.....	232
Pica	232
Consecuencias.....	234
Intervención.....	234
Seudociesis o embarazo psicológico.....	234
Negación del embarazo.....	236
Intervención.....	238

Quejas somáticas excesivas durante el embarazo	238
Factores causales.....	239
Intervención.....	241
Referencias.....	242

CAPÍTULO 12.

LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN LA ETAPA PERINATAL..... 247

Atención primaria.....	247
Prevención secundaria	248
Prevención terciaria	248
Programas de prevención durante el embarazo	250
Programas de doula y apoyo emocional durante el parto.....	253
Estrategias de apoyo postparto.....	254
Observación de la conducta del recién nacido	254
Prevención en la etapa postnatal tardía	255
Intervención preventiva en situaciones especiales	258
Intervención postnatal de larga duración.....	259
Depresión materna	260
Otras estrategias	261
Intervención temprana con componente educativo para el niño o niña	262
Referencias.....	263

Lista de contribuyentes

Clara Aisenstein. Psiquiatra del lactante, niño y adolescente. Profesora, departamento de Psiquiatría, Georgetown University, Washington DC. Práctica privada de psiquiatría infantil.

Felipe Lecannelier. Doctor en Psicología. Director del Centro de Estudios Evolutivos e Intervención del Niño. Universidad del Desarrollo. Chile. Miembro fundador, Red Interamericana de Apego.

Juan Manuel Saucedo-García. Psiquiatra del niño y adolescente. Terapeuta familiar. Profesor de psiquiatría, Universidad Autónoma de México. Miembro de la Academia Nacional de Medicina.

Jesús Martín Maldonado-Durán. Psiquiatra del lactante, niño y adolescente. Terapeuta familiar. Profesor asociado, Escuela de Medicina, Universidad de Missouri-Kansas City. Profesor clínico asociado, Departamento de psiquiatría, Universidad de Kansas.

Ian F. Brockington. Psiquiatra perinatal. Profesor Emérito, Universidad de Birmingham, Reino Unido. Miembro fundador, Sociedad Internacional Marcé. Miembro fundador de la sección de salud mental en la mujer, Asociación Mundial de Psiquiatría.

Teresa Lartigue. Doctora en Psicología y psicoanalista didacta. Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesora emérita, Universidad Iberoamericana. Previa investigadora del Instituto Nacional de Perinatología, Ciudad de México. Co-chair, salud mental de la mujer. Asociación Psicoanalítica Internacional



DEDICATORIA

*A MIS PADRES María de Jesús Durán López y
Martín Maldonado Popoca*

CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO NORMAL Y LA CONDUCTA DEL FETO

Martín Maldonado-Durán y Teresa Lartigue

En la primera parte de este capítulo se describen las necesidades nutrimentales de la mujer embarazada, así como sus experiencias fisiológicas y emocionales más comunes. En la segunda parte, se abordan varios aspectos de la organización conductual del bebé in utero y las implicaciones para la relación madre-bebé antes del nacimiento.

Las necesidades nutrimentales de la futura madre

El clínico tiene entre sus necesidades la de conocer acerca de los requerimientos nutricionales de la futura madre, lo que le permitirá evaluar si una determinada paciente está en riesgo de sufrir desnutrición o alguna deficiencia específica de los elementos necesarios para el curso óptimo del embarazo. En los Estados Unidos de América se han publicado algunas guías que identifican las “raciones diarias recomendadas” (RDR) para las mujeres durante esta etapa. En un embarazo normal la mujer debe aumentar entre 11 y 16 kg de peso con un promedio de 12,4 kg (Picciano, 2003). Aproximadamente 40% de este aumento se deberá al peso combinado del feto, el líquido amniótico y la placenta; el resto del incremento se da en el propio cuerpo de la mujer y obedece al mayor tamaño del útero y de las glándulas mamarias, a un mayor volumen sanguíneo, de líquido intersticial, y al aumento en la cantidad de tejido graso o adiposo (Hamaoui y Hamaoui, 2003). El peso del feto depende en gran medida del estado nutricional de la madre durante el embarazo y desde antes de éste; entre menor sea el peso del feto, mayor será su riesgo de mortalidad.

Hay variaciones geográficas o étnicas en el grado de aumento de peso de la grávida, sobre todo en términos de la cantidad de tejido graso acumulado. Por ejemplo, se ha estimado que el promedio de aumento de grasa en las mujeres suecas es de unos 5,8 kg durante el embarazo, comparado con sólo 1,3 kg en promedio entre las mujeres tailandesas (Hamaoui y Hamaoui, 2003). Esto quiere decir que los valores normativos mencionados antes sólo son aproximaciones y que deberían hacerse estudios con poblaciones locales para determinar lo que es “normal” y lo que no.

La calidad de la dieta es tan importante o más que la cantidad total de calorías. Por ejemplo, una mujer puede ingerir suficientes calorías y a pesar de ello tener déficits de determinados componentes. Se recomienda que la grávida ingiera una cantidad de alrededor de 3000 kcal por día durante el segundo y tercer trimestres, pero no durante el primero. Aumentar la cantidad de calorías ingeridas durante el primer trimestre sólo es recomendable cuando la mujer esté desnutrida o tenga un previo déficit de peso.

Una forma de vigilar el aumento de peso paulatino es tener presente la cifra 400 g de aumento de peso por semana en el segundo y tercer trimestres. Sin embargo, si la mujer es obesa desde el principio del embarazo (peso mayor a 120% de su peso ideal), debe aumentar en una proporción menor, hasta un máximo de 300 g por semana. En el otro extremo, la mujer que tiene sub-peso debe aumentar unos 500 g por semana en el segundo y tercer trimestres (o un total de 14 a 15 kg en todo el embarazo). La madre adolescente ha de aumentar un promedio de 14 a 15 kg de peso durante el embarazo, o el equivalente a 500 g por semana en el segundo y tercer trimestres. En términos proporcionales, la embarazada adulta debe aumentar de peso unos 3 g por cada gramo de peso del feto, mientras que la madre adolescente necesita aumentar 4 g por cada gramo de peso del feto. Si se trata de un embarazo gemelar, el aumento de peso será mayor que el arriba descrito.

En cuanto a los requerimientos de proteínas en la dieta, en el adulto el consumo recomendado es de 0,8 g/kg/día. En el embarazo se recomienda ingerir una cantidad adicional de 10 g de proteína por día. Toda esta ingesta está encaminada a hacer posible la producción de proteínas necesarias para el crecimiento de los tejidos fetales y maternos.

Durante el tercer trimestre de embarazo el volumen sanguíneo aumenta entre 35 y 40%, mientras que el volumen de glóbulos rojos aumenta entre 15 y 20% (Ladipo, 2000), lo que da una idea de las mayores necesidades proteínicas debidas a los requerimientos de perfusión de la madre y el feto.

Necesidad de micronutrientes

Los complementos nutritivos en que más se piensa durante el embarazo son el ácido fólico y el hierro, que son aquellos sobre los que existe más información acerca de su déficit (Picciano, 2003). El primero es esencial para evitar malformaciones del tubo neural, por ejemplo la espina bífida, mientras que el segundo sirve para evitar la anemia en la madre y en el feto. Sin embargo, información reciente sugiere la necesidad de otras sustancias.

Calcio y otros elementos

La necesidad de ingerir calcio aumenta durante el embarazo debido a la producción del tejido óseo del feto (Ladipo, 2000). Se sugiere un aumento de la ingesta diaria de calcio del orden de 120 a 160% por encima de la recomendación para una mujer adulta normal. No se ha demostrado que haya requerimientos dietarios mayores de magnesio, fósforo o cobre.

Como se mencionó, sí es necesario incrementar la ingesta de hierro a un nivel de entre 180 y 400% por encima del consumo normal. El porcentaje mayor (400%) se sugiere porque la dieta de muchas mujeres en países pobres no incluye hierro “bio-disponible”, debido al poco consumo de carne y otros alimentos ricos en hierro. También se sugiere un consumo de zinc de 44% por encima de lo habitual. Lo mismo ocurre con el aumento en el consumo de yodo (33%) y de selenio (26%) (Institute of Medicine, 1998, 1999).

Vitaminas

La necesidad de vitamina A aumenta en 20% durante la gestación debido al crecimiento del feto y la rápida proliferación celular. Se estima que el requerimiento de vitamina D aumenta en 300%, que depende, entre otros factores, de la posibilidad de que la piel de la mujer esté expuesta al sol. El aumento en el requisito de vitamina D se debe a la mineralización de los huesos del bebé, dependientes de esta vitamina. En cuanto a la vitamina E, se recomienda aumentar el ingreso de ésta en 25% del nivel previo al embarazo.

Con respecto a las vitaminas liposolubles, la necesidad de vitamina C aumenta en más de 60%; el requisito de tiamina (Vitamina B1) es mayor en 12%, mientras que el de riboflavina (Vitamina B2) es de 7%, y el de niacina se eleva en 10%. Se considera que la necesidad de vitamina B6 es mayor en 40%. El requisito de ácido fólico es mayor en alrededor de 140%. Hay un mayor requisito de vitamina B12 de 40%. Todas estas vitaminas son necesarias para la proliferación celular.

La deficiencia de ácido fólico se ha asociado con defectos en la formación del tubo neural del bebé.

La información anterior permite tener una perspectiva de las sorprendentes necesidades nutricionales del feto y de su madre; todos estos grandes cambios fisiológicos deben tenerse en cuenta para un resultado óptimo en la salud de la madre y del futuro bebé, sin perder de vista el aspecto emocional de la mujer que cambia también durante esta etapa de la vida.

A pesar de todas estas consideraciones, la prevalencia de sobrepeso y obesidad va en aumento, aún en países en vías de desarrollo. El sobrepeso y la obesidad conllevan riesgos importantes para la mujer y el feto (Stotland, 2009). En los Estados Unidos de América se estima que alrededor de 55% de las mujeres que acuden al médico para su atención tienen sobrepeso, y un 30% pueden considerarse como obesas. Muchas mujeres ingieren dietas ricas en calorías pero de poco valor nutritivo, grasas saturadas y muchos carbohidratos. Los hijos de las madres con sobrepeso tienen también mayores riesgos metabólicos y de enfermedad cardiovascular en la infancia y la edad adulta.

Cambios y ajustes emocionales durante el embarazo

En la etapa intrauterina, el feto está inmerso no solamente en líquido amniótico, sino también en el “recipiente emocional” de la mente de su madre y padre, el cual puede ser más o menos favorable para un desarrollo emocional saludable y que depende de la situación específica de la madre y el padre en cada embarazo. Sin embargo, hay algunas experiencias comunes que es útil describir y evaluar en el trabajo clínico con los futuros padres.

El feto mismo tiene características únicas desde esta etapa de la vida y tiene que adaptarse a ese “medio ambiente” en preparación para la transición de una existencia acuática a una terrestre en el momento del nacimiento. Aunque el embarazo es considerado generalmente como un período de expectativas positivas y felicidad, hay retos emocionales importantes para los futuros padres. De hecho, una barrera para reconocer momentos difíciles es la percepción de los padres y de quienes los rodean de que el embarazo sólo es un período de bienestar y alegría, aunque haya otras reacciones y sentimientos.

La transición hacia la maternidad

La mujer tiene la tarea psicológica de “convertirse en madre”, sobre todo durante su primer embarazo (aunque muchos de estos cambios emocionales se observan también en los embarazos subsecuentes). Pasará de ser sólo mujer, a asumir activamente el papel de madre. Este proceso se ha llamado parentificación o parentalidad (Lebovici, 1989; Solis y Lebovici, 2003; Dayan, Andro y Dugnat, 1999). Lebovici señaló que con el nacimiento del bebé nace también la madre.

Durante el periodo de gestación los futuros padres tienen el trabajo psicológico de “volverse” padres y tendrán que hacer una serie de modificaciones y ajustes en su forma de pensar, sentir y en su estilo de vida. Uno de los cambios más obvios es que la madre ya no puede pensar sólo en sí misma, sino en un “nosotros” (por lo menos ella y su hijo), y en el caso de que haya un compañero, en “nosotros” como una familia tradicional.

El apego de la madre hacia el futuro hijo se inicia con la noticia del embarazo. Sin embargo, casi toda niña ha jugado a “ser mamá”, y por lo tanto desde el punto de vista psico-dinámico, ha tenido la fantasía de volverse madre, al jugar con muñecas o imaginarse atendiendo un bebé. Se cree que esta es una suerte de preparación psicológica para la maternidad. En el presente, con la confirmación de que está gestando se desencadenan estos procesos de parentificación en forma más inmediata. La noticia puede ser recibida con una mezcla de sentimientos que van desde la felicidad predominante, hasta la inseguridad, miedo o inclusive el rechazo. En casi todas las mujeres habrá algún grado de ambivalencia, aún cuando concientemente se haya deseado estar embarazada. Alrededor de 30% o más de los embarazos no han sido planeados, y en tal caso puede ser que los sentimientos negativos sean mayores. En condiciones óptimas, con la confirmación del estado de gravidez se desencadenan una serie de procesos que ayudan a la futura madre a realizar la transición mencionada. Anteriormente, la percepción más inmediata de la realidad del embarazo ocurría sólo hasta alrededor de los cuatro meses de gestación, momento en que usualmente se perciben los movimientos del feto (Richardson y Gagnon, 2004), lo que confirma la realidad de la presencia de un nuevo ser dentro de ella y de que en efecto está vivo. Cuando la familia cuenta con acceso a estudios de ultrasonografía, y sobre todo los de ultrasonografía dinámica que permiten ver los movimientos del feto, su cara y su cuerpo en forma tridimensional, se pueden dar cuenta de la presencia del feto a las pocas semanas de vida intrauterina. Esta técnica permite ver los movimientos del embrión desde muy temprano.

Durante el primer trimestre es común que la mujer experimente un cansancio notable, así como somnolencia, náuseas e incluso vómito durante la mañana. Se estima que aproximadamente 80% de las mujeres tienen náusea y vómito durante el embarazo (Koch y Frissora, 2003). Es probable que en algunas culturas tradicionales estos síntomas sean mucho menos frecuentes; sin embargo, tales reacciones le recuerdan a la mujer que está embarazada y que ha de tener cuidados especiales.

En muchos grupos culturales se observa la experimentación por parte de la gestante de “antojos” por cosas que antes no comía o por comidas especiales. Esto parece ser otra manifestación del estado vulnerable de la mujer. En muchas culturas se considera necesario que la mujer tenga acceso a estos nuevos alimentos o preparaciones deseados como parte del cuidado de la embarazada. Generalmente

se espera que su marido o miembros de la familia extendida satisfagan estos deseos especiales. La mujer muestra así una mayor dependencia con respecto a quienes la rodean (Lederman, 1984). También esto permite a sus allegados manifestar conductas de cuidado, procurando satisfacer estos deseos o aliviando sus síntomas.

Incidentalmente se sabe que algunos condimentos sí dan un “sabor” al líquido amniótico; por ejemplo el ajo, el curry y otras especias. El feto es capaz de percibir estos sabores y es posible que estas experiencias lo preparen para que más tarde tenga algunas preferencias olfatorias (Hopkins y Johnson, 2005b).

En muchos grupos culturales no se considera adecuado revelar la noticia del embarazo demasiado pronto. Se cree que esto puede traer mala suerte y hasta hacer que no prosiga. En las culturas en que se valora altamente la maternidad, el embarazo es un estado de bendición, un privilegio, y puede suscitar envidia en otras mujeres. La gestante puede pensar que no es prudente parecer demasiado feliz o subrayar su entusiasmo con la gestación por temor a crear un sentimiento de envidia, lo cual puede dar lugar a influencias negativas (por ejemplo el “mal de ojo” o sus equivalentes en diversas culturas). Esto implica que la gestación puede mantenerse en secreto por varios meses y que no se hable abiertamente de ella con extraños.

Durante el segundo trimestre de embarazo, pasada la reacción inicial, la mujer puede permitirse fantasear y reflexionar sobre este bebé que tiene dentro de su cuerpo. Es común que entonces la mujer hable con su bebé, se toque el vientre al sentir los movimientos del bebé in útero, y empiece a pensar en cómo va a ser su hijo y cómo va a ser ella como madre. Fantasea sobre cómo será físicamente, cómo se va a comportar y cuál va a ser su personalidad. Desde ahora, puede pensar en el hijo o hija como individuo, con características únicas, y cuando hay un compañero la futura madre generalmente comparte estas experiencias con él.

Hacia el final de este período, la mayoría de las mujeres ya han revelado a otros parientes y conocidos el hecho del embarazo, se observa físicamente el crecimiento del abdomen y han ocurrido otros cambios en la fisiología de la mujer, tales como el crecimiento de las glándulas mamarias, aumento de peso y síntomas asociados con el crecimiento físico del bebé. En algunas ocasiones la mujer considera también inaceptable hablar sobre sus pensamientos respecto a su futuro bebé y al embarazo mismo con personas no cercanas en parentesco. Esto puede confundir al clínico quien, al tratar de evaluar las fantasías y pensamientos de la mujer sobre su futuro hijo, y al aquélla negar tales pensamientos, crea que éstos no están ocurriendo.

Algunos autores han sugerido que la mujer realiza un trabajo psicológico de adaptación en tres etapas. La primera es: “estoy embarazada” (algo que sólo le pasa a ella y a su cuerpo); la segunda es: “estoy esperando un bebé” (es decir, ya

incluyendo a otro ser distinto de ella y por ahora dentro de su cuerpo), y la tercera sería: “estoy esperando un bebé de...” (esta etapa incluye además del bebé al padre de éste, o hace lugar a la noción de paternidad) (Dayan, Andro y Dugnat, 1999).

Es común que entonces la mujer tenga “ensoñaciones” (*reverie*) sobre cómo será su bebé, a quién se parecerá, si será niño o niña, los posibles nombres, el color de los ojos y su carácter. Esto la ayuda a prepararse para el arribo del “bebé real”.

Durante el tercer trimestre de embarazo, hay una serie de tareas y pendientes que es necesario considerar y realizar. El feto ocupa un espacio cada vez mayor en la cavidad abdominal y esto da lugar a nuevos síntomas, entre los que se encuentran cambios en la marcha de la mujer, en su postura, y la necesidad de tener comidas cada vez más pequeñas y más frecuentes, debido a que el útero empuja a otros órganos. La respiración también es más elaborada, por la elevación del diafragma unos 4 cm por arriba de lo usual y por los efectos de la progesterona (Chestnutt, 2004).

Durante el embarazo, el consumo de oxígeno aumenta en un 20%; la presión arterial es más baja en la embarazada que en otros períodos de la vida y el volumen sanguíneo aumenta entre 1000 y 1500 ml. Se estima que este aumento la ayudará en el futuro cuando haya pérdida de sangre durante el parto.

El incremento en la cantidad total de agua del cuerpo (de 6,5 litros a 8,5 litros hacia el final de la gestación) es una de las mayores adaptaciones que debe hacer la mujer en esta etapa (Gordon, 2007). La mujer tendrá períodos de sueño más interrumpidos, despertándose varias veces cada noche. A medida que el feto crece, la vejiga es presionada en la cavidad abdominal y la mujer tendrá que orinar con mayor frecuencia. De hecho se ha propuesto la existencia de un “trastorno del sueño asociado con la gestación”, pues tanto las hormonas como los cambios físicos alteran el patrón de sueño (Gordon, 2007). Debido a este crecimiento la mayoría de las mujeres también tendrá reflujo gastro-esofágico (Chestnutt, 2004), padecimiento que se puede manifestar como agruras o la sensación de “acidez”.

En esta etapa la mujer (o la familia) tienen más ostensiblemente la tarea psicológica de “hacer lugar” para su hijo o hija (Hoffmann, 1995). Este “hacer lugar” en primer término se refiere a que la mujer (y su compañero) se prepare psíquicamente para pensarse no como individuo sino como una entidad conjunta con el bebé. Además, se refiere a las tareas que acompañan a este proceso, literalmente creando espacios físicos para acomodar al recién nacido, haciéndole su ropa, adquiriendo una cuna o cuna para que duerma, etc. A esta serie de conductas preparatorias algunos autores las denominan “preparar un nido” para el hijo o hija (Saxbe y Repetti, 2010).

Este “hacer lugar” significa también que la mujer tendrá qué hacer otras cosas que hacen las mujeres cuando están embarazadas, tales como usar ropa de maternidad, tener cuidado con el ejercicio físico intenso, tener períodos de descanso y permitirse sentir un número de síntomas como dolores de espalda, náusea durante la mañana, etc., que le “recuerden” que está embarazada.

La ausencia total de síntomas y el sentirse “como si no lo estuviera” pueden ser signos de una negación del estado de embarazo. En casos extremos, algunas mujeres nunca se dan cuenta de que están embarazadas y acuden a una sala de urgencias por dolor abdominal o lumbar sólo para poco después dar a luz, para sorpresa de ella misma y de quienes la rodean.

Algunos autores se refieren al embarazo como un período “crítico” o de alta sensibilidad psicológica. Bydlowski (1997) lo considera como un estado de relativa “transparencia psíquica” en el que los sentimientos, conflictos, recuerdos del pasado y los temores suben, por decirlo así, a la superficie con mayor facilidad. Uno de los retos más importantes es que el embarazo hace que la futura madre tenga que revivir los conflictos que ella misma pudo haber tenido con su madre, y las experiencias de ser “hija”. Ahora, cuando es su turno de convertirse en madre, puede que afloren viejos sentimientos, ambivalencias y tensiones que habían estado latentes hasta este momento; es decir, el modelo que la embarazada tiene de lo que es “ser madre” puede estar relacionado estrechamente con sus propias experiencias como hija. Cuando la relación ha estado llena de conflicto o cuando ha habido privación materna durante la infancia, puede haber sólo una imagen negativa de lo que es ser madre, resentimiento y mayor dificultad psicológica para identificarse como madre. También se observa en muchas ocasiones que cuando la relación entre la futura madre y la futura abuela estaba llena de tensiones y conflictos, el embarazo y el parto se les presenta como una oportunidad para acercarse de nuevo y “hacer las paces” mientras la futura abuela ayuda a su hija a prepararse para la maternidad (Dayan, 2002).

La gestación es un período complejo y lleno de cambios, que hace a la mujer (y a su pareja) vulnerable y con gran necesidad de apoyo emocional (Soule, 1992). Otra observación psico-dinámica frecuente es que la gestante experimenta una cierta “regresión” emocional; es decir, que en general se torna más dependiente de los demás, sus emociones son más intensas, necesita de más apoyo por parte de quienes la rodean y tiene mayores necesidades que antes del embarazo. Cuando la familia extendida no está disponible este rol recae en el compañero, cuya conducta es de la mayor importancia para promover el apego de la madre hacia el bebé (Sandbrook y Adamson-Macedo 2004). Muchas experimentan considerable ansiedad respecto al bebé in útero y después del nacimiento por el temor a que el niño muera. Por ejemplo, son frecuentes las pesadillas en que se no encuentra al bebé o algo malo

le ha sucedido (Nielsen y Paquette, 2007). Se ha observado que también procesa las emociones más intensamente que antes, sobre todo al final del embarazo. Está más vigilante ante signos faciales de amenaza o enojo (Pearson, Lightman y Evans, 2009). Podría decirse que la mujer embarazada requiere de un cierto grado de “maternaje” o cuidados maternos para ella misma, que pueden ser proporcionados, como es tradicional, por su propia madre, madrina, una tía, hermanas, suegra, y el marido o compañero.

En Latinoamérica es una tradición que algunas mujeres estén alrededor de la embarazada atendiéndola hasta cierto punto de la gestación para promover su curso óptimo. Por desgracia, muchas mujeres (sobre todo en centros urbanos), no cuentan con esta red de apoyo, lo que hace que se encuentren más aisladas y que tengan que enfrentar todos estos ajustes en solitario. Es necesario estar atento a todos estos cambios y retos para los futuros padres de modo que se puedan detectar situaciones de tensión y conflicto interno intenso con el fin de buscar la forma óptima de ayudarla en esta difícil situación.

Las capacidades cognoscitivas y conductuales del feto y sus implicaciones

Cada vez hay mayor interés en la conducta del feto y en el desarrollo de diferentes aspectos de su funcionamiento, tales como la capacidad auditiva o visual, el desarrollo de los diferentes estados de alerta y sueño, e incluso su capacidad de aprendizaje (James, Spencer y Stepsis, 2002).

El feto tiene una fisiología adaptada para favorecer su supervivencia en el medio acuático del útero. Por ejemplo, tiene una concentración de hemoglobina más alta que la de su madre, haciendo su sangre más eficiente para transportar oxígeno. No tiene que eliminar sus productos tóxicos por sí mismo, sino a través de la circulación placentaria, aunque sí se produce orina. Su circulación está modificada para que haya un mínimo de movimiento pulmonar, lo cual cambiará dramáticamente con el inicio de la respiración de aire al nacer.

La conducta del feto se puede estudiar a través de varios métodos; uno de los principales es el ultrasonido que actualmente permite observar en tiempo real los movimientos del bebé y sus respuestas a diferentes estímulos. Con esta técnica se puede ver al feto en volumen, pero como una fotografía, es decir, sin movimiento. En cambio, con la sonografía tetradimensional (Kurjak y cols., 2005), la “cuarta dimensión” es el tiempo, es decir que permite observar y grabar los movimientos del feto, lo cual se consigue con la colocación de transductores en distintas ubicaciones del abdomen de la madre y uno transvaginal que al integrarse generan la imagen de volumen en movimiento y en tiempo real.

Son pocos los aspectos de la conducta fetal que se han estudiado en forma sistemática y que permiten evaluar su funcionamiento y desarrollo. Por ejemplo, se han estudiado primordialmente la frecuencia cardíaca, los patrones de movimiento del cuerpo y los miembros, los movimientos de los ojos, la respuesta a cambios en el medio ambiente uterino y otros estímulos. Los principales investigadores de la conducta del bebé in útero se enfocan en la medición de los movimientos generales del cuerpo, los movimientos oculares, los movimientos “respiratorios” y las correlaciones entre éstos. Es claro que el feto tiene un crecimiento extraordinario en poco tiempo. Pasa de ser unicelular (el huevo fecundado) hasta un organismo completo en sólo 10 meses lunares (o 40 semanas). Su aspecto cambia radicalmente desde semejar a un pez o un batracio, hasta el aspecto de un bebé; por ejemplo, durante el segundo mes de la gestación el embrión tiene una cabeza desproporcionadamente grande en comparación con el resto del cuerpo y los miembros apenas se observan. Hacia el final del tercer mes del embarazo, el bebé tiene proporciones más similares a las del niño de término y los miembros están más desarrollados (Fifer, 2005). En este punto el feto ya parece más un bebé como el que se imaginan los padres.

A continuación se revisan brevemente algunas de las habilidades del feto, con el objeto de señalar qué tan “vivo” está y cuánto reacciona a lo que sucede en su medio ambiente temporal.

El sistema nervioso

El sistema nervioso central tiene un origen “ectodérmico”, es decir, se origina de células de la superficie del cuerpo. Desde muy temprano en la etapa embrionaria (unas pocas semanas después de la concepción), hileras de células de la parte medial y dorsal del embrión se diferencian y paulatinamente forman un tubo, el cual con el paso de las semanas dará lugar al sistema nervioso central y periférico, incluyendo, desde luego, al cerebro, cerebelo, la médula espinal, etc., además de los nervios periféricos que se ramifican por todo el resto del cuerpo. Este desarrollo también incluye algunos órganos de los sentidos, tales como las retinas, el nervio óptico, el oído interno y los receptores de la piel.

El desarrollo del cerebro y la proliferación de las células, tanto neuronales como gliales, ocurren a una velocidad prodigiosa; de forma sucesiva se va estableciendo un número sorprendente de conexiones interneuronales. Este desarrollo continúa intensamente en los primeros meses de la vida y más tarde. Baste mencionar que el peso del cerebro al nacer es de alrededor de unos 350 g y aumenta unas cuatro veces de peso hasta llegar a 1200 g a los cinco años de edad. Este aumento refleja la reproducción y migración de neuronas y la creciente complejidad de las conexiones neuronales.

Se ha sugerido (Finlay, 2005) que el desarrollo del cerebro ocurre por cuatro mecanismos fundamentales:

- Neurogénesis. La formación de nuevas neuronas y su diferenciación.
- Migración neuronal. El “viaje” de las neuronas de su lugar de origen a otros sitios, en primera instancia a diferentes sitios de la corteza cerebral para depositarse en las sucesivas capas (depositación de neuronas de dentro hacia fuera).
- Sinaptogénesis. El establecimiento de sinapsis y conexiones entre neuronas distantes y diferentes sistemas del cerebro, lo que intercomunica los distintos centros.
- Mielinización. El depósito de mielina en los axones de múltiples neuronas, lo que aumenta la eficiencia de la conducción del impulso nervioso en forma más rápida a mayor distancia.

Otro proceso concurrente es la llamada apoptosis o destrucción paulatina de neuronas, lo que permite el funcionamiento de neuronas más especializadas y complejas, así como el refinamiento de algunas vías de transmisión también más especializadas.

Al subrayarse la complejidad y el acelerado ritmo de producción neuronal, migración, etc., entendemos la cada vez más compleja conducta del feto; por otro lado, estos complicados procesos indican la vulnerabilidad del feto con respecto a posibles factores negativos o nocivos, como el uso de drogas o alcohol por parte de la madre, o el nacimiento prematuro, que puede afectar el proceso de migración neuronal por la avalancha de estímulos que recaen en el bebé aun antes de estar listo para ello, ya que intempestivamente vive en un entorno muy distinto al que experimentaba in útero.

Funcionamiento visual

Antes de la aparición del ojo per se, en la cara del embrión pueden percibirse unas “placas oculares”, al principio localizadas a los lados de la cabeza y que gradualmente migran hacia el centro hasta localizarse más en el frente. Se considera que la fase más temprana del desarrollo visual es independiente de los estímulos visuales y que está determinada por factores genéticos que programan la reproducción de las diversas células.

En la retina empiezan a formarse las células llamadas “bastones” (que sirven para la percepción de estímulos en blanco y negro) y los “conos” (células retinales más especializadas en la percepción del color). Los conos se especializan en la percepción del rojo, el verde y el amarillo (Graven, 2004). Estas células establecen

conexiones con otras neuronas que transmitirán los estímulos visuales a través del nervio óptico a los cuerpos geniculados laterales (localizados en el mesencéfalo) y a los cuerpos coliculares anteriores. De allí salen proyecciones neuronales que alcanzarán finalmente la corteza cerebral occipital y también otras áreas de la corteza.

En la formación temprana de las vías visuales, las células ganglionares retinianas mandan sus axones hacia el cuerpo geniculado lateral. Como se sabe, las conexiones entre la retina y los cuerpos geniculados están divididas por mitades. La mitad externa de la retina de un lado (por ejemplo el izquierdo) termina conectándose con el cuerpo geniculado lateral izquierdo, así como también lo hacen los axones provenientes de la mitad medial (o interna) de la retina del ojo derecho. Asimismo, la mitad externa de la retina del ojo derecho se proyectará hacia el cuerpo geniculado externo derecho, y allí también se recibe a los axones de la mitad interna de la retina del ojo izquierdo. Esto permitirá que a final de cuentas las proyecciones de la retina que se representan en la corteza cerebral occipital tenga conexiones de los dos ojos en cada hemisferio cerebral.

En la siguiente fase del desarrollo del sistema visual, éste ya depende de estímulos visuales intrínsecos, es decir autogenerados por las células de la retina. Este sistema de autoestimulación ocurre también con el desarrollo del sistema auditivo, táctil, etc. Se cree que esta estimulación intrínseca promueve la organización de las neuronas, por ejemplo, en las capas neuronales del cuerpo geniculado lateral. En éste hay seis capas neuronales y unas responden sólo a uno de los ojos, mientras que las otras, sólo al ojo contralateral. Las capas 2, 3 y 5 reciben conexiones del ojo del mismo lado (ipsilateral), mientras que las capas neuronales 1, 4 y 6 reciben estímulos sólo del ojo del lado opuesto (contralateral). Finalmente, la estimulación visual externa, es decir, por estímulos luminosos propiamente dichos, es mucho más importante en la etapa extrauterina que en la fetal.

El feto realmente no necesita de luz, sino sólo para establecer sus ciclos circadianos. Se sabe (Joseph, 2000) que el feto puede percibir y reacciona a los estímulos luminosos (cerrando los ojos y con cambios en su conducta). Hacia el final del embarazo se establece en el feto una suerte de “ciclo circadiano” rudimentario, en el que habrá mayor actividad motriz durante el día que en la noche.

Funcionamiento auditivo

En el feto se ha estudiado sobre todo la percepción auditiva referente al medio ambiente uterino, particularmente la voz de su madre (Fifer y Moon, 1988), así como también qué sonidos puede escuchar de “fuera”. Por medio de técnicas que incluyen la inserción de micrófonos o hidrófonos en el líquido amniótico cerca de

la cabeza del feto, se ha podido detectar que el número de ruidos que existen en la cavidad uterina es muy variado. Los principales sonidos son:

- El pulso de la madre y el latido de su corazón.
- Borborigmos, es decir, los ruidos del movimiento del tubo digestivo.
- La voz de la madre (uno de los principales estímulos).
- Otros ruidos del exterior (como voces) que son transmitidos a través del cuerpo de la madre y del líquido amniótico.

Se cree que las frecuencias de ruido mayores a 1000 Hz son cada vez menos audibles y hay menos información sobre exactamente qué frecuencias y qué intensidad (decibeles) de ruidos se pueden percibir; por ejemplo, con la voz humana no se sabe con cuánta exactitud pueden percibirse las distintas palabras. Sin embargo, es claro que el feto sí responde a ruidos externos, lo que se ha observado por su respuesta a varios estímulos auditivos (Fifer y Moon, 1988) incluso desde las 24 semanas de gestación. El feto responde con movimientos de la cara, pero también del resto del cuerpo, así como con cambios en su frecuencia cardíaca. Se cree que el feto responde a una considerable variedad de sonidos a las 34 semanas de gestación, momento en el que el sistema auditivo ya está más desarrollado.

En general se piensa que en el último trimestre de la gestación el sistema auditivo está considerablemente desarrollado. Se cree que en su desarrollo auditivo, el feto primero oye mejor los estímulos de frecuencia baja, es decir, los más graves. Hay que tomar en cuenta que la experiencia auditiva puede no ser aislada, por ejemplo, al oír la voz de su madre el bebé in útero puede ser que también perciba los consiguientes movimientos diafragmáticos de su madre, lo que le da una experiencia que se puede llamar “multimodal”. De hecho, el estímulo auditivo más importante para el feto es la voz de la madre, es el ruido más intenso y el más pronunciado. El bebé no puede escapar a su percepción, pues al hablar su madre el diafragma le da estimulación cinética y táctil, haciendo aún más notable la voz.

¿Qué componentes del habla de la madre son más importantes? Se piensa que la forma de pronunciar las palabras, la entonación y el acento con que ella habla son los elementos más sobresalientes. Estos parámetros cambian poco y permiten explicar que el recién nacido a los dos días de vida ya pueda reconocer el patrón de habla de su madre. Es importante señalar que precisamente los tonos de voz, el ritmo y la entonación son factores que señalan el estado emocional de las personas. Es necesario preguntarse cuánta de esta información es percibida por el feto.

El tacto

El estímulo de los receptores cutáneos en el bebé da lugar a conductas reflejas (o movimientos reflejos). Se cree que estas respuestas aparecen al mismo tiempo que los movimientos generalizados del feto, lo que indica la presencia de vías aferentes (que transmiten estímulos del medio ambiente al sistema nervioso central) y eferentes (del sistema nervioso central a los músculos). Esto se puede detectar desde las ocho semanas de gestación (Kisilevsky y Low, 1998).

En cuanto a la percepción del dolor, hay incertidumbre respecto a qué tan tempranamente el bebé tiene esta sensación, aunque muchos expertos sugieren que se presenta desde las primeras fases del desarrollo fetal.

Percepción del movimiento (vestibular)

El sistema vestibular forma parte del oído interno y más tarde, junto con la visión y las sensaciones somatostésicas (percepción del tacto, la presión en la piel, etc.), forma parte del sistema general para mantener el equilibrio. El sistema vestibular está compuesto por los tres tubos que están dispuestos en ángulos rectos entre sí y que se llaman conductos semicirculares. El otro componente son dos sacos (llamados el utrículo y el sáculo) que contienen los llamados otolitos (calcificaciones en forma de pequeñas piedrecillas). Los conductos semicirculares detectan los movimientos angulares o rotaciones de la cabeza, mientras que el sistema del utrículo y el sáculo se activan por la aceleración lineal de la cabeza.

El utrículo y el sáculo están ya formados a las cinco semanas de gestación, mientras que los conductos semicirculares lo están hasta las seis semanas. Se cree que el sistema de percepción de movimiento, es decir el sistema ventricular, ya está maduro a las 14 semanas de gestación, aunque continuará aumentando de tamaño a medida que crece el feto.

El sistema neuronal de percepción de movimiento por el cerebro se cree ya funcional a las 21 semanas. Alrededor de este tiempo comienza la mielinización de los nervios que conducen la información ventricular.

Percepción gustativa

Se ha establecido que el feto es capaz de percibir sabores de los cuatro distintos tipos básicos: lo agrio, lo amargo, lo dulce y lo salado. Además son observables en su lengua las papilas gustativas, situadas en la punta, bordes laterales y parte posterior de la lengua.

Las papilas gustativas son observables ya a las 12 semanas de gestación y van aumentando de número hasta el momento del nacimiento. Se cree que estas papilas son capaces de percibir estímulos gustativos desde la semana 13 de la gestación (Kasnegor y cols. 1995; Lecanuet, Granier-Deferre y Schaal, 1992). Se ha observado que si se inyecta una sustancia dulce en el líquido amniótico el feto muestra preferencia por este sabor, ingiriendo más líquido amniótico del acostumbrado. Por contraste, si se inyecta una sustancia amarga, esta ingestión disminuye. Incidentalmente el feto ingiere una considerable cantidad de líquido amniótico, que varía de entre 210 a 760 centímetros cúbicos por día (Pritchard, 1965). El feto también orina una cantidad variable de líquido que es descargada en el líquido amniótico.

Conducta motriz

El movimiento del embrión se puede detectar inicialmente alrededor de las 7 u 8 semanas de gestación (Kurjak y cols, 2005) y consiste principalmente en movimientos de la cabeza hacia el tronco. Más tarde aparecen los movimientos iniciales de los esbozos de miembros (extremidades superiores e inferiores), que aparecen entre las semanas 8 y 12. Estos movimientos comprenden flexión y extensión de estas extremidades. Aunque la madre no los percibe, los movimientos de flexión y extensión de los miembros se han establecido al final del segundo mes (Fifer, 2005); es probable que estos movimientos sean controlados principalmente por la espina dorsal y no propiamente por el cerebro todavía. Los miembros se mueven de forma más compleja hasta más tarde, lo que puede observarse hacia las 14 semanas de gestación. La palma de la mano parece tocar la pared uterina, los brazos exploran los alrededores y cruzan la línea media del cuerpo; las piernas se extienden hasta tocar la pared uterina. En esta época también hay elevación de la mano, extensión del brazo y ligeras rotaciones de los brazos.

Varios estudios han encontrado que si bien en la primera mitad del embarazo el feto tiene movimientos al azar, de allí en adelante la conducta se vuelve más organizada y tiene una diferenciación en períodos de actividad seguidos de otros de descanso o calma (Nijhuis, 1992; Nijhuis y cols, 1999; De Vries, Visser y Prechtl, 1982). Al inicio de la gestación hay muy pocos períodos de quietud, pero a partir de la mitad y en adelante, éstos se vuelven más largos (Nijhuis, 2003).

Se ha sugerido que los movimientos del feto son un indicador importante de su bienestar. Hasta hace poco tiempo, se aconsejaba a las mujeres contar los movimientos del feto en determinados intervalos y registrarlos en un diario. Esta práctica parece ser útil para detectar anomalías en el feto y se asocia con una menor mortalidad perinatal. Por ejemplo, cuando el feto se mueve menos de lo normal, puede ser indicación de alguna anomalía.

La mayoría de los autores concluye que en cuanto al nivel total de actividad motriz del bebé in útero, el mayor nivel ocurre durante el primer trimestre y el menor en el tercer trimestre. Desde luego que en esta última etapa hay menos espacio para moverse, pero también el feto tendrá mayores periodos de calma; sin embargo, se han observado en esta etapa movimientos más complejos como expresiones faciales (como de tristeza, de llanto, incluso sonrisas y expresiones de asco o disgusto). En algunos estados patológicos, como la diabetes del embarazo o el oligohidramnios (menor cantidad de líquido amniótico de lo normal) se ha observado una reducción del nivel general de movimientos del feto.

Movimientos respiratorios

El feto tiene movimientos respiratorios que son observables de manera directa. Durante estos movimientos el líquido amniótico entra y sale de las vías respiratorias. Se piensa que este movimiento del líquido es necesario para el desarrollo normal de los pulmones.

Se ha sugerido que el embarazo gemelar tiene repercusiones en la organización conductual de los fetos en cuestión. Por ejemplo, los períodos de sueño no REM parecen ser más cortos debido a que mientras un feto está durmiendo el otro puede estar “pateando” e interrumpir el sueño del primero (Visser, 2003).

Todas estas capacidades perceptivas, motrices y conductuales del feto son indicaciones de su predisposición a ser un organismo receptivo y que a la vez comunica sus respuestas con un repertorio conductual limitado (Karmiloff-Smith, 1995). No se trata pues de un ser inerte, sino de un participante activo en el proceso de desarrollo y en preparación para su nacimiento.

Referencias

1. Bydlowsky, M., 1997. *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. París: Presses Universitaires de France.
2. Chestnutt, A.N., 2004. Physiology of normal pregnancy. *Critical Care Clinics*, 20, pp.609-615.
3. Dayan, J., 2002. *Maman, Pourquoi tu pleures?* París: Editions Odile Jacob.
4. Dayan, J., Andro, G., Dugnat, M., 1999. *Psychopathologie de la périnatalité*. París: Masson.
5. Fifer, W.P., 2005. Normal and abnormal prenatal development. En: B. Hopkins, R.G. Barr, G.F. Michel, P. Rochat, eds. 2005. *The Cambridge encyclopedia of child development*. 2005. Nueva York: Cambridge University Press, pp.173-182.

6. Finlay, B., 2005. Brain and behavioral development(II): cortical. En: B. Hopkins, R.G. Barr, G.F. Michel, P. Rochat, eds. 2005. *The Cambridge encyclopedia of child development*. 2005. Nueva York: Cambridge University Press, pp.296-304.
7. Fifer, W.P., Moon, C. 1998. Auditory experience of the fetus. En: W.P. Smotherman, S.R. Robinson, eds. 1998. *Behavior of the Fetus*. Caldwell, Nueva Jersey: The Telford Press, pp.175-188.
8. Gordon, M.C., 2007. Maternal physiology. En: S.G. Gabbe, J.R. Niebyl, J.L. Simpson, eds. 2007. *Obstetrics. Normal and problem pregnancies*. Filadelfia: Churchill and Livingston. Elsevier, pp.55-84.
9. Graven, S.N., 2004. Early neurosensory visual development of the fetus and newborn. *Clinics in Perinatology*, 31, pp.199-216.
10. Hamaoui, E., Hamaoui, M., 2003. Nutritional assessment and support during pregnancy. *Gastroenterological Clinics of North America*, 32, pp.59-121.
11. Hoffmann, J.M., 1995. Making Space. *Infant Mental Health Journal*, 16(1), pp.46-51.
12. Hopkins, B., Johnson, S.P., 2005. *Prenatal development of postnatal functions*. Westport, Connecticut: Praeger.
13. Hopkins, B., Johnson, S.P., 2005. Introduction. En: B. Hopkins, S.P. Johnson, eds. 2005. *Prenatal development of postnatal functions*. Westport, Connecticut: Praeger, pp. IX-XXI.
14. Institute of Medicine, 1990. *Nutrition during pregnancy*. Washington, D.C.: National Academy Press.
15. Institute of Medicine, 1998. *Dietary reference intakes. Thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B-6, folate, vitamin B-12, pantothenic acid, biotin, and choline*. Washington, D.C.: National Academy Press.
16. Institute of Medicine, 1999. *Dietary reference intakes. Calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D, and fluoride*. Washington, D.C.: National Academy Press.
17. James, D.K., Spender, C.J., Stepsis, B.W., 2002. Fetal learning: a prospective randomized controlled study. *Ultrasound Obstetrics and Gynecology*, 20, pp.431-438.
18. Joseph R., 2000. Fetal brain behavior and cognitive development. *Developmental Review*, 20(1), pp.81-98.
19. Karmiloff-Smith, A., 1995. Annotation: The extraordinary cognitive journey from fetus through infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 36(8), pp.1293-1313.
20. Kisilevsky, B.S., Low, J.A., 1998. Human fetal behavior: 100 years of study. *Developmental Review*, 18, pp.1-29.

21. Koch, K.L., Frissora, C.L., 2003. Nausea and vomiting during pregnancy. *Gastroenterological Clinics of North America*, 32, pp.201-234.
22. Krasnegor, N.A., Lecanuet, P., Fifer, W.P., Smotherman W.P., eds. 1995. *Fetal development: a psychobiological perspective*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associate Publishers.
23. Kurjak, A., Carrera, J.M., Medic, M., Azumendi, G., Andonotopo, W., Stanojevic, M., 2005. The antenatal development of fetal behavioral patterns assessed by four-dimensional sonography. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 17(6), pp.401-416.
24. Ladipo, O., 2000. Nutrition in pregnancy: mineral and vitamin supplements. *American Journal of Clinical Nutrition*, 72(supl), pp.280S-290S.
25. Lebovici, S., 1989. Les liens intergenerationnels. Les interactions fantasmatiques. En: S. Lebovici, F. Weil-Halpern, eds. 1998. *Psychopathologie du bébé*. París: Presses Universitaire de France, pp.128-142.
26. Lecanuet, J.P., Granier-Deferre C., Schaal B., 1992. Les Systemes sensoriels du fœtus. En: M. Soule, et al., eds. 1992. *Introduction a la psychiatrie fœtale*. París: ESF Éditeur, pp.43-70.
27. Lederman, R.P., 1984. *Psychosocial adaptation in pregnancy. Assessment of seven dimentions of maternal development*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice Hall.
28. Nielsen, T., Paquette, T., 2007. Dream associated behaviors affecting pregnant and postpartum women. *Sleep*, 30(9), pp.1162-1169.
29. Nijhuis, J.G., ed. 1992. *Fetal behavior, developmental and perinatal aspects*. Oxford: Oxford University Press.
30. Nijhuis, J.G., 2003. Fetal Behavior. *Neurobiology of Aging*, 24, pp.S41-S46.
31. Nijhuis, I.J.M., ten Hof, J., Nijhuis, J.G., Mulder, E.J.H., Narayan, H., Taylor, D.J., Visser, G.H.A., 1999. Temporal organization of fetal behavior from 24 weeks gestation onwards in normal and complicated pregnancies. *Developmental Psychobiology*, 34, pp.257-268.
32. Pearson, R.M., Lightman, S.L., Evans, J., 2009. Emotional sensitivity for motherhood. Late pregnancy is associated with enhanced accuracy to encode emotional faces. *Hormones and Behavior*, 56, pp.557-563.
33. Picciano, M.F., 2003. Pregnancy and lactation. Physiological adjustments, nutritional requirements and the role of dietary supplements. *The Journal of Nutrition*, 133, pp.1997S-2002S.
34. Pritchard, J.A., 1965. Deglutition by normal and anencephalic fetuses. *Obstetrics and Gynecology*, 25, pp.289-297.

35. Richardson, B.S., Gagnon, R., 2004. Behavioral state activity and fetal health and development. En: R.K. Crease, R. Resnik, J.D. Iams, C.J. Lockwood, T.R. Moore, 2004. *Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine*. Filadelfia: Saunders Elsevier, pp.171-179.
36. Sandbrook, S.P., Adamson-Macedo E.N., 2004. Maternal-fetal attachment. Searching for a new definition. *Neuroendocrinology Letter*, 25(Supl.1), pp.169-182.
37. Saxbe D., Repetti R.L., 2010. For better or worse? Corregulation of couples' cortisol levels and mood states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(1), pp.92-103.
38. Solis, L., Lebovici, S., eds. 2003. *La Parentalidad. Desafíos para el tercer milenio*. París: Presses Universitaires de France.
39. Soulé, M., Begoin-Guignard, F., Cohen, H., Daffos, F., David, D., Faure, P., Forestier, F., Lecanuet, J.P., Granier-Deterre, C., Lallemand, S., Levailant, J.M., Levy, J.B., School, B., 1992. *Introduction a la psychiatrie foetale*. París: ESF Éditeur.
40. Stotland, N.E., 2009. Maternal nutrition. En: R.K. Crease, R. Resnik, J.D. Iams, C.J. Lockwood, T.R. Moore., 2009. *Maternal fetal medicine*. Filadelfia: Saunders Elsevier, pp.143-150.
41. Visser, G.H.A., 2003. Discussion of "fetal behavior", by Jan G. Nihuis, and "Fetal behavior: a commentary" by Gerard H. A. Visser. *Neurobiology of Aging*, 34, pp.S51-S52.
42. De Vries, J.L.P., Visser, G.H.A., Prechtl, H.F.R., 1982. The emergence of fetal behavior. I. Qualitative aspects. *Early Human Development*, 16, pp.301-303.

FENÓMENOS DE “PROGRAMACIÓN” IN ÚTERO: ALTO NIVEL DE ESTRÉS PSICOSOCIAL Y DESNUTRICIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Martín Maldonado-Durán y Juan Manuel Saucedo-García

Este capítulo revisa la información reciente sobre los efectos del excesivo estrés psicosocial en la madre y los de la desnutrición del bebé in útero. Se examinan las consecuencias de ambos fenómenos para la gestante y para su hijo o hija, así como las implicaciones a largo plazo (Alvarado y cols. 1996). Nuestro propósito es informar al clínico sobre los efectos negativos del estrés elevado y la desnutrición en esta etapa de la vida, así como la necesidad de detectarlos de manera temprana para implementar estrategias de intervención con el fin de prevenir esas consecuencias negativas; se describen brevemente algunas de estas estrategias.

Es necesario que el médico familiar, el especialista en ginecoobstetricia, la partera, el personal de enfermería y los profesionales de salud mental estén alertas de la presencia de tensiones excesivas para la gestante. El público en general también debe ser informado de estos hallazgos recientes para reasignar una alta prioridad social al bienestar psicológico y emocional de la mujer encinta y su pareja.

Alto estrés psicosocial durante el embarazo

Desde la antigüedad se ha considerado a la gestación como una época particularmente vulnerable para la mujer y el feto. Una de las recomendaciones más comunes es que la mujer debe estar tranquila, libre de preocupaciones graves y ser atendida de modo especial por quienes la rodean. Desgraciadamente, con la creciente movilidad

social, “modernización” o globalización, se han abandonado un buen número de creencias y prácticas protectoras (Kennel y McGrath, 1999). Hay un número cada vez mayor de mujeres que no reciben cuidados especiales, tienen que trabajar arduamente durante todo el embarazo y están expuestas a innumerables presiones asociadas con la privación económica, las dificultades psicosociales y las tensiones intrafamiliares. Un ejemplo extremo lo es la violencia doméstica, que es frecuente incluso durante el embarazo (Maldonado-Durán y cols., 2000).

Situaciones de estrés y su percepción

Hay múltiples situaciones de tensión y ansiedad para la futura madre cuyas características y efectos aún no han sido investigados de manera adecuada (Hobel y Culhane, 2003). ¿En qué etapa del embarazo tienen mayor efecto las situaciones estresantes? Podría haber un impacto distinto entre el principio del embarazo, por ser un período de morfogénesis muy activa, y el final de la gestación, en que podría verse afectada su duración. ¿Qué circunstancias negativas tienen el peor efecto, la violencia doméstica o las tensiones económicas, por ejemplo, y a través de qué mecanismos? ¿Cuál es la duración de las tensiones y la ansiedad que van a afectar negativamente? Podría ser diferente exponerse a un estrés agudo (como el generado por un temblor de tierra) que la tensión excesiva durante todo el embarazo y preexistente por años en la vida de la mujer.

Las mujeres que viven en malas condiciones de vida, en casas precarias, con preocupaciones económicas y en un medio ambiente con violencia y criminalidad, tienen mucho más estrés crónico y peores resultados obstétricos (Hobel y Culhane, 2003; Zapata y cols., 1992), lo que debe hacernos considerar la importancia de los factores socioculturales y no sólo los individuales.

Varias características inciden en lo que las personas mismas consideran como indeseable o les produce tensión. Un estudio realizado en el norte de Rusia (Grjibovski y cols., 2004) encuentra algunas situaciones que son específicas de ese grupo social; por ejemplo, el hecho de vivir en departamentos donde habita más de una familia. Este estudio con 1.399 mujeres también mostró que otro importante factor de estrés era que el esposo bebiera alcohol en exceso. Ambas circunstancias se asociaron con una disminución en el peso del feto. Del mismo modo, un factor de protección era el hecho de que la mujer viviera con sus propios padres, quienes en algún grado cuidan de ella. Esto contrasta con otros grupos en que no se ve como adecuado que la mujer viva en la casa de sus padres. Sin embargo, la violencia doméstica, lo mismo que la pobreza, vivir en medio de la criminalidad y el poco acceso a los alimentos, deben considerarse como factores de riesgo universales.

Los problemas que enfrentan las mujeres y las parejas son frecuentes. La violencia doméstica durante el embarazo ocurre con alta frecuencia en muchos países, incluyendo los Estados Unidos de América, el Reino Unido y México, y afecta a entre 15 y 20% de las mujeres, tomando en cuenta cifras conservadoras. Así mismo, las situaciones tensionantes no tienden a ocurrir de manera aislada, sino que coexisten unas con otras. La pobreza crea ciclos de desventajas y situaciones de estrés para la mujer, que van desde el acceso a cuidados de salud, pobres condiciones de vivienda, mayores dificultades en el medio ambiente y menor posibilidad de nutrirse de forma adecuada (Maldonado-Durán, 2003). De hecho, la pobreza es a menudo un denominador común, que conlleva riesgos que afectarán la salud del feto a largo plazo, tales como infartos al miocardio y la hipertensión arterial en la edad adulta (Barker y cols., 2001).

Los efectos del estrés excesivo

La falta de apoyo psicosocial tiene efectos negativos en la salud física de la persona, así como en su salud mental (Grammer y cols., 2002). Se ha observado que cuando alguien tiene una red de soporte emocional menor, hay una menor actividad de las células “aniquiladoras” (*killer cells*, en inglés) en el sistema inmunológico y en general una respuesta inmunológica deficiente. Varios autores han sugerido que el mecanismo de los efectos negativos del estrés es que afecta el funcionamiento inmunológico de la gestante (Coussons-Read y cols., 2003). A continuación se describen estos efectos, principalmente durante la gestación y en el bebé in útero.

Aborto espontáneo

Varios estudios han demostrado una asociación entre la muerte de algún pariente de la mujer durante su embarazo y un mayor riesgo de presentar un aborto espontáneo. Lo mismo se ha observado cuando hay un alto nivel de estrés en el sitio de trabajo de la gestante.

Prematurez

Hay correlación entre un mayor nivel de tensión emocional y el riesgo de presentar un parto prematuro (Althabe y cols., 1999). En un estudio llevado a cabo por Rauchfus y Gauger (2003) con 508 embarazadas, se encontró una asociación significativa entre un mayor nivel de tensión, ansiedad y estrés, con un parto prematuro. Algunos de los marcadores de mayor estrés fueron el no contar con una red de apoyo de otras mujeres en quienes confiar y un bajo involucramiento y soporte emocional por parte del compañero, así como presentar un mayor número de síntomas psicosomáticos. Una investigación realizada en Carolina del Norte, en los Estados Unidos de América, con 1.962 embarazadas, sugirió también la asociación entre preocupaciones respecto al embarazo y un mayor riesgo de parto prematuro (Dole y cols. 2003). Un estudio semejante, efectuado en Chile con 192

gestantes, encontró que muchas tenían un embarazo no planeado (56%) y 32% pensaban que su embarazo era un evento negativo (Alvarado y cols., 2002). De entre las participantes, 62% informó tener un alto nivel de tensión en su vida y 81% de ellas decían estar insatisfechas con el apoyo psicosocial del que disponían. En esta investigación hubo una correlación entre más tensiones y menor duración del embarazo, así como también más bajo peso del bebé al nacer. Es importante añadir que, adicionalmente, la cuarta parte de las embarazadas también sufrían de desnutrición.

Es posible que exista una correlación entre la duración del embarazo, la capacidad de llevar al feto a término y los niveles séricos de cortisol en la futura madre. El cortisol es una hormona suprarrenal que aumenta con las experiencias de ansiedad y estrés.

Una investigación importante llevada a cabo por Copper y cols. (1996), de tipo multicéntrico (comprendiendo 10 centros médicos), estudió la asociación entre una baja autoestima en la futura madre y un alto nivel de estrés psicosocial (evaluado en 2.596 mujeres entre las 25 y 29 semanas de gestación), con la posibilidad de nacimiento prematuro (parto prematuro espontáneo) y bajo peso para la edad gestacional (restricción del crecimiento fetal). Ambas asociaciones fueron estadísticamente significativas.

Preeclampsia

Hay una asociación entre sufrir ansiedad y depresión en la gestación (la ansiedad y la depresión tienden a presentarse juntas) con un mayor riesgo de sufrir preeclampsia. También se piensa que la depresión in útero puede alterar los mecanismos neuronales que impactan en la regulación emocional en el feto, lo cual afectará su conducta a largo plazo (Monk, 2001). El riesgo de preeclampsia es mayor si la ansiedad y la depresión han estado presentes desde el primer trimestre. Es factible que el estrés y la ansiedad aumenten la concentración de la hormona liberadora de corticotropina proveniente de la placenta, lo cual se asociaría con la hipertensión arterial.

¿Variaciones congénitas?

Algunos investigadores (Lou y cols., 1994; Weinstock, 2001) han revisado la información respecto a la correlación entre intenso estrés y un neonato con un menor perímetro cefálico. Esto se ha de interpretar como un menor crecimiento cerebral in útero (disminución de 5% del tamaño del cerebro). Sin embargo, Obel y cols. (2004) estudiaron el curso de 4.211 embarazos en Dinamarca y evaluaron la relación entre el número de situaciones tensionantes durante la gestación y el perímetro cefálico del bebé al nacimiento. No se encontró evidencia de un efecto negativo en el perímetro cefálico.

Otros autores han sugerido que las peleas con el compañero u otros miembros de la familia pueden causar estos mismos efectos, incluyendo algunas posibles alteraciones craneofaciales.

Bajo peso al nacer

Al estar expuesta a un alto número de estresores o tensiones importantes, la mujer está en mayor riesgo de tener no sólo un parto prematuro (Glynn y cols., 2001; Wadhwa y cols., 1993) sino también un bebé más pequeño de lo que debiera ser para su edad gestacional (Copper y cols., 1996; Huizink y cols., 2002). Este es otro factor en la desnutrición intrauterina que se describe más adelante.

Efectos de “programación” del feto in útero

En la actualidad existe gran interés en el estudio de la posibilidad de que los trastornos que ocurren en el adulto puedan tener su origen en la etapa fetal. Esto implica que lo que le ocurre al feto durante algunas fases de su desarrollo podría tener un impacto a largo plazo. Un mecanismo podría ser la alteración del funcionamiento de algunos órganos o sistemas determinados que diera lugar a enfermedades crónicas, ya sea durante la infancia o más tarde. A esto se lo ha llamado fenómeno de “programación” (Barker, 1998; Sonuga-Barke, 2010).

La programación podría consistir en afectar la expresión del funcionamiento glandular y hormonal del niño y, finalmente, del adulto (Dunger y Ong, 2005). Otro posible mecanismo es la alteración de la expresión genética de algunas células y con ello el funcionamiento de diversos sistemas.

Estrés, ansiedad y “programación” del feto

Se ha sugerido que el aumento en los corticosteroides sanguíneos debido al estrés puede tener un efecto negativo en la inmunocompetencia de la madre, lo cual la haría más vulnerable a las enfermedades. Por otra parte, Vivette Glover y su grupo, en el Reino Unido (Teixera y cols, 1999), han demostrado que el estrés durante el embarazo tiene un efecto negativo multiforme en el feto. Observaron que ocurren contracciones de la arteria uterina en los momentos en que la gestante siente ansiedad o susto. Estas contracciones causan una respuesta de estrés en el feto mismo, en términos de una menor posibilidad de oxigenación y de alteración de su fisiología. Una de sus consecuencias es el menor peso del bebé al nacer (Teixera y cols., 1999). En un estudio de este grupo se incluyó a 100 mujeres (en el tercer trimestre, promedio de 32 semanas). Con el instrumento de Spielberg se determinaron los niveles de ansiedad, resultando en que las que tenían los niveles más altos (27%) presentaron un aumento en el índice de resistencia de la arteria uterina. Por contraste, sólo 4% de las mujeres sin ansiedad tenía aumento en la resistencia. La diferencia fue significativa.

Otros estudios han mostrado una relación entre ansiedad-tensión en la madre y un aumento en la frecuencia cardíaca del feto (Monk y cols., 2003), lo que habla de la íntima conexión entre las emociones de la madre, sus respuestas fisiológicas y las respuestas somáticas del bebé in útero. Gitau y cols. (1998), indicaron la existencia de una asociación entre un alto nivel sanguíneo de cortisol en la madre y un nivel alto de cortisol en el feto. El cortisol elevado también contribuye a un menor peso al nacer y posiblemente a alteración en el desarrollo de algunas áreas del cerebro. Una investigación más reciente (DiPietro, 2002) mostró una asociación entre un nivel elevado de estrés en la madre y un alto nivel de actividad física en el feto. Sin embargo, otro estudio encontró precisamente lo opuesto, menor actividad fetal en las mujeres con mayor nivel de ansiedad (Groome y cols., 1995).

Se han propuesto un gran número de hipótesis para explicar la asociación entre el eje hipotálamo-hipofisario y los efectos adversos de la tensión psicológica excesiva durante la gestación (Austin y cols., 2000). Algunas áreas del sistema reproductivo de la mujer encinta (por ejemplo, el endometrio, miometrio y los ovarios) son particularmente sensibles a los efectos del cortisol sérico. Un alto nivel de tensión emocional se relaciona, por ejemplo, con falta de ovulación, oligomenorrea y reducción de la libido. Puede ser que aún la capacidad para concebir o para mantener un embarazo sean afectadas por estos mecanismos.

En cuanto al efecto del estrés en el comportamiento del feto, se observa que éste tendrá menor capacidad de habituación (acostumbrarse a un estímulo repetitivo y reaccionar cada vez menos a tal estímulo) y una mayor reactividad física entre mayor sea el nivel de estrés materno (Sandman y cols., 2003). Esto se observó en fetos en los que se había producido una alteración en los niveles de hormona estimulante de la corticotropina y de beta endorfinas. Como resultado del estrés en el feto se presentó una menor habituación de la frecuencia cardíaca en respuesta a estímulos auditivos (lo que indica hiperreactividad del feto).

Se ha propuesto la hipótesis de que hay una relación entre la elevación crónica del cortisol sanguíneo en el feto y los efectos negativos en algunas estructuras del cerebro, sobre todo aquellas que son necesarias para la regulación emocional del niño, como el área cortical del hipocampo (Gitau y cols., 2002). Ya se ha demostrado que una concentración excesiva de cortisol tiene un efecto neurotóxico en el cerebro (Uno y cols., 1994). Otra hipótesis propone que la tensión emocional en la madre y diversos factores ambientales durante el embarazo (como la obesidad en la gestante) podrían tener efectos epigenéticos que influyan en la generación de cambios en el funcionamiento neuropsicológico del bebé (Sonuga-Barke, 2010).

Un grupo de investigadores en Alemania (Rieger y cols., 2004) exploró los posibles efectos del estrés emocional crónico durante el tercer trimestre en 87 gestantes. Se comparó la conducta de los recién nacidos de mujeres con alto y bajo nivel

de estrés. En el primer grupo los neonatos tuvieron un pobre funcionamiento neuroconductual, valorado con la escala de evaluación conductual de Brazelton, lo que sugiere dificultades en la capacidad de regulación conductual del recién nacido (por ejemplo en las áreas de orientación y regulación de sus estados de alerta, así como para mantener la concentración, responder a estímulos, no ser abrumado fácilmente, etcétera).

Efectos de elevado estrés psicosocial a largo plazo

Ya desde hace 20 años Van den Bergh (1990) había notado la asociación entre alto nivel de estrés en el embarazo y cambios conductuales en el bebé, incluyendo conducta irritable y difícil. Se ha observado (O'Connor y cols., 2002) que la ansiedad excesiva en la gestante se asocia con una frecuencia más alta de dificultades emocionales y conductuales en el hijo o hija. Una evaluación de niños realizada por O'Connor y cols. (2002) encontró que había más dificultades de regulación (dificultad para dormir, irritabilidad, llanto excesivo, etc.) y de temperamento en los niños de cuatro años cuando sus madres habían tenido mayor estrés durante el embarazo. Esto ha sido corroborado por varios grupos, siendo uno de los más importantes el estudio longitudinal de Avon (*Avon Longitudinal Study of Parents and Children*, ALSPAC), en el Reino Unido, sobre el impacto de la ansiedad durante la gestación, el cual es de tipo prospectivo. En éste se ha dado seguimiento a los padres y sus hijos. En una parte del estudio, se evaluaron las dificultades emocionales y conductuales de los niños (por medio del reporte de sus padres) a los 47 y a los 81 meses de edad en dos grupos: uno con alto nivel de ansiedad-estrés y otro sin estos antecedentes. Los problemas más frecuentes fueron de conducta agresiva e hiperactividad (síntomas de externalización) en los niños y niñas de madres con mayor tensión emocional durante el embarazo.

Un grupo de investigadores en la Universidad de Utrech, Holanda, encontraron un efecto similar (Huizink y cols. 2003). Este grupo evaluó el nivel de tensión emocional antenatal y la presencia de alteraciones cognoscitivas tiempo después en los hijos e hijas. El grado de estrés se midió con la escala de dificultades de la vida diaria y con la concentración de cortisol en la saliva de 170 mujeres que cursaban su primer embarazo. El resultado fue que se pudo predecir que si había un alto grado de tensión hacia la mitad del embarazo, habría menores calificaciones en el desarrollo intelectual y motriz en las escalas de desarrollo con que se evaluó a los bebés de estas mujeres a los ocho meses de vida. Es importante subrayar que en este estudio los estresores no eran graves situaciones traumáticas, sino más bien las dificultades que se encuentran en la vida diaria y que tienen posiblemente un efecto acumulativo en términos de los daños que causan. La ansiedad, que tuvo el mayor poder de predicción de un efecto negativo en el niño, fue el miedo acentuado de ser madre, expresado durante el segundo trimestre.

Otro grupo de trabajo (Xiao y cols., 2003) ha sugerido que el estrés crónico en la gestación tiene como efecto la provocación de hipoxia relativa en el feto, que entonces ajusta su metabolismo y por decir así, se “adapta” a las condiciones dictadas por la tensión crónica. Este sería uno de los mecanismos que afectan el funcionamiento del niño a largo plazo.

Linnet y cols. (2003) realizaron un estudio metaanalítico de la información existente en la literatura respecto a factores que en el embarazo podrían asociarse con el trastorno por déficit de atención (TDAH) en los niños. Este estudio encuentra una asociación entre alto nivel de estrés y TDAH. Otro estudio utilizó la Escala de Achenbach de síntomas conductuales en el niño (*Child Behavior Checklist*) y encontró correlación entre mayores síntomas en la escala de problemas de atención y elevados antecedentes de estrés durante la etapa intrauterina (Laucht y cols., 2002).

Desnutrición in útero

En la actualidad existe un gran interés en el bebé que nace con bajo peso, es más pequeño de lo esperado para su edad gestacional y ha sufrido desnutrición in útero. Este interés se debe a dos razones principales: una es comprender cuáles son las posibles causas y consecuencias del fenómeno, y la otra es qué podría hacerse para remediar sus efectos a largo plazo.

Hay cada vez más evidencia de que el bajo peso para la edad gestacional (BPEG), o sea la desnutrición intrauterina, tiene consecuencias negativas duraderas, tanto en términos del estado médico del adulto como en su salud mental. Es problemático distinguir qué tanto afecta este factor en comparación con las condiciones del niño después de su nacimiento, pues se sabe que el ser de clase socioeconómica baja también tiene consecuencias negativas para el crecimiento (Rey y Bresson, 1997).

Es importante distinguir entre prematurez y bajo peso al nacer. En el primer caso, el neonato pesa menos de lo normal porque ha nacido antes de tiempo y no ha tenido tiempo de madurar. En el segundo, el bebé tiene características de madurez, pero no tiene suficiente tejido adiposo, es de menor tamaño y por lo tanto pesa menos de lo normal. Las causas y consecuencias de estos estados son muy diferentes, aquí sólo se cubre la desnutrición fetal.

Algunos autores consideran la desnutrición materna como aquella que presenta la mujer que pesa menos de 50 kg en la etapa pregestacional, o cuya talla es menor a 150 cm; o bien la mujer cuyo índice de masa corporal es menor de 19.8 (es decir, 19,8 kg por metro cuadrado de superficie corporal) (Bender Martins y Nuñez Urquiza, 2003). Una madre que ya ha tenido un hijo con pobre crecimiento intrauterino está en mayor riesgo de que en sus embarazos subsecuentes ocurra lo mismo (Lerner, 2004).

Otros factores en el bajo peso, menos frecuentes, son las anomalías congénitas o cromosómicas (por ejemplo las trisomías) así como la infección intrauterina (por ejemplo con citomegalovirus). Otra causa, más común, es la preeclampsia, que causa insuficiencia placentaria.

El cálculo del peso del feto es difícil y tiene un amplio margen de error; incluso al hacerse por ultrasonido puede haber un error de 20% (Lerner, 2004). Se ha sugerido hacer una distinción entre el bebé “constitucionalmente” pequeño y el que de hecho tiene retraso del crecimiento intrauterino que es ya un estado patológico.

Algunos autores recomiendan reservar el término de retraso del crecimiento intrauterino cuando la circunferencia abdominal (perímetro abdominal) del neonato mide menos que la percentila 2,5 para su edad gestacional (Lerner, 2004). El perímetro abdominal se considera una aproximación adecuada para medir el estado nutricional del recién nacido. Por desgracia, en los países del tercer mundo, la desnutrición intrauterina es frecuente, pues afecta a entre 13 y 30% de todos los embarazos (Krishnaswamy y cols., 2002; Mahajan y cols., 2004), lo que tendrá un impacto negativo en muchos niños cuando sean adultos. En principio, el bebé que nace con desnutrición tiene una mortalidad de cinco a diez veces mayor que el de peso normal, (Mahajan y cols. 2004).

La baja ingesta de proteínas por parte de la madre a menudo se acompaña de otras deficiencias, por ejemplo de ácido fólico o de hierro, lo que puede causar anemia en ella y, por consiguiente, menor crecimiento del feto.

Una definición común de bajo peso al nacer es que el neonato pese menos de 2500 g, a pesar de ser de término en cuanto a su desarrollo morfológico. Otros autores definen el problema como un peso al nacer por debajo de la percentila 10 para la edad gestacional.

Es común clasificar el retraso del crecimiento intrauterino en simétrico y asimétrico (Lerner, 2004; Das y Sysyn, 2004). En el simétrico, tanto la cabeza del bebé como el resto de su cuerpo son más pequeños de lo esperado. En el retraso asimétrico, la cabeza es proporcionalmente más grande en comparación con el resto del cuerpo. Se cree que en el segundo caso, ha habido un efecto de “protección” del cerebro y el cuerpo utiliza los escasos recursos nutricios favoreciendo el continuo crecimiento del cerebro a expensas del resto del cuerpo. Es probable que el retraso simétrico se deba a una exposición más prolongada a falta de nutrientes en el medio intrauterino, mientras que en la forma asimétrica, la privación ocurre de forma posterior en la vida del feto. Por regla general, el bebé que pesa menos de 2000 g al nacer (y es de término) suele tener retraso del crecimiento de tipo simétrico. Esta forma es la más común en los países pobres.

Algunos autores (Dunger y Ong, 2005) utilizan el término “fenotipo ahorrativo” (*thrifty phenotype*, en inglés), para denotar estos problemas. La frase sugiere que el cuerpo “ahorra” en crecimiento para adaptarse a la escasez de nutrientes y se torna por lo tanto más pequeño (Gluckman y cols., 2005).

Se ha encontrado una relación inversa entre el perímetro cefálico y el riesgo de enfermedad cerebrovascular en la edad adulta (Rey y Bresson, 1997). Es decir, entre menor sea el perímetro, mayor el riesgo del accidente vascular posterior.

Causas de desnutrición intrauterina

El crecimiento del feto in útero es multideterminado: hay elementos genéticos y factores del ambiente intrauterino (por ejemplo suficiencia de la placenta, nutrición de la madre, tabaquismo en ésta, etc.), además de otros factores maternos como el peso y la talla de la madre y su grupo étnico. Si la madre es desnutrida, lo más probable es que su bebé sea desnutrido desde la etapa intrauterina.

En los países industrializados, la causa principal de desnutrición in útero es el consumo de tabaco durante el embarazo; en los países pobres lo es la baja ingesta de alimentos por la futura madre (Bender Martins y Nuñez Urquiza, 2003; Kramer y cols., 1987). En todo caso, cuando la mujer no aumenta suficiente peso durante la gestación, estará en riesgo de que el neonato sea de bajo peso para su edad gestacional (Strauss y Dietz, 1999).

El bajo peso para la edad gestacional puede ser causado por otros múltiples factores. Uno de ellos es el peso y talla de la madre (Das y Sysyn, 2004); otro factor es la intensidad del trabajo físico que realice la mujer: entre mayor sea su gasto de energía, menor será su ganancia de peso. Cuando la madre misma al nacer pesó menos de su peso óptimo para la edad gestacional, tiende a tener bebés más pequeños (Collins y cols., 2003; Klebanoff y cols., 1989). Otra causa de bajo peso es la preeclampsia que induce una restricción del crecimiento del feto y puede dar lugar a delgadez extrema. Se ha observado que el feto masculino tiene una velocidad de crecimiento más alta que el femenino, y por lo tanto es más vulnerable a los efectos de la pobre nutrición in útero (Barker, 1998). La falta de proteínas suficientes en la futura madre da lugar a una menor disponibilidad de insulina en el feto. La insulina fetal es necesaria para promover la reproducción de las células y el crecimiento fetal en general (Mahajan y cols., 2004).

El síndrome X como consecuencia del bajo peso al nacer

Barker y sus colaboradores observaron (Barker y cols., 1997, 2001) que las madres que sufrieron de hambruna durante el embarazo en Escocia, durante la Segunda Guerra Mundial, y cuyos hijos habían nacido con desnutrición in útero, tenían

un riesgo mayor que la población en general de sufrir infartos de miocardio, hipertensión arterial y diabetes en la edad adulta (Rasmussen, 2001).

La asociación entre enfermedad isquémica del miocardio y el haber sufrido mala nutrición in útero se observó también en una cohorte de 15.000 personas en Suecia (Leon y cols., 1998). En este estudio lo más importante no fue tanto el peso al nacer, como la velocidad de aumento de peso del feto. La hipótesis es que si el embrión sufre de desnutrición desde el primer trimestre, habrá mayor riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular (hemorragia) en la edad adulta debido a hipertensión arterial. En cambio, si la desnutrición ocurre en el segundo trimestre, habría mayor riesgo de enfermedad coronaria, posiblemente a través de un efecto de resistencia a la insulina (Levy-Marchal y Jaquet, 2004). También existe una asociación entre malnutrición in útero y elevación de la presión arterial en el niño, es decir, un efecto que se manifiesta de manera más temprana (Godfrey y cols., 1994).

El síndrome X es una constelación de trastornos que tienden a coexistir y que se manifiestan en el adulto. Sus componentes principales son: hiperlipidemia, diabetes *mellitus* tipo II, hipertensión arterial (Barker y cols., 1993a. Petry y Hales, 2000) y enfermedades cardiovasculares, que varios estudios han asociado con el antecedente de bajo peso para la edad gestacional (Levy-Marchal y Jacquet, 2004). La mayor frecuencia de síndrome X se ha encontrado en varones norteamericanos (Curhan y cols., 1996). De hecho, se ha observado que estos adultos, cuando niños, tienen una mayor actividad del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal durante gran parte de su vida (Seckl, 2004; Seckl y Meaney, 2004) y consiguientemente también suelen tener un nivel elevado de cortisol sanguíneo.

Varios autores consideran que el bajo peso para la edad gestacional es uno de los factores de riesgo para que aparezcan los trastornos del síndrome X en la edad adulta (Harding, 2005), y que para la aparición de esas alteraciones es además necesaria una posible predisposición genética, así como la presencia de otros factores de riesgo como el estilo de vida y el régimen alimentario del adulto. Un sólo factor no puede explicar toda la incidencia en el adulto.

Barker, en el Reino Unido, encontró que a los 50 años de edad había un riesgo de tener síndrome de resistencia a la insulina diez veces mayor en aquellos sujetos que habían tenido un peso al nacer de menos de 2,5 kg, en comparación con aquellas personas que habían pesado 4,5 kg o más (Barker y cols., 1993). Otro estudio en San Antonio, Texas, entre personas de 30 años de edad o más, encontró una relación inversa entre el riesgo de resistencia a la insulina y menor peso al nacer (Valdez y cols., 1994). De hecho, la evidencia indica que los efectos negativos de la desnutrición in útero son proporcionales a su gravedad; es decir, entre mayor sea el déficit nutricional, peores son las consecuencias (Dunger y Ong, 2005). Estudios semejantes en Holanda también han demostrado que hay asociación entre la pobre

nutrición in útero y menor tolerancia a la glucosa en la edad adulta (Ravelli y cols., 1998), obesidad (Ravelli, Stein y Susser, 1976) y un aumento en la frecuencia de bajo peso al nacer en la generación subsiguiente (Lumcy, Stein y Ravelli, 1995). También hay asociación con mayor riesgo de bronquitis crónica en la edad adulta, mayor índice de masa corporal, enfermedad cardíaca (Roseboom y cols., 2001a), hipertensión arterial (Roseboom y cols., 2001b) e hiperlipidemia (Roseboom y cols., 2000).

Una investigación sobre privación de alimentos durante el embarazo en una pequeña área de Suecia, encontró un riesgo muy elevado de muerte súbita en adultos que durante el embarazo habían sido expuestos a esa privación (Bygren, Edvinsson y Brostrom, 2000b). Existen otros estudios que confirman estas asociaciones (Krishnaswamy y cols., 2002).

Fisiopatología

En cuanto a los mecanismos que subyacen al síndrome X, se ha sugerido que un mecanismo fisiopatológico subyacente es el síndrome de resistencia a la insulina (Levy-Marchal y Jaquet, 2004). Este síndrome consiste en que los tejidos no responden a los efectos usuales de la insulina, dando lugar a hiperglucemia.

Se ha postulado que el bajo peso al nacer conlleva un cambio de “programación” del feto, cuya fisiología y metabolismo se verán alterados para el futuro del niño hasta la edad adulta. Ya desde la niñez (Bavdekar y cols., 1999; Law y cols., 1995) o en la juventud, el sujeto podría tener una relativa resistencia a la insulina (Flanagan y cols., 2000). Se sospecha que el niño “compensa” su bajo peso al nacer (disminución significativa de tejido adiposo) por medio de un aumento en su ingestión de calorías y más tarde habrá acumulación excesiva de tejido graso. Entre mayor sea su obesidad en la niñez, adolescencia y edad adulta, mayor será el riesgo de diabetes y de resistencia a la insulina. En tales casos, el exceso de tejido graso ocurre más bien en el tronco del cuerpo, más que en las extremidades.

La desnutrición in útero también se asocia con dislipidemia, sobre todo hipercolesterolemia, según un estudio con personas nacidas durante un período de hambruna en Holanda, en que las madres tenían poco acceso a la comida y muchos niños nacieron desnutridos (Barker y cols., 1993b; Roseboom y cols., 2001a y 2001b), y en la edad adulta tienen mayor riesgo de presentar hipercolesterolemia-dislipidemia. Algo parecido ocurrió en un estudio en Suecia con hombres de edad avanzada que habían tenido bajo peso al nacer y mayor riesgo de tener presión arterial alta durante la vejez, resistencia a la insulina y obesidad del tronco del cuerpo.

Deficiencia de otros nutrientes (vitaminas y micronutrientes)

La pobre ingesta de **proteínas y calorías** puede acompañarse de ingestión deficiente de otros nutrientes necesarios para el progreso óptimo del embarazo y el crecimiento del feto. Esto incluye un número de elementos (hierro, calcio, etc.) y vitaminas.

El déficit de **calcio** es raro, pero puede ocurrir en mujeres que consumen muy poco de este elemento, como aquéllas que nunca consumen productos lácteos (Ladipo, 2000).

La deficiencia de **hierro** puede producir anemia en la madre y los consecuentes efectos negativos en el feto.

Un bajo nivel de **zinc** en el plasma de la madre puede dar lugar a retraso del crecimiento del feto, anomalías congénitas, prematurez o aborto espontáneo, así como preeclampsia (Jameson, 1992, Ladipo, 2000).

La deficiencia de **yodo** puede causar retraso mental (cretinismo) en el lactante, pero también puede producir muerte fetal.

La deficiencia de **selenio** se ha asociado con la enfermedad de Keshan en el neonato (cardiomiopatía congestiva) la cual se ha encontrado sobre todo limitada a un área geográfica de Keshan, China (Ladipo, 2000).

El déficit de **vitamina A** es relativamente frecuente, sobre todo en las mujeres que ingieren pocos productos lácteos y frutas frescas. Esta deficiencia se ha asociado con un menor peso al nacer, pérdida perinatal y desprendimiento prematuro de la placenta (Ramakrishnan y cols., 1999); también se correlaciona con anemia y disminuye la capacidad inmunológica de la mujer, causando, por ejemplo, una reducción en el número de leucocitos, la cantidad de complemento sérico y de algunas inmunoglobulinas (Yoshida y cols., 1999).

La deficiencia de **vitamina D** es rara; puede ser más frecuente en situaciones de poca exposición a la luz solar. En algunos grupos culturales de Kuwait, y en otros del mundo islámico donde se practica el uso de la *pardah* o la *burkha*, vestuario generalmente oscuro que cubre todo su cuerpo, puede hacer que la mujer tenga muy poca exposición a la luz solar (El Sonbaty y cols., 1996). Algo parecido ocurriría en otras mujeres que por alguna razón no tienen acceso a la luz solar.

Consecuencias a largo plazo en la salud mental

Es muy difícil afirmar que un determinado trastorno o disfunción es causado por un único factor de riesgo, pues la mayoría son multideterminados. Del mismo modo, trastornos emocionales como la depresión y otros, tienen determinantes genéticos, de experiencias en la vida temprana, en la edad escolar, factores de estrés, etc.

En esta breve revisión de las consecuencias a largo plazo de la desnutrición in útero, debe tomarse en cuenta que se está hablando de un factor de riesgo más, y no de una relación directamente “causal” o predominantemente causal. La evidencia existente se refiere sobre todo a circunstancias excepcionales de hambruna (en Holanda o en China), aunque es posible que los mismos hallazgos sean aplicables a los casos de desnutrición materna por pobreza (Delisle, 2002), que es la situación de muchas familias en países en desarrollo.

Thompson y cols. (2001) estudiaron la relación entre depresión en la edad adulta tardía y antecedentes de desnutrición in útero. La investigación consistió en entrevistar a 882 adultos del área de Hertfordshire, Reino Unido, que habían nacido entre los años 1920 y 1930. Se encontró una correlación significativa entre bajo peso al nacer y mayor riesgo de depresión. El grupo con mayor riesgo eran los varones que habían tenido un peso bajo al nacer y, subsecuentemente, un peso más alto al año de edad (el peso compensatorio). Otro estudio realizado en Finlandia (Phillips y cols., 2001) encontró que los varones con antecedente de bajo peso al nacer tenían un mayor riesgo de no haberse casado (3.577 hombres nacidos entre 1924 y 1933. Se sabe que el permanecer soltero en los varones adultos conlleva a una mayor frecuencia de depresión y de otros riesgos para la salud: mayor posibilidad de tener enfermedad cardiovascular y una duración menor de la vida.

Otro trastorno que se ha asociado con la desnutrición in útero se refiere a rasgos de personalidad antisocial en el adulto (Neugenauer, Hoek y Susser, 1999). Esto fue sugerido por un estudio hecho en Holanda, evaluando los registros de hombres que tuvieron un examen psiquiátrico a los 18 años (100.543 hombres). La conclusión fue que hubo mayor riesgo de tener rasgos de personalidad antisocial en aquellos que tenían una historia de desnutrición in útero. Las madres de estos varones habían padecido por la hambruna del año 1944 en Holanda, resultado del bloqueo de provisiones para esa región por el ejército nazi.

Un hallazgo más y muy interesante sobre los efectos de la hambruna en China (en el área de Anhui, entre los años 1959 y 1961) demuestra que los bebés que nacieron desnutridos tuvieron un riesgo doble que el de la población general de sufrir esquizofrenia (St. Clair y cols., 2005; Neugebauer, 2005).

Implicaciones para intervención

¿Cómo reducir el nivel de tensión - estrés? La revisión anterior enfatiza un número de situaciones materiales tales como las presiones económicas, el hacinamiento y el aislamiento psicosocial. Cambiar estas situaciones requiere de un esfuerzo social para que se valore la situación de la pareja que espera un hijo y “haga lugar” para satisfacer sus necesidades.

En el plano individual, con una familia determinada, los esfuerzos para reducir la ansiedad y tensión pueden redundar en beneficios para la pareja y el feto. Es claro que hay condiciones difíciles de cambiar (como la pobreza), sin embargo, cuando la futura madre, su pareja y el resto de la familia reconocen la importancia de mantener una situación de calma en todo lo posible, y están alertas a los efectos negativos de las tensiones, podrán hacer esfuerzos para no exponerla a situaciones difíciles que son evitables. Un estudio de Urizar y cols. (2004) demostró que un programa donde a las mujeres embarazadas se les enseñaba a hacer frente a las angustias y tensiones, ayudó a disminuir el nivel sanguíneo de cortisol y la percepción del estrés en la mujer misma. El programa se realizó en San Francisco, California, con 39 mujeres, la mayoría inmigrantes latinas a los Estados Unidos de América. A las mujeres se les pidió que trataran de hacer cosas que las hicieran sentirse mejor y evitar aquellas situaciones que las preocuparan. Cada mujer eligió su propia actividad para reducir el estrés.

También se ha establecido una correlación entre disponer de mayor apoyo psicosocial durante el embarazo y un mejor resultado en términos de la salud física del bebé (Hodnett y Fredericks, 2000). En un estudio de tipo metaanalítico, se revisaron las intervenciones con mayor éxito. Entre éstas se incluyó el dar consejos y orientación psicosocial, ayuda tangible a las madres (en términos de transporte, ayuda con trámites, etc.), visitas domiciliarias, proveer información, tranquilizar a la futura madre, etc. Las participantes en programas con estos ingredientes tuvieron hijos con menos problemas de salud en comparación con quienes no tuvieron esas intervenciones. También maniobras muy simples, como el masaje practicado por el compañero o una persona que ofrezca apoyo a la mujer embarazada, resultan en un menor nivel de ansiedad (Field, 1998).

Es necesario que el público tenga conciencia de la importancia de mantener un estado de bienestar para la mujer y la pareja que espera un hijo, y que se hagan esfuerzos sociales para reducir las tensiones, por lo menos en esta etapa de la vida, dada la importancia de los posibles efectos negativos a corto y largo plazos.

También es necesario prevenir los efectos negativos de la desnutrición in útero favoreciendo una mejor alimentación de la mujer durante la gestación, sobre todo en los países pobres. Esto tiene importancia tanto para el desarrollo a corto plazo del bebé, como también en el futuro, debido a la gravedad e incapacidad que producen los trastornos del síndrome X. El clínico que tiene contacto con mujeres durante la gestación debe evaluar su estado nutricional y alertar a la mujer y a su pareja respecto a la importancia de este tema a corto y largo plazos. También es necesario que la sociedad esté al tanto de la información reciente a este respecto para asignar la prioridad necesaria a la nutrición durante esta etapa de la vida. Varios programas de intervención, por ejemplo en Guatemala (Haas y cols., 1996) han demostrado que

es posible suplementar la alimentación de la gestante y así aumentar el promedio de peso al nacer de sus hijos, hasta en un nivel de aumento de 400-600 mg.

El efecto de la suplementación alimentaria parece ser mayor entre más pobres sean las mujeres. Hay menor certeza sobre la eficacia de la suplementación de minerales y vitaminas. Se ha sugerido que el calcio se puede aumentar hasta a una dosis de 2.500 mg por día (Institute of Medicine, 1999) y que esto podría ayudar incluso con una menor frecuencia de depresión postnatal.

Suplementar la ingesta de hierro durante el segundo y tercer trimestre del embarazo debe ser una recomendación universal en los países del tercer mundo (Stoltzfus y Dreyfuss, 1998). En los países desarrollados esto se recomienda sólo para mujeres que tiene anemia.

En cuanto al zinc, la Organización Mundial de la Salud recomienda que se suplemente en los países del tercer mundo a una dosis de 35 mg por día (Institute of Medicine, 1990). Cuando se da suplementación de zinc, es necesario añadir 2 mg de cobre por día.

En lo que respecta a las vitaminas, la vitamina A suele suplementarse con aceite de hígado de bacalao, proporcionando un equivalente de alrededor de 2.400 µg de vitamina A por día. Varios estudios en países del tercer mundo han encontrado que administrar suplementos con vitamina A puede reducir el riesgo de anemia en la mujer y la frecuencia de fiebre puerperal. La suplementación excesiva puede ser peligrosa y no deben sobrepasarse los 3.000 µg por día (Ladipo, 2000). El exceso de vitamina A puede causar disfunción del sistema inmunológico y aumenta el riesgo de malformaciones fetales.

No se recomienda la suplementación de vitamina D excepto en mujeres en alto riesgo de deficiencia. El requerimiento diario del adulto es de 50 µg por día. No es necesario usar suplementos para la vitamina E. Actualmente se recomienda usar suplementos vitamínicos y de micronutrientes múltiples. Esta suplementación puede mejorar el curso del embarazo y también la calidad de la leche materna.

Referencias

1. Althabe, F., Carroli, G., Lede, R., Belizán, J.M., Althabe, O.H., 1999. El parto pretérmino: detección de riesgos y tratamientos preventivos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5, pp.373-385.
2. Alvarado, R., Medina, E., Aranda, W., 1996. Componentes psicosociales del riesgo durante la gestación. Revisión bibliográfica. *Revista de Psiquiatría*, 13, pp.30-41.
3. Alvarado, R., Medina, E., Aranda, W., 2002. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Revista Médica de Chile*, 130(5), pp.561-568.
4. Ashton, N., 2000. Perinatal development and adult blood pressure. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 33, pp.731-740.
5. Austin, M.P., Leader, L., 2000. Maternal stress and obstetric and infant outcomes: epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. *Australia and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(3), pp.331-337.
6. Barker, D.J.P., 1998. *Mothers, babies and health in later life*. Edimburgo: Churchill Livingston.
7. Barker, D.J.P., Forsén, T., Uutela, A., Osmond, C., Eriksson, J.G., 2001. Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: longitudinal study. *British Medical Journal*, 323, pp.3281-3285.
8. Barker, D.J.P., Hales, C.N., Fall, C.H.D., Osmond, C., Phipps, K., Clark, P.M.S., 1993a. Type 2 diabetes mellitus, hypertension and hyperlipidaemia (syndrome X): relation to reduced fetal growth. *Diabetology*, 36, pp.62-67.
9. Barker, D.J.P., Martyn, C.N., Osmond, C., Hales, C.N., Fall, C.H., 1993b. Growth in utero and serum cholesterol concentration in adult life. *British Medical Journal*, 307, pp.1524-1527.
10. Barker, D.J.P., Osmond, C., Rodin, I., Full, C.H.D., Winter, P.H., 1995. Low weight gain in infancy and suicide in adult life. *British Medical Journal*, 311, p.1203.
11. Bavdekar, A., Yajnik, C.S., Fall, C.H., et al., 1999. Insuline resistance syndrome in 8 year old Indian children: small at birth, big at 8 years or both? *Diabetes*, 48, pp.2422-2429.
12. Byberg, L., McKeigue, P.M., Zethelius, B., Lithel, H.O., 2000. Birth weight and the insuline resistance syndrome. Association of low birth weight with truncal obesity and raised plasminogen activator inhibitor -1 but not with abdominal obesity or plasma lipid disturbances. *Diabetology*, 43, pp.54-60.

13. Collins, J.W., David, R.J., Prachand, N.G., Pierce, M.L., 2003. Low birth weight across generations. *Maternal and Child Health Journal*, 7(3), pp.229-237.
14. Copper, R.L., Goldernberg, R.L., Das, A., Elder, N., Swain, M., et al., 1996. The preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty five weeks' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175, pp.1286-1292.
15. Coussons-Read, M., Okun, M., Simms, S., 2003. The psychoneuroimmunology of pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(2), pp.103-112.
16. Curhan, G.C., Willett, W.C., Rimm, E.B., et al., 1996. Birth weight and adult hypertension, diabetes mellitus and obesity in US men. *Circulation*, 94, pp.3246-3250.
17. Das, U.G., Sysyn, G.D., 2004. Abnormal fetal growth: intrauterine growth retardation, small for gestational age, large for gestational age. *Pediatric Clinics of North America*, 51, pp.639-654.
18. Delisle, H., 2002. La programmation foetale des maladies chroniques liées a la nutrition. *Santé*, 1(12), pp.56-63.
19. DiPietro, J.A., Hawkins, M.L., Hilton, S.C., Costigan, K.A., Pressman, E.K., 2002. Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Developmental Psychology*, 38, pp.659-669.
20. Dole, N., Savits, D.A., Hertz-Picciotto, I., Siega-Riz, A.M., McMahon, M.J., Buekens, P., 2003. Maternal stress and preterm birth. *American Journal of Epidemiology*, 157(1), pp.14-24.
21. Dunger, D.B., Ong, K.K., 2005. Endocrine and metabolic consequences of intrauterine growth retardation. *Endocrinological and Metabolic Clinics of North America*, 34, pp.597-615.
22. El-Sonbaty, M.R., Abdul-Ghaffar, N.U., 1996. Vitamin D deficiency in veiled Kuwaiti women. *European Journal of Clinical Nutrition*, 50, pp.315-318.
23. Field, T., 1998. Massage therapy effects. *American Psychologist*, 53(12), pp.1270-1281.
24. Flanagan, D.E., Moore, V.M., Godsland, I.F., Cockington, R.A., Robinson, J.S., Phillips, D.I., 2000. Fetal growth and the physiological control of glucose tolerance in adults: A minimal model analysis. *American Journal of Physiology, Endocrinology and Metabolism*, 278, pp.E700-E706.
25. Glynn, L.M., Wadhwa, P.D., Dunkel-Schetter, C., Chicz-Demet, A., Sandman, C.A., 2001. When stress happens matters: Effects of earthquake timing on stress responsivity in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184, pp.637-642.

26. Gitau, R., Cameron, A., Fisk, N.M., Glover, V., 1998. Fetal exposure to maternal cortisol. *The Lancet*, 352, p.707.
27. Gitau, R., Fisk, N.M., Glover, V., 2004. Human fetal and maternal corticotrophin releasing hormone responses to acute stress. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 89, pp.29-32.
28. Gluckman, P.D., Cutfield, W., Hofman, P., Hanson, M.A., 2005. The fetal, neonatal and infant environments, the long term consequences for disease risk. *Early Human Development*, 81, pp.51-59.
29. Godfrey, K.M., Forrester, T., Barker, D.J.P., Jackson, A.A., Landman, J.P., et al., 1994. Maternal nutritional status in pregnancy and blood pressure in childhood. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 101, pp.398-403.
30. Grammer, K., Schreiner, S., Artzmüller, M., Dittami, J., 2002. Die evolutionäre Psychologie des Kindes: soziale Intelligenz und Überleben. En: K.W. Alt, A.K. Grottenhaler, eds., 2002. *Kindervelten*. Colonia: Böhlau, pp.6-23.
31. Grjibovski, A., Bygren, L.O., Svartbo, B., Magnus, P., 2004. Housing conditions, perceived stress, smoking, and alcohol: determinants of fetal growth in Northwest Russia. *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica*, 83(12), pp.1159-1166.
32. Groome, L.J., Swiber, M.J., Bentz, L.S., Holland, S.B., Atterbury, J.L., 1995. Maternal anxiety during pregnancy: Effect on fetal behavior at 38 to 40 weeks of gestation. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16, pp.391-396.
33. Haas, J.D., Murdoch, S., Rivera, J., Martorell, R., 1996. Early nutrition and later physical work capacity. *Nutritional Review*, 54, pp.S41-48.
34. Harding, R., 2005. Fetal origins of postnatal health and disease. *Early Human Development*, 81, pp.721-722.
35. Hobel, C., Culhane, J., 2003. Role of psychosocial and nutritional stress on poor pregnancy outcome. *Journal of Nutrition*, 133(5), pp.S1709-S1717.
36. Hodnett, E.D., Fredericks, S., 2000. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *Cochrane Database Systems Systemtic Reviews*, No. 2, CD 000198.
37. Huizink, A.C., Robles de Medina, P.G., Mulder, E.J.H., Visser, G.H.A., Buitelaar, J.K., 2003. Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(6), pp.810-818.
38. Institute of Medicine, 1990. *Nutrition during pregnancy*. Washington, D.C.: National Academy Press.
39. Institute of Medicine, 1999. *Dietary reference intakes. Calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D, and fluoride*. Washington, D.C.: National Academy Press.

40. Jameson, S., 1993. Zinc status in pregnancy: the effect of zinc therapy on perinatal mortality, prematurity and placental ablation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 678, pp.178–192.
41. Kennel, J.H., McGrath, S.K., 1999. Commentary: practical and humanistic lessons from the third world for caregivers everywhere. *Birth*, 26(1), pp.9-10.
42. Klebanoff, M.A., Meirik, O., Berendes H.W., 1989. Second-generation consequences of small-for-dates birth. *Pediatrics*, 84(2), pp.343–347.
43. Kramer, M.S., 1987. Determinant of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 65, pp.663-737.
44. Krishnaswamy, K., Naidu, A.N., Prasad, M.P.R., Reddy, G.A., 2002. Fetal malnutrition and adult chronic disease. *Nutrition Reviews*, 60(5), pp.S35-S39.
45. Ladipo, O., 2000. Nutrition in pregnancy: mineral and vitamin supplements. *American Journal of Clinical Nutrition*, 72, pp.280S-290S.
46. Laucht, M., Esser, G., Baving, L., Gerhold, M., Howsch, I., Ihle, W, Steigleider, P., Stock, B., Stoehr, R.M., Weindrigh, D., Schmidt, M.H., 2002. Behavioral sequelae of perinatal insults and early family adversity at 8 years of age. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 39, pp.1229-1237.
47. Law, C.M., Gordon, G.S., Shell, A.W., Barker, D.J.P., Hales, C.N., 1995. Thinness at birth and glucose tolerance in seven-year old children. *Diabetes and Medicine*, 12, pp.24-29.
48. Leon, D.A., Lithell, H.O., Vagero, D., Koupilovd, I., Mohsen, R., et al., 1998. Reduced fetal growth rate and increased risk of death from ischaemic heart disease: cohort study of 15.000 Swedish men and women born 1915-29. *British Medical Journal*, 317, pp.241-245.
49. Lerner, J.P., 2004. Fetal growth and well-being. *Obstetric and Gynecological Clinics of North America*, 31, pp.159–176.
50. Levy-Marchal, C., Jaquet, D., 2004. Long-term metabolic consequences of being born small for gestational age. *Pediatric Diabetes*, 5, pp.147-153.
51. Linnet, K.M., Dalsgaard, S., Obel, C., Wisborg, K., Henriksen, T.B., Rodriguez, A., Kotiman, A., Moilanen, I., Thomsen, P.H., Olsen, J., Jarvelin, M.R., 2003. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors. Review of the current evidence. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), pp.1028-2040.

52. Lou, H.C., Hansen, D., Nordentoft, M., Pryds, O., Jensen, F., Nim, J., Hemmingsen, R., 1994. Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 36, pp.826–832.
53. Mahajan, S.D., Singh, S., Shah, P., Gupta, N., Kochupillai, N., 2004. Effect of maternal malnutrition and anemia on the endocrine regulation of fetal growth. *Endocrine Research*, 30(2), pp.189-203.
54. Maldonado-Durán, J.M., 2003. La pobreza. Efectos en la conducta y emociones del niño y adolescente. En: J.M. Saucedo-García, J.M. Maldonado-Durán, eds., 2003. *La Familia. Su dinámica y tratamiento*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
55. Maldonado-Durán, J.M., Lartigue, T., Feintuch, M., 2000. Perinatal Psychiatry: Infant mental health interventions during pregnancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(3), pp.317-343.
56. Monk, C., 2001. Stress and mood disorders during pregnancy: implications for child development. *Psychiatric Quarterly*, 72(4), pp.347-357.
57. Monk, C., Myers, M.M., Sloan, R.P., Ellman, L.M., Fifer, W.P., 2003. Effects of women's stress-elicited physiological activity and chronic anxiety on fetal heart rate. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 24, pp.32-39.
58. Neugenbauer, R., Hoek, H.W., Susser, E., 1999. Prenatal exposure to wartime famine and development of antisocial personality disorder in early adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 281(5), pp.455-462.
59. Obel, C., Hedegaard, M., Henriksen, T.B., Secher, N.J., Olsen, J., 2003. Stressful life events in pregnancy and head circumference at birth. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45(12), pp.802-806.
60. O'Connor, T.G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M., Glover, V., 2002. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural-emotional problems at 4 years. *British Journal of Psychiatry*, 180, pp.502–508.
61. Oquendo, M.A., Baca-García, E., 2004. Nurture versus Nature. Evidence of intrauterine effects on suicidal behavior. *The Lancet*, 364, pp.1102-1104.
62. Petry, C.J., Hales, C.N., 2000. Long-term effects on offspring of intrauterine exposure to deficits in nutrition. *Human Reproduction Update*, 6(6), pp.578-586.
63. Phillips, D.I.W., Handelsman, D.J., Eriksson, J.G., Forsén, T., Osmond, C., Barker, D.J.P., 2001. Prenatal growth and subsequent marital status: longitudinal study. *British Medical Journal*, 322, p.771.

64. Ramakrishnan, U., Manjrekar, R., Rivera, J., González-Cossio, T., Martorell, R., 1999. Micronutrients and pregnancy outcome: a review of the literature. *Nutrition Research*, 19, pp.103–159.
65. Rasmussen, K.M., 2001. The “fetal origins” hypothesis. Challenges and opportunities for maternal and child nutrition. *Annual Review of Nutrition*, 21, pp.73-95.
66. Rauchfuss, M., Gauger, U., 2003. Vorzeitige Wehen und Frühgeburt, eine psychosomatische Störung? Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Zentralblatt für Gynäkologie*. 125(5), pp.167-178.
67. Ravelli, G.P., Stein, Z.A., Susser, M.W., 1976. Obesity in young men after famine exposure in utero and early infancy. *New England Journal of Medicine*, 295, p.253.
68. Ravelli, A.C.J., Van der Meulen, J.H.P., Michels, R.P.I., et al., 1998. Glucose tolerance in adults after prenatal exposure to famine. *Lancet*, 351, pp.173-177.
69. Rey, J., Bresson, J.L., 1997. Consequences à long terme de la nutrition foetale. *Archives de Pédiatrie*, 4(4), pp. 359-366.
70. Rieger, M., Pirke, K.M., Buske-Kirschbaum, A., Wurmser, H., Papousek, M., Hellhammer, D.H., 2004. Influence of stress during pregnancy on HPA activity and neonatal behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032, pp.228-230.
71. Roseboom, T.J., Van der Meulen, J.H.P., Osmond, C., Barker, D.J.P., Ravelli Bleker, O.P., 2000. Plasma lipid profiles in adults after prenatal exposure to the Dutch famine. *American Journal of Clinical Nutrition*, 72, pp.1101-1106.
72. Roseboom, T.J., Van der Meulen, J.H., Van Montfrans, G.A., Ravelli, A.C.J., Osmond, C., Barker, D.J.P., Bleker, O.P., 2001a. Maternal nutrition during gestation and blood pressure in later life. *Journal of Hypertension*, 19, pp.29-34.
73. Roseboom, T.J., Van der Meulen, J.H., Ravelli, A.C., Osmond, C., Barker, D.J., Bleker, O.P., 2001b. Effects of prenatal exposure to the Dutch famine on adult disease in later life: an overview. *Twin Research*, 4(5), pp.293-298.
74. Sandman, C.A., Glynn, L., Wadhwa, P.D., Chicz-DeMet, A., Porto, M., Garite, T., 2003. Maternal hypothalamic-pituitary-adrenal dysregulation during the third trimester influences human fetal responses. *Developmental Neuroscience*, 25, pp.41-49.
75. Seckl, J.R., 2004. Prenatal glucocorticoids and long-term programming. *European Journal of Endocrinology*, 151(Suppl 3), pp.U49-U62.
76. Seckl, J.R., Meaney, M.J., 2004. Glucocorticoid programming. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1032, pp.63–84.

77. Sonuga-Barke, E.J.S., 2010. It is the environment stupid! On epigenetics, programming and plasticity in child mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(2), pp.113-115.
78. Stoltzfus, R.J., Dreyfuss, M.L., 1998. *Guidelines for the use of iron supplements to prevent and treat iron deficiency anemia*. Washington, D.C.: INACG/WHO/UNICEF.
79. Strauss, R.D., Dietz, W.H., 1999. Low maternal weight in the second or third trimester increases the risk of intrauterine growth retardation. *Journal of Nutrition*, 129, pp.988-993.
80. Thompson, C., Syddall, H., Rodin, I., Osmond, C., Barker, D.J.P., 2001. Birth weight and the risk of depressive disorder in later life. *British Journal of Psychiatry*, 179, pp.450-455.
81. Uno, H., Eisele, S., Sakai, A., Shelton, S., Baker, E., De Jesús, O., Holden, J., 1994. Neurotoxicity of glucocorticoids in the primate brain. *Hormones and Behavior*, 28, pp.336-348.
82. Urizar, G.G., Milazzo, M., Huynh-Nhu, L., Delucchi, K., Sotelo, R., Muñoz, R.F., 2004. Impact of stress reduction instructions on stress and cortisol levels during pregnancy. *Biological Psychiatry*, 67, pp.275-282.
83. Valdez, R., Athens, M.A., Thompson, G.H., Bradshaw, B.S., Stern, M.P., 1994. Birthweight and adult health outcomes in a biethnic population in the USA. *Diabetology*, 37, pp.624-531.
84. Van den Bergh, B., 1990. The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Pre and Perinatal Psychology*, 5, pp.119-130.
85. Wadhwa, P.D., Sandman, C.A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., Garite, T.J., 1993. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 169, pp.858-865.
86. Weinstock, M., 2001. Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behavior of the offspring. *Progress in Neurobiology*, 65, pp.427-451.
87. Xiao, D., Huan, X., Bae, S., Cudsay, C.A., Longo, L.D., Zhang, L., 2004. Cortisol-mediated regulation of uterine artery contractility: effect of chronic hypoxia. *American Journal of Physiology - Heart and Circulation Physiology*, 286(2):H716-22. Epub 2003 Oct 9.
88. Zapata, B.C., Rebolledo, A., Atalah, E., Newman, B., King, M.C., 1992. The influence of social and political violence on the risk of pregnancy complications. *American Journal of Public Health*, 82, pp.685-690.

EL PAPEL DEL PADRE EN LA ETAPA PERINATAL

Martín Maldonado-Durán y Felipe Lecannelier

Existe más información empírica sobre las emociones, reacciones y ajustes emocionales de la madre en la etapa perinatal, que con respecto al padre. Se sabe menos de los cambios psicológicos y emocionales que ocurren en el futuro padre y cómo éste realiza la transición a la paternidad (Solís, 2003). Aquí se hace una revisión de parte de la información disponible.

En las sociedades occidentalizadas el padre asume cada vez mayor importancia en la vida emocional de sus hijos y su papel ha cambiado drásticamente en las generaciones recientes. Se espera de él mucho mayor participación y involucramiento que en el pasado. Tal vez haya menos información e investigación sobre el padre debido a la impresión de que los padres “son menos importantes” en el embarazo, el parto o durante la infancia temprana de sus hijos, pues siempre se hace énfasis en la diada materno - infantil.

Sólo en los últimos decenios ha habido mayor interés en lo que le pasa al progenitor, y también en cuáles son los efectos en el niño o la niña cuando la crianza ocurre con o sin él. Es importante reflexionar sobre lo que ocurre en la mente del padre y en los hijos cuando aquél está presente y se mantiene involucrado emocionalmente con la esposa y los hijos.

En los países industrializados una proporción creciente de mujeres se incorpora a la fuerza de trabajo y labora fuera de la casa durante una parte significativa del día (Glass, 1998). En tal caso, ambos progenitores tienden a compartir más el cuidado de los hijos.

También se espera que el padre esté más envuelto en la vida de los hijos. En muchas familias hay un grado mayor de intimidad emocional entre los hijos y su padre en comparación con lo que era tradicional hace unos dos o tres decenios. Las preguntas más importantes parecen ser: ¿qué cambios psicológicos y emocionales ocurren en el futuro padre? ¿Cuáles son algunas de las circunstancias difíciles para el varón en su nuevo papel? ¿Cuál es la importancia del apego emocional entre el bebé y su papá, y qué diferencia puede hacer en la vida de ambos? ¿Cuáles son los efectos de crecer con un padre en la familia, respecto al ajuste emocional y conductual del niño o niña?

Aspectos biológicos de la conducta paterna

Es generalmente aceptado que las madres muestran una “conducta maternal” que tendría raíces biológicas y que la ayudará a cuidar del bebé y promover su supervivencia y sano crecimiento. John Bowlby y cols. (Bretherton, 1997) han señalado la importancia de estos factores en la madre, pero ¿es posible que también en el padre haya conductas determinadas por factores biológicos o evolutivos, y no sólo por la cultura y experiencias familiares cuando aquél era niño? Investigaciones recientes sugieren que así es.

En los seres humanos como en muchas otras especies animales, el padre tiene una determinada “inversión biológica” (Geary, 2000) en que su vástago sobreviva y de esta manera se prolongue la existencia de su propio ADN en la generación siguiente. Se ha investigado en múltiples especies animales el grado de inversión que el macho correspondiente tiene al cuidar de sus hijos para que éstos logren nacer y crecer. Estas conductas van desde vigilar y empollar los huevos, como en los pingüinos, hasta alimentar directamente al bebé, proveer calor y protegerlo de posibles predadores. En los humanos, el padre tiene una alta inversión biológica en asegurar la sobrevivencia de los hijos.

Se ha observado que parte de las conductas paternas, tales como la ternura hacia el bebé y cargarlo cuando llora, tienen una correlación con factores hormonales (Parke, 2004). En los hombres que van a ser padres, es decir durante el embarazo de su compañera, hay una disminución del nivel sérico de testosterona, mientras que hay un aumento de prolactina y cortisol (Storey y cols., 2000), el cual se eleva hasta antes del parto y posteriormente disminuye. Se cree que el cortisol influye en que el padre se enfoque en el parto y muestre gran interés por el bebé.

La prolactina, por su parte, se ha asociado con una conducta más sensible y tierna hacia el neonato, tal como arrullarlo cuando llora o responder a su llamado. Entre menor sea el nivel de testosterona, mayor es la respuesta de cuidados sensibles hacia el bebé (Fleming y cols., 2002). De manera casual también se ha observado

que a mayores síntomas del síndrome de couvade en el futuro padre, mayor será su nivel sérico de prolactina (Storey y cols., 2002).

Es posible que haya una relación entre las experiencias de la infancia del padre y los subsecuentes cambios hormonales en la etapa perinatal. Los padres con más experiencia en el cuidado del neonato tienen una mayor disminución de testosterona y mayor incremento de prolactina, lo que los hace más capaces de notar las emociones del bebé y responder a ellas adecuadamente (Parke, 2002). Este efecto permite especular sobre la correlación entre las experiencias de la vida y su traducción en variables biológicas como, por ejemplo, la concentración de hormonas séricas.

Factores culturales en la conducta paterna

A la pregunta de qué es ser padre se puede responder de múltiples maneras, determinadas en gran parte por la pertenencia a determinada cultura. La respuesta biológica se refiere a la persona que participó en producir la mitad del ADN del nuevo ser, pero hay además una dimensión cultural. ¿Cómo “debe” comportarse el padre?, ¿cuál es su papel en la vida física y emocional de sus hijos y la familia en general? La respuesta es diversa dependiendo de las diferentes culturas del mundo. Se sabe, por ejemplo, que en algunos grupos africanos, como los efé (una rama de la línea de los pigmeos), el padre suele asumir un papel mucho más prominente en el cuidado del bebé, en grado aun mayor de lo que se ha observado en cualquier otro grupo humano. En el otro extremo de un continuo de interacciones, está el padre *trabajólico* que se interesa sólo en ser proveedor para su familia y tiene muy poco involucramiento emocional observable con los hijos o la familia. En medio de estos dos extremos hay toda una gama de posibilidades de conducta paterna.

En un estudio relevante para Latinoamérica, llevado a cabo en el centro de la ciudad de México por el antropólogo Gutmann con hombres típicamente “machos” (Gutmann, 1998), la conducta paterna observada fue sorprendentemente solícita y tierna hacia los hijos, en contra lo esperado.

El macho se define tradicionalmente como el jefe de familia, la última autoridad y alguien que participa muy poco del cuidado de los hijos o cualquier trabajo doméstico. Su papel central es el de proveedor y defensor. Gutmann encontró que aun con este estereotipo del macho, ya en la vida privada, dentro de casa, muchos de estos hombres cambiaban pañales, alimentaban a sus hijos y mostraban un interés e intimidad emocional para con ellos. En el ambiente exterior, las presiones culturales hacen que se comporte distante y autoritario. Esto habla de la importancia de ir más allá de la superficie y apariencias, sobre todo cuando los códigos de cada cultura imponen una conducta estándar en el hombre, el cual en la intimidad de la familia puede ser muy distinto.

La conducta del futuro padre durante el embarazo

Varios estudios han evaluado las preocupaciones más comunes del futuro padre; algunas de ellas son el tener que elaborar o visitar temas de su infancia y adolescencia, qué es ser un padre y cómo ha de comportarse. También suele haber sentimientos de ambivalencia hacia el embarazo, ansiedades respecto a su propia madurez psicosexual y conflictos internos con el rol de padre. Aun cuando en el nivel consciente esté muy feliz con el prospecto de transformarse en padre, es común que también haya ansiedad y temor al futuro. En el caso del hombre que ha tenido una relación muy difícil con su propio padre, el reto es cómo puede ahora transformarse para no ser eso mismo que ha detestado o despreciado. Puede también haber sentimientos de competición (o celos) con respecto al feto y luego hacia el bebé, así como una preocupación por los cambios en la dinámica relacional entre el hombre y la mujer que ocurrirán con el nacimiento del niño.

Otros factores de estrés son las expectativas de la sociedad con respecto a cómo se debe comportar el padre e incertidumbre en cuanto a las finanzas y a su papel como proveedor. Muchos hombres se sienten confundidos sobre lo que se espera de ellos durante la gestación de la compañera (Barclay y cols., 1996). Puede ser que tengan claro cierto número de responsabilidades, como el proveer satisfactores materiales, velar por el futuro y asegurarse de que no falte nada material; puede ser que tengan menos idea de cómo responder a las emociones cambiantes de su compañera, cómo apoyarla emocionalmente y cómo expresar sus propios sentimientos.

Las emociones del futuro padre

Algunos estudios sugieren que, en efecto, hay una correspondencia entre los dos miembros de la pareja en sus reacciones a través de las sucesivas etapas de la gestación. Con respecto a la noticia del embarazo, una investigación con varones de origen hispano en Houston, Estados Unidos de América, mostró que cuando el padre tiene una actitud favorable hacia la procreación y el embarazo, o bien la intención de que su compañera procrea, hay un impacto favorable en que ella busque la manera de tener cuidados prenatales de manera temprana (Sangi-Haghpeykar y cols., 2005).

Parece que la experiencia previa es útil para reducir el temor y la ansiedad. Una investigación comparó las reacciones de 93 hombres que serían padres por primera vez con 79 padres con mayor experiencia. Los primerizos presentaban más ansiedad y depresión entre el cuarto y octavo mes de la gestación que los padres con experiencia previa (Ferreitch y Mercer, 1995). En Melbourne, Australia, se investigó la transición a la paternidad en 220 hombres (Buist y cols., 2003). En un hospital obstétrico se entrevistó al futuro padre a la mitad de la gestación, hacia el final de ésta, luego en la etapa postparto temprana y a los cuatro meses postparto.

Los participantes fueron entrevistados de manera separada de sus esposas y llenaron algunos cuestionarios respecto a partos previos, su satisfacción matrimonial, sensaciones de ansiedad o de enojo y su rol de género. También se aplicó la escala de depresión postparto de Edimburgo una vez que el bebé había nacido. El nivel de estrés más alto ocurrió en el primer momento de la evaluación, a la mitad del período de gestación. La tensión emocional era mayor cuando la relación con la mujer había sido de menor duración y cuando el hombre era más joven. En la etapa postparto la ansiedad tendió a disminuir; entre mayor era el nivel de estrés, había menor satisfacción en la relación matrimonial (tanto en la etapa pre como postnatal).

El estrés parece tener un impacto negativo en los sentimientos del padre hacia el bebé. Estos investigadores concluyeron que es conveniente intervenir con los futuros padres cuando su compañera está encinta, ayudarlos a disminuir su ansiedad y a enfrentar la nueva situación con mayor apoyo psicosocial.

En Brasil, un equipo de investigadores realizó entrevistas con 35 futuros padres durante el tercer trimestre de la primera gestación de su compañera (Piccini y cols., 2004). A muchos futuros padres les era difícil imaginarse al bebé por venir como un ente real, a pesar de estar involucrados psicológicamente con su compañera y el proceso de la gestación. Después, al final del embarazo, casi toda la atención de quienes los rodean se centra en la parturienta, y cuando nace el bebé, tanto ella como los familiares y amigos se enfocan en el neonato.

Los familiares están para atender a la nueva madre, con lo que el padre puede sentirse como hecho a un lado o con la idea de que a nadie le interesa cómo se está sintiendo. Todo esto puede contribuir a que tenga sentimientos contradictorios de alegría, incertidumbre y frustración.

En cuanto a las dificultades emocionales, hay evidencia de que la depresión en la madre se asocia con mayor frecuencia con depresión en su pareja (Goodman, 2004). No está claro el mecanismo de esta correlación; pudiera ser que la depresión en la compañera contribuya a la del marido o que ambos tengan esta tendencia preexistente. Por otra parte, un estudio reciente de un grupo en Rotterdam, Holanda, encontró que cuando el padre tiene depresión, hay mayor riesgo de que el bebé tenga síntomas de llanto excesivo (Van den Berg y cols., 2009).

Couvade

El término (del francés “empollar”) se refiere a un síndrome conductual en que el compañero de una mujer embarazada presenta varios de los síntomas comunes del embarazo, tales como aumento de peso, náusea matutina, cansancio, dolores de espalda, reflujo gastroesofágico, etcétera (Conner y Denson, 1990).

Se ha pensado que puede ser un conjunto de síntomas debido a sentimientos de empatía con la mujer encinta, pero no hay certidumbre sobre su causa y mecanismos. Hay una forma ritualizada del couvade que se ha descrito en culturas tradicionales en África: el hombre es quien en el momento del parto siente las contracciones, cólicos y dolores, mientras que la compañera, quien de hecho da a luz, no siente nada de esto.

En forma menos dramática, es claro que algunos de los síntomas del couvade ocurren con frecuencia en los hombres en culturas occidentalizadas.

Los síntomas más comunes son:

- Gastrointestinales: náusea, vómito, agruras (acediás), dolor abdominal o sensación de que el abdomen está lleno de aire o gas.
- Dolores: en las piernas, espalda, irritación de las vías urinarias o dolores dentales.
- Conductuales: cambios en el apetito, como antojos o aumento de peso por ingerir mayor cantidad de comida diariamente. Cambios en el período de sueño, sentimientos de ansiedad, inquietud y reducción de la libido.

De entre estos síntomas, los que se observan con mayor frecuencia son los de índole gastrointestinal, como los antojos y el aumento de peso, así como la náusea y el incremento de volumen del área abdominal.

En algunos estudios se ha estimado la prevalencia de couvade con un rango demasiado amplio de entre 11% y 97% de los hombres. Con tal nivel de incertidumbre, puede ser más útil pensar que casi todos los hombres presentarán algunos síntomas pero no el síndrome completo o en plena expresión, con lo que se trataría de un fenómeno dimensional: diferentes hombres presentarán un número variable de síntomas.

Se cree que el mayor número de síntomas y su intensidad son más frecuentes hacia el tercer trimestre del embarazo. Clinton (1987) comparó un grupo control de hombres con otro grupo semejante pero cuya compañera estaba encinta (ambos en buen estado de salud). Los hombres de este último grupo tuvieron mayor incidencia de resfriados y su duración era más prolongada; también había irritabilidad mucho más intensa que en los no expectantes. Durante el tercer trimestre tenían mayor frecuencia de aumento de peso (no intencional) y mayor prevalencia de insomnio. Además, informaron que se sentían más angustiados. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Aun en la etapa postparto, los nuevos padres tenían mayores incomodidades debidas a los síntomas antes mencionados y percibían sus síntomas como de mayor gravedad. En el período puerperal, los síntomas más frecuentes fueron

fatiga, irritabilidad, dolores de cabeza, dificultades para concentrarse, insomnio, nerviosismo e intranquilidad.

Strickland (1987), en los Estados Unidos de América, también evaluó los síntomas de los varones durante la gestación de su compañera. Se tomó en cuenta el grupo étnico, la clase social, si el embarazo fue planeado y si el hombre tenía experiencia previa como padre. Los síntomas más frecuentes y molestos fueron dolores de espalda, dificultad para dormir, irritabilidad, aumento del apetito, fatiga e inquietud. La mayoría de estos síntomas fueron notados desde el segundo trimestre, pero la mayor frecuencia ocurrió durante el tercero. Paradójicamente, Strickland observó que la experiencia previa como padre no pareció proteger contra la aparición de síntomas, sino al contrario. También los hombres tenían más molestias cuando la gestación no había sido planeada, y eran más frecuentes en los padres de clase media baja (trabajadora) y en los afroamericanos.

¿Cuál es la causa del *couvade*? No se sabe con certeza, pero hay varias teorías. Una asume que puede haber sentimientos de envidia del hombre hacia la mujer por su capacidad de tener hijos; otros han sugerido identificación con la compañera y el hecho de que estos síntomas hacen que el hombre se identifique intensamente con el proceso de gestación.

Fawcett (1978) notó que en los hombre sí había cambios en su imagen corporal semejantes a los de su compañera, pero otros investigadores no lo han confirmado. Otros estudios han sugerido que la presencia de síntomas físicos y psicológicos de hecho sí se correlaciona con la intensidad de la identificación entre los esposos (Drake y cols., 1988).

El grado de ansiedad en realidad parece ser un factor de predicción para la aparición de síntomas psicósomáticos en padres cuyas esposas están embarazadas. La presencia de hostilidad consciente, por otra parte, se correlaciona con el efecto opuesto, es decir, con menos síntomas somáticos. Es muy posible que no haya un mecanismo único que opere en todos los casos, sino un número de factores que han de evaluarse de manera individual.

Hay múltiples motivos para que el padre prospectivo sienta mayor ansiedad. Empíricamente se han hallados varias causas; las principales son las preocupaciones económicas por la manutención de los hijos y la necesidad de asumir el papel de protector, además de los cambios en la relación matrimonial. Una preocupación más consiste en los cambios en el interés sexual en la compañera y en el hombre mismo.

En muchos países hay un costo económico alto por el parto y la hospitalización, y también para obtener los bienes materiales que necesitará el bebé. Algunos hombres tienen temor de no saber cómo criar a sus hijos o asumir el rol de padre *per se* (Conner y Denson, 1990).

En cuanto a la experiencia emocional de parentificación, a los hombres a quienes se les ha preguntado cómo se sienten, han dicho que al ser ahora padres cambió su relación con sus propios progenitores y con la familia de origen en general, así como con sus amigos. En realidad el proceso requiere que el hombre ponga a un lado sus necesidades para pensar en las de su compañera e hijo o hija, lo que sería una fuente de ansiedad o incertidumbre para él, pues todo ello es territorio nuevo (Glazer, 1989).

Tabla 1. Las tareas psicológicas de la paternidad.

Principales tareas psicológicas de la paternidad

Resolver la propia ambivalencia hacia el embarazo y el bebé
Establecer un apego hacia el feto. Esto se favorece con el estudio de ultrasonido y la palpación de los movimientos del feto
Redefinir la identidad de hombre y esposo: convertirse en padre
Lograr una convicción interna de que puede velar por el bebé in útero y más tarde por su bebé una vez nacido
Dar apoyo a su compañera y preparar un “nido” psicológico y real para el niño (Penticuff, 1982)
Asumir nuevas responsabilidades como el padre

La tabla 1 da cuenta de las transiciones que ocurrirán en este período. No es de sorprender, pues, que algunos hombres respondan a todos estos retos con la fantasía de que el niño “no es suyo” en realidad.

Hasta hace poco no podía haber certeza sobre la paternidad de un bebé, y en la mente del hombre siempre cabía la sombra de la duda a este respecto. Con las pruebas de ADN es más difícil negar la paternidad.

La actitud hacia el embarazo

Además de las experiencias psicológicas generales descritas, se ha encontrado que existen diferentes “estilos” de reaccionar y comportarse con respecto al embarazo. Una investigadora se dedicó a evaluar las diversas actitudes, sentimientos y acciones

en esta etapa (May, 1980; 1982) y ha identificado varios “estilos” de responder, señalando que las reacciones y emociones cambian con el curso del embarazo.

Distingue tres tipos de actitud: el compañero observador, el expresivo y el instrumental. El observador se queda psicológicamente en la periferia del embarazo, sin que eso signifique que no le importe; está presente, pero no realiza acciones, espera a ver qué pasa; tiene un alto grado de control de sí mismo, de sus emociones y de su involucramiento psicológico con la gestación; se le percibe un tanto frío y más distante de lo deseable o necesario; puede que esté muy contento con la gestación, pero sus emociones están un tanto enmudecidas. El segundo estilo es del hombre reactivo y participante; quiere estar envuelto activamente con el embarazo. Este hombre podría presentar mayores síntomas psicósomáticos semejantes al *couvade*. Quiere estar presente en todos los momentos importantes (pruebas de laboratorio, ultrasonido, visitas al obstetra) y toma un interés claro en lo que está pasando, es un compañero en el embarazo. La reacción instrumental corresponde al hombre que se ve a sí mismo como alguien que ayuda a que todo salga bien, hace los arreglos para las consultas prenatales y para el parto, y ayuda en muchas formas; más bien hace cosas, actúa y demuestra sus emociones con la conducta. No habla mucho de lo que siente, lo que debe inferirse por sus acciones. Se hace cargo de la situación, pero no expresa los sentimientos con palabras.

El padre durante el parto

En las culturas tradicionales el padre no participa en el nacimiento de sus hijos, pues se considera un “asunto de mujeres”. Más bien en el parto participan una partera y la madre, suegra, hermanas u otras ayudantes, y la partera es siempre otra mujer. En las sociedades modernas se ve con mayor frecuencia que es el compañero (generalmente el padre del bebé) quien asiste al parto. Éste es un fenómeno relativamente nuevo: se sabe poco del efecto del padre en la situación y de cómo lo impacta a él. ¿Ayuda a la parturienta el hecho de que su marido esté presente? ¿Cuál es su papel?

Dos investigadores suecos (Wikander y Theorell, 1997) entrevistaron a padres que habían asistido al parto: a una buena proporción, casi la mitad, no les había gustado la experiencia y hubieran preferido no estar allí. En Suecia se espera que el padre esté presente en el parto, aunque para muchos hombres fue una experiencia difícil y un poco atemorizante.

En el Reino Unido (Johnson, 2002) se preguntó a 52 hombres que habían estado en el parto, qué pensaban de la experiencia y cuál fue su papel. Algunos sintieron que eran un “miembro del equipo”, otros simplemente un testigo y otros se vieron como un “entrenador” o la persona de apoyo para la compañera. También una parte pensó que no sabía para qué habían estado allí. La mayoría de los padres expresó que

había sido una experiencia positiva, pero algunos hubieran preferido no participar. En contraste, un estudio reciente encontró que uno de los factores de predicción de conductas adecuadas de apego entre el padre y el niño es la presencia del aquél durante el nacimiento (parto normal o cesárea).

Un factor más en la formación del vínculo temprano es que poco después del parto haya contacto físico entre el padre y el neonato. Varios autores subrayan la importancia de que cuando el niño nazca en un hospital, el personal no interfiera demasiado en las interacciones tempranas, sino que “deje en paz” a la madre y el padre con su bebé en vez de separarlos de éste (Kennel y McGrath, 2001).

En una revisión de las observaciones de la conducta del padre en el proceso de parto, Kennel y McGrath (1999) observaron que muchos padres no saben cómo responder o comportarse en esos momentos (Delay, Kennel y Klaus, 1987). Algunos tienden a estar de pie en un rincón, no hablan y no responden al dolor en su compañera por no saber qué hacer; tienden a alejarse de su mujer entre más dolor tiene. Otros, en lugar de apoyar a su mujer y tranquilizarla, hablan abundantemente y de múltiples temas, pero sin proveer apoyo útil para ella (Bertsch y cols., 1990).

La evidencia indica que asistir al parto ayuda a que el padre tenga mayor sensibilidad hacia el niño. También, su compañera gusta de su presencia y apoyo emocional; sin embargo, es posible que una mujer con experiencia sea más útil específicamente para la parturienta en términos de ayudarla a enfrentar el dolor, el cansancio y los rigores del parto en general. Es recomendable que el padre esté presente, pero que no sea el único apoyo emocional y físico para la mujer. De hecho, muchos futuros padres reportan que ellos mismos también necesitan apoyo psicológico debido a la intensidad de la situación, la incertidumbre del desenlace, su duración y el ver a la compañera en medio del dolor y estrés.

¿A quién se parece el bebé?

La semejanza física entre el neonato y el padre parece tener un valor biológico de supervivencia para el bebé y promueve una mejor conducta paterna en el hombre (Daly y Wilson, 2005). Hay evidencia de que cuando nace un bebé, los familiares tienden a decir que se parece mucho al padre, lo que promueve su interés por el niño debido a la semejanza biológica y por razones evolutivas. Este tema se ha estudiado con un grupo cultural de Yucatán, México (Regalski y Gaulin, 1993). Las familias dicen con mucha mayor frecuencia que el bebé se parece al padre, en comparación con lo la semejanza a la madre. Otros estudios han mostrado que los padres tratan mejor a sus hijos biológicos que a sus hijastros (Daly y Wilson, 2005), lo que puede deberse a la semejanza de ADN y la promoción de la reproducción por razones biológico-evolutivas.

De acuerdo con la experiencia, la frecuencia de maltrato al niño muestra una mayor prevalencia en hijastros que en hijos biológicos (Daly y Wilson, 1998).

El padre en la etapa postnatal

En la actualidad en muchos países industrializados el padre pasa cada vez más tiempo con el bebé que en otros tiempos. Una de las ventajas de esto (además de que los esposos pueden compartir más sus tareas) es que el padre tiene la oportunidad de establecer una relación más íntima con sus hijos de lo que era posible anteriormente. En los Estados Unidos de América el padre ha ganado mucho en este terreno por la calidad de la relación con sus hijos (Harkness y Super, 1992). Se ha estimado que los padres pasan 30% más de tiempo con ellos de lo que era posible en la generación anterior (Pleck, 1997).

En muchas sociedades tradicionales el padre pasa muy poco tiempo con sus hijos; es la madre quien realiza la gran mayoría de los cuidados del niño pequeño. En cuanto al modo de interacción, se ha pensado por mucho tiempo que los padres interactúan con el bebé de modo diferente al de la madre. Aquél es más bien un compañero de juegos, lo que favorece la socialización del niño (Bridges y cols., 1988); sin embargo, pocos estudios empíricos se han dirigido a esta cuestión.

Un estudio observacional de las interacciones del padre y la madre con el bebé, encontró que el padre interactúa efectivamente por medio del juego con el bebé, mientras que la madre lo hace más en forma verbal, tocando al niño, cargándolo, etc. (Kazura, 2000). Este puede ser uno de los mecanismos por los cuales se desarrolla el apego entre el bebé y su padre, sobre todo cuando éste no está tan directamente involucrado en los cuidados esenciales del niño pequeño.

En el estudio de Kazura (2000) con 27 bebés y sus padres, los niños con apego seguro tenían una mejor calidad evolutiva de juego con sus padres en comparación con los niños con apego inseguro. Otras investigaciones (Parke, 1995) han encontrado que el juego de naturaleza física (corretear, jugar a luchar, etc.) entre el padre y el hijo o hija tiende a promover la capacidad de regulación de emociones del pequeño y le ayuda a mejorar su capacidad de relación interpersonal a lo largo de su vida. También las interacciones placenteras y de tono positivo en la relación con el padre ayudan a los hijos a tener un mejor estado de ánimo durante su crecimiento y menos dificultades con conductas agresivas.

Como en el caso de la madre, el estilo de apego del padre, evaluado con la entrevista de apego en el adulto, se asocia con el grado de involucramiento de aquél con su hijo. Si el padre tiene un apego inseguro, es más probable que tenga menor involucramiento con el niño, y viceversa (Radojevic, 2005). Se ha criticado a Bowlby por proponer que el rol del hombre durante la infancia temprana de su hijo

se limitaba sobre todo a un efecto “indirecto”; es decir, que su papel principal es proveer apoyo emocional, contención y ayuda a la madre, de modo que ésta pueda estar disponible emocionalmente para su hijo. Es posible que haya subestimado el papel que puede jugar directamente *vis a vis* con su bebé (Kazura, 2000).

Varios investigadores señalan la importancia del padre cuando se piensa en la familia, que participa en la dinámica de un “pequeño grupo” (Barrows, 2004). El padre coexiste en una relación “triangular” con respecto al bebé y a la madre (Fivaz-Depeursinge y Corboz-Guarnieri, 1999). Estos investigadores demuestran que desde la infancia temprana el bebé aprenderá a relacionarse con los dos progenitores a la vez, alternando la mirada entre uno y otro, y manteniendo contacto con ambos de manera simultánea cuando haya esa oportunidad. Además, separadamente el bebé tendrá una relación diádica con su padre y su madre.

El niño en condiciones normales no se relaciona exclusivamente con su madre, sino con su padre y con los otros miembros de la familia. A medida que crece, se va dando cuenta de la naturaleza de la relación de los progenitores entre sí, interiorizando este tipo de interacción (Target y Fonagy, 2002).

Varios autores han señalado que un elemento crucial para la salud mental del niño es la calidad de la relación entre sus progenitores en tanto que pareja. En cuanto a la relación padre-hijo, se ha encontrado que aquél puede ser tan sensible y reaccionar intuitivamente a las señales del bebé como la madre (Frodi y Lamb, 1978). Frodi y Lamb registran reacciones fisiológicas semejantes en respuesta al estrés del bebé tanto en el padre como en la madre. Poco después del nacimiento el padre es capaz de reconocer a su bebé y distinguirlo de otros, aunque tenga los ojos vendados y tampoco lo pueda oler. También es capaz de identificar las manos de su hijo o hija sólo por el tacto (Kaitz y cols., 1992; Pruett, 1998). Al igual que la madre, el padre puede mostrar una enorme capacidad de sincronía interaccional con el lactante, lo que se ha observado en análisis de grabaciones en video que miden la interacción segundo a segundo (Feldman, 2003).

Michael Lamb (1985), investigador por decenios de la conducta del padre, sugiere que respecto a sus hijos, aquél tiene tres áreas principales de comportamiento paterno: interacción, accesibilidad al hijo o hija y responsabilidad.

La **interacción** se refiere a los intercambios directos, observables de primera mano.

Accesibilidad implica disponibilidad (física y psicológica) para responder a las conductas y emociones del menor.

Responsabilidad es la capacidad de mantener un nivel constante de cuidados, proporcionar satisfactores y satisfacer las necesidades de los hijos y la familia en general.

La calidad de la relación del padre con la madre y el hijo (o hija), o bien la habilidad para establecer una relación “tripartita” en la actualidad (Von Klitzing y Bürgin, 2005) es un factor de protección contra la aparición de dificultades de conducta en el hijo en la edad preescolar. Cuando se mantienen interacciones triádicas y desde el embarazo se manifiestan actitudes positivas respecto a incluir a la pareja y más tarde al niño o niña en las interacciones, se puede hablar de un factor de protección. Además, cuando en su estilo de interacción con el niño pequeño hay sensibilidad, ternura y respuestas a sus comunicaciones, se asocia con mayor frecuencia de apego seguro (Cox y cols., 1992).

El estilo de apego con la madre y el padre es específico de cada relación. Cuando la madre está deprimida, los efectos negativos pueden ser disminuidos por la interacción sensible y de respuestas contingentes del padre (Wolgar y Murray, 2010).

Aspectos culturales en el comportamiento del padre

En muchos países industrializados el padre sólo pasa unos cuantos minutos al día con el bebé mientras está despierto (Keller, 2003). De hecho, la gran mayoría de los padres no toma un período de ausencia de paternidad en su trabajo aunque ésta le sea disponible.

En muchos países europeos y en Canadá existe un período prolongado de ausencia paterna (con goce de sueldo) después del nacimiento de un hijo. Este lapso puede también ser compartido entre el padre y la madre y durar todo el primer año postparto; aún así un reporte (Pleck, 1997) informa que el padre pasa entre 2,8 y 4,9 horas por día con el hijo y más tiempo durante el fin de semana. Sin embargo, la cifra que se cita tradicionalmente es de 12 minutos por día.

Cada vez es más frecuente que el padre sea el “cuidador primario” del hijo durante el día (Pruett, 1998). En muchas culturas tradicionales el padre está ausente a veces hasta por largos períodos. Es común que la mujer se “retire” con su familia de origen (a veces por semanas o meses) para que ellos la cuiden durante el final del embarazo, el parto y el período postparto. Hay ocasiones en que esta ausencia dura años. La falta de contacto con el padre es un factor más significativo de riesgo cuando el núcleo familiar no tiene el apoyo de su familia extendida y el niño tiene contacto casi exclusivo con la madre y con nadie más. La ausencia crónica del padre se ha asociado con una mayor frecuencia de embarazo de la hija durante la adolescencia y mayor probabilidad de que el hijo varón tenga problemas de criminalidad. Tiene incluso un efecto sobre la menarquía, que se inicia antes de lo usual.

La paternidad como encrucijada

La paternidad es un evento de gran impacto en la vida debido a todas las demandas y transiciones que ocurren. Algunos padres, al ver venir todas estas transformaciones, deciden cambiar aspectos importantes de su vida. Ante la inminente responsabilidad de un hijo, la familia y su papel como modelo de identificación, puede decidir transformar radicalmente su conducta. Muchos nuevos padres expresan el deseo de dejar de fumar (Blackburn y cols., 2005), evitar tomar bebidas alcohólicas en exceso y “asentarse” en su papel de co-líder de la familia, evitando también conductas que estén fuera de la ley. A estas transformaciones se les ha llamado momentos de encrucijada por ser una oportunidad para “enderezar” el curso de su vida cuando ésta había estado procediendo por un curso equivocado.

Un aspecto más de la paternidad es su efecto en la salud física del hombre. Al revisar varios estudios disponibles, Bartlett (2004) concluye que ser padre tiene un efecto positivo en la salud. Aquellos hombres que son padres y viven con sus hijos tienen menos dificultades de salud en comparación con los solteros de la misma edad. No está claro aún cuál es el mecanismo, pero puede haber efectos relacionados con el estilo de vida del hombre casado y con los hijos, su estabilidad y el apoyo psicosocial que le proporciona la familia.

Depresión paterna

La mujer en la etapa perinatal tiene un riesgo más alto de sufrir depresión; lo mismo ocurre con su compañero.

Varios estudios muestran que el esposo también tiene un riesgo elevado de manifestar un estado depresivo. Se han encontrado frecuencias de 13% (Atkinson y Rickel, 1984), pero esta prevalencia se refiere a depresión leve y moderada; la prevalencia de depresión grave es menor (ambos estudios usan el inventario de depresión de Beck).

Con el uso de la escala de depresión postnatal de Edimburgo en una encuesta con 200 padres (Ballard y Davies, 1986), se encontró una prevalencia de depresión de 9% a las seis semanas postparto (con un punto de corte de 13 puntos en la escala de Edimburgo). Se puede concluir que existe una asociación entre la depresión en la esposa y la aparición de depresión en el esposo, siendo mayor el riesgo para el marido cuando la esposa está deprimida. Otros factores de riesgo en el hombre son: bajo estado socioeconómico, desempleo y juventud.

Un estudio realizado en Portugal por Areias, Kumar y cols. (1996) entre 42 esposos y 54 esposas con el uso de la escala de Edimburgo y el SAD (*schedule for affective disorders*: escala de trastornos afectivos), encontraron 10% de mujeres con depresión mayor y 8,4% con depresión menor. En los varones las frecuencias fueron

7,5% para depresión mayor, y 8% con depresión menor. También encontraron una asociación entre depresión en la mujer y, concurrentemente, en el esposo.

En una muestra mucho más grande, Deater-Deckard y cols. (1998) evaluaron a 6.000 hombres en la etapa prenatal y a las ocho semanas post-parto, a través de cuestionarios enviados por correo (incluyendo la escala de Edimburgo o EPDS); la prevalencia fue de sólo 3,5% de depresión en el EPDS (con un punto de corte de 12 puntos).

En un estudio reciente (Ramchandani y cols, 2005) a partir del estudio ALSPAC en el Reino Unido, en el que por medio del cuestionario de Edimburgo se investigó la presencia de depresión en 8341 padres en la etapa postnatal, la prevalencia de depresión fue de 4% en todos los padres (calificación por arriba de 12 puntos).

La depresión materna tiene efectos negativos en el bebé, tanto en la etapa perinatal como en el largo plazo. Cuando ambos padres tienen depresión, los efectos negativos también se observan en el niño, pero cuando el padre está presente e interactúa regularmente con el bebé, a pesar de la depresión materna, sus acciones tienen un efecto protector para el hijo o hija (Mezulis, Hyde y Clark, 2004).

En cuanto a la depresión paterna, Ramchandani y cols. (2005) en el estudio ALSPAC encontraron que ésta se asocia con efectos conductuales negativos en el niño preescolar, sobre todo por conducta agresiva en los varones.

Ausencia del padre

Por desgracia la ausencia del padre es un fenómeno frecuente. Se estima que en 60% de las familias de origen puertorriqueño en los Estados Unidos de América la mujer es quien mantiene la familia y/o es madre soltera (Hernández, 1993). Una de las razones puede ser divorcio o separación, que a veces facilita que el padre pierda contacto con los hijos. Otras razones son la tendencia de muchos hombres a tener relaciones “secundarias” con otras compañeras y no responsabilizarse por los hijos, ni pasar parte de su tiempo con ellos.

Crecer sin padre es un factor de riesgo para varias alteraciones. En los Estados Unidos de América y en Nueva Zelandia se ha observado asociación entre la falta de contacto con su padre durante la lactancia y una frecuencia más alta de actividad sexual temprana (antes de los 16 años), así como de embarazo durante la adolescencia (Bower, 2003). Otra asociación que se ha encontrado es la mayor frecuencia de delincuencia juvenil en las chicas.

El interés y involucramiento del padre con los hijos, aunque aquél no esté casado con la madre ni viva con sus hijos, puede tener un efecto positivo en la vida de éstos, como se encontró en una muestra de padres puertorriqueños (Landle y Oropesa, 2001).

La ausencia de contacto con el padre podría asociarse con un nivel mayor de estrés psicosocial en general (Flinn y cols., 1996). En familias de la isla de Dominica se encontró que cuando el hijo varón crece sin su padre tiene un nivel sérico crónicamente más elevado de cortisol; esto podría ser un indicador de mayor tensión y más vulnerabilidad a algunas enfermedades.

Conclusiones

Una de las conclusiones de todo lo revisado hasta aquí es que en las clases de preparación para la parentalidad, las visitas prenatales con el médico y las interacciones con los futuros padres en general, es necesario no sólo enfocarse en las necesidades y status de la futura madre, sino que es claro que el padre también está en un período de relativa vulnerabilidad y tiene mayores necesidades emocionales y de apoyo que en otros períodos de su vida.

El padre corre el riesgo de sufrir ansiedad y depresión, por lo que es necesario que los profesionales y familiares tomen en cuenta sus necesidades especiales y traten de remediarlas. Una forma de hacerlo es escuchar los sentimientos del futuro padre y preguntarle sobre su sentir. Habrá que “normalizar” muchos de sus sentimientos, por ejemplo de ambivalencia, incertidumbre, temor al futuro y a su nuevo papel en la vida; contener su ansiedad y permitirle expresar sus sentimientos libremente puede ser de gran ayuda.

En las situaciones donde exista ya una dificultad emocional, como un trastorno de ansiedad o depresión, habrá que sugerir intervenciones psicosociales especializadas.

El padre tiene vulnerabilidades y a pesar de ello se espera que actúe “con fuerza” y sea un pilar de apoyo para su compañera y el bebé; sin embargo, él también necesita soporte emocional de parte de quienes lo rodean y es útil que exprese sus sentimientos aunque lo muestren vulnerable o incierto. Dadas las múltiples demandas de la vida actual para la familia, es necesario hacer énfasis en la importancia de la participación del padre durante el embarazo, el parto (si es posible y deseado por él) y en la etapa postnatal.

Es necesario informar a la nueva familia de la importancia de las interacciones triádicas y entre padre y bebé. Se debe dar el valor justo a la centralidad de las interacciones directas con el hijo y a su impacto protector a largo plazo. Es necesario que la sociedad reevalúe la importancia del padre y se justifique su ausencia del trabajo por un período de tiempo suficiente para ayudarlo en el ajuste de su nuevo rol y al arribo del bebé, sin tener que preocuparse por las necesidades inmediatas de tener qué trabajar todos los días y sacrificar así su participación en estos períodos críticos de su vida y de su nueva familia.

Referencias

1. Areias, M.E., Kumar, R., Barros, H., Figueiredo, E., 1996. Comparative incidence of depression in women and men during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*, 169(1), pp.30-33.
2. Ballard, C., Daview, R., 1986. Postnatal depression in fathers. *International Review of Psychiatry*, 8, pp.65-71.
3. Barclay, L., Donovan, J., Genovese, A., 1996. Men's experiences during their partner's first pregnancy. A grounded theory analysis. *American Journal of Advanced Nursing*, 13(3), pp.12-23.
4. Barrows, P., 2004. Fathers and families: locating the ghost in the nursery. *Infant Mental Health Journal*, 25(5), pp.408-423.
5. Bartlett, E.E., 2004. The effects of fatherhood on the health of men: a review of the literature. *Journal of Men's Health and Gender*, 1(2-3), pp.159-169.
6. Bertsch, T.D., Nagashima-Whalen, L., Dykeman, S., Kennel, J.H., McGrath, S.K., 1990. Labor support by first-time fathers. Direct observations. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 11, pp.251-260.
7. Blackburn, C., Bonas, S., Dolan, A., Coe, C., Moy, R., 2005. Smoking behaviour change among fathers of new infants. *Social Science and Medicine*, 61, pp.517-528.
8. Bower, B., 2003. Where's Poppa? Absent dads linked to early sex by daughters. *Science News*, 164(3), pp.35-36.
9. Bretherton, I., 1997. Bowlby's legacy to developmental psychology. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(1), pp.33-43.
10. Bridges, L.J., Connell, J.P., Belsky, J., 1988. Similarities and differences in infant-mother and infant-father interaction in the strange situation: A component process analysis. *Developmental Psychology*, 24(1), pp.92-100.
11. Buist, A., Morse, C.A., Durkin, S., 2003. Men's adjustment to fatherhood: implications for obstetric health care. *Journal of Obstetrics Gynecology and Neonatal Nursing*, 32(2), pp.172-180.
12. Clinton, JF., 1987. Physical and emotional responses of expectant fathers throughout pregnancy and the early postpartum period. *International Journal of Nursing Studies*, 24, pp.59-68.
13. Conner, G.K., Denson, V., 1990. Expectant fathers' response to pregnancy: Review of literature and implications for research in high-risk pregnancy. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 4(2), pp.33-42.
14. Cox, M., Owen, M., Henderson, V., Margand, N., 1992. Prediction of infant-father and infant-mother attachment. *Developmental Psychology*, 28, pp.474-483.

15. Daly, M., Wilson, M., 1998. *The truth about Cinderella. A Darwinian view of parental love*. New Haven: Yale University Press.
16. Daly, M., Wilson, M., 2005. Human behavior as animal behavior. En: J.J. Bolhuis, L.A. Giraldeau, eds. 2005. *The behavior of animals*. Londres: Blackwell Publishing, pp.393-451.
17. Deater-Deckard, K., Pickering, K., Dunn, J., Golding, J., 1998. Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child. The Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood Study Team. *American Journal of Psychiatry*, 155(6), pp.818-823.
18. Delay, T., Kennel, J., Klaus, M., 1987. Supportive companions of women in labor. A descriptive analysis. *Pediatric Research*, 6, p.61.
19. Drake, M.L., Verhulst, D., Fawcett, J., 1988. Physical and psychological symptoms experienced by pregnant Canadian women and their husbands during pregnancy and the postpartum. *Journal of Advances in Nursing*, 13(4), pp.436-440.
20. Fawcett, J., 1978. Body image and the pregnant couple. *American Journal of Maternal and Child Nursing*, 3, pp.227-233.
21. Feldman, R., 2003. Infant-mother and infant-father synchrony: the coregulation of positive arousal. *Infant Mental Health Journal*, 24(1), pp.1-23.
22. Fivaz-Depeursinge, E., Corboz-Warnery, A., 1999. *The primary triangle*. New York: Basic Books.
23. Fleming, A.S., Corter, C., Stallings, J., Steiner, M., 2002. Testosterone and prolactin are associated with emotional response to infant cries in new fathers. *Hormones and Behavior*, 42, pp.399-413.
24. Flinn, M.V., Quinlan, R.J., Decker, S.A., Turner, M.T., England, B.G., 1996. Male—female differences in effects of parental absence on glucocorticoid stress response. *Human Nature*, 7, pp.125-162.
25. Frodi, A.M., Lamb, M.E., 1978. Sex differences in responsiveness to infants: a developmental study psychophysiological and behavioral responses. *Child Development*, 49, pp.1182-1188.
26. Geary, D.C., 2000. Evolution and proximate expression of human paternal investment. *Psychological Bulletin*, 126(1), pp.55-77.
27. Glass, J., 1998. Gender liberation, economic squeeze or fear of strangers: Why fathers provide infant care in dual-earner families. *Journal of Marriage and the Family*, 60(4), pp.821-834.
28. Glazer, G., 1989. Anxiety and stressors of expectant fathers. *Western Journal of Nursing Research*, 11, pp.47-59.
29. Goodman, J.H., 2004. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), pp.26-35.

30. Gutmann, M., 1996. *The meanings of Macho. Being a man in Mexico City*. Berkeley: University of California Press.
31. Harkness, S., Super, C.M. 1992. The cultural foundations of fathers' roles: Evidence from Kenya and the United States. En: B.S. Hewlett, ed. 1992. *Father—child relations: Cultural and biosocial contexts*. Nueva York: Aldine de Gruyter, pp.191-211.
32. Hernández, D., 1991. *America's Children: Resources from Family, Government, and the Economy*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
33. Hoffmann, M.J., 1995. Making Space. *Infant Mental Health Journal*, 16(1), pp.46-51.
34. Johnson, M.P., 2002. An exploration of men's experience and role at childbirth. *Journal of Men's Studies*, 10(2), pp.165-182.
35. Ferkeitch, S.L., Mercer, R.T., 1995. Predictors of role competence for experienced and inexperienced fathers. *Nursing Research*, 44, pp.89-95.
36. Kaitz, M., Lapidot, P., Bronner, R.M., Eidelman, A.L., 1992. Parturient women can recognize their infants by touch. *Developmental Psychology*, 28(1), pp. 35-39.
37. Kazura, K., 2000. Fathers' Qualitative and Quantitative Involvement: An Investigation of Attachment, Play, and Social Interactions. *Journal of Men's Studies*, 9(1), pp. 41-57.
38. Keller, H., 2003. Das Säuglingsalter aus kulturpsychologischer Sicht. En: H. Keller, ed. 2003. *Handbuch der Kleinkindforschung*. Berna: Hans Huber Verlag, pp.353-380.
39. Kennel, J., McGrath, S., 1999. Commentary: Practical and humanistic lessons from the Third World for perinatal caregivers everywhere. *Birth*, 26, pp.9-10.
40. Kennel, J., McGrath, S., 2001. Commentary: What babies teach us. The essential link between baby's behavior and mother's biology. *Birth*, 28, pp.20-21.
41. Lamb, M.E., Pleck, J.H., Charnov, E.L., Levine, J.A., 1985. Paternal behavior in humans. *American Zoologist*, 25, pp.883-894.
42. Landale, N.S., Oropesa, R.S., 2001. Father involvement in the lives of mainland Puerto Rican children: Contributions of nonresident, cohabiting and married fathers. *Social Forces*, 79(3), pp.945-968.
43. May, K.A., 1980. A typology of detachment-involvement styles adopted during pregnancy by first-time expectant fathers. *Western Journal of Nursing Research*, 2, pp.445-453.
44. May, K.A., 1982. Three phases of father involvement in pregnancy. *Nursing Research*, 31, pp.337-342.

45. Mezulis, A.H., Hyde, J.H., Clark, R., 2004. Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten. *Journal of Family Psychology*, 18(4), pp.575–588.
46. Parke, R.D., 1995. Fathers and families. En: M.H. Bornstein, ed. 1995. *Handbook of parenting: Vol. 3. Status and social conditions of parenting*. Mahwah, N.J.: Erlbaum, pp.27-63.
47. Parke, R.D., 2004. Fathers, families and the future: a plethora of plausible predictions. *Merril-Palmer Quarterly*, 50, pp.456-470.
48. Penticuff, J.H., 1982. Psychologic implications in high-risk pregnancy. *Nursing Clinics of North America*, 17, pp.69-78.
49. Pleck, J., 1997. *Paternal involvement. Levels, sources and consequences*. Nueva York: John Wiley and Sons.
50. Piccini, C.A., Da Rosa Silva, M., Ribeiro Gonçalves, T., Sobreira Lopez, R., Tudge, J., 2004. O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia Reflexao e critica*, 17(3), pp.303-314.
51. Pruett, K.D., 2000. *Fatherneed. Why father care is as essential as mother care for your child*. Nueva York: The Free Press.
52. Pruett, K.D., 1998. Role of the father. *Pediatrics*, 102(5), pp.1253-1261.
53. Radojevic, M., 2005. Prenatal paternal representations of attachment predict of infant-father attachment at 15 months. An Australian study. *Psihijatrija Danas*, 27(2), pp.271-287.
54. Ramchandani, E., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T.J., 2005. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*, 365(9478), p.2201.
55. Regalski, J.M., Gaulin, S.J.C., 1993. Whom are newborn Mexican babies said to resemble? Monitoring and fostering paternal confidence in the Yucatan. *Ethology and Sociobiology*, 14, pp.97-113.
56. Sangi-Haghpeykar, H., Mehta, M., Posner, S., Poindexter, A.N., 2005. Paternal influences on the timing of prenatal care among Hispanics. *Maternal and Child Health Journal*, 9(2), pp.159-163.
57. Solis, L. Lebovici, S., eds. 2003. *La Parentalité. Defis pour le troisieme millenaire*. París: Presses Universitaires de France.
58. Storey, A.E., Walsh, C.J., Quinton, R.L., Wynne-Edwards, D.E., 2000. Hormonal correlates of paternal responsiveness in new and expectant fathers. *Evolution and Human Behavior*, 21, pp.79-95.
59. Strickland, O.L., 1987. The occurrence of symptoms in expectant fathers. *Nursing Research*, 36, pp.184-189.

60. Target, M., Fonagy, P., 2002. Fathers in modern psychoanalysis and in society: The role of the father and child development. En: J. Trowell, A. Etchegoyen, eds., 2002. *The importance of fathers*. Hove: Brunner-Routledge.
61. Van den Berg, M.P., Vanden Ende, J., Crijen, A.A.M., Jaddoe, V.W.V., Moll, H.A., Mackenbach, J.P., Hofman, A., Hengeveld, M.W., Tieneier, H., Verhulst, F.C., 2009. Paternal depressive symptoms during pregnancy are related to excessive infant crying. *Pediatrics*, 124(1), pp.E96-E103.
62. Von Klitzing, K., Bürgin, D., 2005. Parental capacities for triadic relationships during pregnancy: early predictors of children's behavioral and representational functioning at preschool age. *Infant Mental Health Journal*, 26(1), pp.19-39.
63. Wikander, B., Theorell, T., 1997. Father's experience of childbirth and its relation to crying in his infant. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11(3), pp.151-158.
64. Wolgar, M., Murray, L., 2010. The representation of fathers by children of depressed mothers: refining the meaning of parentification in high-risk samples. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(5), pp.621-629.

ASPECTOS TRANSCULTURALES DE LA PERINATALIDAD

Martín Maldonado-Durán y Clara Aisenstein

*“A veces he llegado a pensar que los curanderos
son mejores que los médicos de mayor prestigio”.*

Mahatma Gandhi.

En este capítulo se describen las dimensiones culturales del embarazo, del momento de dar a luz y de los cuidados postparto y del bebé. En cada sección se abordan algunos síndromes de “filiación cultural” que se observan en algunos grupos culturales. Estos síndromes ilustran fenómenos ciertamente específicos, pero también temas y representaciones mentales que son comunes a todos los seres humanos y que permiten aproximarse a los deseos, angustias y temores de casi todos los padres y familiares durante el período perinatal.

Aspectos generales

Las sociedades se han transformado cada vez más en multiculturales y en ellas coexisten personas de muy diferentes orígenes étnicos y sociales. El profesional de la salud inevitablemente trabajará con personas de diferentes visiones del mundo, lenguajes, costumbres y de las relaciones humanas, a veces muy distintas a las propias. Es necesario entender las variaciones en las prácticas de cuidados y concepción de los problemas en diferentes culturas, para así entender las observaciones dentro de ese contexto material, social e histórico. La migración de una región a otra, o de un país a otro, es cada vez más frecuente; el clínico tendrá qué tomar en cuenta los eventos relacionados con ella y los posibles choques o confrontaciones entre personas o grupos de diferentes culturas.

Es útil que además de las dimensiones biológica, psicológica individual y familiar, el clínico también piense en el componente cultural de sus pacientes. El punto de vista cultural le permitirá al clínico entender prácticas y fenómenos que pueden parecer incomprensibles, “primitivos”, meras supersticiones o rituales mágicos y anticuados; sin embargo, éstos tienen una razón de ser y una explicación en términos de supervivencia y de hacer frente a la adversidad.

Hasta hace poco tiempo se pensaba que la cultura era un fenómeno exclusivo de los grupos humanos. Sin embargo, investigaciones con primates y otros animales han mostrado en algunos casos la presencia de estrategias específicas para resolver problemas, comer y relacionarse, así como las formas en que son transmitidas dentro del grupo por imitación y enseñanza; es decir, que se forman normas culturales típicas para ese conglomerado. Por ejemplo, se ha podido demostrar (Whiten, 2011) que en diferentes tribus de chimpancés se aprenden modos específicos de realizar tareas, tales como “espulgarse” unos a otros, usar herramientas para obtener termitas, preparar alimentos antes de comerlos y diferentes vocalizaciones. Algunos grupos de macacos japoneses lavan en el río o lago las papas antes de comérselas.

Estos “modos de hacer” se transmiten entre pares y de padres o adultos a los pequeños, y así se conservan de una generación a otra, lo que reafirma que la cultura es “ineluctable”.

Las personas nacen dentro de cierto grupo social con prácticas determinadas que se heredan, incluyendo las creencias; las formas de manifestar tensión y malestar individual también se aprenden. En cada cultura hay una forma de manifestar el dolor o una “retórica del dolor” (Oths, 1999), así como el estrés (Martínez-Hernández, 2006). La persona que nace y vive dentro de un grupo social puede no darse cuenta de lo relativo y “artificial” que son sus prácticas usuales; por lo general no se les cuestiona y suelen considerarse como “ideales” o naturales para todos los seres humanos. Como un pez en el agua, los individuos suelen creer que sus modos de sentir, expresarse, relacionarse y resolver problemas son “como debe ser” y es difícil verlos desde afuera, como prácticas adquiridas y posiblemente muy diferentes de las de otros grupos sociales. A pesar de esas diferencias hay muchas cosas en común: en todas las culturas conocidas las madres desean un embarazo sin complicaciones, tener hijos sanos y lograr que éstos sobrevivan y se vuelvan personas productivas y felices. Las estrategias empleadas para ello son muy diversas pero tienen muchos elementos en común.

Aspectos transculturales del embarazo

En muchas culturas tradicionales, en contraste con las más “modernas”, se considera a la maternidad como central en cuanto al rol social de la mujer. Una mujer casada “debe” embarazarse dentro de cierto tiempo y su realización central como mujer

es llegar a ser madre; de lo contrario, puede sufrir consecuencias como el ser devaluada, rechazada o culpada por no lograrlo. Quienes la rodean puede pensar que se trata un castigo de la divinidad por alguna culpa anterior, transgresiones o la marca de la mala suerte.

Tradicionalmente se venera la maternidad y se considera que la relación entre una madre y su hijo o hija es sagrada y la más importante que existe, aun por encima de las relaciones matrimoniales. Esto no es así en culturas más modernizadas, como en los Estados Unidos de América, donde la mayoría de las mujeres opinan que la relación más importante en la vida de una mujer es con su compañero, y en segundo lugar con los hijos.

En algunos grupos de la India, una mujer que ha tenido un hijo es vista como si tuviera un poder especial, pues tiene más *sakti* (término que denota la capacidad regenerativa y de crear). *Sakti* es el principio activador de la vida y del cambio constante: a la vez que se la admira, también se la teme. Las madres tienen un estatus social más elevado respecto a mujeres que no han tenido hijos. El *sakti* se deriva de la paciencia y fortaleza necesarias para tener un hijo y soportar los rigores del parto. A través de sus sacrificios, las mujeres adquieren mayor poder. Este tema también resuena en las tradiciones indígenas en Mesoamérica y en el mundo islámico (Bahar y cols., 2005). Entre los aztecas, la mujer que había tenido un hijo se consideraba como equivalente a un guerrero triunfante, y si moría durante el parto, era tan heroica como el que había muerto en la batalla, convirtiéndose en mariposa.

En sociedades tradicionales, cuando la mujer se embaraza puede suscitar sentimientos de envidia en otras mujeres, pues su preñez se la ve como una bendición (Oths, 1999). Deberá protegerse de los posibles sentimientos negativos, los cuales pueden causar trastornos como aborto espontáneo, malformaciones o estados como el mal de ojo. En el peor de los casos, la embarazada puede ser objeto de prácticas como la brujería. Existen múltiples estrategias para protegerse de los sentimientos negativos y la envidia, como baños purificadores, limpiezas, infusiones limpiadoras o protectoras, y rituales mágicos.

Uno de los tabúes más difundidos es no revelar la noticia del embarazo durante un cierto tiempo, sobre todo al principio. El hablar de ello podría dar lugar a un aborto espontáneo. Una vez que se conoce la noticia, puede ser que las familias recurran a maniobras para disimular su alegría o felicidad para no suscitar sentimientos negativos en otros.

En muchas culturas es tradicional creer que el embarazo es un estado “caliente”, lo mismo que el estado postparto. La definición de caliente no se refiere realmente a la temperatura del cuerpo, sino al concepto del embarazo como un estado de

gran actividad interna con base en las teorías humorales (Maldonado-Durán y cols., 2002). Un tabú muy común es que la mujer debe evitar alimentos y experiencias contrarios a este estado caliente: habrá de evitar corrientes de aire frío y alimentos “fríos”. La cultura específica define los alimentos que son “fríos” o que conviene evitar (tales como el agua helada), pero también otros que no son necesariamente fríos pero que tienen una “valencia fría”. Todo esto es importante en el postparto inmediato, cuando la parturienta debe ser cuidadosamente cubierta para evitar los ráfagas de aire frío. Esta precaución es típica de muchos países Latinoamericanos y en China, por ejemplo. En estos lugares persiste la creencia en los efectos negativos del “aire”, que puede causar molestias diversas a la parturienta o al bebé. Al trastorno asociado con el aire se le puede llamar también “pasma”, mal viento o mal aire (Glazier, 1984).

Una costumbre muy arraigada en México consiste en la necesidad de la mujer embarazada de “ser sobada”. Esta práctica consiste en un masaje de abdomen, que también se ejecuta con la intención de “acomodar” al bebé in útero (Valadez, Alfaro y Pozos, 2003). Su práctica está muy difundida y la realiza una partera o una curandera. La futura madre piensa que la sobadora puede ayudar a que la posición del bebé sea la óptima para el nacimiento.

Existen múltiples tabúes en otras culturas, como evitar que la mujer maneje cuchillos, que atraviese por debajo de puentes, que sea expuesta a emociones intensas, peleas o a hombres ebrios, a un funeral, etc. Todas estas proscripciones parecen tener el valor simbólico de evitar experiencias que recuerden la idea de “cortar” o de “atravesar un pasaje” o tener emociones negativas intensas que afectarían al bebé.

En China, como en muchas sociedades, se considera a la embarazada como en un estado “especial” (delicado) en que se le deben de conceder sus deseos, incluyendo sus “antojos”, así como contrariarla lo menos posible. De esta manera se evitará que las emociones negativas se le transfieran al bebé.

Los “antojos”, además de una dimensión biológica, tienen una cultural. Podrían ser una forma de hacer que se trate a la gestante con atenciones especiales y que se tengan conductas maternas hacia ella.

Gracias a la coexistencia de creencias ancestrales y la información científica reciente en la atención del embarazo, la medicina tradicional coexiste con la medicina moderna. En muchos países esto toma la forma de la presencia de un sistema informal o formal de atención por parte de curanderos, parteras y otros personajes chamánicos (Torres, 2005; Valadez, Alfaro y Pozos, 2003), junto con la atención en centros médicos especializados con la tecnología más moderna.

Síndromes de filiación cultural (*culture-bound syndromes*)

En la mayoría de las culturas tradicionales no se hace una distinción tajante entre el cuerpo, la mente y el espíritu; más bien hay un “flujo” entre estas entidades. Una persona puede enfermarse del cuerpo por tristeza o por la venganza de algún espíritu, así como por transgresiones físicas, comer algo prohibido, etc. Del mismo modo, las curaciones de las enfermedades tienen un componente emocional, mágico o trascendental, donde el curandero mismo tiene poderes que le permiten invocar fuerzas curativas de diferentes ámbitos: el curandero o chamán es a veces la medicina misma (Hernández Rodríguez, Amaya y Chávez de Aguilar, 2002). Tampoco hay una demarcación muy clara entre el mundo cotidiano y el más allá, donde habitan los espíritus, ancestros y deidades. Estos mundos coexisten en el aquí y ahora y se mezclan constantemente. Más que hacer un catálogo exhaustivo de todos los síndromes ligados a la cultura, se mencionan sólo algunos que ilustran aspectos de las representaciones mentales de los futuros padres y otros familiares, así como los temores, angustias y explicaciones que se proporcionan para los diversos malestares comunes. El propósito principal es que estos síndromes ilustren temas que son comunes a casi todas las culturas: aunque no se presente el síndrome como tal, las ansiedades y experiencias de los padres, característicos en estos trastornos, ilustran experiencias universales. La vulnerabilidad atribuida al embarazo hace que la mujer sea susceptible de ser víctima de experiencias negativas, ya sea de naturaleza física o emocional.

Move san

El *move san* (mala sangre, derivado del francés *mauvais sang*) que se ha descrito en Haití (Farmer, 1988), es una alteración física que afecta sobre todo a mujeres, siendo más vulnerables las embarazadas y recién paridas. Su origen es un malestar emocional (por ejemplo ser víctima de violencia doméstica). Otras causas son el enojo intenso, la angustia, tensiones financieras, preocupaciones crónicas o un susto. Se considera en principio una enfermedad de la sangre que luego se extiende a todo el cuerpo, la cabeza, miembros y el útero, y que termina haciendo que se arruine la leche materna (*lait gaté*). Su remedio es con medicina tradicional a través de infusiones preparadas por alguien conocedor de ellas. Se lo considera como una forma culturalmente aceptada de manifestar públicamente, en forma física, un malestar emocional que de otra forma sería sólo internalizado. En Haití su frecuencia es muy alta: en una encuesta en un pequeño pueblo, alrededor de 70% de las mujeres la había tenido alguna vez (Farmer, 1988). La “leche mala” en que se deriva es una razón aducida con frecuencia para un destete temprano del bebé.

Susto

Este es un síndrome muy frecuente en Latinoamérica (Carod-Artal y Vázquez-Cabrera, 2005) pero que tiene equivalentes en muchas otras culturas (Mysyk, 1998). El susto ocurre en muchos grupos sociales y tiene diferentes nombres, como espanto, pasmo y pérdida de sombra. No hay una nosología uniforme de sus síntomas ni de lo que lo precipita. En general obedece a una impresión súbita que causa miedo a la persona, por ejemplo a una mujer embarazada (que es particularmente vulnerable, como lo son los bebés y niños pequeños), así como a situaciones de estrés (Mysyk, 1998). Al asustarse, la embarazada manifestará labilidad emocional, sentirá ansiedad, dificultad para dormir y puede haber malestar gastrointestinal. Se piensa que el espíritu ha abandonado el cuerpo temporalmente y por ello la mujer se encuentra nerviosa, alterada y llora con facilidad. El espíritu debe ser llamado a regresar al cuerpo a través de rituales practicados por un curandero con experiencia en este padecimiento, el cual rezará, administrará infusiones herbarias a la mujer y atraerá su espíritu de nuevo al cuerpo.

Mal de ojo

Éste es un estado muy común en Latinoamérica, en muchas culturas mediterráneas (en Italiano se denomina *malocchio*) y en los países árabes. También recibe el nombre de “aojamiento”. Existen muchas definiciones, pero la idea general es que la embarazada puede suscitar sentimientos negativos en otras mujeres o parejas. El término “mal de ojo” se refiere a que algunas personas tienen la “vista pesada” o muy intensa y ven con recelo a la víctima, vulnerable, lo que le causa a la afectada dificultades en el dormir, nerviosismo, llanto fácil y sensación de desconsuelo y malestar, dolor de cabeza y desasosiego. Muchas mujeres tratarán de prevenir este trastorno usando alguna forma de protección, por ejemplo una prenda de color rojo o una pulsera o collar de ese color. También se utilizan muchos otros amuletos protectores: en México se utiliza una semilla llamada “ojo de venado” (*Mucura pruriens*), la cual rechaza los efectos de la vista pesada. Una vez que la embarazada ha sido afectada requerirá la atención del curandero, quien lo resuelve a través de infusiones de hierbas específicas, rezos y limpiezas rituales con objetos como piedras especiales, huevos y otros.

Pedisyon

Pedisyon (originalmente derivada de la palabra perdición en francés) es un síndrome que se ha descrito en una alta proporción de mujeres en Haití. Una forma de describirlo es como un síndrome de “detención del embarazo”, que se asocia con infertilidad (Coreil y cols., 1996). Consiste en la creencia de que en algunas mujeres el embarazo se detiene y el embrión o feto deja de crecer dentro del útero. Una de sus consecuencias es que la mujer no se puede volver a embarazar, por

estar “ya embarazada”. El estado puede durar entre meses y años. Está relacionado con la pseudociencia, que se describe en el capítulo de problemas de somatización. En la pseudociencia sólo la mujer misma cree estar embarazada, mientras que en el síndrome de embarazo detenido, el grupo cultural que rodea a la mujer cree que ella continúa encinta. Cursa con períodos menstruales pero la explicación popular argumenta que el embarazo se detiene precisamente porque la sangre de la madre, en vez de ir a la placenta, se desvía y es expulsada por la vagina.

Varios estudios en Haití han sugerido que hasta una tercera parte de las mujeres en edad reproductiva dicen que en algún momento han tenido *pedisyon* durante algún período de su vida. Aunque parezca que esta sería una enfermedad rara, no lo es.

Síndromes semejantes se han descrito en otros países, como el llamado *kroong* (bebé seco) en Pakistán. Como su nombre lo indica, se cree que la mujer de hecho está embarazada pero su bebé se secó y puede causar múltiples síntomas. Este síndrome es causado por la brujería, debido a la envidia de otras mujeres. Un estado parecido se ha descrito en Ruanda, llamado *grossese retardé* (embarazo retrasado), en cuyo caso el embarazo deja de progresar, el vientre se aplana de nuevo y la mujer experimenta prurito en la piel.

En Tanzania es común creer que un bebé in útero puede “irse para la espalda”, en cuyo caso el abdomen deja de crecer y la mujer entra en un estado en que el bebé está indeciso entre progresar y regresarse en su crecimiento, condición que puede durar años.

Todos estos casos se asocian con infertilidad. En sociedades en que la fertilidad es crucial, es posible que estos síndromes ayuden a que la mujer no tenga el estigma asociado con la infertilidad, sino que de hecho está embarazada, aunque le preñez no progrese. El tenor general de todos estos malestares subraya la vulnerabilidad de la gestante a las circunstancias adversas. Muchos antropólogos médicos piensan que estas explicaciones “mágicas” o trascendentales tienen como función externar los peligros y amenazas al embarazo. Dado que es común que haya complicaciones y problemas durante la gestación y el parto, cuando éstos se presentan, la mujer y su familia tienen una explicación que es ajena a ellos, causada por agentes exteriores y por lo tanto fuera del control de la paciente. Esto hace que tales complicaciones puedan ser enfrentadas con mayor éxito y sin una sensación de culpa, de ser demasiado vulnerable o de pagar por una culpa oculta.

Aspectos transculturales del parto

Existe un marcado contraste entre los usos tradicionales de atención del parto y las prácticas modernas y urbanizadas, en las que se ha medicalizado marcadamente y se caracteriza por la alta tecnología. Es necesario mencionar sin embargo, que el significado y la deseabilidad de esta medicalización pueden ser muy diferentes en

diversos contextos culturales (Van Hollen, 2003). De hecho, la atención del parto por médicos, no se diga ya por obstetras, es un fenómeno históricamente reciente, que sólo se ha generalizado en las últimas generaciones en centros urbanos.

Durante miles de años la parturienta no fue considerada como “paciente” ni era objeto de atención médica. El parto no era un asunto relacionado con médicos sino con familiares mujeres y con parteras. Jordan (1993) señala la creciente medicalización y globalización de la atención médica del parto (llamándola “obstetricia cosmopolita”), lo que crea presión para que cada vez más mujeres tengan a sus hijos en centros hospitalarios, atendidas en medio de tecnología avanzada, con anestesia e intervenciones quirúrgicas cada vez más frecuentes. A pesar de esta globalización, persiste la desigualdad económica y en la mayoría de países las mujeres pobres reciben poca atención, de menor complejidad, que las mujeres que puedan pagar servicios como analgesia y otros procedimientos.

Dolor y parto

En muchas culturas del mundo islámico, en Latinoamérica, en el sur de la India (Van Hollen, 2003) y en Japón (Ivry, 2007), el dolor durante el parto tiene una representación simbólica importante. Es común oír que la mujer ha hecho un acto de heroísmo por el hecho de parir al hijo con tanto dolor. Se cree que esta experiencia tan dolorosa crea una especie de lazo especial entre la madre y el hijo. Van Hollen (2003) informa que en algunas regiones del sur de la India se considera esencial el hecho de que la mujer sufra dolor intenso y no se utilice anestesia para aliviarlo, porque el dolor es inherente al nacimiento.

En la investigación de Jordan en Chennai (antes llamada Madrás), India (1993), las mujeres no concebían la pregunta de si les gustaría sentir menos dolor, porque eso sería equivalente a preguntarles si querrían no tener contracciones uterinas; por el contrario, entre más dolor se experimenta durante el parto, más *sakti* adquiere la mujer.

Por contraste, en otras culturas, como en los Estados Unidos de América, la mayoría de mujeres preferirían sentir el mínimo dolor posible durante el parto. De hecho, en el decenio de los sesenta del siglo XX, había una asociación de mujeres (*US National Twilight Sleep Association* o Asociación Norteamericana del Estado Crepuscular) que abogaba para que a todas las parturientas se les administrara una mezcla de escopolamina con morfina, lo que producía un estado “crepuscular” (entre el sueño y la conciencia) para que no hubiera dolor, y después del parto no recordara lo que había sucedido (Van Hollen, 2003). Esta agrupación concebía el cuerpo como una máquina que a final de cuentas producirá un bebé, para lo cual no había necesidad de sentir dolor alguno. De esta forma se ignoraba por completo el aspecto emocional y subjetivo de la experiencia de dar a luz.

Atención del parto

Las prescripciones y tabúes culturales determinan poderosamente quién puede asistir a un alumbramiento. En la India, como en gran parte de las culturas más tradicionalistas del mundo, existe la noción del pudor femenino o *puhra*, que dicta que los hombres no deben ni asistir ni atender a un parto, por lo que hay una predominancia de ginecoobstetras del sexo femenino. Además, es tradición en la India, como en otras culturas, el considerar al parto como un evento “impuro”, por lo que sólo mujeres de castas inferiores (como los “intocables”) podían entrar en contacto con sustancias como la sangre y las heces.

En algunos países de tradición islámica la sangre postparto también es considerada como impura (Obermeyer, 2000); se cree que es una sustancia muy poderosa a la que hay que temer, pues con ella se puede hacer daño por medios mágicos. En el mundo islámico tradicional la mujer en el puerperio sólo puede ingerir las comidas permitidas por el Corán (llamadas *halal*). Es importante que el parto sea atendido sólo por mujeres (Bahar y cols., 2005); cuando esto no es posible, puede haber complicaciones por el sentimiento de culpa respecto a esa transgresión.

Durante el trabajo de parto es tradicional que a la mujer se le ponga un collar de coral, pues se cree que éste ayuda en su progresión, como lo había indicado Avicena en sus textos clásicos (Jordan, 1986). La creencia en espíritus y divinidades como interventores para propiciar (o entorpecer) el parto es casi universal; en muchos grupos se realizan ritos propiciatorios para que los espíritus o dioses intervengan en favor del bebé y la parturienta, mientras que se trata de evitar a toda costa la influencia de espíritus negativos. En la actualidad, en grupos indígenas del Perú, se invoca a la diosa terrestre Pachamama, así como a otros espíritus de los cerros, árboles y agua, para que le den fuerza a la mujer (Brockner y cols., 2001).

La partera utiliza infusiones de plantas para fortalecer a la mujer en trabajo de parto, ya que son la encarnación de espíritus propicios que deben calmarla y capacitarla para afrontar el trance. La partera misma es una medicina, pues tiene una conexión directa con los espíritus (los cuales puede visualizar al ingerir remedios herbolarios): ser partera es un oficio sagrado que requiere mucha preparación y aptitudes innatas. En muchos grupos étnicos de diversas partes del mundo se han descrito variaciones de estas prácticas.

Una exigencia muy difundida en este período es la “limpiar” a la mujer por diversos medios: baños rituales con agua tibia, baños con vapor que provoquen una sudoración purificadora, limpieza con lienzos o infusiones especiales. En algunos países de cultura islámica se utiliza el *hammam*, baño con agua caliente o vapor, para propiciar el trabajo de parto en el momento oportuno (Obermeyer, 2000). Otra estrategia muy difundida es la de ahuyentar o impedir que se acerquen espíritus o

influencias malignas por medio de objetos o ceremonias protectores, tales como amuletos, plegarias, objetos que les son molestos, plantas o infusiones. La mujer misma puede recibir preparaciones medicinales en la piel o tomarlas por la boca.

En las sociedades rurales hay que disponer de la placenta ya sea enterrándola o cremándola. La placenta es una parte muy importante de todo el proceso y suele “agradecerse a la tierra” retornándola a ella. El lugar donde se entierra puede ser simbólico, por ejemplo junto a la cocina.

La posición de la mujer durante el parto tiene una clara influencia cultural. La litotomía (posición de la mujer acostada boca arriba y con elevación de las piernas) que se emplea con mayor frecuencia en los establecimientos médicos es reciente históricamente. En otras culturas se utiliza una variedad de posturas que son consideradas como óptimas; una de ellas es la posición tradicional en cuclillas, utilizada en muchos grupos aborígenes del mundo, ciertamente en Mesoamérica y el norte de África (Obermeyer, 2000). En las regiones rurales de Perú (Brockner y cols., 2001) la mujer pare en posición vertical (alrededor de 50% o más de partos se atienden a domicilio con una partera).

Muerte perinatal

La muerte perinatal de la madre o del bebé era hasta hace poco una posibilidad apremiante. En muchos países del tercer mundo hay aún una alta mortalidad perinatal. En la India, por ejemplo, la tasa de mortalidad materna es de alrededor de 500 por cada 100.000 nacimientos (Ravindran, 1995), cifra que equivale a 20% de todas las muertes maternas en el mundo. En Perú la mortalidad materna es de alrededor de 265 por cada 100.000 nacimientos (Brockner y cols., 2001), siendo aún más alta en Haití y Bolivia. En Marruecos es de entre 200-360 muertes por 100.000 nacimientos (Obermeyer, 2000).

La mortalidad materna es generalmente más alta en el medio rural que en el urbano. Las principales causas de muerte de la madre en estos medios son la hemorragia, la hipertensión arterial debida a la gravidez y la infección postparto. Una proporción considerable de mujeres sufren de anemia ya desde antes del parto, lo que las hace mucho más vulnerables a tener un mal pronóstico con estas complicaciones. En cuanto a la muerte neonatal, su frecuencia es seis veces más alta en países subdesarrollados que en los industrializados (World Health Organization, 2006). Las tasas de mortalidad neonatal más altas ocurren en África (41 muertes por cada 1.000 nacimientos) y en el centro sur de Asia (43 muertes por cada 1.000 nacimientos). En Latinoamérica la proporción es de un promedio 15 muertes por cada 1.000 nacimientos (Wegman, 1996). Dadas las diferencias en la tasa de natalidad, la mayoría de los neonatos que mueren en el mundo son los del centro sur de Asia (40% de todas las muertes neonatales).

Alrededor de 50% de las muertes perinatales son mortinatos. Para dar una idea de los números absolutos, en el mundo nacen anualmente unos 130 millones de bebés, de ellos, 10 millones mueren antes de cumplir los cinco años de vida, y ocho millones lo hacen antes de su primer año de vida (World Health Organization, 2006). Ante esta realidad se han producido una serie de creencias sobre las causas y el significado de estos eventos.

Las creencias populares tienden a atribuir estas muertes a eventos, peligros y amenazas externas. En México y otros países Latinoamericanos y de otras partes del mundo, se cree en “La Llorona”, el espíritu de una madre cuyos hijos hubieron muerto, y se la oye lamentarse, paseándose por las calles, asustando a las personas durante la noche pues nunca puede encontrar descanso. En algunas partes de la India se cree que los espíritus de bebés que murieron al nacer y de las parturientas muertas persisten en este mundo en forma de espíritus malignos llamados *Bhutpret*, que rondan a la espera de alguien a quien perseguir y asustar.

En Japón, las muñecas *kokeshi* representan el espíritu de los hijos muertos. En algunas culturas de África, como en Nigeria, es tradicional que la mujer que va a tener un parto y las que van a acompañarla tengan que vestirse con ropas elegantes o recién lavadas, así como pintarse con *henna* las palmas y plantas. Todo esto representa una preparación para un acontecimiento de gran importancia y que debe de ocurrir en las mejores circunstancias y con la dignidad apropiada, con la mayor belleza posible, aunque sin perder de vista que puede ser una ocasión de gran felicidad pero con la posibilidad de un desenlace funesto.

Cultura y postparto

Entre los musulmanes es tradicional que al nacer el bebé, el padre u otro varón murmure al oído del neonato algunas plegarias del *Corán* (llamadas *adhan*): “No hay otro dios que Alá y Mahoma es el mensajero de Alá”. También es costumbre untar un poco de miel o una minúscula porción de dátil en su boca, simbolizando las dulzuras de la vida. Se trata de un ritual de gran importancia. En algunos grupos se ata al brazo del neonato un pequeño saco negro que contiene una plegaria para proteger su salud (Kitzinger, 2005).

Por tradición el bebé tiene derecho a ser amamantado durante dos años e incluso más tiempo. En casi todas las culturas no occidentalizadas existe una serie de prescripciones y proscripciones sobre lo que la mujer recién parida puede comer. En general, son otras mujeres las que se hacen cargo de la nueva madre y le proporcionan alimentos especiales y otros cuidados encaminados a favorecer su salud y garantizar la supervivencia del bebé. Literalmente, le brindan cuidados maternos a la recién parida.

En México y otras partes de Mesoamérica el embarazo y el postparto se consideran estados “calientes” y por lo tanto requieren que la mujer coma sólo alimentos calientes (Maldonado-Durán y cols., 2002). En los hospitales de los Estados Unidos de América es común que a la mujer que parió se le traigan bebidas heladas, como agua con hielo. Una mujer latina recién inmigrada a los Estados Unidos de América puede sentirse incomprendida porque el personal de enfermería, con la mejor intención, le trae una bebida fría, aunque pueda “enfriarle su útero”. Esta frialdad puede hacer que después ella no sea capaz de embarazarse.

En las familias aborígenes de Guatemala es costumbre que después del parto a la mujer se le ofrezca un “caldo de gallina”. Una sopa semejante se recomienda también en los países árabes, donde se le llama *rfisa* (Obermeyer, 2000). El caldo de gallina debe contener a la “madre” de la gallina (el sitio en que se mantienen los huevos) y la mujer que come esto promueve en forma mágica su fecundidad ulterior.

En muchos grupos persiste, al menos parcialmente, la creencia en la necesidad de descanso durante cuarenta días después del parto. Este período es el de la “cuarentena” (*annfas*, en árabe) y ha sido de rigor en Latinoamérica, China y los países de religión musulmana (Bahar y cols., 2005). Aunque esto puede ser poco práctico, persiste la idea del estado delicado y la necesidad de descanso en la mujer recién parida.

Cuidados del bebé

En las sociedades no occidentalizadas es común que la nueva madre pase la mayor parte del tiempo posible con el bebé durante el primer año de vida y particularmente en los primeros seis meses; en cambio, en muchos países industrializados es más común que pase una buena parte de tiempo (hasta la tercera parte de éste) en un cuarto separado y solo (Whiting, 1981; Keller, 2003). Una forma de entender esta dicotomía es tomando en cuenta que mientras en algunas culturas se trata de promover la individuación, la independencia y la autonomía del niño lo más pronto posible, en otras de lo que se trata es el promover un sentimiento de pertenencia o dependencia del niño hacia su familia (Kobayashi, 2001). En el primer caso (cuyo ejemplo podrían ser los Estados Unidos de América), las estrategias de crianza promueven que el niño pequeño sea un individuo lo antes posible: se sugiere que se autoconsuele cuando llora, que se duerma por sí solo, si es posible en su propio cuarto y que se alimente por sí mismo en cuanto sus habilidades motrices se lo permitan. En el otro polo de esta gama de estrategias, los padres tienden a hacer más cosas por el niño pequeño durante un tiempo mucho más largo: lo cargan la mayor parte del tiempo, no lo dejan llorar sino que lo consuelan y lo alimentan en la boca por un tiempo mucho más prolongado. No se promueve su separación, sino

más bien la sensación de pertenencia al grupo social. El niño literalmente no es necesariamente un individuo, sino “parte de” el grupo familiar o social.

Estos dos polos, y los puntos intermedios, permiten entender las técnicas y estrategias que emplean los padres para promover el desarrollo “óptimo” de sus hijos dentro de su grupo cultural. En casi todas las culturas se concibe al neonato como un ser desvalido y por lo tanto se le procura atención constante. Con frecuencia se mantiene al bebé envuelto en sabanas y contenido en una especie de rollo; esto sucede en las culturas indígenas de los Estados Unidos de América, en Mesoamérica y en muchos países asiáticos. En Turquía, además de ser una práctica de contención del bebé para favorecer su sueño y calma, se considera como una representación social de que el bebé “pertenece a alguien”: entre más bello sea el envoltorio, significa que los padres valoran más al neonato y que éste tiene “quién responda por él” (Deloache y Gottlieb, 2000). Además, contrariamente a lo que sucede en los Estados Unidos de América y algunos países europeos, el recién nacido suele dormir en la misma cama que su madre, quien lo amamanta durante la noche y lo mantiene cerca en caso de cualquier percance o peligro (Denney y cols., 2001).

En varias sociedades tradicionales se cree que todo bebé es una reencarnación o personificación de los espíritus de sus ancestros. En realidad las personas no mueren del todo sino que su espíritu o esencia permanece en la casa o cerca de la familia. Se les debe tener respeto y periódicamente han de venerarse. Se suele nombrar al bebé con los nombres de los ancestros más importantes o según las reglas establecidas.

En otras culturas se piensa que los bebés anhelan volver al ultramundo a reunirse con los ancestros y el trabajo de los padres es “convencer” al bebé de que permanezca en este mundo. Una de las formas de lograrlo es que esté contento, cantarle, vestirlo con las prendas más valiosas o atractivas, adornarlo con joyas y maquillaje para que no desee regresar al más allá. En algunos grupos de África se ha descrito otra práctica para que el bebé sobreviva: los recién nacidos siempre están en peligro de ser llevados al otro mundo por espíritus deseosos de raptarlos, así que los padres utilizan la maniobra de “disfrazar” o disimular al bebé. Pueden darle el nombre de un objeto despreciable o animal (por ejemplo perro), o aún insultarlo (Liamputtong, 2002), además de untarlo con lodo o heces de vaca para hacer que se vea feo e indeseable, lo que hace pensar que pasará desapercibido para los espíritus (Stork, 1986).

En algunas culturas se piensa que el bebé nace orientado hacia el espíritu de un determinado animal. En México, por ejemplo, algunos grupos indígenas piensan que el niño o niña siempre tiene un *nahual*, espíritu de animal que le da protección y determina rasgos de su carácter. La creencia también es común entre los aborígenes de los Estados Unidos de América y muchos otros grupos.

Síndromes de filiación cultural

Además del mundo de los espíritus hay que proteger al recién nacido de otros seres humanos. Se debe recurrir a remedios y prácticas que eviten los efectos de las influencias negativas.

En muchas culturas no occidentales, existe el temor de generar envidia en otras familias al tener un bebé, sobre todo si éste es hermoso (cualquiera que sea la definición local de este término); por lo tanto, las madres no harán alarde de cuán hermoso o competente es su hijo, sino más bien ante los elogios de los demás responderán que el niño no es tan perfecto, que tiene algunos defectos o que es un poco feo. Esto minimiza la posibilidad de que otros sientan envidia y alberguen malos sentimientos hacia el bebé. Por contraste, en países como los Estados Unidos de América es más común que los nuevos padres enseñen fotografías de su hijo o hija y digan que es el bebé más bello del mundo, lo que sería impensable en muchos grupos tradicionales.

Cuando el lactante es introducido en sociedad, es importante que a quienes se presenta sean reservados en sus elogios y no lo miren insistentemente, ya que una conducta así preocuparía a los padres, quienes podrían tener que “limpiarlo” (de modo ritual) para librarlo de los sentimientos de los demás (como el deseo de tener un hijo tan bello) o del mal de ojo. En México muchas madres acostumbran hacerle una “limpia” al bebé, ya sea a través de un *chamán* o por ella misma, con un huevo que es pasado varias veces sobre el cuerpo del bebé. Se cree que el huevo absorbe las influencias negativas y purifica al bebé. En otros países se practican los baños rituales con el niño, pasándolo por humo (ahumarlo) para alejar a los espíritus o untándolo con ungüentos protectores.

Un deseo universal de los futuros padres, manifestado por ensueños y fantasías, es el de tener un bebé sano, a veces de un determinado género y generalmente hermoso(a), “ideal” o perfecto en todos sentidos (Remmenick, 2006); sin embargo, la realidad puede ser diferente. Su apariencia física puede no ser la anhelada, puede haber alguna malformación obvia, disfunción o enfermedad. En algunos grupos indígenas de Sudamérica (Carod-Artal y Vázquez-Cabrera, 2005), por ejemplo, se cree que el feto se puede asustar in útero si el padre pega a la madre, siendo causa de malformaciones. Entre las mujeres judías Ashkenazi, en Israel, se ha descrito la “ansiedad genética” como el estado de temor de que el bebé tenga alguna enfermedad genética o malformación, ya que los niños de este origen tienen algunas enfermedades muy frecuentes entre ellos. En la actualidad se realizan a menudo estudios de tamizaje genético para descartar este tipo de padecimientos (Remmenick, 2006).

Aunque no haya deformidades, el bebé puede tener características poco deseables, como los pies más grandes, los ojos de un color no deseado, el color de la piel puede ser demasiado oscuro, etc. El grupo cultural al que se pertenece proporciona diversas explicaciones para estas variaciones. Uno de los temas centrales es el atribuir los cambios a fenómenos externos al embarazo o a circunstancias de las cuales uno es víctima. Al encontrarse que en el recién nacido hay alguna característica indeseable, se busca en el pasado tratando de hallar una causa plausible, que puede consistir en haber violado un tabú cultural durante el embarazo (haber tenido una experiencia atemorizante, un disgusto, haber trabajado demasiado, haber tenido actividad sexual, etc.). Otras explicaciones tienen que ver con fenómenos mágicos (brujería, vudú, efectos de la envidia, etc.).

Un temor común en Latinoamérica es que la embarazada quede expuesta a un eclipse, que puede causar malformaciones como el labio y paladar hendidos. Muchas mujeres creen que una protección contra los eclipses es usar un objeto metálico (como una llave) colgada con un cordón alrededor del abdomen.

Otras atribuciones son la posesión por espíritus humanos, de animales, o el haber nacido como una mezcla de ser humano y espíritu, o entre humano y un ser extraterrestre. Esta última explicación se observa a veces en los Estados Unidos de América.

El hecho de que el pensamiento mágico y trascendental sea común a todos los grupos humanos, aunque se manifieste de distintos modos, es sugerido por creencias de sociedades modernas. En los Estados Unidos de América algunos padres creen que su pequeño hijo es un “ángel” en el sentido literal; es decir, un ser que ha descendido del cielo y se le han “cortado las alas” para darle una apariencia humana y que es enviado a este mundo para cumplir una misión benévola o salvadora para la familia. En otros casos vistos por los autores, los padres piensan que su niño, quien se comporta de algún modo extraño, es en realidad un producto de la mezcla de ADN entre seres extraterrestres y humanos. Los extraterrestres habrían introducido su ADN en el óvulo de la madre y creado un ser “recombinado”. Esta explicación moderna es muy semejante a la del niño que es la encarnación de algún espíritu, común en muchas otras culturas. A veces, cuando el niño tiene una característica inusual o se comporta de un modo diferente, se tiende a pensar que “no es como la familia” y que por lo tanto pertenece a otro mundo (de espíritus, animales, etc.).

En Irlanda, en algunas áreas rurales (como en el condado de West Kerry), cuando el bebé es percibido como diferente de los otros, la explicación se puede encontrar en las acciones de las hadas, que siempre están al acecho (Schepper-Hughes, 2000) y se llevan a un bebé “bueno” y lo cambian por uno defectuoso que no es realmente humano, sino pertenece al mundo de las hadas, denominado “bebé trastocado”

(*changeling*) “bebé brujo” o “niño hada”, el cual generalmente es de poco peso y desnutrido.

Una forma un tanto extrema de este creencia se ha descrito en algunos grupos de la India, donde una mujer (u hombre) que es mordido por un perro puede desarrollar un “embarazo con cachorros” (Chowdry y cols., 2003); en este caso el remedio es tratar de disolver los cachorros in útero.

Debilidad

El términos generales “debilidad” denota una tendencia extendida a pensar que los trabajos asociados con el parto y la maternidad hacen que una mujer termine exhausta, cansada, incapaz de funcionar en el papel de madre, y que no pueda hacer tareas físicas ni atender al bebé (Oths, 1999). Es obvio que en algunos de estos casos la “debilidad” o “cansancio” sería depresión postparto, desde el punto de vista occidental. En Croacia se ha descrito un estado similar llamado *deboleza*, es decir, debilidad (Pavlovic y Vucic, 1997), el cual aparece cuando hay una trasgresión de un tabú social, por ejemplo un embarazo producto del adulterio, en una adolescente o cuando algo le causa grave vergüenza.

En toda Latinoamérica existen diferentes designaciones para este cansancio crónico, debilidad, agotamiento, etc. Dado que muchos embarazos no son deseados o se presentan en un momento inoportuno, es más factible que se desarrolle uno de estos estados que hacen que la madre requiera apoyo psicosocial. Los niños pequeños, incluso recién nacidos, son susceptibles de sufrir “susto”, efectos del mal de ojo, aire, etc., y son particularmente sensibles a la posibilidad de tener “mollera caída”, estado posiblemente asociado con la deshidratación, pero que en la nosología indígena de muchos países latinoamericanos se refiere a “sumirse” el techo de la cabeza.

¿Se puede aprender algo de las culturas “no occidentalizadas”?

Es fácil pensar que las costumbres y prácticas de las sociedades no occidentalizadas, pobres y no industrializadas son cosa del pasado y que se debería de adoptar uniformemente las prácticas modernas de atención del embarazo y el parto. Las creencias mágicas se suelen despreciar como curiosidades y atavismos; sin embargo, es posible que muchas de las prácticas tradicionales tengan un valor protector para la mujer y para el resultado del embarazo, lo que se observa por ejemplo en el fenómeno del “inmigrante sano”, consistente en que los inmigrantes de países pobres a países industrializados tienen mejores indicadores de salud de lo que se esperaría, dada su pobreza, poca educación y poco acceso a servicios de salud (Maldonado-Durán y Aisenstein, 2006). Aún más, en las mujeres latinas inmigrantes a los Estados Unidos de América se ha observado que entre más se

aculturación tendrán peores indicadores de salud, mayores frecuencias de depresión postparto, mayores complicaciones de éste, y tendrán hijos con menor peso al nacer y mayores tasas de prematuridad (Williams Domian, 2004); comerán peores dietas, tendrán más tendencia a la obesidad y al abuso de sustancias como el alcohol y las drogas ilícitas.

Todo esto sugiere que las prácticas de atención tradicionales, como el apoyo emocional, los lazos familiares y el elevado valor social del embarazo y el parto, hacen que la mujer se sienta más acompañada y valorada en esta etapa de la vida. Cuando esto se pierde, algunos de los trastornos que se asocian con el bajo apoyo psicosocial se vuelven más prevalentes.

La lección parece ser que las prácticas tradicionales pueden tener un valor protector importante y no se deben descartar tan fácilmente con el argumento de que son anticuadas, pues muchas de éstas han persistido por cientos de años y pueden ser más necesarias de lo que parecería a primera vista.

En muchos países se da un sincretismo entre las prácticas más antiguas, alternativas y tradicionales, a las que se combinan estrategias médicas más modernas y oficiales (Instituto Nacional de Salud Pública, 1999). El súbito abandono de prácticas ancestrales puede producir un sentimiento de desorientación, de “traición al pasado”, sin algo que sustituya los rituales que antes eran altamente valorados.

Referencias

1. Bahar, Z., Okcay, H., Ozbicaci, S., Beser, A., Ustun, B., Osturk, M., 2005. The effects of Islam traditional practices on women's health and reproduction. *Nursing Ethics*, 12(6), pp.557-570.
2. Brocker, A., Sánchez, G., Arévalo, M., Espinoza, G., 2001. Atención del parto con la articulación de la medicina tradicional y la medicina académica. En: *Promoción de la medicina y prácticas indígenas en la atención primaria de salud. El caso de los Quechua del Perú*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
3. Carod-Artal, F.J., Vázquez-Cabrera, C.B., 2005. Estudio etnográfico sobre las enfermedades neurológicas entre los uru-chipayas del altiplano andino. *Revista de Neurología*, 41(2), pp.115-121.
4. Chowdury, A.N., Mukherjee, H., Ghosh, K.K., Chodhury, S., 2003. Puppy pregnancy in humans: a culture-bound disorder in rural West Bengal, India. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(1), pp.35-42.
5. Coreil, J., Barnes-Josiah, D.L., Augustin, A., Cayemittes, M., 1996. Arrested pregnancy syndrome in Haiti: Findings from a national survey. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(3), pp.424-436.

6. DeLoache, J., Gottlieb, A., eds. 2000. *A world of babies*. Cambridge: Cambridge University Press, pp.171-198.
7. Denney, M.K., Singer, G.H.S., Singer, J., Brenner, M.E., Okamoto, Y., Fredeen, R.M., 2001. Mexican immigrant families' beliefs and goals for their infants in the neonatal intensive care unit. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 26(3), pp.148-157.
8. Farmer P., 1988. Bad blood, spoiled milk: body fluids as moral barometers in rural Haiti. *American Ethnologist*, 15(1), pp.62-83.
9. Glazier, S.D., 1987. Andean Ethnomedicine: Birth and Childhood illnesses in Six Ecuadorian Communities. 1984". *American Anthropologist*, 89, pp.776-778 (colección de videos).
10. Hernández-Rodríguez, R., Amaya, J.A., Chávez de Aguilar, M.A., 2002. *Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: el caso de los garífunas de Honduras*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
11. Instituto Nacional de Salud Pública, 1999. *Sistemas de salud tradicionales en América Latina y Caribe: Información de base*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
12. Jordan, B., 1986. Revisión del libro: Kuntner, L., 1985. *Die Gebärhaltung der Frau. Schwangerschaft und Geburt aus geschichtlicher, volkerkundlicher und medizinischer Sicht*. Munich: Hans Marseille Verlag. *American Ethnologist*, 13(3).
13. Jordan, B., 1993. *Birth in four cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Prospect Heights, IL: Waveland Press.
14. Ivry, T., 2007. Embodied responsibilities: pregnancy in the eyes of Japanese ob-gyns. *Sociology of Health and Illness*, 29, pp.251-274.
15. Keller, H., 2003. Das Säuglingsalter aus kulturpsychologischer Sicht. En: H. Keller, ed. 2003. *Handbuch der Kleinkindforschung*. Berna: Hans Huber Verlag, pp.353-380.
16. Kitzinger, S., 2005. Sheila Kitzinger's letter from Europe: Moslem values and childbirth. *Birth*, 32, pp.69-71.
17. Kobayashi, S., 2001. Japanese mother-child relationships. En: H. Shimizu, R.A. Levine, eds. 2001. *Japanese frames of mind. Cultural perspectives on human development*. Cambridge: Cambridge University Press, pp.111-140.
18. Liamputtong, P., 2002. Childrearing practices and child health among the Hmong in Australia: implications for health services. *International Journal of Health Services*, 32(4), pp.817-836.
19. Maldonado-Durán, J.M., Munguia-Wellman, M., Lubin, S., Lartigue, T., 2002. Latino families in the perinatal period. Cultural issues in dealing with the health care system. *Great Plains Research*, 12(1), pp.75-100.

20. Maldonado-Durán, J.M., Aisenstein, C., 2006. La parentalidad en el choque transcultural México-Estados Unidos. En: L. Solis-Pontón, T. Lartigue Becerra, M. Maldonado-Durán, eds. 2006. *La parentalidad. Antídoto contra la violencia y la barbarie*. México: Editorial El Manual Moderno.
21. Martínez-Hernández, A., 2006. Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), pp.2269-2280.
22. Mysyk, A., 1998. Susto: an illness of the poor. *Dialectical Anthropology*, 23, pp.187-202.
23. Obermeyer, C.M., 2000. Pluralism and pragmatism: knowledge and practice of birth in Morocco. *Medical Anthropology Quarterly*, 14(2), pp.180-201.
24. Oths, K.S., 1999. Debilidad. A biocultural assessment of an embodied Andean illness. *Medical Anthropology Quarterly*, 13(3), pp.286-315.
25. Pavlovic, E., Vucic, M., 1997. Debolezza: culturally determined behaviour in Istria. *Psychopathology*, 30(4), pp.215-222.
26. Ravindran, T.K.S., 1995. Women's health in a rural poor population in Tamil Nadu. En: M. Das Gupta, ed. 1995. *Women's Health in India: Risk and Vulnerability*. Madras: Oxford University Press, pp.175-211.
27. Remmenick, L., 2006. The quest for the perfect baby: why do Israeli women seek prenatal genetic testing? *Sociology of Health and Illness*, 28(1), pp.21-53.
28. Scheper-Hughes, N., 2000. *Saints, scholars and schizophrenics. Mental illness in rural Ireland*. Berkeley: University of California Press.
29. Stork, H., 1986. *Enfances Indiennes. Étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. París: Paidós-Bayard Éditions.
30. Torres, V.M., 2005. A cultural model of pregnancy: a comparison between Mexican physicians and working-class women in Tijuana, B.C. *The Social Science Journal*, 42(1), pp.81-96.
31. Valadez, I., Alfaro, N., Pozos, E., 2003. Cuidados alternativos en la atención del embarazo en Jalisco, México. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(5), pp.1313-1321.
32. Van Hollen, C., 2003. Invoking Vali. Painful technologies of modern birth in South India. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(2), pp.49-77.
33. Wegman, M., 1996. Infant mortality: some international comparisons. *Pediatrics*, 98(6), pp.1020-1027.
34. Whiten, A., 2011. The scope of culture in chimpanzees, humans and ancestral apes. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 366, pp.997-1007.
35. Whiting, J.W.M., 1981. Environmental constraints on infant care practices. En: R.R.H. Munroe, R.L. Munroe, B.B. Whiting, eds. 1981. *Handbook of cross-cultural human development*. Nueva York: Garland, pp.155-179.

36. Williams Domian, E., 2004. Cultural practices and social support of pregnant women in a Northern New Mexico community. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(4), pp.331-336.
37. World Health Organization, 2001. *Neonatal and Perinatal Mortality. Regional and global estimates*. París: World Health Organization.

EL PARTO Y SUS VICISITUDES

Martín Maldonado-Durán y Juan Manuel Saucedo-García

El parto como evento inevitable

El momento de la verdad

A un en el caso de que una mujer o su pareja se hayan preparado psicológica y emocionalmente para el nacimiento, el parto es el “momento de la verdad”. Una vez desencadenado e iniciado el descenso del bebé y la dilatación del cuello uterino, el parto no se puede suspender o “regresar” al estado anterior. Tiene que ocurrir un desenlace. Desgraciadamente en muchos países pobres, el parto conlleva una serie de riesgos para el recién nacido y su madre, incluso en términos de supervivencia, pues hay un considerable riesgo de mortalidad para ambos. Hasta hace unos decenios no era raro que una mujer hubiera perdido uno o varios hijos durante el parto o en la etapa puerperal. La nueva madre también podría haber sufrido una hemorragia mortal, infección puerperal o complicaciones más raras, como la coagulación intravascular diseminada, shock hemorrágico, etc. Afortunadamente, en la mayoría de los casos estas complicaciones no ocurren y el proceso de parto se desenvuelve sin mayores dificultades, aun en el medio rural o no hospitalario. Aquí se revisan algunos de los mecanismos fisiológicos del parto que tienen una repercusión psicológica y emocional, así como aspectos de la atención del parto y algunas de las complicaciones psicológicas y emocionales más comunes.

Mecanismos desencadenantes del parto

Aún en la actualidad no se sabe con certeza cuáles son los mecanismos que desencadenan el parto. Resulta claro que algunos factores son esenciales, como la integridad del eje hipotálamo-hipofisario en el feto, la síntesis de estrógenos por la placenta y la presencia de prostaglandinas en la sangre de la madre (Lockwood, 2004), así como la intervención de citocininas y otros factores inflamatorios (Kamel, 2010).

Muchos expertos consideran que el factor crucial para iniciar el parto es el nivel de maduración del eje hipotálamo-hipofisario en el feto mismo (Liao, Buhimschi y Norwitz, 2005). Es necesario que el bebé in útero produzca por este mecanismo una serie de hormonas corticoides que tienen influencia en la iniciación del trabajo de parto. A su vez, la maduración de la glándula suprarrenal del feto (la cual es desproporcionadamente grande en comparación con la del niño mayor) depende de la producción de hormona liberadora de corticotropina por parte de la placenta (Cunningham y cols., 2005).

El comienzo del trabajo de parto se produce al dejar de existir los factores que inhiben la contracción del útero (Liao, Buhimschi y Norwitz, 2005), tales como la progesterona, la prostaciclina, relaxina, óxido nítrico, el péptido relacionado con la hormona paratiroidea, la adrenomedulina y el péptido intestinal vasoactivo. Por lo tanto, no es que se inicie activamente un proceso de “activación” del útero, ya que este órgano está dispuesto a contraerse en todo momento, sino que este mecanismo es inhibido por mediadores provenientes del feto y la placenta. Una vez que estos inhibidores dejan de funcionar, el útero responde con contracciones a la presencia de oxitocina y de prostaglandinas (E2 y F2 alfa) que promueven la contracción periódica del músculo uterino.

Factores que dificultan la salida del bebé

Existen un número de posibles explicaciones para el hecho un tanto sorprendente de que la mayoría de los mamíferos y los primates tengan sus partos en forma relativamente sencilla, incluyendo a los chimpancés y los gorilas, pero no así los humanos. En aquellas especies las hembras tienen partos que son atendidos con facilidad por la madre misma sin necesidad de la ayuda de otros. En los humanos el trabajo de parto puede ser muy largo y difícil, y estar lleno de complicaciones que hacen que éste no progrese. La extracción y animación del recién nacido mismo requiere generalmente la ayuda de otros.

El proceso mismo del nacimiento cefálico es difícil y complejo (Rosenberg y Trevathan, 2007). Si se compara el cerebro del recién nacido humano con el de otros primates, aquél es “demasiado grande” y la cabeza, por lo tanto también lo es. La dimensión de la cabeza es sólo un poco menor que el diámetro interno de la pelvis, lo que hace difícil el paso del feto por el canal del parto. La postura de bipedestación en el humano es otro factor que evolutivamente determina que la pelvis se haya vuelto comparativamente más estrecha, para poder sostener el peso del cuerpo en hombres y mujeres, a diferencia de lo que sucede en otros primates. Para ilustrar la diferencia en proporciones resulta útil comparar el parto humano con el nacimiento de un chimpancé o gorila: en estos primates el recién nacido sale viendo hacia la cara de su madre, quien lo puede asistir quitando secreciones y jalándolo para lograr la extracción completa. En cambio en los humanos el bebé

nace viendo hacia atrás, con el occipucio orientado hacia los huesos púbicos de su madre, lo que hace que sea difícil para cualquier mujer asistir a su hijo a salir del canal pélvico y limpiarle las secreciones de nariz y boca; en consecuencia, requiere de ayuda de otros miembros del grupo social para lograr un parto adecuado. Se ha estimado que las parteras tuvieron su aparición en nuestra especie hace unos cinco millones de años (Rosenberg y Trevathan, 2001).

La evolución humana ha desarrollado una complicación adicional: es necesario que el feto rote su cabeza y tronco para poder nacer. La entrada a la pelvis (desde la cavidad abdominal) tiene un eje mayor que va en sentido lateral, es decir, entre el lado derecho el izquierdo de la pelvis. Entonces el feto entra al canal del parto con la cara viendo hacia un lado. Más adelante, a la mitad de la pelvis, el eje mayor de ésta va de adelante hacia atrás, o del sacro al pubis, por lo que la cabeza (y luego el resto del cuerpo) del niño tiene que rotar y la cara ve hacia el sacro de la madre. Al final del parto, los hombros del bebé tienen que “escabullirse” por el canal del parto, pues su diámetro es ligeramente mayor que el diámetro de la pelvis (generalmente de 10 cm). Todo esto ilustra porqué puede haber retrasos y complicaciones en un proceso relativamente complicado y prolongado, y porqué es necesaria la intervención de otros para atender el parto en casi todas las culturas estudiadas (Rosenberg y Trevathan, 2001).

Existen teorías que estiman que estos cambios en la pelvis de la hembra humana ocurrieron hace unos cuatro millones de años. También se cree que la evolución del tamaño del cerebro y la inteligencia (relacionada con una corteza cerebral, mucho más extensa que la de todos los otros animales) han hecho que el humano tenga que nacer un poco antes de lo que se esperaría desde el punto de vista evolutivo (Prechtl, 2001).

Prechtl ha sugerido que los bebés humanos son excesivamente desvalidos comparándolos con los neonatos de otros primates. Se observa que alrededor de los tres meses de vida extrauterina, el bebé transforma su conductas y es un ser mucho más social y competente, con lo que se ha especulado que de no ser la cabeza tan grande en proporción, el embarazo duraría unos dos o tres meses más de lo que ocurre en el presente. En relación con esta “desvalidez”, se ha sugerido también que la falta de pelo en los humanos hace necesario que el neonato humano requiera de alguna forma alternativa de regulación de la temperatura, que sería una capa de grasa “blanca” bajo la piel, que en el recién nacido alcanza alrededor de 12% de su peso total. Esta capa es un lujo desde el punto de vista evolutivo, pero facilitará la supervivencia de un ser relativamente desvalido.

El parto desde el punto de vista social en Latinoamérica

En muchos países el parto se ha convertido en algo un tanto mecanizado o hasta relativamente trivial. En muchos hospitales con alto nivel de nacimientos la

atención del parto semeja a una línea de ensamblaje (Pearce, 2005). Por ejemplo, en algunos hospitales obstétricos la mujer sólo tiene cuatro horas posteriores al parto para recuperarse y ser “dada de alta” debido a la demanda de camas para una nueva parturienta. El ser egresada tan rápidamente la pone en riesgo de complicaciones tales como hemorragia o baja de presión, o bien, que no se detecte alguna dificultad en el bebé, como hipotermia o alguna malformación interna no tan obvia.

El parto se atiende prácticamente en condiciones anónimas, con personal que la mujer nunca ha visto y que es “neutral” con respecto a sus necesidades. En varios países latinoamericanos, como en muchas partes del mundo, es común que no se permita la entrada, y mucho menos la participación, del padre del bebé u otro familiar durante el parto. Esto se debe a ciertas tradiciones y a que el personal de enfermería y médico con frecuencia están abrumados y no pueden individualizar el cuidado de la futura madre como se quisiera (Rondon, 2004).

Hay controversia en la literatura médica en relación con la cuestión de si el parto es un evento peligroso o traumático. Algunos autores piensan que el parto puede ocurrir sin dolor si la mujer se prepara adecuadamente, con ejercicios pélvicos apropiados, técnicas de respiración, relajación y bioretroalimentación. Por otro lado están los autores que enfatizan las dificultades del descenso del feto arriba mencionadas (Trevathan, 1996, 1999), de tal modo que el tamaño relativamente grande de la cabeza del recién nacido humano y las dificultades de pasar a través de la pelvis (Trevathan, 1999) necesariamente producen dolor. En cualquier caso, aun en las “mejores condiciones” de atención al parto, persiste el hecho de que puede ser una experiencia muy dolorosa y hasta traumática para la parturienta o para su compañero. En esta situación, lo óptimo sería que la mujer contara con personas que la apoyen y ayuden a aliviar su angustia y dolor.

La operación cesárea como alternativa al parto vaginal

En muchos lugares, incluyendo Latinoamérica, se ha observado una alza preocupante en la frecuencia de nacimientos por operación cesárea. Algunos obstetras incluso han expresado la opinión de que el nacimiento en la forma natural es demasiado “brutal” y riesgosa y que una alternativa más segura es el nacimiento por cesárea. Otro factor importante en la mayor frecuencia de cesáreas es un deseo de control por la futura madre, la pareja y otros miembros de la familia. Este deseo de control incluye el fijar premeditadamente el día y la hora en que “debe” nacer el bebé, así como la necesidad de programar todo en la forma más conveniente para la familia y el médico. Sin embargo, varias organizaciones han advertido sobre los peligros inherentes a estas prácticas.

La operación cesárea es una cirugía mayor y tiene un índice de complicaciones. Una encuesta realizada recientemente en Italia (Mancuso y cols., 2006) encontró que alrededor de 17% de 390 mujeres expresaban el deseo de tener una cesárea, la principal razón dada fue la esperanza de tener un “parto más seguro”. Obviamente, hay un importante factor cultural en estas preferencias. En contraste con la situación en Italia o Latinoamérica, una encuesta reciente en Australia entre 310 mujeres embarazadas, mostró que sólo 6% preferirían tener una cesárea; la mayoría deseaba tener un parto natural. Entre las mujeres que preferían la cirugía, muchas no tenían información veraz sobre las posibles complicaciones del procedimiento.

En cuanto a la opinión de los obstetras, una encuesta reciente (Habiba y cols., 2006) realizada de manera simultánea en varios países europeos entre 1.530 obstetras (entrevistados por correo, tasa de respuesta de 70-77%), mostró que hay diferencias considerables en la respuesta de si el obstetra procedería a realizar la cesárea porque así lo desea la paciente aunque no haya una indicación médica. Los obstetras que menos tendían a hacerlo fueron los de España y Francia (15 y 19% lo harían), mientras que en Alemania y el Reino Unido (75 y 79%) es mucho más factible. Los obstetras dan como razón el temor a ser demandados si no cumplen con los deseos de la paciente de ser intervenida. También expresan razones culturales, pues en estos últimos países tiende más a pensarse que la cesárea es una elección a la que la mujer tiene derecho como paciente.

En Holanda, la política nacional para los partos no complicados es que sean atendidos por parteras o parteros, por lo que la tasa de cesáreas es mucho más baja que en otros países europeos. Las mujeres obstetras, particularmente si ya han tenido hijos, tienen la menor tendencia a llevar a cabo cesáreas sólo porque la paciente lo pide. Además del miedo al parto *per se*, muchas mujeres temen “desfigurarse” por el parto vaginal, el cual se percibe como demasiado primitivo y animalesco.

Algunas Complicaciones Psicológicas Y Emocionales Relacionadas Con El Parto

Miedo al parto (tocofobia)

Durante el primer embarazo, y principalmente cuando hay alguna dificultad física o complicación, es normal que haya miedo a lo que pueda suceder durante el parto. Esto es más comprensible en países en que la mujer acude a una institución y recibe atención por personal que le es desconocido y con el que no ha establecido una relación a lo largo del embarazo, sobre todo si no puede contar con la presencia en la sala de partos de una persona que la apoye. Entonces la experiencia puede resultar en una sensación de no tener control alguno y estar completamente sola ante una situación desconocida y potencialmente aterradora.

Más allá del miedo normal está la tocofobia, que consiste en un miedo excesivo al parto, de naturaleza paralizante e irracional (Hofberg y Ward, 2003). La tocofobia fue descrita por Marcé, en Francia, desde 1858. Señaló que en la nulípara podía manifestarse un miedo aterrador al posible dolor durante el parto; en la mujer que ya había tenido partos previos se refería al recuerdo de un parto anterior difícil y traumático (Marcé, 1858).

Se ha encontrado que alrededor de 20% de las embarazadas manifiesta tener temor del parto. En condiciones patológicas, este temor puede llevarla a sentirse emocionalmente paralizada y abrumada ante la posibilidad del parto (Areskog, Uddenberg y Kjessler, 1981). Se estima que este nivel grave de temor ocurre en 6% de las encintas. Un estudio en Suecia reportó una cifra similar: se les preguntó a mujeres durante su gravidez (en una encuesta por correo) que identificaran si sentían tal nivel de temor, éste se encontró con una frecuencia de 5,5% (Heimstad y cols., 2006).

Epidemiológicamente se sabe que el miedo al parto es más prevalente e intenso en las mujeres nulíparas. Según algunas encuestas, 13% de mujeres en una población abierta expresa que tiene tal temor al parto que prefieren no embarazarse. Muchas de las mujeres que presentan tocofobia solicitan a su obstetra que se les realice una operación cesárea.

Es útil distinguir entre un miedo “primario” al parto y aquél que es resultado de una experiencia obstétrica previa de índole traumática. A esta última condición puede llamarsele trastorno por estrés postraumático secundario a un parto previo.

Hofberg y Brockington (2000) sugieren clasificar la tocofobia en tres tipos:

- 1) Primaria, en cuyo caso no ha habido partos anteriores y la mujer teme en exceso la posibilidad de un parto, generalmente manifiesto desde la adolescencia.
- 2) Secundaria, debida al recuerdo de un parto anterior difícil.
- 3) Tocofofia como síntoma de depresión durante el embarazo, es decir, como una expresión más de toda una serie de temores y preocupaciones.

En los casos reportados por Hofberg y Brockington (2000), las mujeres con tocofobia primaria tenían este temor desde la adolescencia y habían practicado escrupulosamente medidas anticonceptivas durante años. A final de cuentas, podrían embarazarse por el enorme deseo de ser madres y la mayoría deseaban tener una cesárea programada. Entre las mujeres con tocofobia secundaria había una mayoría que había tenido un parto anterior que requirió instrumentos o que transcurrió con dolor muy intenso o rasgadura del perineo. En ambos grupos había

una alta morbilidad en términos de hiperemesis gravídica y gran ansiedad durante la preñez; muchas mujeres tenían la convicción de que no iban a poder parir al bebé. En algunos casos, la paciente intentará terminar el embarazo por medio de un aborto inducido debido al miedo a tener otro parto, aunque el embarazo haya sido deseado. También se ha observado que puede haber un efecto transgeneracional, en el que el temor del parto se podría transmitir de la madre a la hija (Uddenberg, 1974).

No existe evidencia empírica suficiente para determinar cuál debe ser la intervención psicológica óptima; sin embargo, se han intentado estrategias como la psicoterapia breve, la educación psicoprofiláctica y la hipnosis. Muchas de las pacientes que participan en estos tratamientos terminan prefiriendo un parto vaginal. De no ser así, la mujer podría solicitar una operación cesárea. Se ha sugerido que cuando se le niega a una mujer la posibilidad de cesárea cuando tiene un temor tan intenso al parto vaginal, el resultado psicológico a largo plazo puede ser muy negativo para ella (Hofberg y Ward, 2003).

Por lo anterior, es importante considerar los deseos de la paciente en términos de cómo ha de nacer el bebé. Una revisión de Hofberg y Brockington (2000) de 26 casos indica que cuando no se satisfacen las peticiones de la mujer a este respecto, hay mayores complicaciones psicológicas y emocionales a largo plazo, por lo que recomiendan en lo posible prestar atención a la preferencia de la mujer en cuestión.

Trastorno por estrés postraumático ligado al parto

Es un hecho de observación común que durante el trabajo de parto y poco más tarde, muchas mujeres digan que “no se volverán a embarazar”. Sin embargo, después del desenlace exitoso parecen no enfatizar tanto sus experiencias negativas sino las positivas, como se si hubieran *olvidado* del dolor y temor que tuvieron antes. No obstante, en una buena proporción de casos esto no sucede así, sino que persisten recuerdos perturbadores o ansiedad relacionados con la previa experiencia obstétrica. Una de las pioneras en describir este estado patológico fue Monique Bydlowsky (Bydlowsky y Raoul-Duval, 1978). Debido a lo imprevisible del transcurso y desenlace del parto, ocasionalmente hay complicaciones que dejan una “cicatriz psicológica” en la mujer que tuvo un parto adverso. Quedan en ella síntomas que son de verdadera naturaleza postraumática: recuerdos perturbadores de la experiencia y lo relacionado al parto, necesidad de evitar estos recuerdos o asociaciones con este tema hasta donde sea posible (Ayers y Pickering, 2001, 2005). También hay síntomas de ansiedad y repetición intrusiva de los recuerdos que pueden hacerla sentir como si reviviera los episodios dolorosos (*flashbacks*), tener pesadillas frecuentes o sentirse ansiosa cuando algo le recuerda las experiencias vividas. Se ha encontrado que alrededor de 2 a 5% de mujeres tienen síntomas de estrés postraumático durante el primer año postparto (Allott, 1998; Olde y cols.,

2006). Este número es relativamente pequeño comparado con el hecho de que en varias encuestas alrededor de 30% de las mujeres informan que su parto fue una experiencia traumática. También otros eventos, como una operación cesárea de emergencia o un parto en el que se usaron fórceps y otros instrumentos, tienen mayor probabilidad de dar lugar a síntomas postraumáticos que una cesárea programada, lo cual es comprensible (Ryding, Wijma y Wijma, 1998).

En general, entre más doloroso haya sido el parto, es más probable que haya síntomas postraumáticos (Fedoroff y cols., 2000). Se ha descrito el efecto del “círculo vicioso” con respecto a las expectativas del parto subsiguiente; es decir que en su próximo parto la mujer podría comportarse de un modo tal que, sin quererlo, propiciaría que hubiera más complicaciones.

Recientemente, un grupo de investigadores en Holanda (Olde y cols., 2006) revisó la literatura correspondiente, concluyendo que una mujer puede tener sólo algunos síntomas postraumáticos o bien la condición psicopatológica completa. Entre los factores de riesgo principales están: antecedente de haber tenido problemas psicológicos previos, ser una persona ansiosa, que haya sido necesario realizar procedimientos quirúrgicos, y que exista una relación negativa entre la parturienta y el personal de la maternidad. Otros factores predictivos fueron la sensación de pérdida de control y falta de apoyo emocional por parte de su compañero.

Es necesario subrayar que algunas veces, cuando el parto es muy traumático y después, hay síntomas de ansiedad postraumática que pueden interferir en la formación de un vínculo adecuado entre la madre y su bebé.

Trastorno por estrés postraumático previo al parto

Algunas mujeres con antecedente de abuso sexual o ansiedad postraumática debida a maltratos durante la infancia, enfrentan la perspectiva de vivir un intenso temor ante el nacimiento de su bebé. Varios investigadores han sugerido que hasta 25% de mujeres adultas han tenido alguna experiencia sexual de índole traumática cuando eran menores de edad (Young, 2005). No sólo eso: la misma naturaleza del parto puede evocar recuerdos traumáticos antes durmientes o latentes, reactivarlos y producir nuevos síntomas de ansiedad relacionados con el parto y el trauma psicológico previo. En muchos casos la misma gestante no recuerda que fue abusada sexualmente, pero su cuerpo *sí lo recuerda*; es decir que puede haber un recuerdo inconsciente, “procedural” o somático del abuso sexual que se manifiesta por incomodidad y ansiedad excesiva respecto todo lo relacionado con el parto inminente.

En términos muy prácticos, existen técnicas para asegurarse de que los tactos vaginales o exámenes físicos no sean reactivadores del trauma. Hay que tener delicadeza y mucho cuidado ante la sensibilidad particular de la mujer en cuestión:

comentarios aparentemente sin importancia, ciertas acciones del personal o ruidos pueden desencadenar recuerdos traumáticos o hacer que la mujer vuelva a experimentar (*flashbacks*) el trauma anterior. En términos de intervención, se recomienda preguntar a la mujer qué situaciones o acciones específicas la ponen más ansiosa, para así evitarlas. Por medio de una serie de preguntas se puede averiguar qué síntomas de ansiedad experimenta y junto con ella se puede elaborar un “plan de parto” para respetar en lo más posible sus deseos. Es importante que los que atienden esta situación reaccionen los síntomas de la mujer o sus revelaciones con empatía, escuchándola en forma reflexiva, con compasión, y mostrarle flexibilidad. No es útil reaccionar exageradamente, ni subreaccionar como si la revelación no tuviera importancia.

Intervención

Dependiendo de la gravedad de la ansiedad postraumática se debe diseñar el tratamiento correspondiente. Cuando la mujer ya acude en pleno trabajo de parto y sólo entonces se descubre que tiene este síndrome, hay que ayudarla con técnicas de relajación, respiración abdominal, masaje y la presencia de personas con las que se sienta segura. Hay que minimizar los exámenes del área genital y tratar de no evocar recuerdos postraumáticos. En casos graves habrá que utilizar medicamentos con efecto ansiolítico por un tiempo corto.

En las situaciones en las que se puede abordar el tratamiento con anticipación, las estrategias de relajación, biofeedback y de reprocesamiento del trauma por movimientos oculares son la mejor alternativa. Sólo en casos graves debe considerarse el uso de medicamentos, tales como los antidepresivos inhibidores de la recaptura de la serotonina.

Cuando el parto ha tenido complicaciones o ha sido vivido como traumático, es deseable que la paciente tenga la oportunidad de hablar de sus experiencias y sentimientos unos días después, sobre todo con el obstetra o partera que la atendió. En su defecto, puede ser con un profesional de salud mental, enfermera o alguien que pueda escucharla y contenerla (a ella o a su pareja). En los casos en que hay una crisis con síntomas de ansiedad graves, se puede utilizar una estrategia de psicoterapia breve cognoscitivo-conductual, para reprocesar los eventos pasados, ponerlos en su dimensión correcta y ayudar a la mujer a enfrentar sus recuerdos y disminuir su ansiedad. Esta modalidad ha sido efectiva al ser evaluada empíricamente (Bryan, Moulds y Nixon, 2003).

Falla del vínculo madre – bebé

De manera ocasional todo profesional de salud que atiende partos se encuentra ante la preocupante situación de que la madre, temporalmente, no quiere ver a su hijo o hija recién nacido o diga que está enojada con el bebé por “haberla hecho

sufrir tanto”. En la mayoría de casos estos sentimientos desaparecen en unas pocas horas y la mujer pide ver a su hijo y se *reconcilia* con él; sin embargo, a veces la situación es más grave. Varios autores han descrito un número de entidades clínicas que tienen en común la falta de “sentimientos maternos” de la nueva madre con respecto a su recién nacido (Brockington, 2001; Brockington, Aucamp y Fraser, 2006; Klier y Muzik, 2000; Kumar, 1997).

Existen varias posibilidades a este respecto. En un subtipo, la madre simplemente no siente la ternura o sentimientos de cariño hacia el bebé y se siente culpable por esto. Cuida del bebé pero en forma un tanto mecánica, no logrando sentir la calidez y sentimientos maternos que hacen que una madre cuide a su hijo. En los casos más graves, los cuales pueden estar asociados con depresión materna, hay sentimientos de hostilidad y resentimiento hacia el bebé, pensamientos de abandonarlo, lastimarlo o hasta matarlo. Cuando el enojo es intenso, la madre puede tratar al niño sin ternura y cuidado, aventarlo en su cuna, jalarlo bruscamente y hasta golpearlo.

En algunas ocasiones la madre se siente totalmente atrapada por el recién nacido y desea que alguien más lo cuide. Puede haber un rechazo total hacia el bebé, y la nueva madre no quiere verlo o arrullarlo, y dice que alguien más debe atenderlo.

La falta de emociones maternas hacia el bebé y los sentimientos de rechazo no son tan infrecuentes como parecería. Klier y Musik (2000) señalan que hasta 29% de mujeres con depresión postparto presentan algunos de estos sentimientos.

En el caso de la total falta de “sentimientos maternos”, la mujer puede no comunicar estas sensaciones a nadie y la vivencia de distanciamiento entre ella y su hijo o hija puede durar años, sin que nadie lo sepa. Ocasionalmente esta mujer podría buscar atención psicológica, a sugerencia del médico o de los familiares, quienes se preocupan al notar la hostilidad o rechazo hacia el recién nacido. Cuando hay algún trastorno psiquiátrico notable, como una depresión mayor u otro trastorno serio del estado de ánimo o de ansiedad, al tratarse exitosamente tales síntomas se puede favorecer concomitantemente la aparición de sentimientos más benignos hacia el bebé. En todo caso, es necesario que la mujer no esté sola con el recién nacido sino que en efecto tenga apoyo de otras personas, por ejemplo el esposo o familiares, para ayudarla a atender al neonato. Una atención psicológica, como la psicoterapia, puede ayudar a explorar las posibles dificultades con la transición a la parentalidad (convertirse en madre) y las sensaciones de sentirse atrapada por el bebé o el posible origen de los sentimientos de rechazo hacia él. En el Apéndice de este capítulo se adjunta una versión al español del instrumento diseñado por Brockington y colaboradores para evaluar el vínculo entre la madre y su bebé (Brockington 2001; Brockington, Aucamp y Fraser, 2006).

Muerte neonatal (mortinato)

Dimensión epidemiológica

La muerte de un recién nacido o la muerte in útero del producto cerca del momento del parto tienen una dimensión individual y una social. En todo el mundo ha tenido lugar una reducción de la mortalidad del niño muy pequeño; la frecuencia de estas muertes ha disminuido a la mitad entre los años 1960 y 1990 (Lawn, Wilczynska-Ketende y Cousens, 2006). Una gran proporción de esta reducción estadística se debe a un menor número de muertes en el período neonatal, es decir en los primeros 28 días de vida. No obstante, se estima que en todo el mundo mueren aproximadamente cuatro millones de recién nacidos cada año. Si se toman en cuenta las estadísticas mundiales, sólo 1% de las muertes neonatales ocurren en países ricos. En los países *desarrollados* el promedio de muerte neonatal es de 4 por 1.000 nacimientos; mientras que en países pobres, la tasa promedio es de 33 por 1.000 nacimientos (el rango va de 2 a 70 por 1000 nacimientos) (Lawn, Cousens y Zupan, 2005).

La mayoría de las muertes neonatales ocurren en el sur de Asia debido a que son países con una población muy grande: India, China, Pakistán, Bangladesh. Otros países con alta mortalidad son Nigeria y Etiopía, aunque también se encuentra una alta mortalidad en los países de la región subsahariana de África. Una buena proporción de niños mueren durante el primer día de vida (un millón por año en todo el mundo). Se sabe que el período más difícil dentro de la etapa neonatal es la primera semana de vida, en la que ocurren 75% de las muertes neonatales (y 50% de las muertes de la mujer en la etapa postparto). Esta mortalidad se ha asociado con el limitado acceso a atención médica y la pobreza. Las principales causas de muerte neonatal son: asfixia del neonato, prematurez y “otras causas perinatales”; entre estas últimas están la neumonía, diarrea, sepsis neonatal y tétanos.

Como se ve, las infecciones, a pesar de que podrían ser prevenibles, aún causan muchas muertes. Por ejemplo, el tétanos, que es totalmente prevenible, causa la cuarta parte de las muertes neonatales en los países pobres. Por contraste, en los países más ricos las principales causas de muerte no son las infecciones, sino la prematurez y las anomalías congénitas.

Un factor que se correlaciona estrechamente con la muerte neonatal es tener un bajo peso al nacer. Aproximadamente entre 60 y 80% de todas las muertes neonatales ocurren precisamente en neonatos que pesan menos de 2.500 g. En todo el mundo nacen cada año unos 20 millones de niños con bajo peso al nacer, lo que representa a 16% de todos los nacimientos. En estas cifras se incluye la prematurez y el bajo peso para la edad gestacional o desnutrición in útero.

Es claro que gran parte de estos factores de riesgo se asocian con la pobreza. En un estudio realizado en Uganda (Peterson y cols., 2004) se investigó qué sucedía cuando un recién nacido estaba enfermo y se le recomendaba a la familia llevarlo a un hospital o centro de salud. Las familias que no seguían esta instrucción (90%) argumentaron que no lo hacían principalmente por la falta de dinero para pagar por esos cuidados. A pesar de estos números, la muerte neonatal recibe poca atención por parte de los servicios de salud y en términos de investigación, en parte porque la mayoría de las muertes neonatales ocurren en las casas de los padres y no son reportadas a los organismos de registro civil.

Se ha estimado (Turton y cols., 2001) que hay varias consecuencias psicológicas adversas después de un mortinato en la familia. Por ejemplo, alrededor de 29% de las mujeres que tuvieron esta experiencia presentarán síndrome de estrés postraumático (frecuente también en los casos de parto prematuro). En cuanto a la dimensión cultural, en muchos grupos sociales no se considera que un recién nacido vivo que muere al poco tiempo haya estado vivo del todo, sino que se califica como mortinato (*stillbirth*). En muchas sociedades tradicionales ni siquiera se le da un nombre al niño hasta que haya estado vivo durante un período predeterminado, que puede ser hasta de un mes o de varias semanas; también puede ser que no se considere al bebé como un ser humano, aunque respire y se mueva. En otras culturas se piensa que el bebé viene a esta vida proveniente del mundo de los espíritus o del más allá y siempre anhela volver a ese ultramundo. En estos casos se considera comprensible que muchos niños mueran porque simplemente quieren regresar a aquel lugar de donde provienen. De hecho, en algunas culturas de África se cree que el bebé muy pequeño siempre está en peligro de ser robado por espíritus que están siempre en busca de bebés; entonces, para protegerlo se utilizan estrategias como untarlo con lodo para que se vea feo y no sea atractivo a los espíritus. También se le puede dar al niño un nombre temporal intencionalmente despectivo (perro, rata) para así engañarlos, y cuando esté más maduro asignarle un nombre verdadero más atractivo.

En algunas culturas del sureste de Asia se cree necesario convencer y animar al bebé para que se quede en este mundo, para lo que se le ponen joyas, se le adorna de manera atractiva, se le canta y se le habla cariñosamente.

Aunque estas creencias parezcan extrañas y anticuadas en un medio más moderno, ilustran los temores primitivos y a veces inconscientes de casi todos los padres, incluso en culturas occidentalizadas; después de todo, como se mencionó antes, la reducción de la mortalidad infantil es un fenómeno muy reciente.

Hasta hace un par de generaciones era muy común que una mujer tuviera siete, ocho o más hijos, y que hubieran muerto dos o tres de ellos durante la infancia temprana. En todas las sociedades las familias recurren a explicaciones que justifiquen la

muerte de los niños. Las explicaciones que implican causas externas (espíritus, mal de ojo, eclipses, etc.) ayudan a las madres y a la familia a realizar un duelo en el que no se tengan que sentir personalmente responsables o culpables de la muerte del bebé. En algunos grupos del noreste de Brasil se ha descrito un trastorno ligado a la cultura que nombran *doença da criança* (mal del niño), en el que la madre observa que un niño de talla pequeña o con algún trastorno no *desea vivir*, por lo que puede ser que no le ofrezca los cuidados apropiados de alimentación, atención, etc. Cuando el niño muere, la madre aparentemente no muestra gran pena porque el niño no estaba destinado a quedarse en este mundo, lo cual es una condición inherente al niño mismo. Aunque para el observador externo y superficial esto parece una deshumanización, es necesario que la madre se proteja psicológica y emocionalmente en un medio social de gran mortalidad perinatal y escasez material para poder hacer frente a su situación y seguir cuidando a sus otros hijos sin ser devastada por la muerte de uno de ellos.

La muerte del neonato es vivida generalmente con gran desilusión, dolor o culpa por la madre y el padre del bebé. Es necesario llevar a cabo una intervención que los ayude a vivir el duelo; por lo general se recomienda tocarlo, cargarlo, darle un nombre y, dependiendo de las distintas culturas, tomarle una fotografía y realizar un funeral. El personal de salud ha de ser sensible a las preferencias de los padres: algunos prefieren no tocar al bebé, mientras que otros desean estar solos por un rato teniendo al bebé muerto en sus brazos.

Alternativas en la atención del parto

La importancia del apoyo psicosocial durante el parto

En la mayoría de las culturas el parto es “cosa de mujeres”, sobre todo parientes, que acompañan y atienden a la parturienta tratando de asegurar con éxito el alumbramiento (Kennel y McGrath, 1999). Durante el último siglo este aspecto se transformó en un tema médico (o se *medicalizó*) y muchos partos ahora se atienden en hospitales bajo condiciones de esterilidad bacteriológica; en ese contexto, muchas mujeres recibirán una episiotomía (corte quirúrgico generalmente en diagonal del conducto vaginal para facilitar la salida del bebé al final del parto).

En la actualidad existe un debate sobre hasta qué punto es deseable esta medicalización y qué tanto sería óptimo volver a las prácticas tradicionales con el fin de que la intervención de personal médico sólo se realice cuando haya una complicación.

En los Estados Unidos de América, como en muchos otros países, hay una proporción de mujeres que decide tener su bebé no en un hospital, sino en un “centro de nacimiento” que tiene más las características de una casa que las de un hospital. También hay todo un movimiento para que el parto sea atendido por una enfermera

partera o una matrona con entrenamiento, y no por médicos obstetras; ésta es, por ejemplo, la política oficial de salud en países como Holanda o el Reino Unido.

Un factor que contribuye al buen desenlace del parto es tener un nivel adecuado de ayuda y asistencia psicosocial, lo que ocurre rutinariamente en muchos países africanos y otros con culturas tradicionales (Madi y cols., 1999). Por ejemplo, un estudio realizado en Guatemala (Sosa y cols., 1980) mostró que las mujeres que habían tenido apoyo de otras personas durante el parto, sonreían más después del mismo, permanecían despiertas más tiempo y generalmente le hablaban más al bebé y lo atendían con más solicitud. Algo similar encontraron Madi y su grupo (1999) en Botswana. En otra investigación realizada en los Estados Unidos de América (Houston, Texas) con 212 partos, cuando la mujer tenía apoyo emocional adicional había una tasa menor de operaciones cesáreas (reducción de 10% y disminución de 75% en el uso de anestesia epidural) (Kennel y cols., 1991).

Varios estudios han indicado que una *doula* puede ser de gran utilidad para la mujer durante el parto (Nolan, 1995). Una *doula* es una mujer que ha sido entrenada específicamente para ayudar a otra mujer durante su parto; en el curso del trabajo de parto se dedica exclusivamente a atender a la parturienta hasta que haya tenido su bebé. La acompaña, le da masaje en las partes adoloridas del cuerpo y la apoya emocionalmente, le da sugerencias para relajarse y en general está a su disposición; la presencia de la *doula* da lugar a una menor tasa de complicaciones (Stein, Kennel y Fulcher, 2004). Por lo general se recomienda que la pareja tenga una o dos reuniones con la *doula* el mes anterior al parto para estar familiarizados con ella. Otros beneficios que se han encontrado incluyen disminuir la frecuencia de operación cesárea (hasta en 50%), del uso de fórceps (reducción de 40%), petición de anestesia peridural (reducción de 60%), y también de la duración del trabajo de parto (en 25%) (Stein, Kennel y Fulcher, 2004).

En la mayoría de los hospitales las enfermeras están muy ocupadas o abrumadas con los cuidados médicos más inmediatos y no pueden o no saben cómo dar apoyo emocional a la parturienta. En cambio, la *doula* permanece con ella hasta el desenlace del proceso. Los beneficios de la *doula* pueden extenderse a la futura relación entre la madre y el bebé. En un estudio en Johannesburgo, Sudáfrica, se evaluó la asistencia de la *doula* en un grupo de control. Seis semanas después del parto se observaron mejores tasas de alimentación al seno materno, menor índice de depresión postparto, mejor autoestima y menos ansiedad (Klaus, Kennel y Klaus, 2002).

Programas alternativos

Hay varios niveles en los que se puede mejorar la atención del parto; uno de ellos es el preventivo.

Lo óptimo sería que las parejas-familias que esperan un bebé tuvieran orientación sobre qué es el parto y qué es lo que pueden esperar. Esto debería consistir en un balance óptimo entre dar un cuadro realista de la situación y sin asustar a la futura parturienta; una visita a la sala de partos o maternidad y recibir explicaciones u observar videograbaciones de lo que sucederá, podría ayudar a muchas mujeres o parejas a tener una mayor sensación de control; sería incluso deseable que el parto fuera atendido por un personaje que conozca a la mujer o pareja y su situación específica, si esto fuera posible. Un programa preventivo de esta índole también permitiría identificar a las mujeres con alto riesgo, ya sea por su historia de trauma psicológico anterior, por su ansiedad, depresión, etc., y poner en marcha una intervención de salud mental desde ese momento.

Analgesia

Parece innegable el hecho de que el parto se asocia con dolor intenso. Recientemente, varios autores han criticado la noción idílica de que si la mujer se prepara lo suficiente antes del parto, hace ejercicios de relajación y de parto psicoprofiláctico, “no sentirá dolor”; sin embargo, por su misma naturaleza, las contracciones uterinas, la presión sobre las estructuras en la pelvis y el paso del bebé por el canal del parto son intensamente dolorosas. Surge así la pregunta de si debe usarse analgesia durante el parto y, de ser así, cuál es la mejor opción en términos del bienestar de la madre y del bebé.

En el decenio de los años cincuenta del siglo XX, en los Estados Unidos de América, muchas mujeres tuvieron la experiencia de recibir anestesia general al final del trabajo de parto; no se daban cuenta de cómo había nacido su bebé y sólo lo encontraban por primera vez hasta después de varias horas. Una consecuencia importante de esto es el posible efecto de la anestesia en el feto y el neonato.

Se ha observado que la anestesia peridural tiene un efecto negativo en la capacidad del recién nacido para mantenerse alerta y para orientarse en su medio ambiente (Ransjö-Arvidson y cols., 2001). También se ha notado que la epivacaína, utilizada como anestesia local o peridural, tiene un efecto inhibitor en la capacidad del bebé para comenzar a mamar y el bebé llora durante más tiempo en el postparto inmediato (Ransjö-Arvidson y cols., 2001). El uso de analgésicos debe mantenerse al menor nivel posible, pero compatible con un mínimo de bienestar y de modo que el dolor no resulte abrumador.

El hospital amigo del bebé

La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF han lanzado una iniciativa mundial para remediar algunas de las prácticas más indeseables en la atención del parto y del período postparto, creando hospitales o centros de salud “amigos del

bebé” (Oliveira Vanucci y cols., 2004), consisten en “diez pasos” a seguir por el personal de estos centros. En estos programas, las necesidades del niño y la madre tienen prioridad con respecto a las necesidades y la conveniencia del personal de salud. Además de los efectos positivos de minimizar las separaciones entre el recién nacido y sus padres, otro efecto indicador de éxito es la promoción de la lactancia materna. Se sabe que si ésta se inicia de manera temprana después del nacimiento, es más posible que la nueva madre decida continuar amamantando a su bebé. La actitud favorable del padre del niño y del personal de salud son muy importantes en este respecto.

La leche materna tiene múltiples beneficios para el bebé, por ejemplo disminuye su vulnerabilidad a algunas infecciones de la infancia temprana, y se piensa que su contenido de lípidos es óptimo para el desarrollo del cerebro del lactante, que continúa siendo muy acelerado al principio de la vida extrauterina. Una de las proposiciones de esta iniciativa es informar a las mujeres que es conveniente amamantar al seno materno y no dar ninguna otra clase de complemento alimenticio o fórmula artificial durante los primeros seis meses de vida del niño. Después de este plazo es conveniente suplementar la lactancia materna con hierro, vitaminas y otros nutrientes o comidas. También se alienta a la madre a seguir amamantando al bebé hasta los 24 meses de edad o aún más tarde (World Health Organization, 2001). Otra sugerencia del cuidado en el hospital “amigo del bebé” es mantener al producto en la misma habitación hospitalaria que su madre y no en un cunero distante, lo que promueve que se establezca el vínculo temprano entre madre e hijo, así como el ya mencionado beneficio de la lactancia materna.

En un estudio realizado en Londrina, Brasil (Oliveira Vanucci y cols., 2004), en un hospital amigo del bebé, al revisarse las acciones de las madres con respecto a la lactancia materna con un seguimiento hasta los seis meses de vida del bebé, se notó que hubo un aumento en la frecuencia de lactancia materna inicial y a los seis meses, comparando las estadísticas de antes y después de la adopción de las estrategias de “amigo del niño”. Estos resultados se corresponden bien con los hallazgos de otros estudios (Luther y cols., 1997).

En Brasil ha habido un movimiento reciente hacia la “humanización de la atención del parto” (Soares Madeira Dominguez, Moreira dos Santos y Leal, 2004). Esta iniciativa ayuda al personal a tomar en cuenta los aspectos emocionales de la paciente, darle apoyo psicosocial, mayor participación en lo que sucede durante el parto, así como permitir la presencia de una persona de la familia en él. Una encuesta entre 246 mujeres que tuvieron su parto vaginal en un hospital que implementó estas medidas en Río de Janeiro, mostró 67% de satisfacción con los cuidados obtenidos. Estos cuidados no requirieron de grandes inversiones o aumento en los gastos del hospital, que es un lugar de atención pública a familias pobres.

Otras posibilidades para mejorar la atención del parto son el uso de terapias alternativas, como la aromaterapia, el masaje y la bioretroalimentación para reducir la ansiedad, el dolor y aumentar las experiencias positivas durante este trance. La aromaterapia se puede practicar con olores como la lavanda (Burns y cols., 2007; Pierce, 2005) u otro olor preferido por la parturienta. Se ha observado que el oler ciertos aceites puede ayudar a disminuir la ansiedad en la madre; se ha sugerido que puede aumentar el bienestar de la parturienta y alivia la sensación de náusea.

Meditación y yoga

En el decenio de los años setenta y ochenta del siglo XX, hubo un gran interés en el método Lamaze, entre otros, para hacer el parto más fácil. En muchos círculos médicos y de salud mental se llegó a pensar que el dolor del parto era enteramente “psicológico”. Algunos autores, por lo general hombres, señalaban que si aumentaba el bienestar psicológico y los conflictos intrapsíquicos respecto al embarazo y el parto, la mujer no sentiría dolor pues se trataba de un proceso enteramente “natural”.

Muchas mujeres fueron entrenadas para prepararse a tener un “parto sin dolor” de modo natural. Muchas de ellas se sentían culpables o fracasadas cuando, a pesar de toda esta preparación y contra la expectativa de los expertos, todavía sentían mucho dolor. En la actualidad se acepta que en realidad el trabajo de parto y la expulsión misma son normalmente dolorosos y no se atribuye este dolor a factores psicológicos, sino más bien físicos. Es claro que si una mujer, adicionalmente, tiene una gran ansiedad o terror subyacentes o el antecedente de traumatismo psicológico, puede empeorar la experiencia del parto; no obstante, algunas prácticas de “medicina complementaria” pueden ayudar a tener una mejor experiencia; por ejemplo, se ha intentado el uso de la meditación y el yoga, sobre todo para disminuir la ansiedad y hacer frente al dolor y a la incertidumbre de la situación. Lo mismo se puede decir del masaje. Una alternativa más, practicada sobre todo en países europeos como el Reino Unido, es el nacimiento en el hogar. En muchos países de Latinoamérica esto ocurre sobre todo por el hecho de que no hay acceso a servicios médicos, o las personas que no tienen seguro médico temen no poder pagar los gastos hospitalarios. También existen las tradiciones y el temor al hospital: en el hospital muchas mujeres mencionan que sienten una pérdida de control sobre su situación, mientras otras sienten que están más seguras ahí que pariendo en su hogar.

En el Reino Unido (Kitzinger, 2000), al comparar los nacimientos hospitalarios con los que ocurren en el hogar, ambos atendidos por parteras, se encontraron mejores resultados en la casa. Hubo una menor proporción de complicaciones perinatales (episiotomías, uso de instrumentos, de analgésicos), menor tasa de partos prolongados y hemorragias severas, así como mayor proporción de lactancia al seno materno. Es importante subrayar que estos hallazgos no se pueden generalizar a otros países

donde las condiciones sanitarias de los hogares y el acceso a satisfactores es mucho menor, como en muchos de los países del tercer mundo.

Anexo

Cuestionario de vínculo post-parto

Por favor indique qué tan frecuentemente las afirmaciones siguientes se aplican a usted. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”. Escoja la respuesta que se acerque más a sus experiencias recientes.

Factor	Calificación	Afirmación	Siempre	Muy a menudo	Con bastante frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
1	0 a 5	Me siento apegada a mi bebé						
1	5 a 0	Ojalá pudiera regresar a los días en que no tenía bebé						
2	5 a 0	Me siento distante del bebé						
2	0 a 5	Me encanta acurrucar a mi bebé						
2	5 a 0	Lamento haber tenido a este bebé						
1	5 a 0	Siento que el bebé no es mío						
1	5 a 0	Mi bebé me pone agitada						
1	0 a 5	Amo a mi bebé por encima de todo						

Factor	Calificación	Afirmación	Siempre	Muy a menudo	Con bastante frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
1	0 a 5	Me siento feliz cuando mi bebé se ríe o sonrío						
1	5 a 0	Mi bebé me irrita						
2	0 a 5	Disfruto jugando con mi bebé						
1	5 a 0	Mi bebé llora demasiado						
1	5 a 9	Me siento atrapada como madre						
2	5 a 0	Me siento enojada con mi bebé						
1	5 a 0	Lamento haber tenido al bebé						
1	0 a 5	Mi bebé es el más hermoso del mundo para mí						
1	5 a 0	Ojalá mi bebé de algún modo pudiera desaparecer						
4	5 a 0	Le he hecho cosas malas al bebé						
3	5 a 0	El bebé me hace sentir nerviosa						
3	5 a 0	Le tengo miedo a mi bebé						

Factor	Calificación	Afirmación	Siempre	Muy a menudo	Con bastante frecuencia	A veces	Rara vez	Nunca
2	5 a 0	El bebé me molesta						
3	0 a 5	Me siento confiada cuando cuido al bebé						
2	5 a 0	Siento que la única solución es que alguien más cuide a mi bebé						
4	5 a 0	Tengo deseos de lastimar a mi bebé						
3	0 a 5	Mi bebé es fácil de consolar						

Referencias

1. Allott, H., 1998. A post delivery stress clinic. *Changing Childbirth Update*, 11, p.14.
2. Areskog, B., Uddenberg, N., Kjessler, B., 1981. Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecological and Obstetrical Investigation*, 12, pp.262–266.
3. Ayers, S., Pickering, A.D., 2001. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 28, pp.111–118.
4. Ayers, S., Pickering, A.D., 2005. Women's expectation and experience of birth. *Psychology and Health*, 20(1), pp.79-92.
5. Brockington, I.F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., Loh, C., Murdoch, C., 2001. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3, pp.133-140.
6. Brockington, I.F., Aucamp, H.M., Fraser, C., 2006. Severe disorders of the mother–infant relationship: definitions and frequency. *Archives of Women's Mental Health*, 9, pp.243–251.
7. Bryant, R.A., Moulds, M.L., Nixon, R.V., 2003. Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A four-year follow up. *Behaviour Research and Therapy*, 41, pp.489–494.
8. Burns, E., Zobbi, V., Panzeri, D., Oskrochi, R., Regalia, A., 2007. Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(7), pp.838-844.
9. Bydlowski, M., Raoul-Duval, A., 1978. Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité: la névrose traumatique post-obstétricale. *Perspectives Psychiatriques*, 4, pp.321–328.
10. Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Gilstrap, L., Wenstrom, K.D., 2005. *Williams Obstetrics*. 22a ed. Nueva York: McGraw-Hill, pp.151-185.
11. Fedoroff, I.C., Taylor, S., Asmundson, G.J.G., Koch, W.J., 2000. Cognitive factors in traumatic stress reactions: Predicting PTSD symptoms from anxiety sensitivity and beliefs about harmful events. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, pp.5–15.
12. Habiba, M., Kaminski, M., Da Fre', M., Marsal, K., Bleker, O., Librero, J., Grandjean, H., Gratia, P., Guaschino, S., Heyl, W., Taylor, D., Cuttini, M., 2006. Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, pp.647–656.
13. Heimstad, R., Dahloe, R., Laache, I., Skogvoll, E., Schei, B., 2006. Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 85(4), pp.435-440.

14. Hofberg, K., Brockington, I., 2000. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A review of 26 cases. *British Journal of Psychiatry*, 176, pp.83-85.
15. Hofberg, K., Ward, M.R., 2003. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79, pp.505-510.
16. Kamel, R.M., 2010. The onset of human parturition. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 281, pp.975-982.
17. Kitzinger, S., 2002. Sheila Kitzinger letter from Europe: Home birth matters. *Birth*, 27, pp.61-62.
18. Kennel, J.H., McGrath, S.K., 1999. Commentary: practical and humanistic lessons from the Third World for perinatal caregivers everywhere. *Birth*, 26, pp.9-10.
19. Kennel, J., Klaus, M., McGrath, S., Robertson, S., Hinkley, C., 1991. Continuous emotional support during labor in a US hospital. *Journal of the American Medical Association*, 265, pp.2197-2201.
20. Klaus, M.H., Kennell, J.H., Klaus, P.H., 2002. *The Doula Book. How a Trained Labor Companion Can Help You Have a Shorter, Easier and Healthier Birth*. 2a ed. Cambridge, MA: Perseus Publishing.
21. Klier, C.M., Muzik, M., 2000. Mother-infant bonding disorders and the use of parental bonding questionnaire in clinical practice. *Gynecology*, 107, pp.1210-1217.
22. Kumar, R.C., 1997. Anybody's child: severe disorders of mother-to-infant bonding. *British Journal of Psychiatry*, 171, pp.175-181
23. Lawn, J.E., Cousens, S.N., Zupan, J. Four million neonatal deaths: When? Why? Neonatal Series Paper. *Lancet*, 365(9462), pp.891-900.
24. Lawn, J.E., Wilczynska-Ketende, K., Cousens, S.N., 2006. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. *International Journal of Epidemiology*, 35(33), pp.706-718.
25. Liao, J.B., Buhimschi, C.S., Norwitz, E.R., 2005. Normal labor: Mechanism and duration. *Obstetric and Gynecological Clinics of North America*, 32, pp.145-164.
26. Lockwood, C.J., 2004. The initiation of parturition at term. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 31, pp.935-947.
27. Luther, C.H., Pérez-Escamilla, R., Segall, A., Sanghvi, T., Teruya, K., Wickham, C., 1997. The effectiveness of a hospital program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *American Journal of Public Health*, 87, pp.659-663.
28. Madi, B.C., Sandall, J., Bennet, R., MacLeod, C., 1999. Effect of female relative support in labor: a randomized controlled trial. *Birth*, 26, pp.4-8.
29. Marcé, L.V., 1858. *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*. Paris: Baillière.

30. Mancuso, A., De Vivo, A., Fanara, G., Settineri, G., Triolo, O., Giacobbe, A., 2006. Women's preference on mode of delivery in Southern Italy. *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica*, 85(6), pp.694-649.
31. Nolan, M., 1995. Supporting women in labour: the doula's role. *Modern Midwifery*, 5, pp.12-15.
32. Olde, E., Van der Hart, O., Kleber, R., Van Son, M., 2006. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical Psychology Review*, 26, pp.1-16.
33. Vannuchi, M.T.O., Monteiro, C.A., Ferreira Rea, M., Maffei de Andrade, S., Matsuo, T., 2004. Iniciativa hospital amigo da criança e aleitamento materno em unidade de neonatología. *Revista de Saúde Pública*, 38(3), pp.422-428.
34. Pearce, L., 2005. Maternal Instinct. *Nursing Standard*, 19, pp.17-18.
35. Peterson, S., Nsungwa-Sabiiti, J., Were, W., Nsabagasani, X., Magumba, G., Namboozee, J., Mukasa, G., 2004. Coping with paediatric referral. Ugandan parents' experience. *The Lancet*, 363(9425), pp.1955-1956.
36. Prechtl, H., 2001. General movement assessment as a method of developmental neurology: new paradigms and their consequences. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, pp.836-842.
37. Ransjö-Arvidson, A.B, Matthiesen, A.S., Lilja, G., Niseen, E., Widström, A.M., Uvnäs-Moberg, K., 2001. Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature and crying. *Birth*, 28(1), pp.5-12.
38. Rosenberg, K.R., Trevathan, W.R., 2001. The evolution of human birth. *Scientific American*, 285(5), pp.72-77.
39. Ryding, E.L., Wijma, K., Wijma, B., 1998. Psychological impact of emergency Cesarean section in comparison with elective Cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 19(3), pp.135-144.
40. Rondon, M., 2004. Childbirth is not only complex: it may also be dangerous. *World Psychiatry*, 3(2), pp.98-99.
41. Rosenberg, K.R., Trevathan, W.R., 2001. The evolution of human birth. *Scientific American*, 285(5), pp.72-77.
42. Rosenberg, K.R., Trevathan, W.R., 2007. An anthropological perspective on the evolutionary context of preeclampsia in humans. *Journal of Reproductive Immunology*, 76, pp.91-97.
43. Soares Madeira Dominguez, R.M., Moreira Dos Santos, E., Leal, M.C., 2004. Aspectos de satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(Sup. 1), pp.S52-S62.
44. Sosa, R., Kennel, J., Klaus, M., Robertson, S., Urrutia, J., 1980. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *The New England Journal of Medicine*, 303, pp.597-600.

45. Stein, M.T., Kennel, J.H., Fulcher, A., 2004. Benefits of a doula present at the birth of a child. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25, pp.s89-s93.
46. Trevathan, W.R., 1990. Evolutionary obstetrics. En: W.R. Trevathan, E.O. Smith, J.J. McKenna, eds. 1990. *Evolutionary medicine*. Oxford: Oxford University Press, pp.183-207.
47. Trevathan, W.R., 1996. The evolution of bipedestallism and assisted birth. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), pp.287-290.
48. Turton, P., Hughes, P., Evans, C.D., Fainman, D., 2001. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *British Journal of Psychiatry*, 178, pp.556–560.
49. Uddenberg, N., 1974. Reproductive adaptation in mother and daughter. A study of personality development and adaptation to motherhood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 254, p.115.
50. World Health Organization, 2001. *Global strategy for infant and young child feeding*. Ginebra: Document A, pp.54-57.
51. Young, D., 2005. Media Reviews. When survivors give birth: understanding and healing the effects of early sexual abuse on childbearing women by Penny Simkin and Phyllis Klaus. *Birth*, 32, pp.156-157.

ASPECTOS EVOLUTIVOS DE LA RELACIÓN MADRE - BEBÉ

Martín Maldonado-Durán y Felipe Lecannelier

John Bowlby señaló, al describir la naturaleza del apego del bebé con sus padres, que éste tenía raíces etológicas (basadas en el comportamiento animal) y un valor biológico de supervivencia; al mismo tiempo lamentaba que la psicología por lo general no fuera considerada como una disciplina más de la Biología. En sus seminarios multidisciplinares en la Clínica Tavistock, en Londres, Bowlby y sus colaboradores incorporaron el punto de vista etológico en el estudio de las relaciones padres - hijos y de la etapa perinatal. La teoría de la evolución y la etología complementan la perspectiva intrapsíquica (psicológica-emocional) y la cultural.

La evolución de la conducta materna se estima que ha durado unos 400.000 años (Klaus y Klaus, 1998). Desde esta perspectiva, la información reciente sobre los aspectos biológicos del embarazo y la conductas materna y neonatal ayuda a comprender las interacciones que se observan desde los primeros momentos de la vida extrauterina. Saber qué es lo normal, programado biológicamente, y qué se debe esperar en estas interacciones puede ayudar a identificar algunas alteraciones conductuales y a diseñar estrategias de orientación e intervención que faciliten la conexión natural entre la madre, el padre y el bebé, y promuevan el óptimo desarrollo de éste.

Aspectos evolutivos del embarazo

La gestación encierra un conflicto inmunológico. El cuerpo del feto está a la vez dentro y fuera del de su madre. La cavidad uterina en realidad se comunica hacia afuera del cuerpo y la sangre del feto no se mezcla realmente con la de su madre. En

este sentido no está adentro de su cuerpo; al mismo tiempo lo está porque depende enteramente de ella para subsistir, eliminar productos tóxicos, crecer y no estar expuesto al medio ambiente, sino suspendido en un medio líquido (amniótico) y protegido de influencias nocivas exteriores. ¿Cómo se logra que el cuerpo de la madre no rechace inmunológicamente al bebé y la placenta, que después de todo son cuerpos extraños?.

El feto tiene un número de componentes genéticos (50%) provenientes de cada progenitor. El ADN del padre le es ajeno al cuerpo de la madre, que podría reconocer los antígenos extraños como tales y rechazarlos. Se cree que muchos abortos espontáneos tienen este origen.

En el embarazo existe una separación o barrera entre las sangres de la madre y del feto, lo que ayuda a que no haya tal rechazo. Aunque es claro que las sangres de la madre y el feto no se mezclan *per se*, en el trofoblasto ocurre un cierto intercambio de células, de modo que, en realidad, en la sangre de la madre se detectan células fetales y en la del feto células maternas. A este mínimo intercambio se le ha denominado *microquimerismo*, y se cree que esta coexistencia ocurre gracias al mecanismo de “ignorar” por parte del sistema inmunológico de la madre con respecto a las células extrañas del feto (Trowsdale y Betz, 2006). Estos componentes extraños al cuerpo de la madre podrían generar una reacción inmunológica de rechazo, pero generalmente no es así. Con la gestación se produce una respuesta inmunosupresora hacia este tejido extraño (Fessler, 2002).

Desde el punto de vista inmunológico se puede pensar en el embarazo como un “semi-alotransplante”. Se desconocen los mecanismos exactos de esta inmunosupresión. El sistema inmunológico de la madre termina aceptando los antígenos del feto (los que provienen del padre) como parte de un “sí-mismo temporal” (Trowsdale y Betz, 2006). Esta tolerancia inmunológica es más intensa en el primer trimestre que en los subsecuentes.

Otro fenómeno común en el embarazo es el asco hacia comidas antes deseadas, así como náuseas y vómito. Existe la hipótesis de que las reacciones de náusea y asco del primer trimestre son una “profilaxis” que previene que ingiera sustancias que podrían ser tóxicas o dañinas para el feto (Fessler, Eng y Navarrete, 2005). Es claro que tanto la madre como el feto son más vulnerables biológicamente durante el primer trimestre: sentir asco por una variedad de comidas podría ser un factor de protección contra enfermedades que podrían adquirirse a través de los alimentos.

Otro hecho biológico un tanto sorprendente es que entre la madre y el feto hay una competencia por sustancias nutritivas. El feto intenta obtener todos los nutrientes que puede lograr obtener de ella y así crecer lo más posible. Al hacerlo, entra en competencia con las necesidades nutritivas de su madre, quien también tiene

mayores necesidades calóricas y proteicas en su propio metabolismo. Esto es más dramático en el caso de que la mujer apenas logre obtener nutrimentos suficientes por pobreza o escasez de alimento.

La embarazada invierte una enorme cantidad de energías para mantener su propio metabolismo y al nuevo ser, quien activamente resta nutrientes a su madre, tratando de crecer lo más posible. Este hecho pone de relieve que la gestación no es tan sencilla como lo parece, sino que también tiene mecanismos subyacentes que amenazan el bienestar del feto y de la madre. Como se ve en otros capítulos, lo mismo ocurre a nivel psicológico y emocional.

Aspectos evolutivos de los cuidados maternos

Más que hablar de un "instinto materno", lo cual es controversial y difícil de definir y operacionalizar, se describe aquí lo que podría llamarse ampliamente "conductas maternas": ¿por qué las madres cuidan a sus bebés? ¿Cómo saben qué hacer? ¿Por qué están dispuestas a hacer tantos sacrificios?

Cuidar a un bebé requiere enormes esfuerzos, una inversión masiva de energía, tiempo, conocimientos y un grado considerable de sacrificio del propio bienestar o de altruismo, para usar el término biológico. Aunque la madre deseara seguir durmiendo, si su bebé llora en la noche tendrá que interrumpir su sueño para atenderlo (todo esto también es posible con cuidadores como el padre o alguna otra persona a cargo, sobre todo si tiene más semejanza genética con el bebé). Aunque es claro que en ocasiones falla esta conducta materna y la madre no siente cariño o ternura por su bebé, o aún lo abandona, en la inmensa mayoría de casos las madres proporcionan estos cuidados en forma natural y exitosa. Aún se desconocen casi todos los factores que desencadenan o subyacen a la conducta maternal. La expulsión misma del neonato (el parto) es un factor desencadenante de la ternura y atención materna (Poindron, 2005), junto con múltiples cambios hormonales concomitantes.

Además de estos determinantes puramente hormonales, es claro que otro factor crucial es la calidad y sensibilidad de los cuidados que la nueva madre haya recibido cuando ella era pequeña. Esta memoria implícita tiene influencia en cómo se comportará cuando se transforma en madre, añadiendo un factor individual a los determinados filogenéticamente.

Sarah Hrdy (2005, 2009), antropóloga estudiosa de la evolución de nuestra especie, ha enfatizado que los recién nacidos humanos son, en comparación con otros animales, altamente dependientes y desvalidos. Los humanos se consideran biológicamente como animales altriciales porque sus lactantes necesitan de abundantes cuidados para sobrevivir, lo que no es así en animales que tienen

mayor competencia motriz al nacer, tales como los caballos o las vacas. Pero aun comparado con otros animales altriciales, el lactante humano no puede siquiera asirse de su madre por sí mismo, como lo hacen los chimpancés, y requiere de cuidados constantes y muy frecuentes. Esto ha llevado a Hrdy a concluir que los humanos (como otros animales) desarrollaron a lo largo de su evolución una estrategia para su propagación que implica la intervención de otros para el cuidado de los pequeños; es decir, una estrategia de cooperación entre adultos a la que llama reproducción cooperativa (*cooperative breeding*) (Hrdy, 2009).

Se estima que sólo 3% de los mamíferos y hasta 17% de las aves se reproducen cooperativamente. Se observa que otros miembros del grupo social en que ocurre la reproducción ayudan y cooperan en el cuidado y la crianza de los pequeños, aunque no sean los padres biológicos. A estos cuidadores se les llama alo-padres. Casi siempre se trata de alo-madres, ya que en general es muy difícil determinar en el mundo animal quién es el padre de un neonato. Cuanto más cercana sea la relación genética entre estas alo-madres y el lactante en cuestión, mayores ventajas evolutivas tiene el cooperar en la crianza de un vástago determinado. En los humanos, esta ayuda de otros permite que los bebés puedan darse el lujo de tomar un tiempo relativamente muy largo para madurar, lo cual tiene un enorme costo biológico para los cuidadores. Se cree que esto se relaciona con el tamaño desproporcionadamente grande del cerebro humano en comparación con el de otros animales; lograr que un cerebro tan grande, con tal número de neuronas y conexiones se pueda desarrollar requiere de una gran inversión de energía, estímulos y cuidados que hacen necesaria la intervención de una “red de cuidadores” para lograr ese objetivo. El humano se tarda alrededor de 12 meses para poder caminar en bipedestación, y unos seis meses para poder introducirse comida en la boca con sus propias manos, mientras que otros animales logran esto mucho más pronto.

La crianza cooperativa también permite tener hijos a intervalos más cortos de lo que es típico en otros primates. En las aves, se ha demostrado que hay una relación entre tomarse un tiempo más largo para madurar y la presencia de reproducción cooperativa; es decir que en las especies de aves con esta estrategia reproductiva, las crías toman un período más largo para madurar en su capacidad de alimentarse solos, y muchos reciben “comidas de bebé” proporcionadas por las alo-madres (por ejemplo comida regurgitada). En mamíferos como los lobos, que también usan esta estrategia, las alo-madres les dan carne regurgitada y parcialmente digerida a las crías de la loba que acaba de parir.

Otra conducta observable, que es un verdadero imperativo biológico en las especies con reproducción cooperativa, es la tendencia a sentirse atraído por los bebés y por un deseo de abrazarlos o cargarlos (Silk, 1999). En varias especies de primates se observa que las nuevas madres están rodeadas de parientes hembras, lo que

les da mayor apoyo social, vigilancia ante peligros, reduce su estrés y promueve la supervivencia de los pequeños (Silk, Alberts y Altmann, 2003); esto incluye a las hermanas mayores del bebé, dándoles la oportunidad de practicar cuidados de lactantes (Bentley-Condit, Moore y Smith, 2001). No sólo las hembras están interesadas, sino también algunos machos, sobre todo si están relacionados genéticamente.

El primer encuentro

El “sentimiento maternal” tiene varias causas, por ejemplo, la manera en que fue criada la mujer que ahora es madre durante su propia infancia, aunque también tiene una base neurohormonal: se requiere de algunos mediadores químicos que operen en el cerebro de la nueva madre, generando sentimientos de ternura y conducta maternal hacia el recién nacido (Kennell y McGrath, 2001). Uno de estos mediadores es la oxitocina, que aumenta durante el trabajo de parto y después de éste (Kennell y McGrath, 2001). Otros contribuyentes hormonales son el cortisol y el estradiol, sobre todo en la etapa postparto (Fleming y cols., 1997).

En los últimos tiempos se ha descubierto el papel de la oxitocina en la disminución de la ansiedad y la conducta de precaución en los seres humanos. También aumenta la sensación de confianza en los demás y promueve los lazos afectivos interpersonales entre miembros de un grupo social (Heinrichs y cols., 2003). Hacia el final de la gestación hay también una mayor sensibilidad a las expresiones faciales de los demás y una hipersensibilidad a las expresiones emocionales de los otros (Pearson, Lightman y Evas, 2009).

Varios investigadores (Klaus y Klaus, 1998) han enfatizado el encuentro de naturaleza *animal* entre el recién nacido y su madre, y la capacidad de éste para encontrar intuitivamente el seno materno si se le deja a sus propios recursos. Es decir, el bebé colocado desnudo sobre el vientre de su madre “se arrastra” sobre el cuerpo de ella, en busca de esta fuente de alimentación. Puede que sea guiado por el olor del seno u otros mecanismos, pero al encontrar la glándula mamaria empieza a lamer el pezón y, finalmente, a succionar de éste en forma espontánea.

El contacto táctil estimula la producción de oxitocina en la madre y la liberación esa hormona ayuda a que disminuya la cantidad de sangrado postparto (por causar entuertos o contracciones uterinas), además de los efectos antes mencionados.

Kennell y Klaus han hecho énfasis en la importancia de este vínculo temprano (*bonding*) y señalan que es necesario no interferir en el encuentro entre madre y bebé, que tiene esta dimensión “animal”. En cambio, indican que es necesario dejar que espontáneamente se desenvuelvan las conductas instintivas, tanto en el bebé como en la madre. Estos mismos autores han mostrado que cuando esto no ocurre,

el neonato y su madre tienen mayor probabilidad de manifestar dificultades en sus interacciones meses más tarde; en cambio, cuando a la madre se la ha dejado “en paz” con su recién nacido, será a la larga más sensible con su bebé, le tendrá más paciencia y actuará hacia él de un modo más cariñoso. Esto lo han demostrado de manera empírica comparando madres que reciben la atención “estándar” (separar al bebé de su madre, llevarlo al cunero, bañarlo, etc.), con grupos de madres a quienes se las ha dejado interactuar intuitivamente, sin interferencias, con su recién nacido.

La noción del “primer encuentro” significa literalmente el período inicial en que el bebé, ya fuera del útero y en un medio terrestre, es capaz de interactuar directamente con su madre, y ésta con aquél. La gran mayoría de madres se muestran muy conmovidas al observar por primera vez a su bebé y desean tocarlo, observarlo y cerciorarse de que está bien. Por su parte, casi todos los padres lloran al observar que su hijo o hija ha nacido. Estos momentos pueden considerarse un “período crítico” de alta sensibilidad de los nuevos padres a todos los comentarios y conductas de quienes los rodean (incluyendo el personal de salud); aquéllos recordarán en detalle, años después, las emociones que sintieron y lo que sucedió en el parto y en el período postparto inmediato. La madre, si se le da la oportunidad de estar en calma con su hijo o hija, mira al neonato con cuidado, identifica que en efecto posee todas las partes de su cuerpo, lo toca y lo huele. Se familiariza intensamente con el recién nacido (y éste también con su madre); de tal modo, desde poco tiempo después del nacimiento, ella podrá reconocer –entre un grupo de recién nacidos- cuál es su hijo o hija, inclusive sólo por medio del olfato, por el olor característico de su hijo, o del tacto y aun con una venda en los ojos (Kaitz y cols., 1987, 1992, 1995).

El efecto de la conducta del bebé en la fisiología y comportamiento de la madre

Lactancia

Robert Hinde (1992) ha expuesto la correlación entre las características de la leche materna en varios mamíferos y la frecuencia de tetadas con que se alimenta al recién nacido. Se ha observado una relación inversa entre la concentración de la leche y la frecuencia de amamantamiento. Entre algunos mamíferos la leche es altamente concentrada y el neonato sólo es amamantado cada tercer día, lo que le facilita a su madre poder ir a alimentarse y minimizar la posibilidad de que su cría sea encontrada por predadores, pues la mantiene generalmente escondida. Este patrón determina la necesidad de almacenar la menor cantidad de líquido y la mayor cantidad de concentración de nutrientes y lípidos en la leche, que en tales casos es muy espesa. Todo esto es posible cuando en un pequeño volumen hay alto contenido de grasas y proteínas y la leche es muy concentrada. La leche con alto contenido de grasa ayuda a la termorregulación del neonato y le permite desarrollar

rápida mente una capa protectora de grasa por debajo de la piel, como sucede en las ballenas y focas.

En el otro extremo de este continuo, la leche humana es muy diluida, a lo que se atribuye el hecho de que haya que alimentar al bebé cada pocas horas y a veces de manera muy frecuente. También existe una relación entre la consistencia de la leche materna y la necesidad de cargar al bebé de manera constante. En las especies con leche muy diluida la madre sostiene al bebé la mayor parte del tiempo, mientras que en las de leche muy concentrada se le deja escondido en un lugar seguro por largos períodos de tiempo (Tilden y Oftedal, 1997). La leche diluida también puede ayudar a satisfacer los requisitos de agua de especies que generan mucho calor por su alto nivel de actividad física y mientras están expuestos al sol, como en el caso de muchos primates. En todo caso, el bebé humano necesita tetadas de manera muy frecuente.

El bebé desencadena la “bajada” de la leche al seno de la madre por varios mecanismos, aunque el más poderoso es el llanto. Cuando el bebé llora ocurre una respuesta refleja en la madre, llenándose las glándulas mamarias de leche, como si se prepararan para satisfacer al pequeño. El llanto del bebé genera en la madre un sentimiento de malestar que hace perentorio el recogerlo, examinarlo y asegurarse de que está bien. Intuitivamente, la madre trata de consolarlo después de decidir la causa del llanto del niño. En muchas culturas tradicionales el bebé es alimentado a demanda y “pide” ser amamantado de manera muy frecuente.

Apariencia del bebé

Hay considerable evidencia de que las características físicas de “ser bebé” tienen un efecto poderoso en las preferencias estéticas de casi todas las personas. Tal apariencia consiste en una cabeza relativamente grande en proporción con el resto del cuerpo. El pequeño presenta rasgos redondeados en la barbilla, la frente y la nariz, en contraste con los más angulosos o rectos de los adultos. Tiene los ojos relativamente grandes con respecto al resto de los rasgos de su cara; al sonreír genera sentimientos de ternura o de gusto en quienes lo observan. Estas características dan lugar a sentimientos de ternura entre las personas que entran en contacto con el lactante, no sólo su madre, sino sobre todo otras mujeres y las hermanas mayores del niño o niña. Se piensa que evolutivamente esta respuesta de ternura, de deseos de cargar, acariciar y alimentar al pequeño, se han seleccionado porque promueven la supervivencia del niño y le dan apoyo a la madre, quien puede hacer otras cosas (como alimentarse o descansar) mientras el bebé es cuidado por otros.

La atracción hacia el pequeño parece ser más fuerte entre más cercana sea la relación de parentesco genético entre el lactante y quien lo observa; incluso entre los hombres se ha observado esta respuesta (Hrdy, 2005). De hecho, Platek y cols.

(2002) compararon las reacciones de hombres a distintas caras de niños: entre más parentesco genético había entre el sujeto y el niño, mayor reacción de atracción e interés presentaba. Se piensa que esto se debe a la probabilidad de que un bebé en realidad sea producto de un padre determinado o un grupo de genes emparentados con ese adulto. Puede haber una “presión evolutiva” para que los bebés hayan evolucionado selectivamente a ser más “gorditos”, dado que sus madres los prefieren así. En comparación con otros primates, el bebé humano nace con mucho más tejido adiposo subcutáneo que aquéllos. No es claro porqué eso habría de ser así, aunque es probable que el tejido adiposo abundante ayude a la regulación de la temperatura y también a la capacidad del bebé para resistir mayor número de días sin ser alimentado.

Conductas intuitivas del neonato

Algunas de las sorprendentes habilidades conductuales del recién nacido se han descubierto recientemente y se ha observado su existencia también en otras especies de mamíferos (Winberg, 2005). El neonato humano tiene una fuerte tendencia a guiarse por el olfato para buscar el pezón y la areola de su madre. Como se describió, es así como logra por sí solo encontrar el pezón y empezar a mamar (Varendi, Porter y Winberg, 1994); a este repertorio conductual innato se le llama “conducta de prealimentación”. Puede ocurrir sin ayuda alguna de su madre, es “programado” y se desencadena por el olor de la areola de la madre y del calostro. Se ha observado en animales que si se lava la areola del seno materno, el neonato no muestra la conducta de búsqueda del pezón. A los pocos días de nacido el pequeño es capaz de distinguir a su madre de entre otras mujeres, reconociéndola por su olor corporal. Este aprendizaje sería facilitado por la evolución y puede considerarse como una forma de “troquelado o imprenta”. Se trata de una experiencia temprana que tiene impacto a largo plazo. A nivel del sistema nervioso central se activa el núcleo locus coeruleus (en el tallo cerebral), el cual produce epinefrina (o adrenalina), que es un neurotransmisor activante. En contraposición con esta excitación, se ha observado que en los primeros días de la vida los sistemas neuronales que procesan experiencias de temor y miedo no son funcionales, por ejemplo el núcleo amigdalino (Moriceau y Sullivan, 2005).

Deseo de contacto físico

El bebé tiene una *necesidad* de estar en contacto físico directo con el cuerpo de su madre. Varios estudios han comparado la cantidad de llanto del recién nacido cuando está en proximidad física con su madre y cuando es separado de ella para ponerlo en una cuna térmica. En el primer caso el llanto es poco, mientras que cuando es separado de ella los períodos de llanto son más numerosos. El llanto es una “señal de estrés” semejante a la de otros animales que lloran con un llanto peculiar, como una llamada de atención a sus cuidadores. Esta señal tiene el propósito de

asegurarse que el bebé sea atendido, sostenido y tranquilizado con el contacto físico de la madre. La proximidad física facilita la alimentación al seno materno y promueve la interacción con ella. En algunas especies animales, y posiblemente en el recién nacido humano, este llanto de llamada es de frecuencia o tono distinto al de otro tipo de llanto, por ejemplo el causado por dolor o hambre. Entre las ratas y los ratones estas llamadas de alarma son de naturaleza ultrasónica.

Otro aspecto esencial del contacto con la piel de la madre es la regulación de la temperatura. El recién nacido tiene una fragilidad a la baja de temperatura (hipotermia) y por esto cuando hay una separación se requieren cunas térmicas. La observación empírica del contacto entre los cuerpos del bebé y su madre indica que dicho contacto en realidad es necesario para mantener con suficiente calor al bebé, y que las bajas de temperatura son menos pronunciadas si hay contacto físico (Cristensson, Siles y Moreno, 1992). En condiciones naturales, cuando se coloca a un recién nacido sobre el vientre de su madre poco después del parto, al pasar el llanto inicial, tiene un período de alerta en calma, y luego empieza a buscar la areola y el pezón. Al entrar en contacto, realiza un “masaje” del seno materno (con sus manos) y después comienza a mamar. Estas actividades parecen ser causadas por la liberación de oxitocina en el cuerpo de la madre (Matthiesen y cols., 2001); luego empieza a mamar y a las dos horas de nacido se queda dormido. Todas estas conductas naturales pueden ser alteradas por el uso de analgésicos durante el parto (Ransjö-Ardvidson y cols., 2001).

Preferencia por estímulos animados y contacto visual

En comparación con otros animales, el recién nacido humano tiene una clara preferencia por los estímulos animados y por el contacto interpersonal con cuidadores. Por ejemplo, tiene gran interés en las caras de la gente y hace contacto de ojo a ojo (Farroni y cols., 2002), lo cual lo hace más interesante a la vista de los adultos. Este proceso podría ser una especie de predisposición a la intersubjetividad y a la tendencia de la especie humana de “leer la mente” de los demás (Hrdy, 2009).

El recién nacido tiene también una notable capacidad para detectar los rasgos faciales y los movimientos de los ojos de otras personas. Esta preferencia, a largo plazo, le permitirá detectar las emociones de los demás y, años más tarde, le hará ser capaz de “leer la mente” de otros (es decir, detectar sus intenciones e inferir el contenido mental de otros basado en las expresiones faciales y la conducta observada). Desde los primeros meses de la vida, el lactante es ya un conocedor de las personas que potencialmente lo pueden cuidar y tiene preferencias inconscientes hacia aquellas personas con mayor probabilidad de respuesta a sus mensajes y necesidades. El recién nacido humano, a diferencia de otros animales, incluso otros primates, tiene la esclerótica blanca, lo que podría aumentar la posibilidad de que el cuidador detecte la dirección de la vista del bebé. Además, el neonato, ya tiene

la capacidad de imitar algunos de los gestos faciales de los adultos. Cuando ve a un adulto que le presenta una cara enseñándole la lengua, hace lo mismo a los pocos instantes. También se ha observado que imita los movimientos de los labios y la expresión facial en general (como gestos de sorpresa o desagrado). El bebé muestra una sonrisa social hacia el primer mes de vida: sonrío al presentársele la cara de alguien. Este es un poderoso mecanismo de reforzamiento para que sus padres lo cuiden adecuadamente, un mecanismo de recompensa emocional.

Un estudio reciente (Strathearn y cols., 2008) encontró que al mostrar a madres fotografías de su bebé sonriendo, tenía lugar una mayor actividad de los centros cerebrales “de recompensa” que producen el mediador dopamina. Esta reacción no se produjo al mostrarle fotografías en que su bebé estaba triste o en estado neutral. La reacción a las emociones de los demás afecta los centros cerebrales, como el núcleo amigdalino, sustancia negra, el núcleo estriado y regiones frontales asociadas con el procesamiento de emociones y de caras. La activación de los centros de recompensa se observó por medio de estudios de imágenes funcionales de resonancia magnética.

Preferencias auditivas y visuales

El recién nacido puede reconocer la voz de su madre y distinguirla de la de otras mujeres (DeCasper y Fifer, 1980). Se cree que esto se debe a que ya escuchaba la voz de ella desde su vida intrauterina y se familiariza con sus patrones de habla, entonación y ritmo. Cuando está en estado de estrés, es más probable que escuchar la voz de su madre lo calme, en comparación con la voz de un extraño.

El bebé normal tiene una clara preferencia por los estímulos vivos en comparación con los inanimados. Prefiere la voz humana a otros sonidos, por ejemplo los provenientes de juguetes. Si se le da a elegir, prefiere visualizar la cara de una persona que un patrón visual interesante de alto contraste entre colores. De hecho, es capaz de distinguir y prefiere tres “manchas” (dos ojos y una boca) dispuestas de manera tal que dos de ellas queden separadas una de otra y a un nivel más alto que la tercera mancha, por debajo de las dos anteriores. Si se le da a escoger, prefiere este “arreglo normal” al de otro patrón en que las manchas aparecen en diversas posiciones que no semejan la disposición usual de los ojos y la boca.

El bebé utiliza una estrategia visual para reconocer a las personas: observa los ojos de su madre y la distancia entre las cejas y el inicio de la línea de inserción del cabello; también nota el contorno del pelo de la persona que tiene enfrente. De este modo aprende más rápido a reconocer visualmente a su madre y a otras personas cercanas a él, lo que se ha observado a través de experimentos que determinan la capacidad del niño para reconocer estímulos familiares y estímulos novedosos (por ejemplo, midiendo su frecuencia cardíaca, su reacción fisiológica a estímulos, qué objetos mira de preferencia, cambios en el ritmo de mamar, etcétera).

Los efectos de la conducta materna en el neonato

Expresiones faciales y vocales

De un modo intuitivo, los padres se aproximan al bebé de forma tal que favorecen el establecimiento de contacto y el reconocimiento mutuo. Papousek y Papousek (1995) han señalado cómo los padres elevan el tono de su voz al acercarse al pequeño, abren los ojos más grandes, echan la cabeza un tanto hacia atrás y elevan las cejas, como si “presentaran” estos rasgos faciales por los cuales el neonato se siente particularmente atraído. También abren los ojos más grandes, enseñando mayor superficie de esclerótica, lo que atrae la vista del pequeño quien, a la vez, percibe mejor los sonidos de tono alto.

Los padres (pero también otros adultos e incluso otros niños), sin notarlo, hablan al lactante en un lenguaje “de bebé”, con frases entrecortadas y con una pronunciación simplificada de palabras. Esta “música” es placentera para el niño, el cual tiende a sincronizar sus movimientos con la voz de quien le habla de este modo. Este lenguaje “maternal” lo utilizan los adultos en las más diversas culturas, así como la expresión facial de “saludo”.

Algunos autores han sugerido recientemente a los padres no hablar “como bebé” al niño muy pequeño, sino hacerlo como se habla a los adultos. Por fortuna es casi imposible contenerse ante la poderosa influencia de un lactante que pide que se le hable, y responde a este lenguaje “de bebé” con una sonrisa. Un investigador (Reissland, 2000) encontró que la madre, tal vez inconscientemente, usa diferentes tonos de voz dependiendo de su intención en respuesta al bebé; es decir, si intenta calmarlo o atraer su atención.

Preferencia por el brazo izquierdo

El lactante también influye en la manera en que se le carga en brazos. Salk publicó por primera vez en 1960 la observación de que la gran mayoría de las madres sostienen a su bebé en brazos con la cabeza de éste hacia el lado izquierdo y sosteniéndolo con el brazo izquierdo (Salk, 1960). Se pensó que una de las razones era la localización del corazón de la madre y su efecto tranquilizador en el neonato. Se sabe que el escuchar los latidos tiene un efecto tranquilizador en el bebé, y posiblemente también en los adultos. Esta preferencia no parece estar relacionada con el hecho de que la madre tenga dominancia de la mano derecha o izquierda (Vauclair y Donnot, 2005). De hecho, aunque la mujer sea zurda, suele demostrar la misma tendencia a cargar al bebé del lado izquierdo. Otra posible explicación argumenta que, debido a la especialización cerebral para las emociones, al sostener al niño del lado izquierdo le permite al adulto detectar mejor los estados emocionales del bebé (con el hemisferio cerebral derecho de la madre). Otra sugerencia es que, de las

dos mitades de la cara, la izquierda es la más expresiva, lo que le facilitaría al bebé detectar los cambios emocionales en su madre (Manning y Chamberlain, 1991). De hecho, se sabe que el cerebro percibe mejor las emociones que provienen del campo visual izquierdo (y que se perciben en el lado derecho del cerebro). Es posible también que el oído izquierdo tenga un estado preferencial en el procesamiento de las emociones del hijo por parte de su madre.

Una posible ventaja evolutiva de esta tendencia es que si se sostiene al bebé con el brazo izquierdo, queda libre la mano derecha para realizar otras múltiples tareas.

Cargar al bebé es una de las conductas primarias que se realizan para calmar al hijo o hija que está llorando. La madre tiene una reacción de ansiedad o estrés cuando oye el llanto del bebé, y su respuesta intuitiva es calmar este llanto. Se ha observado que aún las madre “primerizas” son capaces de calmar a su bebé aunque no hayan tenido experiencia previa en el cuidado de niños pequeños (Kaitz y cols., 2000); sin embargo, entre más experiencia tenga, le será más fácil calmar al niño o niña.

La influencia de las experiencias tempranas en el desarrollo cerebral

Shore (2003) ha señalado la importancia y el efecto de las experiencias durante la infancia temprana para el desarrollo cerebral del niño (por ejemplo, desarrollo de conexiones sinápticas entre neuronas) que se traduce en reacciones y tendencias emocionales y conductuales, tales como el establecimiento de la relación con los padres y conductas de apego en el niño. Hay un interjuego entre los efectos fisiológicos o neurobiológicos de las experiencias auditivas, visuales, táctiles, etc., y sus consecuencias en las funciones cognoscitivas y emocionales del bebé.

Las experiencias en la etapa temprana de la vida literalmente modifican el desarrollo del cerebro. Existe cada vez más evidencia de que tales experiencias tienen un efecto fisiológico con un impacto y efectos a largo plazo.

Si se comparan a niños que han sido criados en un orfanatorio durante sus primeros tres años de vida, con otros que han estado con sus padres todo el tiempo, existen diferencias en su concentración de vasopresina y oxitocina (Carter, 2005; Wismer Fries y cols., 2005).

Se cree que la oxitocina tiene un efecto regulador (calmante) del sistema nervioso simpático y que este péptido es un mediador importante en la capacidad de sentir confianza en otras personas (Kosfeld y cols., 2005). La vasopresina y la oxitocina tienen un importante papel en la promoción de la regulación de las emociones en el bebé, la respuesta a las situaciones de estrés y la sociabilidad en general (Storm y Tecott, 2005). Cuando se calma al niño pequeño acariciándolo y exponiéndolo a olores agradables, aumenta su nivel de oxitocina y de vasopresina (Wismer Fries

y cols., 2005). En algunos animales se ha demostrado también que la oxitocina y la vasopresina promueven la acumulación de los recuerdos de experiencias placenteras. Estos recuerdos implícitos podrían consistir en el humano en una sensación de confianza básica y, por tanto, facilitar las respuestas adaptativas ante factores de estrés. Es muy posible que lo contrario también sea cierto, es decir, la falta de cuidados sensibles al inicio de la vida dificulten la capacidad del niño para regular sus emociones y lo hagan más vulnerable a situaciones de estrés. De hecho, en un pequeño estudio que comparó a unos cuantos niños que habían sido adoptados porque en la infancia más temprana fueron tratados con negligencia o ignorados por sus padres (Wisner Fries y cols. 2005), se analizaron los niveles urinarios de oxitocina y vasopresina, y se los compararon con un grupo de control de otros niños no expuestos a esto. Las diferencias fueron significativas en la concentración de vasopresina y oxitocina, lo cual sugirió que la falta de las experiencias de ternura y cariño en el principio de la vida podrían tener un efecto a largo plazo en estos sistemas de neuropéptidos.

Kirsch y sus colaboradores (2005) han trabajado sobre el tema de la oxitocina y su papel como estímulo de la sensación de confianza en los humanos. En un experimento en que se aplicó oxitocina o un placebo a adultos, observaron que aquella modula el funcionamiento del núcleo amigdalino en el cerebro. Este núcleo es importante para procesar las emociones que inducen temor, miedo o ansiedad. En los sujetos a quienes se les administró oxitocina hubo una menor activación del núcleo amigdalino y menos sensación subjetiva de temor al presentárseles un estímulo que debía producir miedo o ansiedad.

La oxitocina se produce en el núcleo paraventricular del hipotálamo y se libera a través del lóbulo posterior de la hipófisis, teniendo receptores en todo el cerebro, incluyendo el núcleo amigdalino. En personas con ansiedad o fobia social, se ha observado una hiperactividad del núcleo amigdalino (Stein y cols., 2002) y, por el contrario, en personas con desinhibición social y agresión instrumental, hay una menor activación de este núcleo (Adolphs y cols., 2005). Por lo tanto, es posible que experiencias de privación materna tengan un efecto negativo en las funciones mencionadas, tales como la regulación emocional, el control del impulsos y el poder hacer frente a situaciones de estrés.

Todo lo anterior nos habla de la correspondencia entre las tendencias naturales del bebé y de sus cuidadores para una relación exitosa, en que los padres desearán cuidar al bebé y gozarán de hacerlo, al tiempo que éste crece y los recompensa emocionalmente, desarrollándose así las capacidades de intersubjetividad, intimidad y confianza básica en los demás, que serán esenciales para el funcionamiento del niño en el futuro.

Referencias

1. Adolphs, R., Gosselin, F., Buchanan, T.W., Tranel, D., Schyns, P., Damasio, A.R., 2005. A mechanism for impaired fear recognition after amygdala damage. *Nature*, 433, pp.68–72.
2. Bentley-Condit, V.K., Moore, T., Smith, E.O., 2001. Analysis of infant handling and the effects of female rank among Tana river adult female yellow baboons (*Papio Cynocephalus Cynocephalus*) using permutation/randomization tests. *American Journal of Primatology*, 55, pp.117–130.
3. Carter, S., 1995. The chemistry of child neglect: Do oxytocin and vasopressin mediate the effects of early experience? *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102(51), pp.18247-18248.
4. Cristensson, K., Siles, C., Moreno, L., 1992. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy fullterm newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica*, 81, pp.488-493.
5. DeCasper, A., Fifer, W.P., 1980. Of human bonding: Newborns prefer their mother's voices. *Science*, 208, pp.1174-1176.
6. Farroni, T.G., Csibra, G., Simion, F., Johnson, M., 2002. Eye contact detection in humans from birth. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99, pp.9602-9605.
7. Fessler, D.M.T., 2002. Reproductive immunosuppression and diet. An evolutionary perspective on pregnancy sickness and meat consumption. *Current Anthropology*, 43, pp.19-39.
8. Fessler, D.M.T., Eng, S.J., Navarrete, C.D., 2005. Elevated disgust sensitivity in the first trimester of pregnancy. Evidence supporting the compensatory prophylaxis hypothesis. *Evolution and Human Behavior*, 26, pp.344-351.
9. Fleming, A.S., Ruble, D., Krieger, H., Wong, P.Y., 1997. Hormonal and experiential correlates of maternal responsiveness during pregnancy and the puerperium in human mothers. *Hormones and Behavior*, 31, pp.145–158.
10. Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C., Ehlert, U., 2003. Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*, 54, pp.1389-1398.
11. Hinde, R.A., 1992. Developmental psychology in the context of other behavioral sciences. *Developmental Psychology*, 28(6), pp.1018-1029.
12. Hrdy, S.B., 2005. Evolutionary context of human development. The cooperative breeding model. En: C.S. Carter, L. Anhalt, K.E. Grossmann, S.B. Hrdy, M.E. Lamb, S.W. Porges, N. Sachser, 2005. *Attachment and bonding. A new synthesis*. Cambridge: The MIT Press, pp.9-32.
13. Hrdy, S.B., 2009. *Mothers and others. The evolutionary origins of mutual understanding*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
14. Kaitz, M., Good, A., Rokem, A.M., Eidelman, A.I., 1987. Mother's recognition of their newborns by olfactory cues. *Developmental Psychobiology*. 20, pp.587-591.

15. Kaitz, M., Lapidot, P., Bronner, R., Eidelman, A.I., 1992. Parturient women can recognize their infants by touch. *Developmental Psychology*, 18, pp.35-39.
16. Kaitz, M., Zvi, H., Levy, M., Berger, A., Eidelman, A.I., 1995. The uniqueness of mother-own infant interaction. *Infant Behavior and Development*, 18, pp.247-252.
17. Kaitz, M., Chiriki, M., Bear-Scharf, L., Nir, T., Eidelman, A.I., 2000. Effectiveness of primiparae and multiparae at soothing their newborn infants. *The Journal of Genetic Psychology*, 161(2), pp.203-215.
18. Kennel, J.H., McGrath, S., 2001. Commentary: what babies teach us. The essential link between baby's behavior and mother's biology. *Birth*, 28, pp.20-21.
19. Kirsch, P., Esslinger, C., Chen, Q., Mier, D., Lis, S., Siddhanti, S., Gruppe, H., Mattay, V.S., Gallhofer, B., Meyer-Lindenberg, A., 2005. Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *The Journal of Neuroscience*, 25(49), pp.11489-11493.
20. Klaus, M.H., Klaus, P.H., 1998. *Your amazing newborn*. Cambridge: Perseus Books.
21. Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P.J., Fischbacher, U., Fehr, E., 2005. Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 435, pp.673-676.
22. Manning, J.T., Chamberlain, A.T., 1991. Left-side cradling and brain lateralization. *Ethology and Sociobiology*, 12, pp.237-244.
23. Matthiesen, A.S., Ransjö-Arvidson, A.B., Nissen, E., Uvnäs-Moberg, K., 2001. Postpartum maternal oxytocin release by newborns. Effects of infant hand massage and sucking. *Birth*, 28, pp.13-19.
24. Moriceau, S., Sullivan, R.M., 2005. Neurobiology of infant attachment. *Developmental Psychobiology*, 47, pp.230-242.
25. Platek, S.M., Burch, R.L., Panyavin, I.S., Wasserman, B.H., Gallup, G.G., 2002. Reaction to children's faces: resemblance affects males more than females. *Evolution and Human Behavior*, 23, pp.159-166.
26. Papousek, H., Papousek, M., 1995. Intuitive Parenting. En: M.H. Bornstein, ed. 1995. *Handbook of Parenting. Biology and Ecology of Parenting*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, pp.117-136.
27. Pearson, R.M., Lightman, S.L., Evans, J., 2009. Emotional sensitivity for motherhood. Late pregnancy is associated with enhanced accuracy to encode emotional faces. *Hormones and Behavior*, 56, pp.557-563.
28. Poindron, P., 2005. Mechanisms of activation of maternal behavior in mammals. *Reproduction Nutrition and Development*, 45, pp.341-351.
29. Ransjö-Arvidson, A.B., Matthiesen, A.S., Lilja, G., Nissen, E., Widström, A.M., Uvnäs-Moberg, K., 2001. Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature and crying. *Birth*, 28(1), pp.5-12.

30. Reissland, N., 2000. The cradling bias in relation to pitch of maternal child-directed language. *British Journal of Developmental Psychology*, 18, pp.179–186.
31. Salk, L., 1960. The effects of the normal heartbeat sound on the behavior of the new-born infant: Implications for mental health. *World Mental Health*, 12, pp.168–175.
32. Shore, A.N., 2003. Zur Neurobiologie der Bindung zwischen Mutter und Kind. En: H. Keller, ed. 2003. *Handbuch der Kleinkindforschung*. Berna: Hans Huber Verlag, pp.49-80.
33. Silk, J.B., 1999. Why are infants so attractive to others? The form and function of infant handling in bonnet macaques. *Animal Behavior*, 57(5), pp.1021-1032.
34. Silk, J.B., Alberts, S.C., Altmann, J., 2003. Social bonds of female baboons enhance infant survival. *Science*, 302(5838), pp.1231-1234.
35. Stein, M.B., Goldin, P.R., Sareen, J., Zorrilla, L.T., Brown, G.G., 2002. Increased amygdala activation to angry and contemptuous faces in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 59, pp.1027–1034.
36. Storm, E.E., Tecott, L.H., 2005. Social circuits: Peptidergic regulation of mammalian social behavior. *Neuron*, 47, pp.483–486.
37. Strathearn, L., Li, J., Fonagy, P., Montague, P.R., 2008. What's in a smile? Maternal brain responses to infant facial cues. *Pediatrics*, 122, pp.40-51.
38. Tilden, C.D., Oftedal, O.T., 1997. Milk composition reflects pattern of maternal care in prosimian primates. *American Journal of Primatology*, 41, pp.195–211.
39. Trowsdale, J., Betz, A.G., 2006. Mother's little helpers: mechanisms of maternal-fetal tolerance. *Nature Immunology*, 7(3), pp.241-246.
40. Varendi, H., Porter, R.H., Winberg, J., 1994. Does the newborn baby find the nipple by smell? *Lancet*, 344, pp.989-990.
41. Vauclair, J., Donnot, J., 2005. Infant holding biases and their relations to hemispheric specializations for perceiving facial emotions. *Neuropsychologia*, 43, pp.564-571.
42. Winberg, J., 2005. Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior. A selective review. *Developmental Psychobiology*, 47, pp.217-229.
43. Wismer Fries, A.B., Ziegler, T.E., Kurian, J.R., Jacoris, S., Pollak, S.D., 2005. Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proceedings of the National Academy of Science*, 102(47), pp.17237-17240.

LA CONDUCTA Y CAPACIDADES PERCEPTUALES DEL RECIÉN NACIDO NORMAL. ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN CLÍNICA

Martín Maldonado-Durán y Juan Manuel Saucedo-García

En este capítulo se describen los principales aspectos de la conducta del recién nacido normal, sus capacidades de percepción, motrices y de relación con su entorno social. Se abordan también algunos elementos de su evaluación neuroconductual que pueden guiar al clínico en la detección de algunas dificultades y la implementación de una intervención clínica temprana. Determinadas partes de la valoración ayudarán a los padres a reconocer las capacidades y preferencias individuales y específicas de su hijo o hija, con el fin de verlo como una persona con características únicas desde su nacimiento.

El neonato, a pesar de nacer con una serie de impresionantes capacidades perceptivas y para relacionarse, tiene poca habilidad de movimiento y es incapaz de alimentarse solo: por sí mismo no se puede defender de predadores ni escapar de ellos. Su supervivencia física depende enteramente de que alguien lo cuide y alimente. Del mismo modo, su supervivencia emocional durante los años por venir dependerá de la posibilidad de ser cuidado y atendido constantemente en forma sensible, lo cual puede ser una empresa difícil y a veces abrumadora. Si se transpola la vulnerabilidad fisiológica al plano psicológico, se concluirá que, como señaló Donald Winnicott, un bebé no existe por sí mismo, y un bebé solo no es concebible. En vez de ello, el bebé es siempre miembro de un sistema interpersonal, que se compone por lo menos de él mismo y su madre, o alguien más o menos equivalente.

Para que el bebé pueda lograr producir en los demás la atracción por cuidarlo, el lactante posee un complejo equipo de señalización y comunicación que ejerce un impacto poderoso en quienes lo rodean. El nacimiento es una transición extremadamente dramática; el bebé pasa de una existencia acuática a una terrestre. De un momento a otro tiene que hacer numerosos cambios por sí mismo y lograr un nuevo equilibrio fisiológico y neurológico. Tendrá que empezar a respirar aire y llenar sus pulmones, regular su propia concentración de oxígeno y bióxido de carbono; ha de establecer un nuevo sistema de circulación (la sangre debe transitar libremente por los pulmones y deberá ocluirse el conducto arterioso, así como algunas comunicaciones entre las cavidades cardiacas, por ejemplo el foramen oval), tendrá que eliminar sus propios desechos metabólicos y alimentarios. Ahora tendrá que comer por la boca y lograr regular su propia temperatura, mantenerse despierto por ciertos períodos para lograr alimentarse, entre otras muchas tareas.

Todos estos cambios son de gran magnitud, por lo que no es de sorprender que muchos recién nacidos tengan algunas dificultades, como una baja de su temperatura corporal, imposibilidad de mantener una buena oxigenación y dificultad para iniciar la alimentación al seno materno.

Un neonato con estas características necesitará de mayor apoyo por parte de su madre, padre u otros cuidadores para vencer estos retos (Hernández, Fashaw y Evans, 2005).

Es útil comprender la conducta del neonato como controlada en gran parte por las secciones subcorticales del cerebro, y que, con el paso de los meses y de forma gradual, la corteza cerebral toma la supremacía y determina la organización conductual del lactante (Trevathan, 1987). Este nuevo control aparece entre los dos y cuatro meses de vida (Lipsitt, 2002).

El cerebro del recién nacido pesa alrededor de 300 a 400 g, que es la cuarta parte del peso que tendrá en la edad adulta. Durante el primer año de la vida habrá un rápido crecimiento del cerebro, que se acompaña de los enormes saltos de desarrollo conductual que se observan en este periodo (Trevathan, 2005), por ejemplo la aparición del lenguaje.

Los estados del recién nacido

No se puede describir la conducta del neonato sin hacer referencia a sus diferentes estados de conciencia, pues su conducta general dependerá del estado de conciencia en que se encuentre en cierto momento. Estos estados fueron descritos por Prechtl y Beintema (1964), y más tarde en forma modificada por Brazelton y su grupo (1984, 1994; Francis y cols., 1987).

Desde el punto de vista clínico se observa que el neonato cursa por una serie de estados de conciencia que van desde estar completamente despierto o llorando, hasta el sueño profundo. No se sabe exactamente el porqué de tal progresión cíclica, que ya es observable desde las 28 semanas de vida intrauterina. Cada cierto tiempo y de manera periódica el bebé pasará de uno a otro estado. Es útil que el clínico, pero también los padres, se familiaricen con las características de los diferentes estados.

A los padres de casi todo recién nacido les interesa mucho observar las variaciones en su conducta y las respuestas a los estímulos; si además de este interés se les puede hacer patente la demostración de la existencia de estas variaciones, aprenden pronto a distinguir qué se puede esperar en las diferentes etapas del desarrollo del bebé. Por ejemplo, pueden identificar la importancia de interactuar con el bebé mientras se encuentra en el estado de alerta en calma. Es necesario valorar también la forma en que el recién nacido hace la transición de un estado a otro, y notar si hay “saltos” bruscos, por ejemplo del sueño profundo al llanto intenso, o bien si pasa por las etapas intermedias.

Si se intenta interactuar con el recién nacido en una habitación demasiado iluminada y con muchos ruidos, puede ser que no muestre su capacidad de responder a estímulos específicos, pues se encuentra abrumado por una avalancha de estímulos. Hay que tener en cuenta este problema al evaluar a un recién nacido, y favorecer las condiciones óptimas en que el bebé pueda mostrar sus capacidades de organización y relación.

Brazelton distingue seis etapas o estados principales en el neonato:

Estado 1. Sueño profundo. El niño en sueño profundo casi no responde a estímulos exteriores, lo que protege su descanso al filtrar elementos como los ruidos o luces a su alrededor, permitiéndole seguir dormido. Su respiración es regular y no hay actividad motriz espontánea. De vez en vez se sobresalta ligeramente. A veces la frecuencia cardíaca disminuye marcadamente hasta a 80-90 latidos por minuto. El bebé es difícil de despertar y no puede alimentarse mientras se mantenga en esta etapa. El neonato pasa mucho tiempo dormido: alrededor de 18 horas en un ciclo de 24, y se despierta sólo por cortos períodos. Se piensa que el sueño profundo favorece el descanso, pues disminuye la actividad motriz y es esencial para la vida. En este estado la frecuencia de la actividad eléctrica de la corteza cerebral es mucho menor que en estado de alerta. Se caracteriza por ondas lentas y de mayor amplitud.

Estado 2. Sueño ligero. En esta etapa hay movimientos oculares rápidos (MOR) y es equivalente al sueño MOR que se observa en mamíferos y aves. Se pueden percibir algunos movimientos de los miembros y “estremecimientos” ocasionales. La respiración es irregular y hay movimientos intermitentes de succión. En esta fase del dormir ocurre un mayor consumo de oxígeno. El recién nacido tiene una

proporción mucho mayor de sueño MOR que el niño mayor y el adulto. El sueño MOR ocupa aproximadamente 50% de la duración total del sueño, mientras que en el adulto abarca sólo 20% del sueño total. La proporción de sueño MOR va disminuyendo con la edad. A diferencia de lo que sucede en el adulto, el bebé es capaz de iniciar normalmente el sueño en la etapa de movimientos oculares rápidos. En el adulto, el primer período de sueño MOR toma unos 90 minutos en aparecer después que la persona se ha dormido. Durante el sueño MOR el niño puede “sonreír”. Tiene ocasionales sobresaltos, se observa que se mueven los ojos debajo de los párpados y tiene movimientos esporádicos de los miembros. A este periodo se le llama también “sueño activo”.

Estado 3. Somnolencia. Es un estado intermedio entre el sueño y la alerta. El niño responde a algunos estímulos pero lo hace débilmente o no responde del todo. Esto puede confundir a quien lo examina, pues podría pensar que no responde normalmente a los estímulos cuando en realidad el niño está somnoliento. En esta etapa los párpados se mueven rápidamente, los ojos pueden estar cerrados o abiertos. Hay algunos estremecimientos intermitentes. La respiración es más rápida y superficial. El bebé más inmaduro (de menos de 30 semanas) se mantiene somnoliento por mucho tiempo y casi no tiene períodos de alerta en calma.

Estado 4. Alerta en calma. En este estado el neonato está despierto; se mueve poco, pero con sus ojos y oídos explora el mundo que lo rodea. Puede voltear para ver algo o mover los ojos al oír un ruido. Se observa que tiende a abrir los ojos más grandes (alertarse) cuando oye o ve algo interesante. Este es el período óptimo en que el bebé aprende y reconoce a otros. Puede durar desde unos pocos minutos hasta una media hora. Es el período ideal para interactuar con él y en el que muestra mayor capacidad de respuesta e interés por el medio ambiente, sobre todo al interactuar con otras personas. Casi inmediatamente después del nacimiento hay un período de alerta en calma en que el recién nacido “se encuentra” por primera vez con sus padres. Se puede favorecer la permanencia del neonato en este estado si se le coloca en un lugar con poca iluminación, se le habla en voz baja y se le acaricia.

Estado 5. Alerta activo. El niño o niña está despierto(a) y mueve activamente sus miembros y cabeza, puede fijar su atención brevemente en un estímulo pero rápidamente pasa a otro nuevo o diferente, prosigue su actividad o lloriquea. Hay estremecimientos espontáneos. Cuando se le estimula, aumenta sus movimientos y la tendencia a estremecerse. La respiración es irregular. El bebé está más sensible a todos los estímulos externos e internos (como el hambre y el cansancio). Puede que rápidamente pase al llanto, se autoconsuele o incluso se duerma.

Estado 6. Llanto. El neonato llora activamente con el llanto “tónico” típico del recién nacido y no responde fijando su atención en los estímulos a su alrededor. Las respiraciones son superficiales e irregulares. El niño se puede calmar al cargarlo, al

mecerlo o poniéndolo en posición vertical sobre el hombro de una persona. Puede dejar de llorar al tocarle las manos y juntarlas en la línea media de su cuerpo o al recibir estímulo vestibular, moviéndolo en dirección horizontal o vertical. Puede ser que se consuele con sólo hablarle (sobre todo con la voz de la madre o el padre) o presentándole enfrente la cara de una persona. El llanto es una señal “de llamada” o de “alarma” con una larga historia evolutiva, a la cual hay que responder en forma contingente. Es preferible responder cuando ocurre la señal. El niño tiene un repertorio más bien limitado para comunicarse y ésta es una de sus formas de comunicar malestar. Lloro por hambre, incomodidad, dolor, frío, por estar mojado, por aburrimiento, etc. El neonato puede también intentar autocalmarse succionando su mano. Se piensa que si un neonato puede hacer esto, demuestra una mayor capacidad de organización.

El sueño en el recién nacido

Como se señaló anteriormente, el neonato duerme en forma intermitente unas 18 o hasta 20 horas en un ciclo de 24 horas, con breves períodos de vigilia. Hay una proporción mucho mayor de sueño de movimientos oculares rápidos (MOR) que en el adulto, de hasta 50% de la duración total del sueño, comparada con 20% en el adulto. Otros autores sugieren que esta proporción es todavía mayor (Peirano, Algarín y Uauy, 2003).

Se sabe que existen varios factores para establecer el ritmo circadiano del sueño que más tarde logrará el bebé. El ritmo circadiano consiste en que gradualmente el niño irá durmiendo más tiempo durante la noche y menos durante el día. Uno de estos factores es el paso de melatonina de la madre al bebé a través de la leche materna. La melatonina es un neurotransmisor cerebral que induce somnolencia y cuya concentración tiende a aumentar al anochecer.

Durante los periodos repetidos de sueño MOR hay mayor actividad cerebral, con lo que aumenta el metabolismo y consumo energético del cerebro. Se acompaña de representaciones (aunque también éstas pueden ocurrir en el sueño no-MOR) y de respiración irregular, así como cambios en la frecuencia cardiaca. Son observables los movimientos rápidos de ambos ojos de manera simultánea. Se piensa que el sueño MOR está determinado por un sistema colinérgico (es decir, por el mediador químico acetilcolina), que se origina en la formación reticular del bulbo raquídeo y el puente; es decir, en el tallo cerebral.

No se sabe con certeza cuál es la función biológica del sueño en general, ni mucho menos la de los períodos de sueño MOR, pero se cree que es necesaria una proporción adecuada de éste para promover el desarrollo visual del bebé, ya que durante esta etapa se promueve la migración y arreglo de las neuronas respectivas en la forma predeterminada para un buen desarrollo visual (Graven, 2004). De hecho,

si se mide la actividad eléctrica de la retina, ésta es mayor durante el sueño MOR que durante el sueño no-MOR. El sueño no-MOR se considera el más primitivo, pues está mediado en gran parte por el tallo cerebral y no intervienen áreas más recientes del cerebro. Todos los animales conocidos tienen esta clase de sueño, pero sólo las especies más recientes presentan sueño con movimientos oculares rápidos (Rattenborg y Amlaner, 2010). Se piensa que el movimiento ocular puede promover la migración neuronal en las diferentes áreas de la corteza y puede que se relacione con períodos de liberación de la hormona del crecimiento. El sueño no-MOR se acompaña de una baja del tono muscular, con respiración y frecuencia cardíaca regulares, así como reducción de la actividad del cerebro, incluyendo un menor metabolismo cerebral. El sueño no-MOR es causado por las descargas del locus coeruleus y los núcleos del rafe, que liberan el neurotransmisor noradrenalina (o norepinefrina).

Se cree que el sueño no-MOR es importante para permitir el reacomodo de las sinapsis entre neuronas y para el reprocesamiento de información a que el bebé ha estado expuesto mientras estaba despierto. Se ha sugerido también el reprocesamiento o consolidación de la memoria de los eventos e información a que se ha sido expuesto en el estado de vigilia (Thakkar y Datta, 2010).

Durante el sueño hay alternancia periódica entre los episodios MOR y no-MOR. Se piensa que estas transiciones pueden deberse a la acción de un sistema de regulación que se encontraría en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo, que constituye una especie de marcapaso interno. Este núcleo (también llamado *zeitgeber*, o temporizador en alemán) produce la variación circadiana entre los estados de sueño y vigilia, y uno de los estímulos que recibe es la presencia o ausencia de luz. Con el transcurso del tiempo esto hace que la mayor parte del dormir se cargue hacia la noche.

Es importante entender que el estado de dormir no es sólo la ausencia de estar despierto, sino un estado con particularidades conductuales y metabólicas cuya función aún no se comprende del todo.

Existen varias hipótesis sobre el propósito evolutivo del dormir. Una es que se trata del descanso que restaura mediadores químicos y sinapsis con el que se promueve el funcionamiento óptimo del cerebro. Se cree que durante el día se va acumulando la necesidad de dormir para mantener un estado de homeostasis. En cuanto al sueño MOR, podría servir para promover la diferenciación de las áreas motrices y sensoriales, favoreciendo la maduración del cerebro. Se ha sugerido también que podría tener una función de des-aprender o de librarse de información que no es importante. Los sueños durante el período MOR son más vívidos y llenos de imágenes. Los sueños del período no-MOR son más como narraciones y no tan vívidos.

Capacidades perceptivas del neonato

Percepción visual

El lactante tiene una “miopía” relativa durante los primeros meses de vida. Puede ver mucho mejor los objetos cercanos que los lejanos (Slater, 2000). Después de todo el bebé no necesita leer nada ni tampoco ver objetos a grandes distancias. Se calcula que su agudeza visual es de aproximadamente 20/150. La distancia óptima para enfocar objetos frente a él es de unos 19-20 cm (Bax, Hart y Jenkins, 1990). El bebé tiene una clara preferencia por el rostro humano en comparación con otros estímulos, y favorece los animados por sobre los no animados. Le interesa más ver estímulos de personas vivas y sus rostros que patrones geométricos de líneas rectas. Entre las figuras geométricas, prefiere un círculo a un cuadrado (Klaus y Klaus, 1998), con lo que surge la duda de si esto favorece la alimentación al seno materno, pues la areola es un círculo.

La visión del neonato no es de mucha profundidad y tiende a ser bidimensional, pero hay algunos indicios de percepción binocular. Desde los primeros días puede notar líneas, patrones visuales, movimientos y diferentes intensidades de luz, pero no colores. La percepción del color empieza hasta los dos o tres meses de vida (Graven, 2004).

El niño prefiere los estímulos visuales con alto contraste: para que continúe el desarrollo de la corteza cerebral visual es necesario que haya una variedad de estímulos de esta índole.

El niño requiere también de periodos de oscuridad durante el ciclo circadiano (lo cual no ocurre en muchas unidades de cuidados intensivos neonatales, que mantienen una luz intensa las 24 horas del día). Como ocurre con otros animales, la estimulación visual extrínseca es esencial para que proceda normalmente el desarrollo de la corteza cerebral visual. Sin este estímulo, las conexiones neuronales desaparecerán paulatinamente.

El desarrollo visual más activo ocurre en un “período crítico” que va desde el segundo trimestre del embarazo hasta los dos a tres años de vida. El recién nacido puede seguir un objeto con los ojos hasta en un ángulo de 180 grados; puede distinguir entre un dibujo del rostro humano con sus componentes (nariz, ojos, etc.) en el lugar correcto de otro con las partes en el lugar equivocado. Esto se ha investigado notando las diferencias en la velocidad y actividad de succión del bebé al presentársele cuadros diferentes.

El neonato también es capaz de reconocer el rostro de su madre desde unos cuantos minutos después del nacimiento. La preferencia por el rostro humano es muy marcada. Parece usar una estrategia de buscar contacto con los ojos o con “manchas

que se parezcan a los ojos” (Farroni y cols., 2005) y pone particular énfasis en estas características de la cara, fijando su mirada en ellos. A esta función se la ha denominado “mecanismo de procesamiento de caras”, que operará a través de la vida.

Se estima que el recién nacido es capaz de percibir la constancia en el tamaño de los objetos aunque éstos se encuentren a diferentes distancias. También percibe que un objeto en movimiento en el campo retiniano es el mismo que se mueve en forma linear. Asimismo, al cambiar la posición de un objeto y vérselo en diferente perspectiva, lo ve en efecto como el mismo objeto (Slater, 1990).

Percepción auditiva

Ya a los dos días de vida, el bebé es capaz de reconocer la voz “exterior” de su madre (Fifer y Moon, 1988; Winkler y cols., 2003), lo cual puede deberse a que la ha estado escuchando durante el embarazo. El sonido in útero se percibe alterado por su transmisión a través del cuerpo de la madre y el líquido amniótico. El neonato prefiere las voces de tono más alto, es decir, la voz femenina y la de los niños. La madre, el padre y otros adultos (y también los niños) intuitivamente elevan el tono de su voz cuando le hablan al bebé (Papousek y Papousek, 1987). También pronuncian de modo más intenso y lento los sonidos, sobre todo exagerando las vocales, y le hablan “como bebé”; es decir, simplifican los sonidos del lenguaje normal para lograr la mejor atención del niño y registre los sonidos de la voz. Éste es un lenguaje especial (“maternal”) que los padres utilizan en los diferentes idiomas para interactuar con el recién nacido (Kuhl y cols., 1997).

El bebé tiene la capacidad de orientar su cabeza hacia la fuente de los sonidos. En experimentos que comparan su preferencia por la voz humana ya sea “en vivo” o en una grabación, el niño prefiere la voz de una persona que habla en su presencia que la que proveniente de una bocina. Varias investigaciones, por ejemplo las de DeCasper (DeCasper y Spence, 1991) han demostrado que el pequeño prefiere la voz femenina a la masculina, lo que se observa en experimentos de “succión diferencial”.

Aunque el recién nacido tenga poco control de muchas funciones motrices, tiene buen control de sus labios y de la capacidad de succionar. Si se le da un chupón y se le colocan audífonos con sonidos de voces, rápidamente aprende qué debe hacer para oír las voces que prefiere; por ejemplo, puede entrenársele para que succione más rápido, pues al hacerlo oye una voz femenina, o bien, puede invertirse esto y enseñarle que si succiona más lento, escuchará la voz femenina. De esta manera el niño hace lo necesario para oír sus voces preferidas.

Al nacer, el bebé ya tiene plena capacidad para oír sonidos en el rango de frecuencia de la voz humana (entre 500 y 900 ciclos por segundo). Si se le da a escoger, prefiere la voz humana a los sonidos mecánicos. Se ha reportado (Klaus y Klaus, 1998) que el neonato sincroniza sus movimientos corporales con el ritmo de la voz materna (Condon, 1972), lo que se ha observado en neonatos expuestos a la voz materna y en diferentes idiomas. También puede distinguir entre diferentes tipos de sonidos, por ejemplo entre un timbre y una campana, así como distintas voces humanas. Reacciona de modo diferencial a la intensidad y al tono de los sonidos y pronto reconoce sonidos familiares de otros que le son extraños.

Observaciones recientes muestran que el recién nacido puede discriminar sonidos concurrentes y distinguirlos entre sí (Winkler y cols., 2003). Puede discriminar entre el sonido de la voz de su madre de otro sonido percibido al mismo tiempo. Se piensa que esta habilidad le ayudará a determinar el origen de los múltiples sonidos. Asimismo, el niño o niña puede ser condicionado a aprender la asociación entre un sonido determinado y una recompensa. Si al escuchar un sonido se le da agua azucarada cuando voltea hacia la fuente del sonido, lo hará de manera preferente que hacia una fuente de sonido que no le ofrece la recompensa, con lo que se reforzará el estímulo. El neonato tiene la capacidad de asociar un estímulo con otro y aprender esta secuencia rápidamente.

Una pregunta interesante es si el recién nacido recuerda lo que ha oído antes. Un experimento de DeCasper y colaboradores (De Casper y Spence, 1991) demuestra que sí es así. Comparó grupos de neonatos que habían oído una rima infantil que sus padres les habían leído in útero varias veces durante un total de cinco horas (a lo largo de las últimas seis semanas del embarazo). A los tres días de nacido, por la técnica de succión rápida o lenta, el recién nacido muestra preferencia por la historia que había oído antes y con la que obviamente estaba familiarizado. El bebé de unos cuantos días nota diferencias minúsculas entre sonidos y en distintas pronunciaciones de palabras, así como variaciones de tono y de ritmo del habla. Si se le presenta repetidamente la sílaba pa-pa-pa-pa y se acostumbra (se habitúa) a esta repetición, cuando el sonido se transforma en pa-pa-ba-pa el niño inmediatamente lo nota y se pone más alerta. También resulta claro que el bebé prefiere que se le hable en una forma agradable que en forma brusca o enojada.

Olfato

El neonato puede distinguir entre múltiples olores. Desde los siete días de vida muestra preferencia por los aromas dulces y rechaza los intensamente desagradables, como el del vinagre o el de sustancias fétidas. También distingue el olor característico del cuerpo de su madre. Desde el quinto día de vida puede distinguir entre el olor de la leche de su madre puesta en un apósito, que el del olor de la leche de otra mujer. El

olor del seno materno es captado por el recién nacido en un efecto semejante al de las feromonas (Winberg y Porter, 1998).

Investigadores en Francia (Marlier y Shaal, 2005) mostraron que los neonatos prefieren el olor de la leche materna (aunque no sea precisamente la de su madre) al olor de la leche artificial (para biberón). Tal cosa ocurre aun en los bebés que han sido alimentados exclusivamente con fórmula artificial. Es una preferencia innata y no se relaciona con la experiencia que determinado bebé haya tenido al ser alimentado. También se ha observado que un recién nacido rechazará el pecho cuyo pezón haya sido untado con una sustancia de olor repugnante.

Se cree que el sentido del olfato le comunica señales al recién nacido con respecto al ciclo sueño – vigilia; es decir, percibe el momento en que su madre está dormida o despierta y le ayuda a regular gradualmente este ciclo. También determina el funcionamiento predigestivo y le ayuda a reconocer a otras personas (Schaal, Hummen y Soussignan, 2004).

Gusto

Las células y sinapsis que permiten percibir los sabores funcionan adecuadamente desde las catorce semanas de gestación. Al nacer, el niño o niña es capaz de notar diferencias entre distintos sabores: es capaz de percibir lo dulce, lo agrio, lo amargo y lo salado.

Se han notado cambios en la frecuencia y cantidad de tiempo que el bebé succiona diferentes sabores, mostrando así sus preferencias. Puede distinguir lo dulce de lo agrio y lo amargo, y claramente prefiere el sabor dulce (Lipsitt, 2002). El sabor dulce puede ejercer un efecto calmante y aliviar el dolor (Corbo y cols., 2000).

La leche materna es relativamente más dulce que las fórmulas preparadas de manera comercial. Una solución de sucrosa puede utilizarse para calmar a un bebé que llora y para estabilizar su frecuencia cardiaca cuando está molesto; por el contrario, cuando se le dan a probar sabores muy intensos, como el del limón, o muy amargos, el bebé los rechaza, hace una cara de desagrado y resalta los labios. Cuando la madre amamanta y come alimentos preparados con ajo, el sabor de la leche cambia y el recién nacido parece aumentar su consumo de leche. Lo opuesto ocurre con el alcohol. Se sabe que el sabor está estrechamente relacionado con el olor.

Tacto

El tacto es uno de los primeros sentidos que se desarrollan en la etapa embrionaria. Entre muchos mamíferos, el lamido de la madre ayuda a la cría a iniciar la respiración, más tarde a aumentar de peso y promueve el apego con ella. En el ser humano el sustituto de la lamida es el tacto, medio esencial de comunicación con el

recién nacido, quien prefiere el contacto directo, piel a piel, con su madre o padre. El recién nacido se calma cuando es tocado en la cara o la cabeza, y el contacto con la piel favorece la autorregulación. Cuando se carga a un niño de inmediato se acomoda o anida en los brazos del adulto. Algunos niños tienen mayor preferencia por este contacto que otros.

Hay ocasiones en que el bebé es hipersensible en el área táctil y muestra dificultad para acurrucarse o acomodarse en los brazos, o bien, no le gusta que lo carguen. En Latinoamérica, como en muchos países, se suele “enrollar” a los bebés en una sábana o frazada (*swaddling*, en inglés) para que se calmen. Esta práctica ayuda al bebé a regular sus estados y promueve el estado de alerta en calma y la perpetuación del sueño ininterrumpido. A pesar de lo anterior, es claro que a algunos bebés les molesta sentirse restringidos. La calma del bebé también puede lograrse al tocarle la cara, hacerle masaje en el cuerpo o al juntar sus brazos en la línea media mientras está acostado.

Ningún neonato es exactamente igual a otro. Los padres van descubriendo cuáles son los estímulos le gustan a su hijo en particular, qué maniobras le disgustan o lo incomodan, etc. Con sus respuestas a estos cuidados el bebé indica sus preferencias. Este diálogo inicial entre los padres y el bebé, requiere que aquéllos sean sensibles y perciban los mensajes del niño. Por su parte, el pequeño también se adapta a las prácticas de crianza de sus padres desde esta etapa. No obstante, aun en la misma familia, un hijo puede ser muy diferente de otro en sus preferencias y sensibilidad a estímulos.

En muchas culturas tradicionales, es costumbre que la madre, algún otro pariente o una mujer “especialista” le dé masajes al bebé, algunas veces en forma ritualizada. El masaje ayuda al bebé a calmarse y a disminuir su nivel de excitación. El tacto con la piel, que es el órgano sensorial más grande del cuerpo, promueve estas respuestas de relajación.

El masaje ayuda tanto al bebé como a quien lo proporciona, según lo han demostrado los estudios de Tiffany Field en la Universidad de Miami. En el caso de bebés prematuros que reciben masajes, se ha observado que aumentan de peso más rápidamente y tienen menos complicaciones en las unidades de cuidados intensivos (Field, 1992).

En múltiples grupos sociales de Latinoamérica es común que la madre cargue al bebé en brazos o con ayuda de un rebozo u otra prenda para sostenerlo por períodos muy largos o casi todo el día. Esto favorece que el niño se mantenga en contacto continuo con su madre y a que llore mucho menos tiempo. En esta situación, la madre aprende a conocer íntimamente los movimientos y señales de su bebé debido a este íntimo contacto.

Habitación

El recién nacido se habitúa rápidamente a las sensaciones repetidas, por ejemplo visuales o auditivas. Si se le presenta un estímulo de forma repetida después de varias veces responde cada vez menos. Si el estímulo cambia, muestra nuevo interés en él, lo que significa que hay una preferencia por las sensaciones novedosas y cambiantes que le ayudan a aprender de manera constante.

Algunos investigadores han correlacionado la capacidad del bebé de habituarse a los estímulos con el grado de inteligencia medida en la edad preescolar. Es posible que este interés en lo nuevo y lo diferente sea una característica inherente al cerebro humano. La capacidad de habitación también permite al niño proteger su descanso o sueño. El bebé que se “acostumbra” a los ruidos usuales de la casa puede dormir aunque las personas hablen o haya otros sonidos diversos en el ambiente. La estimulación repetitiva y monótona (como el mecerlo en brazos, o cierta clase de música) también favorece que el niño se tranquilice o se duerma.

Percepción transmodal

Al percibir una sensación en una modalidad, el niño puede “traducirla” en otra equivalente. Para demostrar esto puede presentar al bebé una figura geométrica en una pantalla, por ejemplo un triángulo o una cruz; luego se le dan biberones con “chupones” de diferentes formas geométricas. Entonces, sin ver el chupón mismo, el niño puede identificar cuál es la forma que se le había presentado visualmente, lo que sugiere que es capaz de un cierto grado de “abstracción” desde muy pequeño, manteniendo en su memoria imágenes y formas, al igual que las imágenes de las caras de personas familiares que reconocerá más tarde. También puede reconocer estímulos similares presentados a través de diversos canales sensoriales.

Se ha observado que el neonato manifiesta desconcierto al presentársele una película en la que el sonido de las voces no corresponde a los movimientos de los labios que observa, reconociendo que algo no está bien en la sincronía y comparando el estímulo visual con el auditivo.

Capacidades motrices

El recién nacido tiene múltiples movimientos voluntarios y también respuestas motrices reflejas. La naturaleza y calidad de los movimientos varían entre un niño y otro. Algunos neonatos hacen movimientos bruscos y temblorosos, mientras que en otros son más suaves y controlados, que es lo que se espera normalmente.

Las respuestas reflejas más primitivas persistirán hasta alrededor de los tres meses. Estos reflejos tienen funciones adaptativas desde el punto de vista evolutivo (como el reflejo de hociqueo, de deglución o el de Moro).

Algunos clínicos piensan que la evaluación del estado del sistema nervioso central consiste sólo en evaluar los reflejos primitivos y otros. Sin embargo, la capacidad del recién nacido para responder a estímulos, para procesarlos y para organizar respuestas a estos mensajes, implica un complejo sistema de funcionamiento cerebral, mientras que los reflejos son reacciones mucho más primitivas, integrados a nivel bulbar o de la médula espinal; por tanto, las evaluaciones que incluyen la conducta organizada del bebé son mejores indicadores de esas funciones nerviosas complejas.

El neonato tiene ciclos de movimiento mientras está despierto y activo. Durante unos 70 segundos no se mueve, luego hay un episodio de movimiento, seguido de otro episodio de calma. El bebé sincroniza sus movimientos con los de la voz de quien le habla y realiza pequeños movimientos (ya sea con la boca, las manos, los pies, los brazos, etc.) en forma casi imperceptible. Algunos niños tratan de alcanzar un objeto o la cara de su progenitor cuando éste se acerca.

Capacidad de regulación

Una de las tareas iniciales del bebé después de su período de vida intrauterina, es el de lograr cierto grado de autonomía sobre su propio funcionamiento neurofisiológico y conductual. Al nacer, el niño ya tiene un número de experiencias y “memorias” de estímulos percibidos in útero. Cuando nace queda expuesto a un sinnúmero de nuevas sensaciones y debe aprender a procesarlas y mantener su funcionamiento rítmico con todo ello. Los padres pueden ayudar a que el bebé se establezca de forma más o menos rápida. En las primeras semanas el niño ha de lograr crear ciclos de saciedad y hambre, sueño y vigilia, actividad y calma, etc. Logrará reconocer a sus padres y relacionarse con ellos. Hay bebés para quienes todo esto resulta relativamente sencillo, no se desorganizan fácilmente, y no responden de modo intenso a cambios en su entorno, siendo más fáciles de cuidar: puede decirse que tienen un temperamento fácil. Por el contrario, otros neonatos tienen mayores problemas para establecer ciclos regulares, estabilizarse y son más impredecibles, más hipereactivos y más difíciles de cuidar en general, a quienes se les considera de un temperamento difícil. El niño con este temperamento puede ser un reto para sus padres.

Se piensa que el temperamento está en gran parte determinado de manera biológica, aunque puede ser modificable parcialmente por otras influencias, como el estilo de crianza y las acciones de los padres.

Algunos estudios (Gunnar y cols., 1995) han sugerido que la respuesta del neonato a los estímulos estresantes o dolorosos tiene una correlación con el temperamento que manifestará el bebé varios meses después. Algunos estudios han demostrado que, contrariamente a lo que se esperaría, una respuesta más intensa del neonato

a un estímulo doloroso (por ejemplo un leve piquete de aguja en el talón) o a una circunstancia de estrés, se correlaciona con un temperamento más fácil meses más tarde porque muestra competencia para reaccionar a estímulos y enviar señales a sus cuidadores, tiene un mejor ajuste a cambios, mejor reactividad y temperamento más tranquilo durante el primer año de vida. Esta distinción es importante porque en otras etapas de la vida la reactividad intensa puede tener un significado diferente. En la neonato señala un buen ajuste y adecuada capacidad de reacción .

Proclividad para la interacción social

Las capacidades de percepción y de respuesta descritas, así como la memoria, la habilidad para reconocer rostros y el interés hacia nuevos estímulos, facilitan establézcale establecimiento de un vínculo con ellos.

Desde el primer mes de nacido, el niño sonrío a quienes lo rodean y les proporciona “recompensas” emocionales. Por ejemplo, si está llorando, su madre le habla (o lo toma en brazos) y el niño sonrío o se tranquiliza, y se duerme. Todos estos elementos son reforzadores poderosos para la madre, quien así aprende (o es “entrenada” por el bebé) que sus acciones ayudan a calmar al bebé y ponerlo contento, además de que así se le puede considerar como una “madre buena”. La repetición continua de este ciclo interaccional le da al pequeño la sensación de confianza de que habrá una respuesta a sus señales, y que alguien vendrá a atenderlo cuando algo lo perturba (confianza básica).

Cuando se lo alimenta, el bebé mira fijamente los ojos de su madre o de quien le da leche, y mira su cara sin parpadear. Esto también estimula al cuidador a sentirse valorado, aceptado y fortalece su deseo de alimentar al bebé. Las interacciones bidireccionales resultan en un vínculo emocional.

Las miradas y los silencios, verse fijamente, son momentos de intercambio emocional o de amor que dan lugar a un lazo duradero entre estas dos personas. El niño de algunos días de nacido puede distinguir varias expresiones faciales e imitarlas (por ejemplo una cara asustada, triste, interesada) al verlas en otra persona; convierte entonces de manera automática esa visualización en movimientos musculares de su propia cara y replica intuitivamente el gesto. Esto, obviamente, requiere de la observación detallada de la expresión, elaboración cerebral de lo percibido y su “reproducción”. Field (1990) mostró cómo el neonato puede “sacar la lengua”, abrir la boca y copiar expresiones de sorpresa, molestia y preocupación. El niño también puede imitar un movimiento del dedo índice (Lipsitt, 2002).

Se ha observado que también tiene algunas respuestas emocionales intensas, por ejemplo de enojo o rabia, que se suscitan cuando se le ocluyen las fosas nasales y no puede respirar bien (esto puede ocurrir ocasionalmente cuando es alimentado al seno materno), o bien si está expuesto a luces o ruidos intensos (Lipsitt, 2002). En

el primer caso el niño lucha contra esta oclusión, mueve su cabeza hacia atrás y está molesto; si persiste la oclusión, empieza a llorar.

Efectos del neonato en sus padres

Como lo sugirió Serge Lebovici, al nacer el bebé nace también la madre; es decir, la mujer que se convierte en madre, "nace" en este nuevo rol. En esta etapa suele ser muy provechosa la presencia de la abuela materna del bebé para apoyar a su hija y enseñarle cómo bañar, alimentar y arropar al bebé. El arribo del bebé produce en su madre múltiples respuestas positivas y también algunas negativas, así como sentimientos encontrados. La madre puede sentirse abrumada con las demandas continuas del bebé, por lo que requerirá ser apoyada por otros y hacer frente a la nueva situación.

Respuestas contingentes

Para el neonato es mejor que sus padres respondan repetida y confiablemente a sus señales. Los ciclos estímulo-respuesta son el reforzador principal de este sistema de comunicación temprana. No es recomendable dejar que el niño lllore sin responder a su señal de estrés. Es inexacto decir que el niño necesita que lo dejen llorar "para desarrollar sus pulmones". Un bebé tampoco puede "amañarse" en el sentido de planear manipular a sus padres para que lo atiendan, pues no tiene la capacidad cognoscitiva de planear tales maniobras. Conviene recordar a los padres que esta época de la vida es una oportunidad para brindar cuidados sensibles a su bebé, pues cuando crezca ya no necesitará ser cuidado en forma tan estrecha y continua (Maldonado-Durán, 1996).

Algunas padres que se sienten abrumados por las demandas de tiempo y atención del neonato, no toman en cuenta la perspectiva a largo plazo, pues el niño crecerá pronto y no necesitará de ese grado de atención.

Aunque se ha afirmado que la mayoría de los padres "sabe" de manera intuitiva lo que tienen que hacer con su recién nacido, no todos tienen ese repertorio conductual. La cultura y sus experiencias tempranas en su propia vida son el vehículo por el que los padres aprenden "qué se debe hacer" con un bebé. Estas últimas experiencias dan lugar a "memorias procedurales" inconscientes de contacto físico, conducta de ternura, etc. Si no hay adultos de la generación previa que los orienten, o los padres no tuvieron cuidados sensibles cuando eran niños pequeños, los nuevos padres pueden necesitar que se les enseñe o modele específicamente qué hacer. Respecto a la práctica del amamantamiento, algunas mujeres la encuentran fácil y otras no (si hay pezones retraídos, el bebé se cansa pronto o no toma el pezón vigorosamente). Puede ser útil entonces la intervención de personas con experiencia (abuelas, otras mujeres, enfermeras o pediatras) que sugieran cómo abordar el problema en forma concreta.

Otros padres pueden sentir el temor de cargar a un niño tan pequeño y frágil y sentirse atemorizados ante el pequeño. Los padres que no tuvieron ellos mismos cuidados sensibles, que perdieron a sus padres de manera muy temprana o que fueron criados en múltiples hogares sustitutos, están en mayor riesgo de no sentir la ternura y compasión requeridas para atender al niño. En este caso es útil que alguien modele para el padre cómo se carga un bebé y le ayude a practicarlo. En los casos en que hubo una privación grave de cuidados maternos o maltrato físico del niño pequeño, los padres pueden haber “sepultado sus emociones” y no sentir ternura cuando llora el bebé, sino enojo y molestia. En tales casos se requerirá de una intervención especializada para el manejo terapéutico de la díada padres-bebé que ayude a aquéllos a hacer frente a las necesidades físicas y emocionales del niño.

Interacciones fantasmáticas

La relación que se establece con el bebé es muy intensa y satisface una serie de necesidades emocionales de los padres. Éstas pueden ser sanas o potencialmente patológicas. Por ejemplo, una madre podría sentirse intensamente decepcionada al ver a su bebé por primera vez, pues ha llegado a la conclusión de que el bebé es exactamente igual, en su aspecto físico, a un hermano a quien ella detesta profundamente. Esta percepción puede estigmatizar de modo permanente la relación entre la madre y su bebé al hacer al recién nacido depositario de fantasías, recuerdos y sentimientos inconscientes y desplazados hacia él. Se trata de imágenes de experiencias previas que se podrían considerar como “fantasmas”, y que tienen un poderoso impacto en el presente (Lebovici, 1983). Entre más rígidas, negativas y distorsionadas sean estas percepciones, el niño estará en mayor riesgo. Puede venir al mundo como un perseguidor de la madre, como un acusador del padre, como un competidor, o como el que satisfará todas las necesidades emocionales y de aceptación de la madre. En otras ocasiones, el bebé es concebido con el propósito de “salvar un matrimonio”.

El género del recién nacido puede ser un motivo de gran alegría y orgullo o de desilusión y rechazo. Es frecuente oír el ejemplo de una niña que nace y decepciona a su padre y madre, pues sólo un varoncito hubiera sido aceptable para el padre. También la apariencia física puede ser percibida en forma distorsionada, revelando “infidelidad” en la madre o las características “indeseables” de la familia del esposo. Lo mismo puede decirse de determinado color de piel, forma de la boca, la nariz, etc., distintos a lo percibido como bello o característico de una determinada familia.

Algunas familias tienen un “libreto” de cómo ha de ser el bebé, si el niño o niña se ajusta a las expectativas irracionales o si no se ajusta a ellas, todo esto puede tener consecuencias para el desarrollo del niño.

Si el pediatra reconoce estas distorsiones mayores puede sugerir consultar con un profesional de la salud mental, o reforzar la noción de que el niño es en principio “neutral”, no puede saber cuál es su misión en la vida y no pudo haber escogido tener determinadas características.

La evaluación clínica del recién nacido

Existen varias estrategias bien establecidas para la evaluación neurológica y del comportamiento del recién nacido, incluso del bebé prematuro y del niño de pocos meses de vida. A continuación se describen brevemente algunas de las características y utilidades de las más comunes.

Técnicas de evaluación neuroconductual en la etapa neonatal

La Organización Mundial de la Salud y otros organismos (Howell, 2006) recomiendan una serie de pruebas en la etapa neonatal para descartar la posibilidad de que haya algunas enfermedades metabólicas y trastornos en la percepción. Estas estrategias son importantes desde el punto de vista de la intervención temprana.

La prueba de laboratorio para detectar fenilcetonuria, por ejemplo, es fácil de hacer y con ella se detecta la ausencia de una enzima que determina como tratamiento el mantener al bebé en una dieta libre del aminoácido fenilalanina, con lo que se evita que más tarde pueda sufrir retraso mental, que sería su curso normal en caso de darle al bebé una dieta regular. Este trastorno afortunadamente posee muy baja frecuencia.

Lo mismo puede decirse del hipotiroidismo congénito. El neonato con baja congénita de hormona tiroidea tendrá retraso mental; sin embargo, si la enfermedad se detecta de manera muy temprana, se puede suplementar con hormona tiroidea y se evitará la secuela concomitante, el cretinismo.

También es recomendable hacer una prueba de tamizaje para asegurarse de que el niño tenga capacidad auditiva normal. Cuando se detecta la sordera tempranamente, se puede hacer una intervención que ayude al desarrollo del lenguaje y comunicación lo más temprano posible con la ayuda de un aparato auditivo corrector (Uus y Bamford, 2006).

El examen neurológico de Dubowitz

Lilly Dubowitz y su grupo (Dubowitz, Ricci y Mercuri, 2005) han mostrado la utilidad de su técnica de evaluación, la cual han refinado a lo largo de los últimos 20 años. Se trata de un examen breve (15 a 20 minutos) que, a diferencia de técnicas como la de Brazelton, no requiere de un entrenamiento especial. El énfasis es en la detección de alguna anormalidad neurológica pero también tiene un componente

de evaluación del comportamiento espontáneo del niño. Consiste en una serie de pasos predeterminados, cuyos resultados se anotan en un formato de registro de hallazgos. Este formato muestra una serie de dibujos del bebé en diferentes posturas que ilustran las variaciones en las respuestas neuroconductuales. El examen tiene una confiabilidad alta (alrededor de 96%) aun cuando el personal no tenga mucha experiencia. Se recomienda evaluar al niño en el momento en que está sin hambre, es decir, cuando han pasado alrededor de dos terceras partes del tiempo entre una alimentación y la siguiente. El recién nacido debe estar desnudo y observarse sus movimientos espontáneos, lo que ayuda al clínico a recordar los pasos de la evaluación, registrar los hallazgos y luego calificar la prueba.

El examen consiste en 34 observaciones subdivididas en seis categorías descritas a continuación:

1 y 2. Postura y tono muscular

Tono de los miembros. Se tira con suavidad de los miembros superiores e inferiores del bebé y se observa la respuesta producida.

Tono del tronco y el cuello. Se valora el control de la cabeza con el bebé sentado, de manera que al tirar de las muñecas del bebé para sentarlo, la cabeza “cuelgue” hacia atrás. Se suspende al niño boca abajo sosteniéndolo del abdomen y se observa el tono del tronco y el cuello.

Control de la cabeza. Se observa sosteniendo al bebé sentado, si la cabeza cuelga hacia atrás y si la pueda mantener en posición vertical.

Postura de la cabeza y cuello en suspensión ventral. Como se describió arriba, se observa la posición de la cabeza en relación con el tronco y se nota el grado de flexión de los brazos.

Maduración del tono muscular. Al madurar el bebé, hay un aumento en la actividad de flexión de los miembros y el tronco. El bebé prematuro tiene menos tono muscular en flexión que el de término.

Patrones de tono muscular. Se observan comparando las respuestas de tono en las diferentes partes del cuerpo del bebé. Puede observarse si hay un patrón de hipotonía generalizada o solamente en el tronco y el cuello. Este último patrón es más común cuando hay algún daño cerebral. Se observa si hay predominancia del tono extensor sobre el tono de flexión de los miembros. La predominancia del tono de extensión se observa cuando ha habido lesiones hipóxico-isquémicas en el nacimiento, meningitis o aumento de la presión intraventricular (como en la hidrocefalia).

3. Reflejos

La mayoría de los reflejos “primitivos” se pueden observar tanto en niños sanos como en aquellos con alguna anomalía neurológica. Sólo se incluyen los reflejos que tienen importancia clínica.

Reflejo palmar. Debe aparecer entre las 27 y 28 semanas de gestación; entre más maduro sea el bebé, el reflejo es más intenso.

Reflejo plantar. Aparece desde las 26 semanas de gestación y se hace más intenso con la madurez.

Reacción de colocación (placing). Aparece a las 34 semanas de gestación. Se explora sosteniendo al bebé en posición vertical; el dorso de cada pie se roza contra el borde de una mesa o superficie plana. El bebé eleva el pie para “dar el paso” sobre la superficie.

Reflejo de Moro. Aparece hacia las 25 a 27 semanas de gestación y aumenta con la madurez. La aducción de los brazos se vuelve más notable conforme madura.

Reflejo de succión. Aparece entre las 27 y 28 semanas de gestación. El neonato sólo será capaz de succionar para alimentarse hasta las 32 o 34 semanas de edad gestacional.

4. Movimientos

Se observan cuando el bebé está acostado boca arriba, despierto y en calma. Se valora la cantidad y calidad de los movimientos espontáneos, los cuales deben ser suaves, alternando los movimientos de brazos y piernas. Los movimientos del bebé prematuro son más bruscos, hay más temblor y el bebé se estremece más que el de término.

5 y 6. Orientación y conducta

Se evalúa la orientación visual y auditiva. El niño debe estar alerta y en calma. Se orienta hacia el estímulo visual y auditivo. Se observa también el grado de irritabilidad y consolabilidad (qué tan fácil o difícil es consolarlo). Se valora si el neonato responde poco, parece apático o se dificulta hacerlo reaccionar; o bien es excesivamente irritable y difícil de calmar. Se añaden dos aspectos más: los movimientos oculares y la apreciación cualitativa del llanto del bebé. Si el niño llora débilmente o con un nivel de intensidad o tono demasiado alto puede haber una anomalía neurológica. Ya a las 34 semanas algunos bebés prematuros pueden enfocarse en un objetivo visual, pero no lo pueden seguir; alrededor de las 36 semanas muchos bebés pueden seguir el objeto con los ojos en un arco horizontal. Desde las 27 o 28 semanas se puede lograr una respuesta a un estímulo auditivo,

lo que aumenta con la madurez del bebé. Algunos signos anormales son: posturas anómalas de la mano o el pie, entre las que se encuentra la aducción del pulgar hacia dentro de la palma, mantener la mano abierta y los dedos extendidos la mayor parte del tiempo, mantener la mano en puño continuamente; extensión continua del dedo gordo del pie o flexión de todos los dedos de los pies. Se explora la presencia de tremulosidad excesiva o reacciones de estremecimiento exageradas. Todo esto puede relacionarse con alguna lesión del sistema nervioso central.

La calificación del examen se hace en términos de si el bebé entra en los parámetros de la normalidad y sus variaciones. Cada parámetro del examen tiene una calificación óptima o de desviación de lo normal. Luego todos los resultados se suman en una calificación total de “grado óptimo”. El examen es útil para detectar enfermedades de los movimientos y otras disfunciones neuromusculares. La presencia de alto tono muscular o contracturas también sugiere una alteración del sistema nervioso central.

En el niño con una enfermedad neuromuscular pueden observarse las posturas anormales de las manos y pies antes mencionadas, como mantener la mano empuñada todo el tiempo, temblores y mioclonías, convulsiones, anormalidades en los movimientos oculares, falta de orientación visual y auditiva, y dificultad para mamar. En los bebés que resultan con hemorragias intraventriculares se observa al principio hipertonicidad, más notable en los brazos, movilidad excesiva, temblores y estremecimientos; hay también exageración de los reflejos primitivos y falta de orientación visual y auditiva. Cuando la hemorragia es más grave (grado 2), hay disminución del tono muscular y de la movilidad en general, poca reactividad y ausencia de respuestas de orientación.

El examen de Dubowitz resulta también útil para detectar leucomalacia periventricular, enfermedad en la que puede haber un examen neurológico tradicional que sea normal o con signos muy sutiles. El bebé que ha sufrido estas lesiones desde hace varias semanas puede mostrarse irritable, suele haber hiperextensión del cuello y anormalidades en los movimientos de los miembros, tales como movimientos estereotipados o contracciones marcadas. Hay también temblores frecuentes y estremecimientos.

El método de evaluación neuroconductual de Amiel-Tison

Claudine Amiel-Tison y su grupo (Gosselin, Gahagan y Amiel-Tison, 2005) han desarrollado a través de los años una técnica de evaluación del neonato y han extendido su método de evaluación hasta los seis años de vida con diferentes juegos, siempre relacionados en términos de lo que se busca evaluar. Han diseñado una técnica de evaluación del neonato que dura aproximadamente cinco minutos y que requiere de cierto entrenamiento. Su propósito es detectar anormalidades que

más tarde podrían traducirse en parálisis cerebral, enfermedades neuromusculares o alteraciones en el funcionamiento conductual del niño (Lipkin, 2005).

El propósito de la detección es instituir una intervención temprana una vez detectados los problemas. La evaluación pone mucho énfasis en la conducta motriz del neonato, los movimientos del tronco y los miembros, y consta de 35 parámetros

Con base en la observación cuidadosa y la maduración embriológica del sistema nervioso, han enfatizado sobre todo la exploración visual de la conducta espontánea del bebé y de la capacidad organizativa de éste, con mucho menor énfasis en el examen de reflejos neuromusculares.

Estos últimos se refieren al funcionamiento de la parte más primitiva del sistema nervioso central, es decir, la médula espinal y el tallo cerebral; en cambio, la conducta y capacidad organizativa del neonato dependen más bien de estructuras evolutivamente más recientes, como los lóbulos cerebrales y los ganglios basales.

Las funciones “superiores” van madurando en forma descendente, de la cabeza a los pies; por contraste, las funciones controladas por la médula espinal y el tallo cerebral van madurando en sentido opuesto, de los pies hacia arriba.

La evaluación neuroconductual de Brazelton

Brazelton diseñó un método de evaluación conductual del recién nacido que ha sido estandarizado y evaluado en muchos centros (Brazelton, 1984). La evaluación para propósitos de investigación requiere de un entrenamiento específico, para lograr confiabilidad al calificar las conductas y respuestas del niño; sin embargo, en muchas partes del mundo se utilizan elementos o secciones de ella como medio de enseñanza para los padres y para valorar el estado conductual y preferencias sensoriales del recién nacido.

La evaluación tiene dos componentes: una parte evalúa funciones neurológicas o reflejos y la otra sus respuestas a otros estímulos y la capacidad para adaptarse al medio y a la interacción con otras personas.

Es importante notar el estado neurológico en el que es posible obtener la respuesta. Aunque la evaluación es muy útil para ayudar al clínico y a los progenitores a identificar las preferencias específicas y capacidades de cada bebé, no tiene mucha significancia en términos de pronosticar el funcionamiento del bebé a largo plazo.

Los componentes principales de la evaluación son:

- Parte neurológica:
- Reflejo tónico del cuello
- Reflejo de Moro

- Reflejo de pararse y dar pasos
- Reflejo de gatear
- Reflejo de succión y de náusea
- Reflejo de hociqueo
- Reflejo plantar
- Reflejo palmar
- Clono en el tobillo
- Reflejo de Babinski
- Estimulación de nistagmo (con movimientos horizontales del cuerpo del bebé)
- Tono muscular general
- Madurez motriz general

Las respuestas a estímulos y conductuales principales son (entre paréntesis se anota el estado en el que es mejor buscar la respuesta):

- Respuesta de habituación a la luz (1,2,3)
- Respuesta de habituación al sonido de una sonaja (1,2,3)
- Respuesta de habituación al sonido de una campanilla (1,2,3)
- Orientación hacia un estímulo visual inanimado y a uno animado (4, 5)
- Orientación hacia un estímulo auditivo inanimado y uno animado (4, 5)
- Ser tirado lentamente de las manos, hacia delante, para sentarlo
- Acurrucarse en los brazos (4,5)
- Movimientos de defensa (3,4,5)
- Grado de consolabilidad (6 a 4,3,2)
- Grado máximo de excitación (todos los estados)
- Nivel de irritabilidad y actividad (todos mientras esté despierto)
- Tremulosidad (todos)
- Labilidad del color de la piel (todos)
- Actividades de autocalma (con mano hacia la boca) (6 a 4,3,2,1)
- Sonrisas (todos)
- Dificultad para lograr que ponga atención
- Presencia de estremecimientos (3,4,5,6)
- Capacidad del bebé para reforzar a otros (conductualmente)
- Suavidad con que pasa de un estado a otro (todos)

La habituación se evalúa por medio de la disminución de la respuesta a estímulos similares a medida que éstos se repiten, por ejemplo, en la habituación a la luz, el examinador alumbra con una lámpara los ojos cerrados del bebé mientras éste está en etapa de sueño profundo. Con la iluminación inicial el bebé responde, ya sea despertando, haciendo gestos o volteando su cabeza a un lado. Con las

iluminaciones subsiguientes esta respuesta va haciéndose menor, hasta que con estímulos subsecuentes no hay respuesta.

Se califica más alto a los bebés que se habitúan más pronto y siguen durmiendo a pesar de la luz, el ruido de una campanita o el ruido de la sonaja.

Se evalúa la respuesta a estímulos visuales y auditivos, tanto inanimados como humanos. Hay que determinar el grado de respuesta del bebé ante estímulos novedosos. Los padres del bebé en general se sorprenden y se sienten orgullosos cuando el recién nacido, en estado de alerta en calma, es capaz de seguir con la mirada o la cabeza un objeto o la cara del examinador durante un corto período, hacia un lado y otro de la línea media. Se califica más alto a los bebés que muestran una mayor capacidad de respuesta a estos estímulos.

Un aspecto más de esta evaluación es el grado de consolabilidad del bebé. Consiste en valorar el trabajo que le cueste al examinador lograr calmar al niño o niña cuando está llorando. Puede que todo lo que requiera sea ver la cara de la persona, que necesite que le hablen o ser tomado en brazos y arrullado. Se connota como más competente al bebé que requiere menor intervención externa para calmarse. Algunos bebés pronto aprenden a consolarse llevando su mano a la boca y succionándola.

La escala permite apreciar el grado de organización conductual del bebé y sus “preferencias perceptivas” (pues algunos niños responden sobre todo a estímulos auditivos, mientras que otros lo hacen preferentemente a los visuales). Algunos son muy sensibles a la sobreestimulación y necesitan mayor delicadeza en su manejo, mientras que otros prefieren ser estimulados de manera más intensa.

La evaluación de Brazelton ayuda a familiarizar a los padres con las peculiaridades conductuales de su bebé (Brazelton, 1994), y puede facilitar a que traten al bebé como él lo necesita y verlo desde este momento como una persona única.

Otro efecto de la realización de este examen en presencia de los padres es que les ofrece algunas ideas de cómo interactuar con el bebé, así como a reconocer sus diferentes estados, sobre todo el de alerta en calma que es el óptimo para la interacción social (Brazelton y Cramer 1990).

Esta evaluación no permite hacer predicciones a largo plazo sobre cómo será el bebé en los futuros meses; es decir, no debe usarse como una prueba diagnóstica para pronóstico a largo plazo, pues no se ha demostrado su utilidad en esta área.

Examen de los patrones de motilidad del neonato de Prechtl

Prechtl y su grupo, actualmente en Graz, Austria (Einspieler y Prechtl, 2005), usan un método distinto para la evaluación del estado neuroconductual del recién nacido y del bebé de pocos meses. En vez de la evaluación tradicional, que hace

énfasis en el examen neurológico formal del bebé y en sus reflejos, este grupo señala que la presencia o ausencia de determinados reflejos no ayuda a detectar la existencia de daño neurológico o parálisis cerebral en el neonato, ni tienen un valor pronóstico claro, excepto en casos extremos. Prefieren enfocarse en la evaluación funcional y naturalística del recién nacido y lactante pequeño a través de observar sus “movimientos generales” (Prechtl, 2001). Para esto, observan los movimientos espontáneos del niño mientras está en los estados de alerta y calma y alerta activo. Los movimientos del bebé deben ser suaves, elegantes, fluidos y variados.

El neonato mueve los brazos no sólo para arriba y abajo, sino también los rota sobre su eje; lo mismo ocurre con las piernas. Estos movimientos tienden a ser elípticos y como de retorcimiento lento del miembro en cuestión (*writhing movements*). Cuando se observan movimientos variables, suaves y rítmicos, se puede afirmar que el bebé está neurológicamente sano; por el contrario, si son bruscos, monótonos y repetitivos, hay correlación con una dificultad neurológica.

Los movimientos no tienen la espontaneidad y cualidad de ser impredecibles como en el bebé normal, sino un patrón repetido y brusco.

El examen de Prechtl requiere la observación cuidadosa del bebé sin procedimientos invasivos ni maniobras inusuales. Este autor y sus colaboradores (Cioni, Ferrari y Prechtl, 1989) han estandarizado la observación de los movimientos generales y su calificación. Han demostrado, por ejemplo, la existencia de movimientos anormales desde las primeras etapas de la vida en algunos casos de anormalidad neurológica.

Por norma general, los movimientos cambian de naturaleza a los tres meses de vida. En vez de aquellos movimientos como de retorcimiento, el lactante presenta más adelante pequeños movimientos “inquietos” de brazos y piernas; éstos son pequeños movimientos circulares de brazos y piernas, de poca amplitud y velocidad moderada que ocurren en el cuello, tronco y miembros y en todas direcciones. Se presentan continuamente mientras el bebé está despierto, excepto cuando enfoca su atención. Pueden ocurrir al mismo tiempo que otros movimientos tales como dar patadas, movimientos oscilatorios y movimientos amplios de los brazos.

La evaluación de la capacidad de regulación del neonato

Als y sus colaboradores (1992, 2005) han descrito un método de evaluación del neonato. Originalmente su uso fue diseñado para el examen neurofisiológico y sensorial del neonato en la sala de cuidados intensivos; sin embargo tiene aplicación para todo recién nacido. Consiste en una evaluación muy fina y detallada no sólo de los aspectos neurológicos del bebé, sino toma en cuenta en gran proporción las capacidades organizativas y fisiológicas del bebé y la calidad de su comportamiento en general. Por ejemplo, pone énfasis en la importancia de la capacidad del neonato para mantener la atención sobre un objeto.

Todas las estrategias mencionada pueden ayudar al clínico a vigilar al bebé, observar sus capacidades únicas y mostrárselas a los padres, subrayando que el bebé es desde el principio un individuo único, con preferencias, un estilo de ser y que requiere de cuidados sensibles para su desarrollo óptimo.

Referencias

1. Als, H., 1992. Individualized, family-focused developmental care for the very-low-birthweight preterm infant in the NICU. En: S.L. Friedman, M.D. Sigman, eds. 1992. *The Psychological Development of Low Birthweight Children*. Norwood: Ablex Publishing Co., pp.341-388.
2. Als, H., Butler, S., Kosta, S., McAnulty, G., 2005. The assessment of preterm infants' behavior (APIB). Furthering the understanding and measurement of neurodevelopmental competence in preterm and full-term infants. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, pp.94-102.
3. Bax, M., Hart, H., Jenkins, S.M., 1990. Early enfant development. En: *Child Development and Child Health*. Londres: Blackwell Scientific Publications, pp.1-44.
4. Brazelton, T.B., 1984. *Neonatal behavioral assessment scale*, 2a ed. Spastics International Medical Publications, Blackwell Scientific Publications, J.B. Lippincot.
5. Brazelton, T.B., 1994. Behavioral competence. En: G.B. Avery, M.A. Fletcher, M.G. MacDonald, eds. 1994. *Neonatology, Physiopathology and Management of the Newborn*. 4a ed. Filadelfia: J.B. Lippincot, pp.289-300.
6. Brazelton, T.B., Cramer, B.G., 1990. The Dawn of Attachment. En: *The Earliest Relationship. Parents, Infants and the Drama of Early Attachment*. Addison-Wesley, pp.17-32.
7. Cioni, G., Ferrari, F., Prechtl, H.F.R., 1989. Posture and spontaneous motility in full-term infants. *Early Human Development*, 18, pp.247-262.
8. Condon, W., 1974. Speech makes babies move. *New Scientist*, pp. 624-627.
9. Corbo, M.G., Mansi, G., Stagni, A., Romano, A., Van den Heuvel, J., Capasso, L., Raffio, T., Zoccali, S., Paludetto, R., 2000. Nonnutritive sucking during heelsitck procedure decreases behavioral distress in the newborn infant. *Biology of the Neonate*, 77, pp.162-167.
10. DeCasper, A.J., Spence, M.J., 1991. Auditory mediated behavior during the perinatal period. A cognitive view. En: M.J.S. Weiss, P.R. Zelazo, eds. 1991. *Newborn attention: Biological constraints and the influence of experience*. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing.
11. Dubowitz, L., Dubowitz, V., Mercuri, E., 1999. The neurological assessment of the preterm and full-term newborn infant. *Clinics in Developmental Medicine*, 148.

12. Dubowitz, L., Ricci, D., Mercuri, E., 2005. The Dubowitz neurological examination of the full-term newborn. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, pp.52-60.
13. Einspieler, C., Prechtl, H.F.R., 2005. Prechtl's assessment of general movements: a diagnostic tool for the functional assessment of the young nervous system. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, pp.61-67.
14. Farroni, T., Johnson, M.H., Menon, E., Zulian, L., Faraguna, D., Csibra, G., 2005. Newborns' preference for face-relevant stimuli: Effects of contrast polarity. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102(47), pp.17245-17250.
15. Field, T., 1990. *Infancy*. Harvard: Harvard University Press, pp.1-40
16. Field, T., 1992. Infants of Depressed Mothers. *Development and Psychopathology*, 4, pp.49-66.
17. Fifer, W.P., Moon, C., 1998. Auditory experience of the fetus. En: W.P. Smotherman, S.R. Robinson, eds. 1998. *Behavior of the Fetus*. Caldwell, Nueva Jersey: The Telford Press, pp.175-188.
18. Francis, P.L., Self, P.A., Degen Horowitz, F., 1987. The Behavioral Assessment of the Neonate, An Overview. En: J. Doniger Osofsky, ed. 1987. *Handbook of Infant Development*. Nueva York: John Wiley and Sons, pp.723-779.
19. Gosselin, J., Gahagan, S., Amiel-Tison, C., 2005. The Amiel-Tison neurological assessment at term: Conceptual and methodological continuity in the course of follow-up. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 11, pp.34-51.
20. Graven, S.N., 2004. Early neurosensory visual development of the fetus and newborn. *Clinics in Perinatology*, 31, pp.199-216.
21. Gunnar, M.R., Porter, F.L., Wolf, C.M., Rigatuso, J., Larson, M.C., 1995. Neonatal stress reactivity: predictor of later emotional temperament. *Child Development*, 66(1), pp.1-13.
22. Hernández, J.A., Fashaw, L., Evans, R., 2005. Adaptation to extrauterine life and management during normal and abnormal transition. En: P.J. Thureen, J. Deacon, J.A. Hernández, D.M. Hall, 2005. *Assessment and care of the well newborn*. San Luis, Missouri: Saunders Elsevier, pp.83-109.
23. Howell, R.R., 2006. We need expanded newborn screening. *Pediatrics*, 117(5), pp.1800-1805.
24. Klaus, M.H., Klaus, P.H., 1998. *Your amazing newborn*. Reading, Massachussetts: Perseus Books.
25. Kuhl, P.K., Andruski, J.E., Chistovich, I.A., Chistovich, L.A., Koshevnikova, E.V., Ryskina, V.L., Stolyarova, E.I., Sundberg, U., Lacerda, F., 1997. Cross-language analysis of phonetic units in language addressed to infants. *Science*, 277, pp.684-686.

26. Lebovici, S., 1983. *Le Nourrison, la Mere et le Psychanaliste. Les Interactions Precoces*. París: Editions du Centurion, pp.148-157.
27. Lipkin, P., 2005. Towards creation of a unified view of the neurodevelopment of the infant. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, pp.103-106.
28. Lipsitt, L.P., 2002. Early experience and behaviors in the baby of the twenty-first century. En: J. Gómez-Pedro, J.K. Nugent, J.G. Yong, T.B. Brazelton, 2002. *The infant and family in the twenty-first century*. Nueva York: Brunner-Routledge, pp.55-78.
29. Maldonado-Durán, J.M., 1996. La conducta del recién nacido normal. En: L. Jasso-Gutiérrez, ed. 1996. *Neonatología. Temas de Pediatría. Asociación Mexicana de Pediatría A.C.* México: McGraw-Hill Interamericana, pp.49-59.
30. Marlier, L., Schaal, B., 2005. Human Newborns Prefer Human Milk: Conspecific Milk Odor. *Child Development*, 76(1), pp.155–168.
31. Papousek, H., Papousek, M., 1987. Intuitive Parenting: A Dialectic Counterpart to the Infants Integrative Competence. En: J. Doniger Osofsky, ed. 1987. *Handbook of Infant Development*. Nueva York: John Wiley and Sons, pp.669-720.
32. Peirano, P., Algarin, C., Uauy, R., 2003. Sleep-wake states and their regulatory mechanisms throughout early human development. *Journal of Pediatrics*, 143, pp.S70-S79.
33. Prechtl, H., 2001. General movement assessment as a method of developmental neurology: new paradigms and their consequences. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, pp.836-842.
34. Prechtl, H., Beintema, O., 1964. *The neurological examination of the full term newborn infant*. Londres: William Heinemann.
35. Rattenborg, N.C., Amlaner, C.J., 2010. A bird's view of the function of sleep. En: P. McNamara, R.A. Barton, C.L. Nunn, eds. 2010. *Evolution of sleep. Phylogenetic and functional perspectives*. Nueva York: Cambridge University Press, pp.145-171.
36. Schaal, B., Hummel, T., Soussignan, R., 2004. Olfaction in the fetal and premature infant: functional status and clinical implications. *Clinics in Perinatology*, 31, pp.261-285.
37. Slater, A., Morison, V., Somers, M., Mattock, Am., Brown, E., Taylor, D., 1990. Newborn and older infant's perception of partly occluded objects. *Infant Behavior and Development*, 13, pp.33-49.
38. Slater, A., 2000. Visual perception in the young infant: early organization and rapid learning. En: D. Muir, A. Slater, eds. 2000. *Infant development. The essential readings*. Oxford: Blackwell Publishers, pp.95-115.

39. Thakkar, M.M., Datta, S., 2010. The evolution of REM sleep. En: P. McNamara, R.A. Barton, C.L. Nunn, eds. 2010. *Evolution of sleep. Phylogenetic and functional perspectives*. Nueva York: Cambridge University Press, pp.197-217.
40. Trevathan, W., 1987. *Human birth. An evolutionary perspective*. Nueva York: Aldine de Gruyter, pp.119-146.
41. Trevathan, W.R., 2005. The status of the normal newborn. En: B. Hopkins, R.G. Barr, G.F. Michel, P. Rochat, eds. 2005. *The Cambridge encyclopaedia of child development*. Nueva York: Cambridge University Press, pp.188-192.
42. Uus, K., Bamford, J., 2006. Effectiveness of population-based newborn hearing screening in England: ages of intervention and profile of cases. *Pediatrics*, 117, pp.1777-1778.
43. Winberg, J., Porter, R.H., 1998. Olfaction and human neonatal behaviour: clinical implications. *Acta Paediatrica*, 87, pp.6-10.
44. Winkler, I., Kushnerenko, E., Horvath, J., Ceponieney, R., Fellman, V., Huotillainen, M., Risto, N., Sussman, E., 2003. Newborn infants can organize the auditory world. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(20), pp.11812–11815.

DEPRESIÓN EN LA ETAPA PERINATAL

Martín Maldonado-Durán y Teresa Lartigue

En este capítulo se describen los principales fenómenos asociados con la depresión durante el embarazo y el postparto, su frecuencia, factores causales, fenomenología, estrategias de tratamiento y detección. También se abordan brevemente sus principales efectos en el bebé.

Todo profesional de la salud debe tener en cuenta la posibilidad de depresión perinatal debido a su frecuencia relativamente alta y por el sufrimiento que causa a la mujer y a quienes la rodean; además, se trata de un trastorno que responde bien al tratamiento.

La mayoría de las mujeres con depresión perinatal no buscan ni reciben una intervención específica (Bonari y cols., 2004). Es necesario que el clínico esté familiarizado con su fenomenología, aprenda a reconocerla, entienda los factores causales y las estrategias de tratamiento, así como la importancia de la intervención temprana.

El estatus nosológico de la depresión postparto *per se* es incierto, en cuanto a que no hay demostración científica de que exista una fenomenología o epidemiología específicas (Brockington, 1996). También es probable que no se trate de un trastorno único, sino de varios estados que, aunque tengan en común los síntomas depresivos, son distintos, con diferentes causas, curso clínico y respuesta al tratamiento. Puede haber variaciones en cuanto a la gravedad de la sintomatología, su momento de aparición antes o después del parto y a los factores asociados. También hay incertidumbre en cuanto a la duración de la depresión mayor postparto. Algunos episodios pueden remitir espontáneamente en unos cuantos meses, mientras que

otros pueden durar hasta un año (Brockington 1996). Sin embargo, en la mente del público la noción de depresión postparto ha ganado popularidad, lo que es de mucha utilidad pues ayuda a las mujeres a identificar sus dificultades, a buscar ayuda y a sentirse menos estigmatizadas cuando se diagnostica el trastorno.

Prevalencia y factores de riesgo

Hay importantes barreras para la detección y tratamiento de la depresión perinatal, pues culturalmente se considera a la gestación como un “período feliz”, y muchas mujeres pueden sentirse culpables por estar tristes o apagadas durante su embarazo o puerperio (Ramaccioti y cols., 2009).

En general, la depresión es unas dos veces más frecuente en las mujeres adultas que en los varones. De hecho en el mundo la depresión en la mujer adulta (de entre 18 y 44 años de edad) es la causa más frecuente de incapacidad para el trabajo (Stewart, 2005). No se sabe con certeza su razón, pero se han sugerido algunos factores que incluyen la situación menos privilegiada de la mujer en la mayoría de las sociedades o los cambios hormonales durante los ciclos menstruales.

La depresión postparto es frecuente, pues ocurre en entre 10 y 20% de las mujeres. Una encuesta reciente en Brasil con 240 participantes mostró una prevalencia de 19% (Lovisi y cols., 2005). Muchas de las mujeres que padecen depresión puerperal han estado deprimidas también durante el embarazo.

Se estima que 5% de las gestantes en los Estados Unidos de América sufren de depresión mayor (Oren y cols., 2002). Un estudio epidemiológico en este país (Cohen y Rosenbaum, 1998) encontró una frecuencia de 10% de depresión mayor en embarazadas.

La frecuencia de depresión puede ser aún mucho mayor en mujeres que están expuestas a más factores de riesgo. Estudios epidemiológicos con mujeres que viven en condiciones de pobreza, que tienen ya otros hijos pequeños en la casa y que son madres solteras, encuentran una frecuencia más alta de la mencionada. Lo mismo se ha encontrado en algunos países del tercer mundo donde hay una prevalencia endémicamente alta de pobreza y muchos factores de riesgo adicionales.

Factores de riesgo

Aunque es tentador pensar que la depresión postparto tiene una causa principalmente hormonal (por ejemplo, debido a la caída de niveles de progesterona y estrógenos en esta etapa), la mayoría de la evidencia indica que ésta no es su causa principal, sino que más bien señala que las principales causas de depresión postparto son de índole psicosocial; es decir que la situación real en que se encuentra la gestante o la mujer que acaba de dar a luz es la que determina que sufra de depresión.

Los principales factores de riesgo son:

- Una pareja que no ofrezca apoyo emocional a la compañera. Aunque el compañero esté presente en la casa, la mujer no puede hablar con él de cómo se siente, o éste le dice simplemente que no piense en esas cosas y que trate de sentirse mejor. Muchos hombres no están acostumbrados a hablar de sentimientos y no saben cómo responder cuando su esposa dice sentirse triste, abrumada, incierta sobre cómo cuidar al bebé o con miedo al futuro. Otro factor de riesgo es no tener un compañero o ser madre soltera.
- Antecedentes de pérdidas tempranas. Esto puede involucrar haber perdido a uno de sus padres antes de los 10 años de edad o haber perdido contacto con alguno de ellos por abandono o separación.
- Haber sido objeto de negligencia, maltrato físico, emocional o sexual en la infancia. Estas experiencias predisponen a la mujer a tener depresión en la edad adulta. No se trata de fenómenos tan raros; se piensa que alrededor de 15 a 20% de mujeres ha sido objeto de alguna forma de abuso sexual antes de alcanzar la edad adulta. Los maltratos crean una vulnerabilidad emocional importante en la persona e incluyen negligencia, abuso psicológico, críticas excesivas por un progenitor, así como maltrato físico y sexual (Bifulco y cols., 2002).
- Aislamiento social. Es decir, el hecho de que la mujer no tenga una red de personas que la apoyen emocionalmente. También que tenga poca oportunidad de contar con su familia extendida (su madre, padre, hermanos, otros parientes) o poco contacto con amigas o compañeras que pudieran ayudarla o escucharla.
- Factores de estrés socioeconómico. Dificultades económicas, no poder pagar los diversos servicios esenciales (corriente eléctrica, etc.) o el acceso a servicios como los cuidados médicos. Otros son vivir en un medio habitacional difícil, peligroso, donde haya pocas oportunidades de recreación.
- Atención de otros niños pequeños en su hogar. Los niños pequeños requieren de una gran inversión de tiempo y cuidados, y si hay varios de ellos antes del presente embarazo pueden causar que la gestante se sienta abrumada.
- Mala relación con los padres o separaciones prolongadas (pérdida de uno o ambos padres en la infancia). Una mujer que ha tenido falta de relación con sus padres puede tener mayor dificultad para asumir este nuevo papel en su vida cuando ella misma está a punto de hacer la transición a la parentalidad.
- Episodios depresivos previos.

En un estudio realizado por Murray y colaboradores (Murray, 1995) se hizo una revisión de las características de 232 mujeres con depresión, algunas postparto y otras no, buscando las diferencias entre ellas. Se encontró que las mujeres con depresión postparto tenían antecedentes de haber tenido una mala relación con sus padres y mayores dificultades ocupacionales. La depresión no postparto se asoció con menor ingreso económico, la presencia de tres o más niños en casa y mayor insatisfacción con su trabajo. La fenomenología de la depresión fue la misma.

Se ha sugerido que los anticuerpos antitiroideos pueden contribuir a una baja de tiroxina (T_4) en la sangre y el consiguiente mal estado de ánimo, bajo nivel de energía, cansancio, etc. Durante el embarazo hay un aumento en la concentración sérica de globulina ligadora de hormonas y hay un aumento de la T_3 y T_4 (Harris, 1994). Después del parto también hay un súbito cambio en estas concentraciones. Es probable que hasta 5% de mujeres en la etapa postparto sufran de un hipotiroidismo pasajero. Se ha demostrado una asociación entre la presencia de anticuerpos antitiroideos y la depresión postnatal.

Por otra parte, los anticuerpos antitiroideos se presentan en 10% de las mujeres normales. Es fácil estudiar los anticuerpos antitiroideos en la etapa postparto. Adicionalmente, la depresión mayor en sí también está asociada con cambios en el funcionamiento tiroideo.

Durante el embarazo la cantidad de progesterona y estrógenos es muchas veces mayor que después de él. En el postparto hay una súbita caída en la cantidad de dichas hormonas, lo que ha sugerido como factor contribuyente la baja en el nivel sanguíneo de progesterona y la elevación del nivel de cortisol.

Existe una correlación entre la elevada concentración de cortisol y el mayor sentimiento de tristeza postparto. Como se sabe, los corticosteroides suelen estar elevados en personas que sufren de depresión mayor.

En cuanto a la progesterona, se ha observado que tiene efectos sedantes en varios animales y puede que ello ocurra a través de la facilitación del sistema de ácido gamma-amino butírico en el sistema nervioso central. Hace tiempo hubo gran entusiasmo por el uso de progesterona para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo postparto, y muchos clínicos piensan que es útil aunque no haya estudios definitivos a ese respecto. No se ha podido demostrar una clara asociación entre la tristeza postparto y los cambios en el estradiol sanguíneo.

Manifestaciones clínicas

Tristeza postparto (*blues*)

La tristeza postparto no es realmente un trastorno *per se*. Es un problema pasajero que se estima ocurre en hasta 50 a 60% de mujeres y consiste en labilidad emocional, tristeza, sentimientos de temor hacia el futuro, dudas sobre su competencia como madre y llanto fácil. No es un trastorno grave y cede por sí solo en unas cuantas semanas.

La recuperación del estado de tristeza postparto sólo requiere de tranquilizar a la madre y a quienes la rodean. Suele aparecer hacia el cuarto o quinto día posterior al parto. Se estima que algunos factores que predisponen a la aparición de estos sentimientos son: antecedente de síndrome de tensión premenstrual, grado de aumento de peso durante el embarazo y supresión súbita de progesterona después del parto.

Depresión durante el embarazo o período postparto

La depresión es un trastorno que se considera “dimensional”, es decir, que los sentimientos que se experimentan durante una depresión son anormales debido a que muchos de ellos pueden ocurrir en cualquier persona en forma pasajera o en grado ligero. Sólo se consideran un trastorno cuando por su gravedad, frecuencia y repercusión son excesivos en el funcionamiento psicosocial de la mujer, lo que quiere decir que muchas personas pueden sentirse tristes o abrumadas en forma pasajera, pero cuando la mujer se siente intensamente triste la mayor parte del tiempo o tiene pensamientos pesimistas o de auto-culpa persistentes, deseos de morir o de suicidarse, se consideran como sentimientos anormales y parte de un trastorno depresivo.

La depresión tiende a coexistir con síntomas de ansiedad (Heron y cols., 2004). Al principio, o cuando la depresión no es grave, puede ser difícil distinguir los síntomas depresivos de las quejas comunes durante el embarazo o puerperio (como cansancio, dolores vagos, falta de energía, dificultades para dormir). En la gestante la depresión se asocia con una mala alimentación y falta de búsqueda de cuidados prenatales. Adicionalmente, la mujer tenderá a fumar y a usar alcohol con mayor frecuencia, y tendrá mala higiene personal (Stewart, 2005). Entre más deprimida se encuentre, la naturaleza del problema hará que busque menos ayuda y no recurra a servicios para mejorarla.

La depresión es relativamente fácil de diagnosticar si el clínico hace preguntas a la persona deprimida y está dispuesto a escuchar sus respuestas. Por supuesto que debe haber un clima mínimo de confianza entre la mujer y el entrevistador, aunque la mayoría de las personas deprimidas expresan abiertamente sus sentimientos y hablan de su estado de ánimo si se les pregunta.

Una de las barreras para detectar la depresión está en la opinión generalizada de que el embarazo y el puerperio deben ser etapas llenas de felicidad y que no debe haber lugar para la tristeza, lo que puede hacer que el clínico sólo “quiera oír” pensamientos optimistas y, sin darse cuenta, transmita este mensaje a la paciente. Otra barrera está en la misma mujer, quien puede sentir culpa por no estar enteramente feliz ante la situación actual, pues “debería estar contenta”. La familia también puede ejercer presión para que no verbalice los sentimientos negativos que de hecho tiene. No obstante todo esto, si el clínico observa a una mujer que parece intensamente triste, exhausta, abrumada por la responsabilidad futura o presente del bebé, excesivamente tensa y preocupada, debe preguntar invariablemente cómo se siente. El clínico también puede explicar a la mujer que durante el embarazo y después del parto puede haber otros sentimientos como el temor, la tristeza, la incertidumbre, entre otros, a pesar de que se trata de una etapa de felicidad, lo que puede abrir la puerta para que exprese sus sentimientos de manera más franca.

Las manifestaciones clínicas más comunes de la depresión son:

- Tristeza la mayor parte del tiempo.
- Pensamientos pesimistas sobre el futuro (todo irá mal, tengo mala suerte, seguramente habrá complicaciones, no seré una buena madre, etcétera).
- Pensamientos de autorreproche (debería ser mejor madre, trabajar más duro, hacerlo todo en la casa, no sentirme cansada, atender mejor al marido, etcétera).
- La paciente puede sentirse abrumada por su situación presente, por ejemplo, no poder llevar a cabo el embarazo, no poder cuidar al bebé o sentirse aterrada de estar sola con el niño en la casa por temor a no poder satisfacer sus necesidades (amamantarlo, bañarlo, cambiarlo).
- La paciente puede informar que siempre está triste, sin animarse para nada, sin deseos de salir ni de arreglarse, dificultad para moverse y salir de la cama, cansancio permanente o dormir muchas horas.
- En ocasiones, en vez de tristeza y llanto fácil, hay marcada irritabilidad hacia el marido, el bebé y otros parientes. Puede sentirse fácilmente exasperada y al borde de perder la paciencia ante las más pequeñas frustraciones. Puede tener deseos intensos de comer más de lo normal o de comer chocolates u otros dulces. El caso contrario también es frecuente: que pierda el apetito y no pueda dormir al irse a acostar (insomnio) o que se despierte muy temprano en la mañana sin poderse volver a dormir. Puede también tener pensamientos negativos sobre el bebé que la aterran, como temer dañarlo, tirarlo, sofocarlo u olvidarse de él.

Trastorno en el vínculo madre-bebé

Se han observado múltiples casos en que la depresión en la madre provoca la desaparición de los sentimientos maternos y de ternura normales para con su hijo, o bien que tenga pensamientos o acciones hostiles hacia el recién nacido, constituyendo un verdadero trastorno de la relación entre la madre y el bebé (Brockington y cols., 2001; Klier, 2006).

En algunas culturas menos occidentalizadas la fenomenología de la depresión puede ser distinta. Si se les pregunta a las mujeres si se sienten tristes o culpables niegan estos sentimientos; no hay autorreproches ni sensación de culpa intensa. Puede ser que en culturas menos “verbales”, donde las personas no están acostumbradas a hablar de sus sentimientos, la depresión se manifieste más bien por un gran “cansancio” o agotamiento constante.

En algunos grupos sociales se utilizan palabras como “agotamiento” o “cansancio” para indicar el equivalente de un estado depresivo. La mujer más bien informa que a menudo le duele la cabeza, la espalda, que no tiene energía y puede haber sentimientos de sospecha y recelo hacia los demás (sentir que no la quieren, que hablan mal de ella, que le tienen envidia, que tramán algo en su contra, etcétera).

En los Estados Unidos de América se han hecho investigaciones con mujeres latinas provenientes del medio rural y se ha observado que si se les pregunta si se sienten deprimidas es probable que digan que no, pero si se les pregunta por los síntomas psicósomáticos que suelen acompañar a la depresión (mencionados arriba), es mucho más fácil que admitan tenerlos.

En el caso de familias de tipo nuclear, la mujer puede no contar con el apoyo de su familia extendida y hablar sólo con su marido respecto a sus sentimientos. A veces la respuesta es muy positiva y de apoyo, pero por desgracia y con frecuencia el marido no sabe cómo responder ante estas verbalizaciones de frustración, tristeza o miedo, y en vez de escuchar a su compañera, trata de tranquilizarla con el argumento de que “no hay razón” para sentirse así y que debería tratar de sentirse más contenta. Esta respuesta se añade a la frustración que ella ya está sufriendo, pues se siente incomprendida y es incapaz de salir de su estado depresivo sólo con “fuerza de voluntad”.

Existen algunas manifestaciones adicionales que pueden presentarse: cuando la depresión es grave la madre puede experimentar una sensación de futilidad y sentimiento de que no vale la pena vivir, y por lo tanto ayudaría a su niño si ambos murieran. La nueva madre puede pensar que no valió la pena traerlo al mundo a sufrir. Los casos de infanticidio son raros cuando la mujer sólo está deprimida y no psicótica, pero el clínico debe tenerlo siempre en consideración.

La mujer deprimida tendrá un mayor riesgo de abuso de sustancias ilegales o drogas, de alcohol, y un pobre cuidado prenatal; es decir, tiende a no cuidarse (Miller, 1991).

Otro problema es la baja ingesta de comida y el consecuente poco aumento de peso, que también puede tener consecuencias desfavorables para el bebé y su crecimiento in útero. Cuando una mujer ya ha tenido un episodio de depresión mayor postparto, tiene un riesgo de aproximadamente 25% de sufrir una recurrencia en un parto subsiguiente (Wisner y cols., 2004).

Intervención clínica y tratamiento

Por desgracia la mayoría de las mujeres deprimidas no reciben tratamiento. Estudios realizados en los Estados Unidos de América demuestran que menos de 10% de las mujeres que sufren depresión en la etapa perinatal buscan o reciben tratamiento (Bonari y cols., 2004; Marcus y cols., 2003). El primer paso para el tratamiento de la depresión en el embarazo o postparto es su detección e identificación. El personal de salud primaria (el médico familiar, el personal de enfermería, el ginecoobstetra o el pediatra del niño) está en condiciones de detectarla, ya sea en forma sistemática o cuando observan “signos de alarma” (múltiples quejas psicósomáticas, cansancio, dolores inexplicados, llamadas recurrentes en busca de ayuda, llanto intenso o semblante muy triste).

Existen varios instrumentos de detección o tamizaje de la depresión; breves cuestionarios, fáciles de leer y que se contestan en unos cuantos minutos, como la escala de Edimburgo, la de Beck o la de Hamilton. Es importante considerar que aunque se identifique a una mujer como deprimida, en muchos casos sorprende que reconozcan que no aceptarían ser entrevistadas por un psiquiatra o un profesional de salud mental, sino que prefieren hablar con una enfermera u otro profesional de salud primaria (Brockington, 1996).

Intervenciones psicosociales

Las principales formas de intervención psicológica son:

- 1) Apoyo psicosocial a la mujer y/o familia.
- 2) Alguna forma de psicoterapia, por ejemplo la psicoterapia interpersonal o la cognoscitivo conductual, que han sido las más estudiadas.
- 3) Terapias complementarias o alternativas, y
- 4) Uso de medicamentos en casos de suficiente gravedad (Musters, McDonald y Jones, 2008).

Apoyo psicosocial

La mayoría de las pacientes con depresión o marcada tristeza puede beneficiarse con un mayor nivel de apoyo interpersonal que puede brindar preferentemente la madre de la parturienta, alguna hermana, su marido o compañero, amigas o parientes como la suegra o una cuñada emocionalmente cercana.

Es necesario indicar a la nueva madre que los sentimientos de tristeza son comunes, pues haber dejado de estar embarazada y el que su bebé ya no esté adentro de ella, pueden producir una sensación de pérdida y en esta etapa vulnerable es natural que se necesite más ayuda, compañía y apoyo.

En presencia de un trastorno depresivo marcado es necesario preocuparse debido a su gravedad, la cual depende del número e intensidad de los síntomas que presente, así como del riesgo que hay para el niño en términos de si su madre podría cuidarlo por sí sola.

En algunos países europeos como Alemania, Francia o Inglaterra, cuando la mujer está gravemente deprimida, se la puede ingresar al medio hospitalario junto con su bebé en una unidad especializada “madre-bebé”.

Los métodos de intervención por medio de apoyo psicosocial suelen ser eficaces cuando la depresión no es muy grave y la embarazada o recién parida no se encuentra “paralizada” por la depresión, o se siente totalmente incapaz de hacer frente a la situación. El clínico puede ayudar a la mujer deprimida a buscar oportunidades de estar con otras personas, visitar o ser visitada por seres queridos, lograr que éstos le den apoyo y que le brinden ayuda práctica. Se requiere que la paciente no tenga temor de ser “dependiente” de otros de manera temporal.

Psicoterapia de apoyo

Muchos profesionales de atención primaria, como obstetras, enfermeras, pediatras, etc., hacen intervenciones de salud mental al escuchar, contener y asistir a sus pacientes en forma cotidiana. Para algunas pacientes es muy importante ser escuchadas y tener la sensación de que alguien entiende por lo que están pasando, lo que en sí ya representa un elemento terapéutico. Esta forma de apoyo tiene como objeto acompañar a la mujer en su nueva situación y ayudarla a hacerle frente.

Un ingrediente importantes es “normalizar” sus sentimientos; es decir, que no se la haga sentir como una fracasada, sino señalar que muchas mujeres enfrentan un problema similar.

Es necesario escuchar los sentimientos, temores y fantasías de la futura o nueva madre y no insistirle en que “debería sentirse” de otro modo. Es importante también

que el clínico “contenga” las emociones y pensamientos de la mujer, aunque éstos consistan en ambivalencia hacia el bebé, resentimiento por todo lo que su presencia requiere, la sensación de impotencia, no poder hacer frente a la situación, etcétera.

Se debe ayudar a la futura o nueva madre a no estar aislada de la compañía de otras personas queridas, parientes o amigos. El clínico puede llamar al marido o compañero y explicarle que la paciente está sufriendo de depresión, informar de los síntomas y sugerir formas concretas de ayuda. Muchos de ellos no dudarán en proporcionársela.

Psicoterapia interpersonal

Se ha demostrado empíricamente la utilidad de la psicoterapia interpersonal. Se trata de una psicoterapia de apoyo emocional con algunos componentes psicodinámicos pero que no de tipo psicoanalítico (Spinelli, 1997). Esta variedad puede realizarse individualmente, en grupos de mujeres o parejas.

El terapeuta se enfoca en el estilo de relaciones de la persona y la ayuda a encontrar una red de apoyo. Algunos terapeutas exploran esto basándose en la historia de apego (de la paciente con sus propios padres) y sus modelos de trabajo de las relaciones interpersonales. Se suele trabajar en el cambio de rol que experimenta la mujer debido a la transición a la maternidad. Se exploran las nuevas demandas que habrá sobre ella y cómo repercutirán en su vida, cómo balancear otras obligaciones con los requerimientos del bebé.

La terapia tiene un enfoque en el “aquí y ahora” y se requiere que el terapeuta no dude en dar consejos y sugerencias a la mujer de cómo enfrentar su situación. El terapeuta le explica a la paciente que sufre de depresión y le indica que se trata de un problema frecuente en esta etapa de la vida; enfatiza que los síntomas de depresión no son su culpa y la informa que la depresión es altamente tratable y que suele responder bien al tratamiento.

Otro punto de enfoque son los cambios que tendrán lugar en la relación entre la mujer y su marido o compañero durante el embarazo y después del parto, y la ayuda a comunicar sus necesidades de forma directa al marido. Las sesiones ocurren, de ser posible, cada semana y la terapia es por tiempo limitado, por ejemplo, a 12 sesiones.

Varios estudios muestran que la terapia interpersonal es eficaz en forma individual y grupal (Dennis, 2004). Un estudio de O’Hara y colaboradores (2000) incluyó a 60 mujeres en terapia y 60 en lista de espera. Todas habían sido diagnosticadas con depresión mayor postparto y fueron asignadas al azar a psicoterapia interpersonal durante 12 semanas o a lista de espera. Una mayor proporción de las mujeres que participaron en la terapia tuvo calificaciones más bajas en las escalas de depresión

de Hamilton y de Beck (37% y 43%, respectivamente), en comparación con las mujeres en lista de espera (13% con ambos instrumentos); es decir, hubo mayor remisión de síntomas en el grupo de terapia.

Existen varios manuales para el uso de esta variedad terapéutica (Weissman, Markovitz y Klerman, 2000).

Psicoterapia cognoscitivo conductual

Esta forma de psicoterapia, también breve, ha sido estudiada y ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión. Su objetivo es el alivio de los síntomas depresivos a través de ayuda a la persona para identificar patrones y tendencias cognoscitivas negativas y combatirlas de manera paulatina; es decir, se trabaja en que la mujer tenga menos opiniones negativas de sí misma y de su situación (cogniciones negativas). A través de la terapia se examinan las situaciones y reacciones de la persona deprimida ayudándola a notar las distorsiones en su pensamiento, la tendencia a ver las cosas más negativas de lo que son y de forma pesimista o catastrófica. Esta ayuda mejorará paulatinamente el estado de ánimo de la persona (Beevers e Ivan, 2005).

El pensamiento disfuncional se refiere a hacer atribuciones negativas generales sobre diversas situaciones; por ejemplo, si alguien nos hace algo desagradable, una atribución benigna sería pensar que esa persona estaba teniendo un mal día, o estaba cansada, molesta temporalmente, etc.; una cognición negativa sería pensar que la persona nos odia y que nos ha detestado durante largo tiempo y esto no cambiará. Otro ejemplo sería que si alguien trata mal a la persona deprimida, ésta concluya que le cae mal a todo el mundo y que todos la detestan siempre, lo que significa que, en vez de hacer atribuciones específicas, de tiempo limitado al presente, etc., hace atribuciones globales, ve la situación con ojos pesimistas y piensa que son duraderas e inmodificables.

Durante las sesiones, el foco se centra en situaciones concretas y en los síntomas de la paciente, con lo que el terapeuta ayuda a la mujer a notar estas distorsiones en su pensamiento y a etiquetarlas como lo que son, alteraciones que no tienen base en la realidad. El terapeuta suele asignarle *tareas* a la paciente para que continúe identificando fuera de las sesiones cuáles son sus reacciones, sus distorsiones y los “pensamientos negativos” o falsos. También se le puede dar como tarea el sustituir estos pensamientos por otros menos globales, más centrados a la realidad y sin distorsiones. Otras actividades son disminuir su aislamiento, dar oportunidad a otros de ayudarla, enseñarla a pedir ayuda y a confiar en los demás, etcétera.

Hay pocos estudios sobre la eficacia de esta terapia específicamente en la etapa perinatal. Un estudio realizado en Francia (Carbol y cols., 2000) entre 258 mujeres “en riesgo” de padecer depresión postparto (calificación de 8 o mayor en la escala

de Edimburgo) fueron asignadas al grupo control (30 mujeres) o de terapia (18 mujeres). Las cinco a ocho sesiones ocurrieron en la casa de la paciente. Hubo una tasa mucho mayor de recuperación de los síntomas depresivos en el grupo de terapia (66%) que en el de control (6%).

Es importante señalar que otros estudios han sugerido que no hay mucha diferencia entre el “contenido” de la terapia específica con grupos de apoyo en general donde el intervencionista escucha a la paciente y trata de ayudarla (Cooper y cols., 2003), lo que sugiere la importancia del apoyo psicosocial en general en este momento de la vida.

Otras estrategias terapéuticas

Es cierto que no se puede afirmar científicamente la eficacia de la mayoría de estas estrategias de intervención debido a la falta de estudios de tratamiento y grupos control, con asignación al azar, y otros requisitos metodológicos (Dennis, 2003, 2004). Ninguno de los siguientes tratamientos puede recomendarse como monoterapia, sino más bien como estrategias complementarias (Freeman, 2009), a pesar de que varios de estos métodos han mostrado ser prometedores.

Masaje

El masaje posee un efecto terapéutico tranquilizante y produce cambios bioquímicos que pueden aliviar la depresión (Field, 1998). Puede practicarlo un masajista o en su defecto el esposo, la madre u otra persona adulta a quien se le pueda capacitar para este propósito. Field y sus colaboradores han mostrado los efectos benéficos del masaje en otros problemas como trastornos de ansiedad, y lo han utilizado con éxito en bebés (Field, 1998). Este grupo ha demostrado que practicar el masaje en el bebé ayuda también a la madre, en términos del aumento del nivel sérico de algunas endorfinas, lo que tendría un efecto en el aumento de bienestar. Hay evidencia de que la terapia de masaje produce cambios bioquímicos importantes asociados con un menor nivel de estrés y depresión (Field y cols., 2005), por ejemplo una baja del nivel de cortisol sérico, aumento de la concentración de serotonina y dopamina. Estas dos últimas son neurotransmisores que se piensa que disminuyen durante la depresión, por lo que su aumento se asociaría con una mejoría en el estado de ánimo y nivel de energía.

Un estudio de Field y colaboradores (2004) entre 84 gestantes deprimidas, asignó al azar a mujeres en un grupo de control, uno de relajación muscular y uno de masaje. El masaje era administrado por el compañero de la embarazada, duró 16 semanas y se practicó durante 20 minutos dos veces por semana. El mismo horario se mantuvo para el grupo con relajación muscular. Al final de las 16 semanas había menos síntomas de depresión y ansiedad en el grupo del masaje, con menor frecuencia de

dolor de espalda y de piernas. Estas mujeres tenían niveles séricos más bajos de cortisol y noradrenalina, y más altos de serotonina y dopamina. Sus bebés, cuando nacieron, tuvieron una mejor calificación en la evaluación neonatal de Brazelton.

Ácidos grasos omega-3

De manera reciente ha habido un gran interés por el papel de los ácidos grasos omega-3 en el tratamiento de la depresión (Rees, Austin y Parker, 2008; Borja-Hart y Marino, 2010), pues se consideran como productos naturales de fácil disposición, por ejemplo en el aceite de pescado. Además, muchas futuras madres y clínicos están preocupados por la evidencia creciente de efectos adversos con el uso de medicamentos antidepresivos durante el embarazo y la lactancia. Se ha encontrado una asociación entre el consumo de pescado durante el embarazo y menores tasas de depresión. Hay estudios con dosis de 200 mg por día de ácidos grasos omega-3, pero los resultados de los estudios ciegos no han sido concluyentes respecto a su eficacia. Así como no está claro si tienen un papel en el tratamiento de la depresión aguda, tampoco hay evidencia concluyente respecto a la posibilidad de prevenir la aparición de la depresión en la embarazada (Freeman, 2006). Los efectos colaterales son el olor y sabor desagradables, así como malestar intestinal.

Acupuntura

Ésta es otra terapia alternativa sobre cuya eficacia hay una evidencia limitada con mujeres embarazadas y deprimidas (Manber y cols., 2004). Manber y sus colaboradores estudiaron un grupo de 61 mujeres embarazadas y deprimidas. Se asignaron 20 a terapia de acupuntura activa, 21 a acupuntura no activa (falsa acupuntura, aunque las mujeres no sabían si la acupuntura era real o no) y 20 a masaje. La acupuntura se administró por ocho semanas durante el embarazo. Hubo una mayor remisión de los síntomas de depresión en las mujeres que tuvieron la acupuntura activa.

Fototerapia

Otra intervención que puede ser útil en la depresión es la fototerapia, cuya eficacia general para la depresión estacional ha sido demostrada empíricamente (Thompson, 2002). La depresión “estacional” es aquélla que tiende a ocurrir cada año durante el invierno. Se ha demostrado que la eficacia de la fototerapia con luz brillante para la depresión no estacional es semejante a la del uso de medicamentos antidepresivos (Golden y cols., 2005).

La fototerapia puede intentarse con cualquier mujer deprimida (Oren y cols., 2002), aunque la depresión no sea de tipo estacional, y puede ser una alternativa útil en la embarazada y en la etapa posparto (Corral y cols., 2000). La estimulación luminosa puede producir cambios bioquímicos en el cerebro que aumentan el nivel

de neurotransmisores, elevando el estado de ánimo. Para su aplicación suele ser necesaria una lámpara de suficiente intensidad y luz blanca. Oren y colaboradores (1998) hicieron un estudio abierto en mujeres embarazadas (sólo 16) con depresión según la escala de Hamilton. Después de estar expuestas a luz blanca intensa por la mañana (todos los días), durante un período de 3 a 5 semanas, las pacientes mejoraron en 49% su nivel de depresión. Este estudio utilizó una lámpara fluorescente sin rayos ultravioleta de luminosidad de 10.000 lux a 33 cm de la cabeza de la paciente durante al menos 60 minutos, e iniciada 10 minutos después de despertarse. También puede ser útil una exposición con intensidad de 2.500 lux durante dos horas todas las mañanas.

Apoyo de los pares (o compañeras)

Se han creado modelos de apoyo psicosocial “de madre a madre” o de grupos de autoayuda. La evidencia sobre su eficacia es equívoca, aunque se ha sugerido que las mujeres deprimidas tal vez prefieran la compañía de otras personas deprimidas en vez de hacerlo con personas no deprimidas, quienes podrían hacerlas sentirse peor; es decir, por considerar lo diferentes que son de las personas no deprimidas.

En un estudio realizado por Chen y colaboradores (2000) en Taiwan, con un grupo de mujeres con síntomas depresivos (detectados con la escala de depresión de Beck), 30 pacientes fueron asignadas a un grupo de intervención–apoyo, y el resto a un grupo control. Cuatro semanas más tarde, en el grupo de intervención había 33% de mujeres con síntomas de depresión, en contraposición a 60% con síntomas depresivos en el grupo de control. Otro grupo en Australia mostró también resultados positivos con el uso de técnicas de grupo (ocho sesiones) con elementos cognoscitivo conductuales (Morgan y cols., 1997). En otro modelo practicado en Canadá (Denis, 2003) se realizó intervención de apoyo por compañeras a través de llamadas telefónicas.

Medicamentos antidepressivos

El uso de medicamentos contra la depresión puede ser posible en el caso de la depresión grave (cuando hay frecuentes pensamientos de muerte o suicidas) o cuando hay marcados sentimientos de impotencia, insomnio grave e incapacidad de funcionar y atender al bebé. Siempre debe preferirse, en la medida de lo posible, evitar el uso de antidepressivos durante el primer trimestre del embarazo, en que la mayoría de mujeres y familiares preferirían no usar medicamentos (Stewart, 2005). En la actualidad tienden a utilizarse los antidepressivos inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS), que en los Estados Unidos de América se clasifican en el grupo B, lo que quiere decir que aunque no se ha demostrado que sean completamente inocuos para el bebé, no hay evidencia de que produzcan malformaciones u otros trastornos graves en él, por lo que se pueden prescribir

durante el embarazo pero sólo cuando los beneficios sean potencialmente mayores que los riesgos de su uso (Hallberg y Sjöblom, 2005; Wisner y cols., 2000).

Es importante mencionar que los antidepresivos ISRS no han sido estudiados con los métodos óptimos de investigación en términos de su diseño, poder estadístico y de seguimiento a corto y largo plazo tanto para la madre y como para el bebé (Stewart, 2005). Cuando se ha utilizado ISRS en estudios con animales en dosis varias veces más altas que las usuales, sí ha habido reportes de malformaciones en los fetos y alteraciones en la duración del embarazo (Hallberg y Sjöblom, 2005). Lo que es claro que estos antidepresivos sí cruzan la barrera placentaria y por lo tanto el feto está expuesto a ellos.

La mayoría de los estudios que han investigado teratogenicidad por antidepresivos en humanos, no han encontrado evidencia de que se produzca malformación alguna (Hallberg y Sjöblom, 2005; Wisner y cols., 1999). Un estudio de casos en Suecia comparando el uso de antidepresivos ISRS con otros antidepresivos, y el resultado con pacientes sin medicamento (Ericson, Karen y Wiholm, 1999) encontró un riesgo de reducción de unas pocas semanas en la duración de la gestación (a 37 semanas); también se ha sugerido que el bebé podría tener un peso más bajo al nacer.

Los antidepresivos más utilizados son la fluoxetina y la sertralina; hay menos experiencia e información con los más nuevos, como la venlafaxina. Es necesario que el clínico informe a la paciente (y a su compañero u otro familiar) cuando recomiende el uso de uno de estos medicamentos que no hay certeza de que no causen un efecto negativo en el bebé, aunque tampoco hay evidencia de que causen algún daño mayor (Kulin y cols., 1998).

Las dosis de antidepresivo deben ajustarse según la respuesta clínica de la paciente ya que se ha observado un síndrome de supresión del antidepresivo en el recién nacido cuando su madre ha usado el medicamento continuamente hasta antes del parto. El bebé manifiesta síntomas semejantes a los de la influenza y puede haber temblores y llanto excesivo por la supresión súbita del medicamento.

Los síntomas colaterales más comunes son una mayor ansiedad, sudoración excesiva, sensación de inquietud y sentimiento de indiferencia hacia lo que está sucediendo. Los síntomas deseables son la mejora en el estado de ánimo, de los síntomas neurovegetativos y psicossomáticos (cansancio, insomnio, falta de apetito, dolores vagos, etc.), así como una mejor disposición para enfrentar los problemas de la vida diaria. El efecto benéfico puede tardar unas cuantas semanas en hacerse evidente.

En cuanto a la lactancia al seno materno con los medicamentos mencionados, la mayoría de los expertos recomienda continuar amamantando aunque la madre esté tomando los antidepresivos. Algunos recomiendan extraer (por bombeo o

compresión) la “primera leche” que sale del seno en cada tetada, y luego proceder a amamantar. Esta leche inicial tendrá mayor concentración del medicamento, por lo que al descartarla se minimiza la exposición del bebé a los antidepresivos. El bupropión también se considera un antidepresivo sin mayor riesgo.

Es preferible no utilizar otros medicamentos, como los antidepresivos tricíclicos u otros, por la mayor incertidumbre respecto a sus efectos sobre el feto. En la mujer con una depresión muy grave o tendencia suicida, puede ser necesario utilizar terapias adicionales como la electroconvulsiva.

Prevención

Algunos autores han identificado los factores de riesgo para la depresión (Unterman y cols., 1990), con lo que surge la pregunta de si los episodios depresivos podrían ser prevenibles si hubiera una intervención que pudiera implementarse en las mujeres con alto riesgo. Hay poca información empírica sobre esta posibilidad. Varios estudios han realizado intervenciones psicosociales para disminuir esta posibilidad y los resultados son aún inciertos en términos de poder afirmar su eficacia preventiva. Algunos autores (Wisner y cols., 2004) han intentado la “prevención” de otros episodios de depresión postparto en mujeres que tenían el antecedente de haber sufrido un episodio de depresión mayor postparto de manera anterior. Este estudio se hizo con unas cuantas mujeres y comparó la frecuencia de depresión con la administración de sertralina antes del parto. Hubo una menor frecuencia en el grupo tratado con sertralina.

Los efectos de la depresión materna en el niño pequeño

La depresión durante el embarazo puede tener efectos negativos en el feto; suele asociársele con una elevación del nivel sérico de cortisol y alteraciones en el funcionamiento hipofisario-suprarrenal y del sistema de endorfinas. Todos estos efectos son negativos para el funcionamiento del feto (Stewart, 2005).

Entre los efectos indeseables en el feto está una mayor frecuencia de prematuridad, menor peso al nacer y menor grado de actividad fetal. Otros estudios han reportado menor tono muscular en el neonato y mayor irritabilidad (Lattimore y cols., 2005).

Campbell (1995) llama la atención sobre el hecho de que la depresión postparto puede ser de corta o larga duración. En un estudio realizado en mujeres primíparas en interacción con sus bebés, encontró claras diferencias dependiendo de si la depresión había durado los primeros seis meses de la vida del bebé o no. Se evaluó la relación entre la madre y el bebé en interacción cara a cara, durante el juego y en la situación de alimentación. En los primeros dos a tres meses no hubo diferencias entre mujeres deprimidas y no deprimidas cuando sus videograbaciones fueron calificadas por personas que no sabían de su estado emocional. A los seis meses

(depresión de larga duración) sí hubo diferencias: las mujeres deprimidas tuvieron menos interacciones positivas con el niño y los niños tenían menos manifestaciones de alegría. Hay que señalar también que Campbell no encontró signos de hostilidad abierta que sí han sido descritos por otros autores (Cohn, 1986), sino que más bien halló que a pesar de su depresión muchas mujeres podían arreglárselas para responder a sus bebés y tener interacciones positivas con ellos, mientras que otras parecían tener muy poca energía para hacerlo.

Stein y colaboradores (1991) evaluaron a 49 mujeres que tenían historia de trastorno depresivo durante el primer año postnatal, y las compararon con 49 mujeres sin ningún trastorno. En el seguimiento a los 19 meses del nacimiento del niño, se examinaron en forma ciega las interacciones entre madre e hijo o hija. Hubo clara diferencia en la calidad de las interacciones. Los niños de las madres deprimidas tenían menos capacidad para mostrar sus estados de ánimo, y menos sociabilidad inicial con los extraños. Las madres parecían tener más dificultad para facilitar las interacciones y exploraciones de sus hijos. Esto era válido aun si la mujer en ese momento ya se había recuperado de su depresión. Hay que mencionar que estas mujeres suelen tener también mayores dificultades matrimoniales, y esto confunde el efecto de la depresión *per se*.

Tiffany Field y sus colaboradores (1984) han expresado la opinión de que la depresión durante el embarazo produce literalmente cambios bioquímicos en el feto y que éstos lo predisponen a tener ciertas dificultades en su organización conductual en la etapa postparto y a futuro. Sus estudios han informado también que los bebés de alrededor de tres meses de mujeres con depresión postparto parecen “más deprimidos” que los niños de madres sin depresión (en evaluación ciega con videograbaciones). Field ha descrito que el niño de cuatro meses aparece con expresión facial deprimida o triste cuando su madre está deprimida. El niño se voltea y evita con mayor frecuencia la mirada de su madre, está más irritable e interactúa así aun cuando esté frente a un extraño.

Un estudio reciente (O’Brian y cols., 2004) sugirió una asociación entre depresión postnatal y la dificultad en el bebé para aumentar de peso de manera normal. No está claro el mecanismo específico de esta asociación. Puckering (1989) describe que las madres deprimidas son más indecisas respecto a qué hacer con su bebé; tienen tendencia a no tener cadenas largas de interacciones con él. También suelen usar lenguaje más simple al hablar con el bebé y en general interactúan con ellos por menos tiempo. El niño necesita emplear métodos más intensos o directos para lograr respuestas de su madre pues las interacciones placenteras se interrumpen con más facilidad. Los niños hablaron menos y hacían hablar menos a su mamá; hay tendencia en los niños a llorar por periodos más prolongados. Las mujeres tendían a estar más preocupadas y ensimismadas. También se ha encontrado una mayor frecuencia de apego inseguro en los niños.

Un grupo de la Universidad de Reading (Reino Unido) ha hecho estudios de evaluación de los hijos de mujeres deprimidas a corto y largo plazo; los estudios se han hecho con grupos de control. Murray y colaboradores (1995) encuentran también que muchas mujeres con depresión postparto ya habían estado deprimidas durante el embarazo, sugiriendo que podría haber un impacto en el niño ya desde la etapa intrauterina.

En los primeros meses de vida el niño tiene más frecuencia de llanto excesivo y persistente, así como dificultades con el dormir, despertándose más veces durante la noche y con dificultad para conciliar el sueño nuevamente. Zuckerman y colaboradores (1990) también informaron que había mayor irritabilidad en los neonatos de mujeres deprimidas.

En este contexto es necesario pensar cómo una mujer deprimida podrá hacerse cargo de un bebé particularmente difícil, que llora inconsolablemente por períodos largos y que tiene dificultades para dormir, haciendo que ella se sienta ineficaz y esté privada de sueño suficiente. Todo esto podría hacer que la depresión e irritabilidad empeoren en ella, lo que puede originar interacciones negativas en un círculo vicioso que puede poner en riesgo al niño.

Murray y su grupo han estudiado a los hijos de madres con depresión postparto en la etapa preescolar y en la etapa escolar, encontrando que los niños tienen mayores conductas agresivas y más hiperactividad y déficit de atención. A los siete años de edad, y sobre todo en los varones, tiende a haber más problemas de conducta (agresividad), dificultades de aprendizaje e hiperactividad.

Escalas de detección

En el apéndice de este capítulo se incluye la versión en español de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés) diseñada por Anthony Cox y colaboradores. Otras escalas ampliamente utilizadas para este propósito son la de Hamilton y la de Beck.

Apéndice

ESCALA POSTNATAL DE EDIMBURGO

(Cox, Holden, Segovsky; Univesidad de Edimburgo)

Instrucciones. Hace poco usted tuvo un bebé. Nos gustaría saber cómo se ha sentido. Por favor subraye (o marque) la contestación que se acerque más a cómo se ha sentido usted en los últimos siete días. Las preguntas no sólo se refieren a cómo se siente usted hoy.

A modo de ejemplo aquí está una afirmación y su respuesta:

Me he sentido contenta

- Sí, todo el tiempo
- Sí, casi todo el tiempo
- No, no muy a menudo
- No, para nada

1. Me puedo reír y verle el lado chistoso a las cosas.

- Como siempre lo he hecho
- No tanto ahora como antes
- Definitivamente ahora casi no
- No, en nada

2. Tengo entusiasmo de gozar las cosas que vendrán en el futuro.

- Como siempre lo he hecho
- Menos de lo que antes podía
- Definitivamente menos que antes
- Casi no

3. Me siento demasiado culpable, innecesariamente, cuando las cosas salen mal.

- Sí, casi todo el tiempo
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, nunca

4. Me he sentido ansiosa o preocupada sin ninguna razón para ello.

- No, nunca
- Casi nunca
- Sí, a veces
- Sí, muy seguido

5. Me he sentido asustada o con pánico pero sin una buena razón.

- Sí, mucho
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, nunca

6. Siento que el “mundo se me viene encima” (abrumada)

- Sí, casi todo el tiempo, no he podido hacer frente a las cosas como siempre
- Sí, a veces no he enfrentado las cosas tan bien como antes
- No, casi siempre enfrento las situaciones bastante bien
- No, he estado haciendo frente a todo como siempre

7. He estado tan triste que he tenido dificultad para dormir.

- Sí, casi todo el tiempo
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, nunca

8. Me he sentido triste o inconsolable:.

- Sí, casi todo el tiempo
- Sí, muy a menudo
- No muy seguido
- No, nunca

9. Me he sentido tan triste que he estado llorando.

- Sí, casi todo el tiempo
- Sí, muy a menudo
- Sólo ocasionalmente
- No, nunca

10. Se me ha ocurrido hacerme daño a mí misma.

- Sí, muy menudo
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

Referencias

1. Beevers, C.G., Ivan, I.W., 2005. Unlinking negative cognition and symptoms of depression: Evidence of a specific treatment effect for cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), pp.68–77.
2. Bifulco, A., Moran, P.M., Baines, R., Bunn, A., Stanford, K., 2002. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66, pp.241-258.
3. Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., Koren, G., 2004. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(11), pp.726-735.
4. Borja-Hart, N.L., Marino, J., 2010. Role of omega-3 fatty acids for prevention or treatment of perinatal depression. *Pharmacotherapy*, 30(2), pp.210-216.
5. Brockington, I.F., 1992. Disorders specific to the puerperium. *International Journal of Mental Health*, 21(2), pp.41—52.
6. Brockington, I., 1996. *Motherhood and mental illness*. Oxford: Oxford University Press, pp.165-199.
7. Brockington, I.F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., Loh, C., Murdoch, C., 2001. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3, pp.133-140.
8. Campbell, S.B., Cohn, J.F., Meyers, T., 1995. Depression in first-Time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31(3), pp.349-357.
9. Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Roge, B., Mullet, E., 2002. Prevention and treatment of post-partum depression: A controlled randomized study on women at risk. *Psychological Medicine*, 32, pp.1039–1047.
10. Chen, C.H., Tseng, Y.F., Chou, F.H., Wang, S.Y., 2000. Effects of support group intervention in postnatally distressed women: A controlled study in Taiwan. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, pp.395–399.
11. Cohen, L.S., Rosenbaum, J.F., 1998. Psychotropic use during pregnancy: weighing the risks. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, pp.18-28.
12. Cohn, J.F., Matias, R., Tronick, E.Z., Connell, D., Lyons-Ruth, K., 1986. Face-to face interaction of depressed mothers and their infants. En: T. Field, E.Z. Tronick, eds. 1986. *Maternal depression and child disturbance. New directions for child development*. San Francisco: Jossey-Bass, pp.31-46.
13. Cooper, P.J., Murray, L., Wilson, A., 2003. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. 1: Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182(5), pp.412–419.

14. Corral, M., Kuan, A., Kostaras, D., 2000. Bright light therapy's effect on postpartum depression (carta). *American Journal of Psychiatry*, 157, pp.303–304.
15. Dennis, C., 2003. The effect of peer support on postpartum depression: A pilot randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, pp.61–70.
16. Dennis, C.L.E., 2004. Treatment of postpartum depression, Part 2: A critical review of nonbiological interventions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, pp.1252–1265.
17. Ericson, A., Kallen, B., Wiholm, B., 1999. Delivery outcome after the use of antidepressants in early pregnancy. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 7, pp.503–508.
18. Field, T., 1984. Early interaction between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 7, pp.527-532.
19. Field, T., 1998. Massage therapy effects. *American Psychologist*, 53(12), pp.1270-1281.
20. Field, T., Diego, M.A., Hernández-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., 2004. Massage therapy effects on depressed pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25(2), pp.115-122.
21. Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmerman, E.A., Kuhn, C., 1988. Infants of depressed mothers show depressed behavior even with non-depressed adults. *Child Development*, 59, pp.1569-1579.
22. Field, T., Grizzle, N., Scafidi, F., Schanberg, F., 1995. Massage and relaxation therapies' effects on depressed adolescent mothers. *Adolescence*, 31, pp.903-911.
23. Field, T., Hernández-Reif, M., Diego, M., Schanberg, S., Kuhn, C., 2005. Cortisol decreases and serotonin and dopamine increase following massage therapy. *International Journal of Neurosciences*, 115(10), pp. 1397-1413.
24. Freeman, M.P., 2006. Omega-3 Fatty acids and perinatal depression: A review of the literature and recommendations for future research. *Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids*, 75, pp.291-297.
25. Freeman, M.P., 2009. Complementary and alternative medicine for perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 112, pp.1-10.
26. Golden, R.N., Gaynes, B.N., Ekstrom, R.D., Hammer, R.M., Jacobsen, F.M., Suppes, T., Wisner, K.L., Nemeroff, C.B., 2005. The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: A review and metaanalysis of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), pp.656-662.
27. Hallberg, P., Sjöblom, V., 2005. The use of selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and breast-feeding: A review and clinical aspects. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25(1), pp.59-73.

28. Harris, B., 1994. Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood. *British Journal of Psychiatry*, 164, pp.288-292.
29. Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., 2004. The ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), pp.65-73.
30. Klier, C.M., 2006. Mother-infant bonding disorders in patients with postnatal depression: The Postpartum Bonding Questionnaire in clinical practice. *Archives of Women's Mental Health*, 9, pp.289-291.
31. Kulin, N.A., Pastuszak, A., Sage, S.R., Schick-Boschetto, B., Spivey, G., Feldkamp M., 1998. Pregnancy outcome following maternal use of the new selective serotonin reuptake inhibitors: A prospective controlled multicenter study. *Journal of the American Medical Association*, 279(8), pp.609-610.
32. Lattimore, K.A., Donn, S.M., Kaciroti, N., Kemper, A.R., Neal, C.R., Vazquez, D.M., 2005. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and effects on the fetus and newborn. A meta-analysis. *Journal of Perinatology*, 25, pp.595-604.
33. Lovisi, G.M., López, J.R., Coutinho, E.S., Patel, V., 2005. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychological Medicine*, 35(10), pp.1485-1492.
34. Manber, R., Schnyer, R.N., Allen, J.J., Rush, A.J., Blasey, C.M., 2004. Acupuncture: a promising treatment for depression during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 83(1), pp.89-95.
35. Marcus, S.M., Flynn, H.A., Blow, F.C., Barry, K.L., 2003. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 12, pp.373-380.
36. Miller, L.J., 1991. Clinical strategies for the use of psychotropic drugs during pregnancy. *Psychological Medicine*, 9, pp.275-298.
37. Morgan, M., Matthey, S., Barnett, B., 1997. A group programme for postnatally distressed women and their partners. *Journal of Advanced Nursing*, 26, pp.913-920.
38. Murray, D., Cox, J.L., Chapman, G., Jones, P., 1995. Childbirth: Life event or start of a long term difficulty? Further data from the Stoke-on-Trent controlled study of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 166(5), pp.595-600.
39. Musters, C., McDonald, E., Jones, I., 2006. Management of postnatal depression. *British Medical Journal*, 337, pp.399-403.
40. O'Brien, L.M., Heycock, E.G., Hanna, M., Jones, P.W., Cox, J.L., 2004. Postnatal depression and faltering growth: A community study. *Pediatrics*, 113, pp.1242-1247.

41. O'Hara, M.W., Stuart, S., Gorman, L.L., 2000. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, pp.1039–1045.
42. Oren, D., 2002. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 159, pp.666–669.
43. Puckering, C., 1989. Maternal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(6), pp.807-817.
44. Ramaccioti, D., Borri, C., Banti, S., Camilleri, V., Montagnani, M.S., Rambelli, C., Cortopassi, S., Mauri, M., 2009. Depression during pregnancy and post-partum. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, 28(1), pp.15-26.
45. Rees, A.M., Austin, M.P., Parker, G.B., 2008. Omega'3 fatty acids as a treatment for depression: Randomized double-blind placebo-controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, pp.199-205.
46. Spinelli, M.G., 1997. Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 154, pp.1028–1030.
47. Stein, A., Gath, D.H., Bucher, J., Bond, A., Day, A., Cooper, P.J., 1991. The Relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry*, 158, pp.46-52.
48. Stewart, D., 2005. Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 51, pp.1061-1063.
49. Thompson, C., 2001. Evidence-based treatment, in seasonal affective disorder: Practice and research. En: T. Partonen, A. Magnusson, eds. 2001. *Falta el título del libro*. Oxford: Oxford University Press, pp.151–158.
50. Unterman, R.R., Posner, N.A., Williams, K.N., 1990. Postpartum depressive disorders. *Changing Trends. Birth*, 17(3), pp.131-137.
51. Weissman, M.M., Markowitz, J.C., Klerman, G.L., 2000. *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.
52. Wisner, K.L., Gelenberg, A.J., Leonard, H., Zarin, D., Frank, E., 1999. Pharmacologic treatment of depression during pregnancy. *Journal of the American Medical Association*, 13, pp.1264–1269.
53. Wisner, K.L., Perel, J.M., Peindl, K.S., Hanusa, B.H., Piontek, C.M., Findling, R.L., 2004. Prevention of postpartum depression. A pilot randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 161, pp.1290-1292.
54. Wisner, K.L., Zarin, D.A., Holmboe, E.S., Appelbaum, P.S., Gelenberg, A.J., Leonard, H.L., 2000. Risk-benefit decision making for treatment of depression during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), pp.1933-1940.
55. Zuckerman, B., Bauchner, H., Parker, S., Cabral, H., 1990. Maternal depressive symptoms during pregnancy and newborn irritability. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 114, pp.190–194.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA ETAPA PERINATAL

Martín Maldonado-Durán y Teresa Lartigue

Una importante proporción de mujeres experimentan un nivel excesivo de ansiedad, hasta el grado de que llega a interferir gravemente en su funcionamiento psicológico y social. Es natural que esto ocurra también en la época del embarazo y el puerperio, lo que añade algunas complicaciones particulares a la situación.

Existe información contradictoria en la literatura científica respecto a si el embarazo ayuda o empeora los trastornos de ansiedad. Tradicionalmente se afirmaba que durante la gestación mejoraban la ansiedad en general y diversos trastornos; sin embargo, otra información sugiere que puede ocurrir lo opuesto.

No se puede afirmar que el embarazo *per se* o el hecho de tener un hijo hagan que la ansiedad disminuya, pues la nueva situación puede conllevar nuevas preocupaciones y ansiedades que deben tomarse en cuenta en la atención integral de la gestante y durante el puerperio.

Los trastornos de ansiedad pueden causar considerable sufrimiento para la gestante, su compañero y toda la familia. Además, interfieren con la posibilidad de que goce la relación con su bebé y afectan negativamente la calidad de las interacciones entre ellos. Por desgracia, el grave impacto de los trastornos de ansiedad con frecuencia se minimiza por el público en general, pero también por el personal de salud de atención primaria pues tiende a considerarse como algo que está bajo el control de la paciente con sólo tener la fuerza de voluntad de controlar sus temores o

preocupaciones. Estas alteraciones tienen una alta comorbilidad entre sí y con los trastornos depresivos, y los efectos negativos podrían ser mayores en tales casos (Field y cols., 2010).

Aunque en este capítulo los trastornos de ansiedad se describen por separado para delinearlos, en la práctica clínica una misma mujer puede tener trastorno de ansiedad generalizada, de pánico y tendencias obsesivo-compulsivas, así como síntomas de depresión mayor (Rambelli y cols., 2010). En casos graves de trauma emocional, los síntomas de estrés postraumático pueden coexistir con otros síntomas de ansiedad tales como episodios de pánico, agorafobia y, además, con síntomas depresivos (Teixera y cols., 2009). Por desgracia a veces la mujer que sufre mucha ansiedad recurre al uso de sustancias como el alcohol y otras drogas para aliviar esos sentimientos, al menos de manera temporal (Meshberg-Cohen y Svikis, 2007), lo que conlleva consecuencias negativas para ella y el futuro bebé.

Hay evidencia de que la ansiedad excesiva (como el alto nivel de estrés psicosocial) se puede asociar con algunas alteraciones en la formación del bebé (Hanson y cols., 2000), bajo peso al nacer y cambios en la actividad y desarrollo del feto (DiPietro y cols., 2003). También dan lugar a modificaciones en el funcionamiento, comportamiento y estado emocional del bebé (O'Connor y cols., 2002). El niño también puede ser mucho más ansioso (Simon y cols., 2009), así como presentar síntomas de hiperactividad (Van den Bergh y Marcoen, 2004).

Por todo lo anterior es necesario detectar, diagnosticar y tratar la ansiedad perinatal lo más pronto posible, así como ofrecer un cuidado integral a la paciente y a su compañero o familia, aliviar su sufrimiento y prevenir los efectos negativos asociados (Dragonas y cols., 1998).

A continuación se describen los principales trastornos observados en la clínica, sus efectos y sugerencias para la intervención clínica.

Trastorno de pánico

En general los trastornos de ansiedad son más frecuentes en la mujer que en el hombre durante toda la edad reproductiva. El trastorno de pánico en particular tiene una frecuencia de 2% entre la población general. En un estudio reciente con 512 pacientes que asistieron a dos clínicas obstétricas, se encontró una prevalencia de 2,5% de trastorno de pánico durante el tercer trimestre de la gestación (Guler y cols., 2008; Smith y cols., 2004); desde luego que en una muestra de población seleccionada, por ejemplo la que asiste a una clínica psiquiátrica, la frecuencia es mucho mayor y va entre 5 y 10% como trastorno principal o comórbido (es decir, acompañado de otro, como la depresión) (March y Yonkers, 2001).

El trastorno de pánico suele tener un curso más crónico entre las mujeres que entre los hombres. En ellas es más difícil que remita o se cure por sí mismo, y en su curso clínico a largo plazo hay un mayor número de recaídas que en los hombres (Yonkers y cols., 1998). La pregunta importante aquí es si los episodios de pánico mismos determinan un mayor riesgo para el curso de la gestación.

Un estudio reciente en Taiwán encontró un mayor riesgo de tener parto prematuro si la mujer había tenido episodios de pánico durante el embarazo (Chen, Lin y Lee, 2010).

Diagnóstico clínico

Aunque en teoría debería ser sencillo diagnosticar un episodio de pánico, en la práctica diaria puede no serlo. En primer lugar, la paciente que los tiene no sabe de qué se trata y hasta puede intentar ocultar sus experiencias por temor a que se crea que está trastornada mentalmente o “volviéndose loca”, y puede que le de vergüenza contar lo que está sufriendo.

Los episodios de pánico pueden surgir sin ninguna advertencia ni asociación con situaciones que le provoquen ansiedad; pueden ser impredecibles o bien presentarse en algunas situaciones que le dan temor a la mujer, como subir en un autobús, salir a la calle o estar en un lugar con demasiada gente. Muchas mujeres piensan que están gravemente afectadas por una enfermedad meramente física, como un episodio de taquicardia, un infarto cardíaco o alguna otra enfermedad que puede causar la muerte. El episodio es de corta duración, de algunos minutos, pero cada experiencia interna puede ser verdaderamente abrumadora. Pueden pasar meses o más tiempo antes de que la paciente busque ayuda, o que primero acuda varias veces a un hospital general o sala de urgencias, donde se hace el diagnóstico del trastorno de pánico.

Todo episodio de pánico comprende dos grupos de síntomas, unos son de tipo ideativo y los otros de índole somática.

Síntomas ideativos

- **Despersonalización.** La mujer siente que no es ella misma quien está viviendo en ese momento, sino alguien más. Se siente como si no estuviera dentro de sí misma o como si se viera desde afuera.
- **Desrealización.** Se siente que lo que está viviendo es como una película de cine, es decir, que no está viviendo en la realidad sino que es una espectadora de lo que pasa a su alrededor, que se siente como irreal o falso.

- Miedo de morir o de tener un infarto. La persona siente literalmente que se podría morir y con frecuencia, sobre todo en los primeros ataques, termina en una sala de urgencias de hospital general.

Síntomas somáticos

- Parestesias. Sensación de hormigueo en las manos, brazos, piernas y otras partes del cuerpo
- Sensación de “falta de aire” o de que no se puede respirar lo suficiente, o bien que los pulmones no se llenan a satisfacción de la paciente.
- Sensación de ahogamiento, o bien de que algún objeto está atorado en la garganta sin poderlo desalojar.
- Dolor intenso en el pecho.
- Temblor, tanto de las manos como del resto del cuerpo
- Sudoración de las manos y de todo el cuerpo, debido al estado de alarma y ansiedad.
- Escalofríos o “bochornos” (sensación de calor generalizado).
- Sensación de mareo o a punto de desmayo.
- Náusea o malestar abdominal.

Los episodios de pánico duran varios minutos (hasta veinte o más), pero generalmente son más breves. Después de los primeros ataques de ansiedad, a menudo la paciente tendrá miedo de tener otro en el momento menos esperado. Aparece entonces una nueva ansiedad, el temor al siguiente ataque. Éstos no necesariamente ocurren cuando la mujer está en una situación “de riesgo”.

Tradicionalmente se distingue entre el pánico con o sin agorafobia, la cual consiste en el temor a salir a lugares abiertos, a salir sola a la calle o a encontrarse en lugares de donde no se puede salir o escapar fácilmente. También incluye el temor de que en una situación social la mujer pueda indisponerse, sufrir un episodio de vómito o de diarrea y no tener quién la ayude; piensa que quedaría en ridículo o podría ser objeto de críticas y desaprobación, por lo que se desarrolla la aversión a exponerse a tales situaciones y lugares (centros comerciales, salas de juntas, de clases o un automóvil). En ocasiones la mujer sólo es capaz de salir de su casa si va acompañada de alguien (incluso un niño). No hay suficiente información empírica para afirmar si la agorafobia tiende a mejorar o empeorar durante el embarazo.

Gestación y pánico

En la actualidad se piensa que los cambios hormonales y bioquímicos concomitantes al embarazo tienen un impacto en la gravedad o precipitación del trastorno de pánico. Entre los factores que podrían contribuir a aliviarlo está el aumento en la concentración de progesterona que ocurre durante el embarazo.

La progesterona tiene un efecto ansiolítico y estimula los receptores de la GABA benzodiazepina (ácido gamma-aminobutírico benzodiazepina) que, por definición, son tranquilizadores. Por contraste, el hecho de que la gestante tenga que respirar en forma más superficial y con una relativa taquipnea puede facilitar la aparición de episodios de pánico. La progesterona también induce una ligera hiperventilación.

Entre más estrés haya en la vida de la paciente, mayor privación relativa del sueño o que éste sea interrumpido de manera frecuente y situaciones en que ocurra hiperventilación, es más probable que ocurran ataques de pánico. Hay algunas sustancias pueden promover estos ataques. Cuando la mujer toma medicamentos contra resfriados o descongestionantes y cafeína, sustancias como el tetrahidrocanabinol (marihuana), cocaína y alcohol, es más probable que haya tales episodios.

Por último, ciertas enfermedades físicas hacen más factible que ocurran ataques de pánico, tales como el prolapso de la válvula mitral y el hipertiroidismo. Ambos pueden pasar desapercibidos por años y sólo se diagnostican si se les busca expresamente.

Como se mencionó, hay controversia respecto a si el embarazo hace que el trastorno de pánico mejore. Una revisión reciente de múltiples casos no encontró un patrón hacia la mejora ni el empeoramiento (Hertzberg y Wahlbeck, 1999). Hay múltiples descripciones de casos en que el trastorno de pánico aparece por primera vez durante el período postparto. También, hay evidencia de que en algunas mujeres puede mejorar durante el embarazo y empeorar en la etapa puerperal (Bandelow y cols., 2006).

Un estudio de Cohen y colaboradores (1994) muestra que 77% de las pacientes embarazadas con diagnóstico de trastorno de pánico no tenía cambios en su estado clínico, y 20% mostraron un empeoramiento; por otro lado, en las mujeres que tenían los síntomas más leves, hubo una mejoría.

En ocasiones los episodios de pánico se presentan durante el sueño:

El obstetra que atendió el parto de la señora F. solicitó una consulta de salud mental. A los dos días de haber tenido a su bebé, ella empezó a despertarse súbitamente sintiendo una ansiedad extrema, palpitaciones cardíacas intensas, sudoración, hiperventilación y la sensación de que se iba a morir en cualquier momento. Se intentaba calmar y si conseguía dormirse de nuevo, al poco rato volvía a tener otro ataque de pánico. El obstetra se preguntaba si se trataban de terrores nocturnos o pesadillas; sin embargo, al describir la fenomenología, se diagnosticó el trastorno de pánico. Respondió favorablemente al tratamiento con psicoterapia y medicamentos antidepresivos.

Tratamiento

La primera intervención en pacientes sin embarazo o postparto suele ser medicamentosa, seguida de psicoterapia y técnicas de relajación; sin embargo, durante el embarazo y postparto debe considerarse que la paciente desearía en general no exponer al bebé a medicamentos, por lo que es preferible iniciar con una estrategia psicológica y de relajación.

Los medicamentos más usados para este padecimiento son los inhibidores de la recaptación de la serotonina, pues son eficaces en una gran proporción de pacientes.

En diversos estudios se ha explorado el curso del trastorno de pánico cuando una mujer deja de tomar sus medicamentos antipánico (generalmente antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina). Uno de ellos (Cohen y cols., 1994) realizado entre 17 pacientes, mostró que alrededor de la mitad de las mujeres que discontinuaron su medicamento durante el embarazo tuvieron una recaída; sin embargo en otras, al descubrir que están embarazadas y suspender el tratamiento, no se presentaron nuevos ataques de pánico.

Según información reciente, la paroxetina puede causar particulares complicaciones para el feto, por lo que es preferible no utilizarla

Otro factor a tomar en cuenta en el tratamiento es la gravedad de los episodios. Hay que considerar que cuando los ataques han cedido no significa que se ha curado, sino sólo que ha entrado en remisión precisamente debido a su tratamiento farmacológico. En general hay un alto índice de recaídas en las pacientes que abandonan este tratamiento y no tienen alguna otra intervención psicosocial.

Psicoterapia

Cuando los episodios no son muy frecuentes, graves o incapacitantes, la psicoterapia puede ser la primera intervención en la gestante o mujer postparto, sobre todo durante el primer trimestre del embarazo. En esta etapa debe haber mayor precaución con el uso de cualquier medicamento.

Como en otras formas de tratamiento psicoterapéutico, es difícil evaluar la eficacia terapéutica de las intervenciones psicológicas, cuáles son benéficas y para quién (American Psychiatric Association, 1998). Las estrategias psicoterapéuticas que más se han estudiado son las de índole cognoscitivo-conductual; esto no significa que los métodos de orientación psicodinámica o psicoanalítica no sean eficaces, sino que no ha habido tanta investigación como en el caso de la terapia cognoscitivo-conductual. De hecho, hay alguna evidencia de que las terapias psicodinámicas pueden tener mayor beneficio a largo plazo (Fonagy, 2003).

Se ha establecido que la terapia cognoscitivo-conductual es eficaz para el trastorno de pánico. Es relativamente de corta duración (tres a seis meses) e incluye estrategias psicoeducativas y métodos para evitar la aparición de los ataques, entre las que se incluyen respiración con técnicas de bioretroalimentación (por ejemplo la respiración lenta de tipo “abdominal”), así como reestructuración cognoscitiva y exposición gradual a los agentes causantes del miedo, cuando es claro que éstos existen.

Se sabe que antes del episodio de pánico muchas pacientes inadvertidamente empiezan a hiperventilar, es decir, a respirar rápida y entrecortadamente sin darse cuenta, lo que conduce a una acidosis en la sangre que desencadena el episodio. Cuando la mujer se hace consciente de esto y se le sugiere una forma más pausada de respirar, se puede evitar que se produzca el ataque. Al respirar de forma tranquila y pausada, haciendo que el aire penetre profundamente hasta el fondo de los pulmones, así como respirar “con el abdomen”, ocurre una respuesta de relajación.

En términos cognoscitivos, el terapeuta puede ayudar a la mujer a identificar el pensamiento catastrófico. La persona tiende a “predecir el futuro” imaginando, por ejemplo, que le dará un ataque de diarrea en medio de una conferencia importante y que no habrá una rápida salida. Esto es irracional pues un suceso de estas características no se puede realmente predecir, por lo que se la puede ayudar a darse cuenta de que está teniendo pensamientos mágicos irracionales que aparecen como plausibles (Selkovskis, 1989).

Se debe poner atención en las sensaciones somáticas asociadas con el pánico e intentar deshacer su relación cognoscitiva con los episodios. También se debe trabajar sobre las conductas esquivas que tienden a crear adaptaciones negativas de la paciente. Para lograrlo se le puede instruir a la paciente que se exponga gradualmente a las situaciones o lugares que le producen mayor ansiedad: “exposición gradual”.

Todas estas estrategias se pueden implementar en el formato de psicoterapia de grupo. El beneficio extra allí es reducir el sentimiento de aislamiento, el apoyo mutuo entre las pacientes y compartir las estrategias que han sido benéficas.

Si los síntomas son relativamente leves es más probable que el tratamiento sea eficaz. Si el trastorno es grave (ataques muy frecuentes o un trastorno claramente incapacitante) es posible que se requiera tratamiento psicofarmacológico en conjunto con la psicoterapia.

Los dos principales grupos de medicamentos usados para la ansiedad son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos. Deben evitarse los medicamentos benzodiazepínicos y sólo usarse por tiempo breve en casos de gravedad, aunque preferiblemente nunca durante

el embarazo. En cuanto a los ISRS se ha establecido su eficacia en el trastorno de pánico (por ejemplo para la sertralina, fluoxetina). En la actualidad incluso hay medicamentos de acción larga, que se toman cada varios días o cada semana (Sheehan, 2002). A pesar de ello, se sabe muy poco sobre los efectos de estos medicamentos en el feto.

El beneficio terapéutico puede retrasarse hasta cuatro semanas después de iniciar la medicación y la respuesta máxima puede tardar de ocho a doce semanas.

Los antidepresivos tricíclicos (como la imipramina, desipramina, nortriptilina, etc.) han demostrado ser eficaces (Nascimento y cols., 2004), aunque el efecto terapéutico, como en el caso de los ISRS, tarda varias semanas en observarse. Estos agentes tienen mayores efectos de índole anticolinérgica (como producir sequedad de la boca, constipación y dificultad para iniciar la micción). Muchas embarazadas ya sufren de constipación, así que éste puede ser un efecto particularmente marcado.

No se puede afirmar que los ISRS ni los antidepresivos tricíclicos sean completamente “seguros” en el embarazo; sin embargo, no hay evidencia de que causen alguna malformación mayor. Pueden causar síndromes de supresión en el neonato cuando la paciente los ha usado hasta el momento del parto. En tales casos es posible que se presenten temblores, llanto excesivo y dificultad para dormir en el neonato, lo que se ha observado particularmente con la paroxetina, incluyendo la causa de bajo peso al nacer.

Farmacoterapia

Estos medicamentos se utilizan sobre todo porque el inicio de su efecto terapéutico es muy rápido. Actúan ligándose a los receptores del neurotransmisor GABA (ácido gamma amino butírico) que tiene acción inhibitoria en las neuronas, provocando un efecto tranquilizador y relajante de los músculos. Aumentan el umbral de excitación de las neuronas y modulan la transmisión de la serotonina, dopamina y noradrenalina.

Existen varias clases de benzodiazepinas; una consiste en medicamentos con una vida media larga (cuyos metabolitos son activos) a cuyo grupo se le conoce como 2-ceto, e incluye medicamentos como el diazepam, clordiazepóxido, clonazepam y clorazepato. El otro grupo se conoce como 3-hidroxi y corresponde a medicamentos con una vida media más corta y cuyos metabolitos no son activos, como el lorazepam (Ativan®), temazepam y oxazepam. Existe un tercer grupo al que se le conoce como el de los compuestos triazolo e incluye medicamentos como el alprazolam y el triazolam. Su vida media va de varias horas a 14 horas, y sus metabolitos sí son activos.

Todos los benzodiazepínicos tienen el riesgo de causar dependencia física si se usan por un tiempo prolongado, y al interrumpirse su uso ocurre un súbito fenómeno de supresión con los síntomas correspondientes (ansiedad, agitación, temblores y hasta convulsiones); además, al discontinuarse el tratamiento pueden reaparecer los síntomas de pánico, insomnio e incluso ataques convulsivos.

Es importante evitar que el feto sea expuesto a estos medicamento sedantes, sobre todo durante el primer trimestre, y además considerando que se les prescribe con cierta facilidad. Se estima que en los Estados Unidos de América una tercera parte de las embarazadas usa alguna clase de medicamento psicotrópico. En Alemania, se ha observado que una tercera parte de las mujeres toma algún medicamento psicotrópico por lo menos una vez durante el embarazo (Lanczik, Knche y Fritze, 1998).

Los benzodiazepínicos se transfieren rápidamente por la placenta hacia el bebé. Esta transmisión puede ser aún mayor durante el tercer trimestre.

Los principales peligros de la exposición del feto a estos fármacos son en tres áreas: posibles efectos teratógenos, toxicidad en el neonato y consecuencias conductuales en la etapa postnatal. En cuanto a la teratogenicidad, el mayor riesgo es durante el primer trimestre del embarazo. La tasa base de malformaciones en los Estados Unidos de América es de 2 a 2,5% del total de los bebés. Un estudio de metanálisis evaluó estos fenómenos con dos métodos: casos y controles, y con una cohorte de pacientes para seguimiento (Dolovich y cols., 1998). No se encontró una asociación con malformaciones mayores; pero al analizar los estudios de casos y controles sí hubo mayor riesgo de malformaciones, sobre todo de paladar hendido. Otro estudio (Altshuler y cols., 1996) mostró mayor riesgo de tales malformaciones cuando había exposición durante el primer trimestre. La tasa de riesgo es mayor que el de la población en general, pero el riesgo absoluto es bajo.

El uso de benzodiazepínicos hacia el final del embarazo puede causar en el bebé el síndrome del “niño hipotónico” (Lanczik, Knoche y Fritze, 1998) (el niño tiene muy poco tono muscular y al cargarlo se siente como un muñeco de trapo). Aunque los datos estadísticos son importantes, en el caso individual, la mujer no desea exponer a su bebé a ningún posible efecto nocivo.

Trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) tiende a pasar desapercibido para los demás hasta que los síntomas son de la gravedad suficiente como para interferir en el funcionamiento psicosocial de la persona afectada. Cuando esto ocurre durante el período perinatal, tal vez haya aún mayores barreras para que la mujer revele su malestar de manera espontánea, por tener sentimiento de vergüenza o fracaso ante lo que *debería* ser un periodo exclusivamente feliz y positivo.

Los síntomas suelen mantenerse en secreto hasta que se presentan conductas obvias de maladaptación o un intenso sufrimiento psíquico para la persona afectada o quienes la rodean. Se ha informado de casos en que el TOC no existía antes de la transición a la maternidad y que se inicia en el período postparto (Brandes, Soares y Cohen, 2004).

En los Estados Unidos de América y otros países los estudios epidemiológicos han indicado que el TOC tiene una prevalencia de 2 a 3% en la población adulta (Angst, 1994; Karno y cols., 1988). Antes se consideraba a este trastorno como poco frecuente, pero ahora se sabe que ocupa el cuarto lugar entre los trastornos mentales (Salem Vasconcelos y cols., 2007).

Existe incertidumbre sobre la prevalencia del TOC en el embarazo y postparto. Los estudios existentes son de índole retrospectiva o de revisión de expedientes, aunque uno reciente en Brasil encuentra muchos casos en que su aparición se da en el postparto (Fonseca Zambaldi y cols., 2009), lo cual también se ha observado en otros estudios (Fairbrother y Abramowitz, 2007). No se sabe si el embarazo mejora o empeora estos síntomas cuando el trastorno existía antes de la gestación. Se ha demostrado que el trastorno puede aparecer durante el embarazo y el postparto (Abramowitz y cols., 2003). Cuando se le pregunta a la mujer qué eventos vitales creen que desencadenaron o empeoraron los síntomas, en varios casos indican que fue el embarazo o el nacimiento del bebé. Un estudio reciente (Buttolph y Holland, 1990) en el que se envió un cuestionario a hombres y mujeres con diagnóstico de TOC (89 pacientes), 69% indicó que algún evento específico había precipitado los síntomas. El estresor más frecuente fue el embarazo (señalado por 25% de los sujetos); sin embargo, un estudio semejante en Hong Kong encontró una tasa muy baja (Lo, 1967).

En fin, los factores de riesgo son múltiples e incluyen los genéticos y de vulnerabilidad neurobiológica. Es posible que los cambios hormonales después del embarazo hagan que los neurotransmisores se alteren y por ende aumenten los casos de aparición postparto (Brandes, Soares y Cohen, 2004), potencializados por los retos psicosociales de la transición a la parentalidad.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clásicas de este trastorno son los pensamientos intrusos sobre temas tabú: miedo de haber matado a alguien, de haberse contaminado, de ensuciarse, etc. Las compulsiones consiguientes se refieren a lavarse, descontaminarse y asegurarse repetidamente de que no se han cometido esas transgresiones (haber atropellado a alguien, dejado la puerta abierta, la estufa prendida, etc.). Cuando se tiene a un hijo los pensamientos intrusos pueden referirse a dañar al bebé, cortarlo con un cuchillo, asfixiarlo, tirarlo, ahogarlo durante el baño, etc. También pueden

consistir en dudar de haberlo puesto en el horno de microondas o haberlo dejado en una situación de peligro (Fairbrother y Abramowitz, 2007).

Es posible que cuando el trastorno tiene su inicio en el período postparto, las obsesiones de daño al bebé sean más marcadas (Brandes, Soares y Cohen, 2004); asimismo, cuando la paciente lo padecía desde antes del embarazo, es posible que el problema empeore en el postparto.

La señora N. sufrió mucho después del nacimiento de su primer bebé. Desde antes del embarazo tenía pensamientos intrusos como que Dios era el demonio o un perverso sexual (cuando en realidad ella era muy religiosa), además de fobia a los cuchillos y la sensación de estar contaminada, por lo que se lavaba las manos con frecuencia. Después de nacer su primer bebé, a quien esperaba con gran entusiasmo, empezó a tener pensamientos de que podría matarlo con un cuchillo en cualquier descuido. Su sufrimiento la obligó a poner los cuchillos bajo llave para estar segura de no matar al bebé, aunque de cualquier forma tenía miedo de haberlo herido sin darse cuenta, por lo que sentía la necesidad de revisarlo repetidamente. Después de revisarlo tenía que volver unos minutos después para asegurarse de que no había pasado por alto alguna herida hecha de manera inadvertida por ella misma. Sufrió durante todo el primer año de vida del niño sin revelar sus tormentos ni a su esposo, pues temía que él y los demás pensarán que se estaba volviendo loca. Cuando leyó un folleto sobre el trastorno obsesivo compulsivo y reconoció sus propios síntomas, buscó ayuda de un profesional de salud mental, con una buena respuesta al tratamiento.

Hassam y Brockington (1999) describieron el caso aparentemente inusual de dos mujeres que tenían pensamientos obsesivos de abusar sexualmente del bebé in útero.

Todos estos pensamientos obsesivos son aterradores precisamente por la peligrosidad de que ocurrieran en la realidad. La mujer se siente culpable y ansiosa debido a ellos y a que no puede expulsarlos de su mente, además de no poderlos comunicar a nadie.

En realidad no hay peligro de que los pensamientos se transformen en acciones, aunque la mujer afectada no lo sepa (Piacentini y Langley, 2004).

Varios estudios se han enfocado en la cuestión de cuál es el contenido de las obsesiones y compulsiones de la mujer en la etapa perinatal. Uno de éstos (Wisner y cols., 1999) exploró la asociación entre depresión postparto y síntomas obsesivo-compulsivos en 37 mujeres con depresión postparto y 28 mujeres sin ella. Se usó el instrumento *Escala de Obsesión-Compulsión Yale-Brown* (Goodman y cols., 1989) que explora 50 obsesiones y conductas compulsivas. En ambos grupos se encontraron síntomas de esta naturaleza, pero con mayor frecuencia en las

mujeres con depresión postparto (57%) que en aquéllas sin depresión (39%); sin embargo, debido al tamaño de la muestra la diferencia no fue estadísticamente significativa. Otra investigación (Jennings y cols., 1999) comparó las obsesiones y compulsiones en mujeres postparto sin y con depresión postparto (46 mujeres vs. 100 con depresión); en ésta se midieron los síntomas obsesivo compulsivos de modo dimensional y no sólo categóricamente (es decir, si las mujeres tenían TOC o no). De las mujeres deprimidas, 41% reportó pensamientos obsesivos de dañar a su bebé (en 20% eran pensamientos pasajeros y en 12% eran repetitivos). En las mujeres sin depresión, 6,5% tuvo pensamientos pasajeros de dañar al bebé, lo que sugiere que los pensamientos de dañar al bebé ocurren incluso en mujeres que se consideran “sanas” (en alrededor de 15% de las mujeres sanas). No se sabe si los pensamientos negativos dan lugar a depresión o al contrario, si la depresión causa pensamientos obsesivos (Abramowitz y cols., 2003).

Los síntomas de la señora S. empeoraron al nacer su segundo hijo, que ahora tiene nueve meses. Desde antes había tenido mucho temor a las bacterias, a la “suciedad”, por lo que tenía que lavarse las manos de manera frecuente hasta treinta veces al día (la piel de las manos se ha secado y deteriorado). Ahora tiene que bañar a los niños varias veces al día. El niño mayor, de dos años y medio, toca objetos que ella considera prohibidos, como las alfombras, la lavadora, la secadora de ropa, o algún objeto que ella considera que puede estar “contaminado”, y sufre con el temor de una infección terrible o contaminación del bebé o el niño mayor, por lo que cada vez que tocan algo prohibido, los tiene que bañar, derivando en cuatro o cinco baños por día. Sabe que es inusual y perjudicial para sus hijos, pero no puede evitar sus temores y conducta. Ha pospuesto solicitar ayuda de alguien por temor a que se le considere como una “enferma mental”.

Tratamiento

Una de las principales barreras para el tratamiento es que la mujer no revela sus pensamientos y temores, aunque la atormentan constantemente. Lo óptimo es la detección temprana, para lo que pueden ser suficientes unas cuantas preguntas referentes a si tiene pensamientos persistentes que la asustan o conductas repetitivas para aliviar su ansiedad. Estas preguntas deben hacerse con la observación de que “muchas mujeres tienen estas experiencias”, e intentando aliviar el temor de que si revela sus pensamientos el veredicto será terrible.

Estrategias psicoterapéuticas

La psicoterapia de índole psicodinámica puede ser útil para aliviar la ansiedad y desarrollar la introspección sobre los problemas; sin embargo, hay poca información sobre su eficacia. Las terapias cognoscitivo conductuales son una herramienta útil. Puede ser que estas terapias tengan mayor beneficio que los medicamentos, pues pueden producir cambios a largo plazo y no requieren la toma continua de fármacos.

El uso conjunto de terapias puede dar mejor resultado que el medicamento o la psicoterapia por sí mismos, sobre todo en casos graves (Shruers y cols., 2005). A continuación se señalan varios aspectos a considerar pero sin hacer una descripción detallada de estas técnicas.

Uno de los objetivos de la terapia es demostrar a la paciente que tiene algunas ideas falsas y que éstas pueden ser corregidas por otras más “correctas”. Se puede empezar por enseñarle el mecanismo de operación de las obsesiones y compulsiones. Las obsesiones aumentan la ansiedad, es decir, los pensamientos asustan a la paciente y la orillan a la necesidad de ser tranquilizada. Por ejemplo, cuando piensa: “¿se podría haber contaminado el bebé?”, pensamiento angustiante que da lugar a acciones compulsivas que intentan tranquilizarla: bañar frecuentemente al niño para asegurarse de que no está contaminado.

Las compulsiones, aunque calman la ansiedad de manera temporal, son a la vez un mecanismo de reforzamiento de las obsesiones. La paciente aprende que al realizar estas acciones (compulsivas), su ansiedad disminuye por un tiempo, hasta que vuelve a aumentar y se hace necesaria su repetición (Piacentini y Langley, 2004).

Es importante enseñar a la persona que sufre la ansiedad que ésta es la esencia del TOC y a identificar los pensamientos angustiosos y compulsiones como síntomas, etiquetándolos como tales; por ejemplo “mi enfermedad” o “el monstruo que me atormenta”. De esta manera se puede normalizar la existencia de los síntomas y luchar contra ellos; es decir, los pensamientos no significan que uno es malo o culpable sino que son manifestaciones del trastorno y contra ellos es que hay que enfocar la lucha.

Con respecto a las dudas constantes (Salkovskis, 1989) del tipo: “¿habré matado a alguien?, ¿podría matar o ahogar al bebé?”, la paciente no distingue adecuadamente entre los pensamientos y las acciones. Éste es uno de los mecanismos centrales del trastorno. Para la paciente los pensamientos son casi equivalentes a las acciones (Rachman, 1993), lo que hace que siempre se sienta culpable.

Se puede ayudar a la mujer a disminuir la ansiedad asociada con los pensamientos precisamente prescribiéndolos. Es decir, se le instruye para que piense durante un período de 15 minutos dos o tres veces al día exactamente sobre esos pensamientos atemorizadores. Entonces, si la paciente hace esta tarea, termina “habituándose” a ellos y pierden su valor como causa de ansiedad y se vuelven aburridos. Otra estrategia es que la paciente escuche una grabación en la que se oigan esos pensamientos angustiosos de manera repetitiva.

Existe otro método cognoscitivo que es el prevenir gradualmente las respuestas compulsivas y la exposición gradual a los objetos temidos, en caso de que estos existan. Por ejemplo, si el mero hecho de tocar un basurero da lugar a toda una

serie de rituales de limpieza, el terapeuta puede ayudar a la paciente a exponerse gradualmente al objeto temido, primero colocándose cerca de éste y luego tocándolo, mientras que evita dar lugar a los rituales “ tranquilizadores”, que en realidad no lo son. Poco a poco la paciente se da cuenta de que sus predicciones catastróficas son falsas. Si el objeto realmente fuera peligroso, otras personas le temerían (a la basura, a los picaportes sucios, etc.) y, además, al evitar la realización de las acciones compulsivas aprende que las consecuencias catastróficas que tanto teme no ocurren, lo que a la larga alivia el trastorno.

Otras intervenciones consisten en “detener los pensamientos” una vez que se han identificado por lo que son: manifestaciones de ansiedad, y que si se continúan, crean más ansiedad y requieren acciones compulsivas para evitarlos de manera temporal (Chelmow y Halfin, 1997).

Farmacoterapia

En general, cuando es necesario, se prefiere utilizar medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina, tales como fluoxetina, venlafaxina y fluvoxamina. Los detalles que se describieron anteriormente sobre su utilización en el embarazo y postparto aplican también a este trastorno. Siempre habrá que valorar el balance entre los beneficios y los riesgos de estos medicamentos.

Trastorno de ansiedad generalizada

Consiste en la sensación de angustia y malestar emocional que la paciente experimenta casi todo el tiempo, como una “ansiedad flotante”. Es de naturaleza crónica y puede acompañarse de la sensación subjetiva de angustia y preocupación constante, entre otras múltiples manifestaciones somáticas.

Es un padecimiento grave que produce mucho sufrimiento a la paciente. Hay poca información empírica sobre su relación con el período perinatal; sin embargo, el clínico encontrará pacientes que lo han padecido desde antes y cuyo embarazo y transición a la parentalidad se verán afectados por la ansiedad perenne. Las preocupaciones se extenderán a temas relacionados con los temores propios del embarazo, el bienestar del bebé, la satisfacción en su papel de madre, etc. La persona afectada casi nunca está tranquila y siente una angustia flotante de que algo está mal o podría salir mal. Los temores se refieren a múltiples áreas (la familia, el trabajo, las relaciones con otras personas, la autoimagen, etc.) y la preocupación ocurre sin motivo aparente, además de que son excesivos e incontrolables.

En cuanto a los síntomas somáticos que lo acompañan, éstos consisten en sensación persistente de tener algo atorado en la garganta, sensación de que no se puede inhalar suficiente aire, taquicardia, opresión en el pecho o abdomen, hiperventilación,

sudoración, sensación de calor o frío, dolor de pecho y parestesias (sensación de hormigueo en los miembros).

En contraposición con los otros trastornos de ansiedad, el malestar no se relaciona con situaciones específicas o estímulos desencadenantes ni limitados en el tiempo, sino que es una angustia persistente y difícil de relacionar causalmente. Entre los criterios de diagnóstico está la duración de alrededor de seis meses de preocupación frecuente y excesiva, que no se puede erradicar de la mente aunque la paciente lo desee, además de otros síntomas como dificultad para concentrarse, tensión muscular, sensación de fatiga, inquietud persistente y algunos de los síntomas somáticos antes mencionados. Se estima que afecta a alrededor de 5% de la población general (Kessler y Wittchen, 2002).

Un estudio internacional realizado por la Organización Mundial de la Salud con médicos generales en su práctica clínica encontró una prevalencia de 8% del total de los pacientes (Ustun y Sartorius, 1995); es decir que es mucho más frecuente que los otros trastornos de ansiedad (Kessler y Wittchen, 2002). A pesar de ello, no ha recibido tanta atención en términos de investigación como para evaluar su impacto y la eficacia de los tratamientos.

Se cree que el comienzo del trastorno puede ocurrir en las mujeres de alrededor de 35 años de edad. En cuanto a la etapa perinatal, un estudio sugirió una frecuencia de 8,5% durante el primer trimestre del embarazo (Sutter-Dallay y cols., 2004). En la etapa postparto, varios estudios encontraron una frecuencia de entre 4 y 8% (Wenzel y cols., 2003), lo que indica que el riesgo de ansiedad es mayor después del parto, y su prevalencia mayor que en la población general.

Manifestaciones clínicas

Los temores y angustias se refieren a procesos relacionados con el embarazo, el parto y el bebé. Puede haber miedo excesivo respecto a la salud del bebé in útero, acompañado de temor a lo que pudiera suceder en el parto y después de éste.

Para poder calificar a dichas manifestaciones clínicas como síntomas, es necesario que la ansiedad y preocupación sean excesivas e interferir seriamente con el bienestar y el funcionamiento de la persona afectada. No se trata de las preocupaciones comunes, que son parte de todo embarazo y parto, sino de temores desproporcionados e irracionales; por lo tanto, no se pueden eliminar sólo con fuerza de voluntad o a través del razonamiento, en la creencia de que son infundados. Por su misma naturaleza persisten y causan mucho malestar a la persona. No hay estudios empíricos que hayan comparado la fenomenología de este trastorno durante el embarazo o postparto con las manifestaciones en otras etapas de la vida.

El curso clínico generalmente es crónico y suele durar 10 años o más (Kessler y Wittchen, 2002). Heron y su grupo (Heron y cols., 2004) estudiaron el devenir clínico de los trastornos de ansiedad durante el embarazo en un grupo de 8.323 mujeres a las 18 y 32 semanas de gestación, y posteriormente a las ocho semanas y a los ocho meses postparto. Este estudio formó parte del proyecto de investigación ALSPAC (*Avon Longitudinal Study of Parents and Children*, por sus siglas en inglés) que además estudió la depresión perinatal.

Como se sabe, la mayoría de las mujeres con depresión postparto ya tenían depresión durante el embarazo. Asimismo, en la mayoría de las mujeres con ansiedad postparto ya se había presentado un trastorno de ansiedad durante la gravidez. La angustia durante el embarazo fue un importante factor de predicción para que apareciera la depresión postnatal a las ocho semanas y a los ocho meses, aún cuando hubiera o no depresión prenatal.

Tratamiento

En los casos de ansiedad generalizada es particularmente necesario pensar en estrategias de intervención que no requieran de medicamentos, como las terapias de relajación, las cognoscitivo-conductuales o las psicodinámicas. El tratamiento estándar debe incluir técnicas que enseñen a la paciente a relajarse y calmarse por sí misma (Lang, 2004). Una técnica de relajación útil es la de tensionar los músculos por unos minutos y luego relajarlos; una región muscular cada vez y de manera gradual con diferentes partes del cuerpo como los pies, las piernas, los muslos, antebrazos, brazos, los músculos glúteos, la espalda, abdomen, cuello y cara. Con la tensión y relajación se produce una sensación de calma. Las técnicas de biorretroalimentación (calentamiento de los dedos, respiración abdominal y sugestión autógena) también pueden disminuir considerablemente la ansiedad. La paciente puede aprender a monitorear su respiración y hacerlo de manera calmada y profunda cuando su tendencia sea a hiperventilar y a tener respiraciones entrecortadas debido al miedo.

Entre las estrategias cognoscitivo-conductuales se utiliza la reestructuración cognoscitiva (enseñar a la paciente a reconocer la irracionalidad de sus preocupaciones con respecto al presente y futuro), autovigilancia (detectar pensamientos negativos, catastróficos e improbables) y su exposición gradual a varias de las situaciones atemorizantes; para ello se prescribe a la paciente que imagine intencionalmente las situaciones catastróficas a las que teme. Se puede sugerir que la paciente tenga un horario determinado del día “para preocuparse” y en el que no haga otra cosa que eso. Las evaluaciones de la eficacia de estas estrategias han demostrado su superioridad con respecto a grupos control (Lang, 2004).

Las estrategias psicoeducacionales ayudan a la paciente a saber que no es la única que sufre de este tipo de pensamientos y temores, y que muchas otras personas lo han logrado resolver. De manera reciente, Ladouceur y su grupo (2000) propusieron estrategias específicas para este trastorno, entre las que se encuentra reconocer que la paciente tiene una “intolerancia a la incertidumbre”, y es necesario enseñarla a tolerar la incertidumbre usual en la vida. La mujer quiere estar siempre segura de que todo está o va a estar bien, lo cual es imposible incluso en condiciones normales. También puede pensar que preocuparse es bueno, porque hace que esté preparada ante una posible contingencia. Cree que si se preocupa en forma mágica hará que lo malo no pueda pasar. Además, tiende a sustentar creencias erróneas con respecto al futuro y la naturaleza de los problemas. También suele haber una actitud cognoscitiva a evitar el abordaje de un problema a fondo, por lo que más bien se queda en la superficie como una preocupación global basada en puras intuiciones e impresiones.

En caso de requerir la utilización de medicamentos, pueden ser útiles los antidepresivos (inhibidores de la recaptación de serotonina). En casos muy graves pueden utilizarse ansiolíticos de tipo benzodiazepínico, pero de preferencia por muy corto tiempo y no durante el embarazo. En el entretanto deben iniciarse las estrategias psicosociales antes mencionadas.

Trastorno por estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático se clasifica también entre los trastornos de ansiedad. Se caracteriza por síntomas de evasión de recuerdos desagradables, sensación de peligro y ansiedad constantemente, así como la idea de revivir los episodios traumáticos previos. La paciente responde con temor ante experiencias desencadenantes, a veces ante estímulos aparentemente triviales, que le recuerdan las experiencias abrumadoras previas.

Epidemiología

No se sabe exactamente cuál es su prevalencia en el período perinatal pues se utilizan diferentes instrumentos para su detección. Incluso entre la población abierta de adultos las frecuencias informadas oscilan entre 1 y 14% con el uso de criterios del *Manual de Diagnóstico y Estadística (American Psychiatric Association, 2000)*. En mujeres se han encontrado frecuencias de entre 2,5 y 7,5% (Loveland Cook y cols., 2004; Ross y cols., 2005; Soderquist, Wijma y Wijma, 2004), y la prevalencia será mucho mayor si se incluye sólo la presencia de síntomas postraumáticos y no del trastorno *per se* con todos los síntomas del diagnóstico (alrededor de 25%) (Soet, Brack y Dilorio, 2003).

Se estima que aproximadamente 20 a 30% de las mujeres que acuden a una sala de partos tienen el antecedente de haber sufrido abuso sexual, y muchas de ellas pueden ser retraumatizadas por la experiencia del nacimiento (Leeners y cols., 2003). Se estima que una buena proporción de mujeres con antecedente de trauma psicológico no tienen recuerdos conscientes de ello (las experiencias van desde ser víctima directa, por ejemplo de abuso sexual, hasta de manera indirecta, como el haber presenciado uno o muchos eventos abrumadores). Se cree que en 70 a 90% de los casos el que abusa sexualmente es alguien del entorno inmediato de la niña, en su gran mayoría perpetrado por un hombre y en 33 a 60% de los casos se trata de un familiar.

Manifestaciones clínicas

En muchas pacientes hay una combinación de síntomas tanto somáticos como psicológicos. Los síntomas de trastorno por estrés postraumático son bien conocidos (*flashback*, pesadillas, ansiedad, sensación de pánico, temores a que se repita la experiencia, recuerdos perturbadores, etc.). En ocasiones los recuerdos aparecen en la conciencia por primera vez durante el embarazo o el parto. Se ha sugerido que esto tiene que ver con los cambios corporales, como el aumento de volumen del abdomen o de las glándulas mamarias, fenómenos que claramente no están bajo el control de la mujer. En un pequeño estudio realizado en Alemania (Leeners y cols., 2003) se evaluó el curso del embarazo de 15 mujeres con antecedente de traumatismo psicológico y con síntomas de estrés postraumático, observándose una reactivación de los síntomas de trauma, tales como ansiedad y evitación de los recuerdos, así como múltiples síntomas de somatización.

Una posibilidad con importancia clínica es que la paciente tenga síntomas disociativos. A veces este mecanismo, que incluso ha operado antes del embarazo, se sigue utilizando, y puede ser que, por ejemplo, durante el parto la mujer no sienta que es ella quien está viviendo esa experiencia. Puede observarse una excesiva tolerancia al dolor por mecanismos disociativos o, por el contrario, tanta angustia que se percibe el dolor en forma exagerada. La mujer puede tener una anestesia psicógena de una parte del cuerpo o sentirse como una espectadora de su parto.

Entre las pacientes que han sufrido maltratos físicos muchas pueden temer a la maternidad, por cuestionarse si ellas mismas podrían llegar a maltratar a sus hijos, no ser buenas madres o sentir aversión hacia el bebé.

La mujer puede llegar a pedir que se le realice una operación cesárea para evitar revivir experiencias relacionadas con los órganos sexuales.

Otras presentaciones de las experiencias traumáticas en relación con el embarazo y parto pueden ser miedo al bebé y evitar contacto con el recién nacido, o bien anhelar que el bebé sea quien proteja y apoye emocionalmente a su madre. Es claro

también que el trastorno por estrés postraumático coexiste a menudo con depresión, tanto antes como después del parto.

Como se menciona en el apartado de depresión, las mujeres tienen mayor riesgo de ésta cuando existe el antecedente de maltrato o trauma emocional en la infancia.

Tratamiento

Hay muy poca información sobre la eficacia de las estrategias de intervención en la ansiedad postraumática. Cuando se sabe que una mujer tiene tales síntomas, se puede intervenir desde antes del parto ayudándola a hablar de sus experiencias anteriores de preferencia con un profesional de salud mental.

Es necesario validar las experiencias que reporta la paciente y manifestar empatía con las vivencias que revela, así como tratar de respetar los deseos de la mujer en cuanto a su parto, pues sus preferencias pueden estar basadas en su sintomatología.

En otros estudios se ha validado la eficacia de la expresión, análisis y reflexión de los sentimientos asociados con experiencias traumáticas; sin embargo, en mujeres que han padecido sufrimiento extremo puede ser contraproducente invitarlas a revivir sus recuerdos y hablar de ellos, ya que en ocasiones, al revivirlos, la ansiedad empeora, en cuyo caso es recomendable realizar primero una terapia de apoyo para ayudarla a contener sus emociones.

La “terapia de manejo de las emociones” (Zlotnick y cols., 1997) puede asistir a aquellas pacientes que tienen mucho enojo, irritabilidad, tristeza y labilidad emocional. Los formatos de terapia de grupo pueden ayudar a la mujer a no sentirse tan aislada y culpable, gracias a la escucha de los relatos y reacciones de otras personas que han atravesado por las mismas situaciones. También pueden intentarse estrategias terapéuticas que involucren aspectos de relajación, disminución de la ansiedad (como la hipnoterapia), biorretroalimentación e imaginación guiada. Lo mismo aplica para la terapia de desensibilización y reprocesamiento de experiencias traumáticas por medio de movimientos oculares, cuya eficacia es generalmente reconocida.

La terapia con psicofármacos puede ser un adjunto cuando es necesario debido a la gravedad de los síntomas, sobre todo con medicamentos como los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina y los alfa-adrenérgicos (como la guanfacina y la clonidina).

Referencias

1. Abramowitz, J.S., Schwartz, S.A., Moore, K.M., Luenzmann, K.R., 2003. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *Anxiety Disorders*, 17, pp.461-478.
2. Altshuler, L.L., Cohen, L., Szuba, M.P., Burt, V.K., Gitlin, M., Mintz, J., 1996. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: Dilemmas and guidelines. *American Journal of Psychiatry*, 153, pp.592-606.
3. American Psychiatric Association, 1998. Practice guidelines for the treatment of patients with panic disorder. Work group on panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(Supplement 5), pp.1-34.
4. American Psychiatric Association, 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revisado)*. 4a ed., Washington, D.C.
5. Angst, J., 1994. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder. En: E. Hollander, J. Zohar, D. Maraziti, B. Oliver, eds. 1994. *Current insights in obsessive-compulsive disorder*. West Sussex: Wiley, pp.93-104.
6. Bandelow, B., Sojka, F., Broocks, A., Hajak, G., Bleich, S., Rüther, E., 2006. Panic disorder during pregnancy and postpartum period. *European Psychiatry*, 21, pp.495-500.
7. Brandes, M., Soares, C.N., Cohen, L.S., 2004. Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: Diagnosis and management. *Archives of Womens Mental Health*, 7, pp.99-110.
8. Butolph, J.L., Holland, A., 1990. Obsessive compulsive disorders in pregnancy and childbirth. En: M. Jenike, L.K. Baer, W. Minichiello, eds. 1990. *Obsessive-compulsive disorders: Theory and management*. Chicago: Year Book Medical, pp.89-97.
9. Chelmow, D., Halfin, V.P., 1997. Pregnancy complicated by obsessive-compulsive disorder. *Journal of Maternal and Fetal Medicine*, 6(1), pp.31-34.
10. Chen, Y.H., Lin, H.C., Lee, H.C., 2010. Pregnancy outcomes among women with panic disorder. Do panic attacks during pregnancy matter? *Journal of Affective Disorders*, 120, pp.258-262.
11. Cohen, L.S., Sichel, D.A., Dimmock, J.A., Rosenbaum, J.F., 1994. Impact of pregnancy on panic disorder: A case series. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, pp.284-288.
12. DiPietro, J.A., Hilton, S.C., Hawkins, M., Costigas, K.A., Pressman, E.K., 2003. Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Developmental Psychology*, 38, pp.659-668.
13. Dolovich, L.R., Addis, A., Vaillancourt, J.M., Power, J.D., Koren, G., Einarson, T.R., 1998. Benzodiazepine use in pregnancy and major malformations or oral cleft. Meta-analysis of cohort and case-control studies. *British Medical Journal*, 317, pp.839-843.

14. Dragonas, T., Christodolou, G.N., 1998. Antenatal care. *Clinical Psychology Review*, 18, pp.127-142.
15. Fairbrother, N., Abramowitz, J.S., 2007. New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 45, pp.2155-2163.
16. Field, T., Diego, M., Hernández-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Ascencio, A., Schanberg, S., Kuhn, C., 2009. Comorbid depresión and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*, 33, pp.23-29.
17. Fonagy, P., 2003. Psychoanalysis today. *World Psychiatry*, 2(2), pp.73-80.
18. Fonseca Zimbaldi, C., Cantilino, A., Montenegro, A.C., Alencar Paes, J., Lucena César de Albuquerque, T., Botelho Sourgey, E., 2009. Postpartum obsessive compulsive disorder: Prevalence and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 50, pp.503-509.
19. Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R., Charney, D.S., 1988. The Yale-Brown obsessive compulsive scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, pp.1012-1016.
20. Guler, O., Kir Sahin, F., Murat Emul, H., Omer Ozbulut, O., Gecici, O., Uguz, F., Gezginic, K., Esra Zeytinc, I., Karatay, S., Rustem, A., 2008. The prevalence of panic disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Comprehensive Psychiatry*, 49, pp.154-158.
21. Heron, J., O'Connor, T., Evans, J., Golding, J., Glover, V., 2004. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, pp.65-73.
22. Jennings, K.D., Ross, S., Pepper, S., Emore, M., 1999. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *Journal of Affective Disorders*, 54, pp.21-28.
23. Hanson, D., Lou, H.C., Olsen, J., 2000. Serious life events and congenital malformations. A national study with complete follow up. *Lancet*, 356, pp.875-880.
24. Hassam, F., Brockington, I., 1999. Obsessions of foetal sexual abuse. *Archives of Womens Mental Health*, 1, pp.193-195.
25. Hertzberg, T., Wahlbeck, K., 1999. The impact of pregnancy and puerperium on panic disorder: A review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 20(2), pp.59-64.
26. Karno, M., Golding, J.M., Sorenson, S.B., Burnam, A., 1988. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, pp.1094-1099.
27. Kessler, R.C., Wittchen, H.U., 2002. Patterns and correlates of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(supl. 8), pp.4-10.
28. Lanczik, M., Knoche, M., Fritze, J., 1998. Psychopharmakotherapie während Gravidität und Laktation. *Der Nervenarzt*, 69, pp.1-9.

29. Lang, A.G., 2004. Treating generalized anxiety disorder with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(supl. 13), pp.14–19.
30. Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., 2000. Efficacy of a cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, pp.957–964.
31. Leeners, B., Richter-Appelt, H., Schönfeld, K., Neumaier-Wager, P., Görres Gath, W., 2003. Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter: Auswirkungen und Ansätze zu einer verbesserten Betreuung bei Schwangerschaft, Geburt, Still- und früher Neugeborenenzeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 100, p.11.
32. Lo, W.H., 1967. A follow up study of obsessional neurotics in Hong Kong Chinese. *British Journal of Psychiatry*, 113, pp.823-832.
33. Loveland Cook, C.A., Flick, L.H., Homan, S.M., 2004. Posttraumatic stress disorder in pregnancy: Prevalence, risk factors and treatment. *Obstetrics and Gynaecology*, 103, pp.710-717.
34. March, D., Yonkers, K.A., 2001. Panic disorder. En: K. Yonkers, B.B. Little, eds. 2001. *Management of psychiatric disorders in pregnancy*. Londres: Arnold Publisher, pp.134-148.
35. Meshberg-Cohen, S., Svikis, D., 2007. Panic disorder, trait anxiety and alcohol use in pregnant and nonpregnant women. *Comprehensive Psychiatry*, 48, pp.504-510.
36. Nascimento, I., Lopes, F.L., Valença, A.M., Mezzasalma, M.A., Nardi, A.E., 2004. Transtorno do Pânico e gravidez. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), pp.211-215.
37. O'Connor, T.G., Heron, J., Glover, V., 2002. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independent of postnatal depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, pp.1470-1477.
38. Piacentini, J., Langley, A.K., 2004. Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60, pp.1181-1194.
39. Rachman, S., 1993. Obsessions, responsibility and guilt. *Behavior Research and Therapy*, 31, pp.149-154.
40. Rambelli, C., Montagnani, M.S., Oppo, A., Banti, S., Borri, C., Cortopassi, C., Ramaccioni, D., Camilleri, V., Mula, M., Cassano, G.B., Mauri, M., 2010. Panic disorder as a risk factor for post-traumatic depression. Results from the perinatal depression research and screening unit study. *Journal of Affective Disorders*, 122, pp.139-143.
41. Ross, L.E., McLean, L.M., 2006. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), pp.1285-1298.

42. Salem Vasconcelos, M., Santos Sampaio, A., Hounie, A.G., Akkerman, F., Curi, M., López, A.C., Miguel, E.C., 2007. Prenatal, perinatal and postnatal risk factors in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 61, pp.301-307.
43. Selkovskis, P.M., 1989. Cognitive behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behavioral Research and Therapy*, 27, pp.677-682.
44. Simon, E., Boegels, S., Stoel, R., De Schutter, S., 2009. Risk factors occurring during pregnancy and birth in relation to brain functioning and child anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, pp.1024-1030.
45. Sheehan, D.V., 2002. The management of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Supl. 14), pp.17-21.
46. Shruers, K., Koning, K., Luermans, J., Haack, M.J., Griez, E., 2005. Obsessive-compulsive disorder: A critical review of therapeutic perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, pp.261-271.
47. Smith, M.V., Rosenheck, R.A., Cavaleri, M.A., Howell, H.B., Poschman, K., Yonkers, K.A., 2004. Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatric Services*, 55, pp.407-414.
48. Soderquist, J., Wijman, K., Wijma, B., 2004. Traumatic stress in late pregnancy. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, pp.127-142.
49. Soet, J.E., Brack, G.A., Dilorio, C., 2003. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30, pp.36-46.
50. Sutter-Dallay, A.L., Giacomme-Marcésche, V., Glatigny-Dallay, E., et al., 2004. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: A prospective study of the MATQUID cohort. *European Psychiatry*, 19, pp.459-463.
51. Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., Costa, R., 2009. Anxiety and depresión during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, 119, pp.142-148.
52. Ustun, T.B., Sartorius, N., eds. 1995. *Mental illness in general health care: An international study*. Chichester, NY: John Wiley & Sons.
53. Van den Bergh, B.R.H., Marcoen, A., 2004. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems and anxiety in 8 and 9 year olds. *Child Development*, 75, pp.1085-1097.
54. Wenzel, A., Haugen, E.N., Jackson, L.C., et al., 2003. Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Archives of Womens Mental Health*, 6, pp.43-49.
55. Wisner, K.L., Peindl, K.S., Gigliotti, T., Hanusa, B.H., 1999. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, pp.176-180.

56. Yonkers, K.A., Zlotnick, C., Allsworth, J., Warshaw, M., Seha, T., Keller, M.B., 1998. Is the course of panic disorder the same in women and men? *American Journal of Psychiatry*, 155, pp.596-602.
57. Zlotnick, C., Shea, T.M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., Peralstein, T., 1997. An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 10:425-436.

PSICOSIS EN EL PERÍODO PERINATAL

Martín Maldonado-Durán

El término psicosis se refiere al estado mental en que la paciente no puede apreciar la realidad externa de modo normal. Tiene creencias falsas persistentes o percibe sensaciones que no existen de manera externa. La psicosis puede estar presente desde antes del embarazo en mujeres que tienen una enfermedad preexistente, por ejemplo la esquizofrenia. Este capítulo se refiere al trastorno más relacionado con la etapa perinatal, que es la psicosis postparto; se tocan otros trastornos graves sobre todo para el diagnóstico diferencial, así como su tratamiento específico.

Epidemiología de la psicosis postparto

La incidencia de este padecimiento es de uno a dos casos por cada 1000 partos (Brockington y Harris, 1994; Pfuhlmann y cols., 2000; Sit, Rothschild y Wisner, 2006). Aunque esta cifra puede ser de poca significancia, se trata de un trastorno grave con consecuencias potencialmente graves o incluso letales para la madre, el bebé y la familia. Una vez que se presenta, existe un riesgo de que en 3 a 4% de casos ocurra un infanticidio.

La psicosis suele presentarse entre la primera y la cuarta semana postparto. Una persona que ha tenido ya un episodio tiene un riesgo de aproximadamente 33% de presentar otro en el parto siguiente (Robertson y cols., 2005). También puede haber recaídas espontáneas aunque no se tenga otro parto.

En una revisión de 12 años de ingresos a hospitales psiquiátricos realizada por Kendell, Chalmers y Platz, en los Estados Unidos (1987), encontraron que, entre 54.087 nacimientos, hubo 120 ingresos psiquiátricos dentro de los primeros tres

meses por episodios de psicosis postparto. Durante los primeros 30 días posteriores al parto el riesgo de admisión era mucho mayor si se trataba de una mujer primípara. Otros factores de riesgo fueron no estar casada y haber tenido operación cesárea, así como muerte del bebé por alguna otra razón.

El riesgo de ingreso al hospital era mucho mayor si había antecedentes de trastorno bipolar o depresión mayor, lo que indica que la psicosis postparto es más bien un trastorno de tipo afectivo (trastorno del estado de ánimo) que relacionado con la esquizofrenia (Chaudron y Pies, 2003; Kendell, Chalmers y Platz, 1987). Otros investigadores han hallado que el riesgo de psicosis postparto es 22 veces más alto durante el primer parto que en los subsecuentes (Heron, Craddock y Jones, 2005). Algunos autores (Sharma, Smith y Khan, 2004) sugieren que un factor causal adicional para la psicosis es la privación del sueño durante el trabajo de parto y el parto mismo. Algunas mujeres tienen un trabajo de parto prolongado y paren a su bebé durante la noche. En un pequeño estudio con mujeres con y sin psicosis postparto, se encontró una asociación estadística con el hecho de haber tenido al bebé durante la noche.

Es claro que en algunas personas con tendencia a trastornos del estado de ánimo o diagnóstico de enfermedad bipolar, la privación del sueño puede causar una recaída. Un estudio realizado en Suecia, por McNeil (1988) encontró que, de 88 mujeres en edad reproductiva y con antecedente de psicosis, aquellas que tenían solamente episodios de psicosis postparto en forma recurrente, por lo general tenían un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo. Por otra parte, las mujeres con trastorno bipolar establecido, tienen un riesgo más alto de sufrir un episodio de descompensación postparto.

En Birmingham, Reino Unido (Jones y Craddock, 2002), al revisar los antecedentes familiares de enfermedad afectiva en parientes de primer grado (hermanos, padres) de mujeres con psicosis postparto, se encontró una frecuencia mayor de trastorno afectivo que en mujeres con trastornos del estado de ánimo pero sin dificultades postparto, lo que sugiere un factor familiar (genético) más importante en las psicosis postparto. Se estima que aproximadamente entre 70 y 80% de las pacientes con psicosis postparto van a tener un episodio de manía alguna vez en su vida. En conclusión, la evidencia sugiere una fuerte relación entre psicosis postparto y enfermedad bipolar (Jones y Craddock, 2001).

Aunque se han estudiado algunos genes que podrían estar asociados con los estados bipolares, no se ha encontrado un gen específico relacionado con la psicosis postparto (Robertson y cols., 2003). Algunos estudios han sugerido una asociación entre la psicosis postparto y los cromosomas 16p13 y 8q24 (Spinelli, 2009).

Mecanismos

Uno de los mecanismos que se han sugerido como factor causal de la psicosis puerperal es la disminución súbita de estrógenos que ocurre después del parto (Deuchar y Brockington, 1998; Mahé y Dumaine, 2001); de hecho, Deuchar y Brockington han sugerido también una relación entre las alteraciones del estado de ánimo y conductuales en la etapa premenstrual (como la psicosis premenstrual) y la sensibilidad a alteraciones psiquiátricas en el período postparto.

Uno de los enfoques de tratamiento que se ha utilizado para este trastorno es la administración de estrógenos, la cual se ha reportado como benéfica (Ahokas y Aito, 1999). También hay informes de casos de psicosis o episodios maníacos después de un aborto o terminación de una mola hidatidiforme; ambos estados darían lugar a una súbita supresión de estrógenos (Hopker y Brockington, 1991). Lo más probable es que éste sólo sea un factor predisponente más, además de la susceptibilidad genética, entre otros.

Otros factores predisponentes

Como se anotó antes, hay mayor riesgo de padecer psicosis postparto durante el transcurso del primer parto (Kirpinar y cols., 1999). Algunos estudios han sugerido mayor riesgo cuando se presentan complicaciones durante el embarazo y parto, cuando el recién nacido es de sexo femenino (Okano y cols., 1999; Valdimarsdottir y cols., 2009), cuando se realiza una operación cesárea y cuando el embarazo es de más corta duración (Kendell, Chalmers y Platz, 1987). Sin embargo, en un estudio reciente entre 129 mujeres con diagnóstico de psicosis bipolar postparto, se revisaron los factores de índole obstétrica asociados con episodios de psicosis (inclusive en varios embarazos de una misma mujer), y sólo corroboraron un mayor riesgo (razón de momios 3,76) con dos factores: el primer parto y complicaciones obstétricas (Blackmore y cols., 2006). No se sabe con certeza por qué el primer parto sería un factor de riesgo mayor, pero se sabe, por ejemplo, que en la preclampsia, el riesgo de que se presente un cuadro de psicosis es 10 veces mayor durante el primer embarazo que en los subsecuentes. Se piensa que podrían entrar en juego factores inmunológicos como causa de la psicosis postparto, es decir, el efecto inmunológico en la madre del primer embarazo de un compañero determinado.

En contraste con lo que sucede con la depresión postparto, en que la falta de apoyo psicosocial y los factores de estrés tienen una relación causal con la depresión, en la psicosis postparto no se ha encontrado esta asociación.

Presentación clínica

La psicosis se inicia con frecuencia entre el tercer y cuarto día postparto (Sit, Rothschild y Wisner, 2006) y hasta unas dos terceras partes de los episodios

psicóticos se inician de forma abrupta durante las dos primeras semanas después del parto. Primero hay inestabilidad en el estado de ánimo, después pueden ocurrir estados con ideas paranoides, delirios religiosos y fantasías o delirios acerca del bebé. En cuanto a las fluctuaciones en el estado de ánimo, puede variar desde la tristeza marcada y depresión, hasta la euforia exagerada (hipomanía), hostilidad o franca psicosis (ruptura con la realidad). Muchos clínicos han descrito un cuadro de “perplejidad” en la mujer cuyo estado mejora durante el día y empeora durante la noche, como en los casos de delirium (lo que puede dificultar el diagnóstico diferencial). La nueva madre está claramente alterada, su conducta es desorganizada (no se baña o no se viste, no se da cuenta del paso del tiempo, dice cosas incoherentes) y no puede ocuparse del bebé por sí sola en este estado agudo. No se la debe dejar sola con el bebé y requerirá observación estrecha las 24 horas del día, preferentemente hospitalizada.

Algunas características típicas de la manía son el estado de ánimo irritable o exuberante, hablar constantemente y en forma irrelevante, cantar y reírse sin ninguna razón, hiperactividad motriz, falta de sueño, incapacidad para dormir durante toda la noche y salirse de la casa sin ningún propósito definido. El estado de ánimo fluctúa sin desencadenante alguno (Spinelli, 2009).

En cuanto a la fenomenología psicótica propiamente dicha existen varias presentaciones clínicas. Por psicosis se entiende la pérdida de la capacidad de evaluar la realidad de manera adecuada. Esta pérdida puede ser de corta o larga duración. La mujer puede tener delirios o alucinaciones. Los delirios son convicciones falsas sobre lo que está sucediendo a su alrededor (o dentro de ella), y que no se pueden eliminar por medio del convencimiento, razonamiento o presentándole pruebas contrarias a su creencia. Las alucinaciones son experiencias internas que se perciben como externas, tales como oír voces, tener visiones, sentir que es tocada o lastimada, entre otras. Algunas mujeres con psicosis postparto tienen alucinaciones auditivas en las que les dan órdenes, algunas de las cuales pueden ser dañar al bebé o maltratarlo de algún modo.

La señorita A. es una joven de 19 años que vive con sus padres y hace tres semanas tuvo a su primer hijo, una niña. Sus padres y ella la cuidan. La señorita A. tenía antecedentes de cuadros de depresión mayor y de episodios de excesiva irritabilidad y conducta errática aproximadamente desde los 15 años. Ahora ella y su familia están preocupados porque oye que la niña llora inconsolablemente. Cuando la va a ver a su cuna la niña está dormida; la paciente se tranquiliza y vuelve a sus actividades, pero vuelve a oír que la niña llora. En ocasiones, cuando la va a ver, se le presentan imágenes en que la bebé está descuartizada y cubierta en sangre. Se asusta y la vuelve a observar, corroborando que esto no es cierto. Tiene miedo que estas imágenes sean realidad y está aterrada de dañar a la niña. A la vez oye

una voz que le ordena que la lastime. Responde bien al tratamiento de apoyo psicosocial, a la intervención directa de los abuelos en el cuidado de la bebé y al tratamiento con medicamento antipsicótico (neuroléptico).

Los delirios en la psicosis posparto pueden ser de naturaleza extraña o imposible (por ejemplo, creer que se es la virgen María, o que se tienen poderes sobrenaturales), o bien más plausibles, por ejemplo los delirios de naturaleza persecutoria (convicción de ser vigilada, acosada, espiada o seguida con malas intenciones).

Ian Brockington (1992, 1996) describió algunos delirios específicos de la etapa posparto, entre los que están el de que el bebé fue cambiado por otro ser extraño, el síndrome de Medea (deseo de matar a los hijos por venganza contra su padre), delirios religiosos y delirios altruistas (por ejemplo, creer que es mejor matar al niño para que no sufra). Aunque éstas son las formas de delirio más frecuentes, hay pocas descripciones clínicas detalladas de casos, sobre todo en los países pobres.

Una revisión hecha en la India de 108 casos de trastorno mental postnatal grave (Chandra y cols., 2005 y 2006), encontró que, de las mujeres que tenían delirio, muchas lo tenían en relación con el bebé (78% de todas las que tenían psicosis), y una alta proporción tenía delirios que se consideran inusuales, como creer que el bebé aún no ha nacido, o que lo podían intoxicar con gases que salían del seno materno al intentar amamantarlo. Otros delirios eran que el bebé ya había muerto, o bien que un pariente muerto habría reencarnado en el neonato actual; incluso algunas tenían la creencia de que el neonato estaba en el vientre de una hermana y el hijo de la hermana había estado en el vientre de la paciente. La madre puede estar convencida de que el recién nacido es un impostor y que los niños fueron cambiados en el hospital, o bien que la enfermera intentará envenenar al bebé, o que se tuvo un varón cuando en realidad nació una niña (o viceversa). La paciente podría estar convencida de que nacieron gemelos cuando en realidad sólo era un bebé, mientras el gemelo fue “robado”.

La importancia de advertir el tipo de delirio se mostró al observarse que cuando la madre creía que el bebé era el demonio, era un bebé impostor o estaba destinado al mal, había una mayor probabilidad de gritarle, pegarle o tratarlo de asfixiar. En general, cuando el delirio de la mujer con psicosis se relaciona con el bebé, parece haber mayor probabilidad de discapacidad en el rol materno. La revisión realizada en este estudio sugirió que cuando el delirio se refiere a peligros o persecución con respecto a la madre y el bebé, aquélla suele tener cuidados maternos adecuados, agitando cuando se la separa del neonato; en cambio, cuando los delirios se refieren a la identidad del niño mismo, por ejemplo pensar que el bebé es el demonio, hijo del demonio o que fue cambiado y se trata de un impostor, hay más peligro de que se trate mal al niño, lo golpee o le haga daño. Esta distinción entre la calidad de los

delirios es importante desde el punto de vista clínico y para valorar la capacidad de la madre para cuidar al recién nacido.

En cuanto a la duración de los episodios psicóticos, no hay mucha información empírica. Existen variaciones considerables: desde casos que responden bien al tratamiento (con apoyo psicosocial y medicamentos), hasta aquellos que no responden tan bien o que no reciben el tratamiento adecuado. La duración puede ser desde varias semanas hasta varios meses o más de un año en algunos casos (Robertson y Lyons, 2003).

Diagnóstico diferencial

El *Manual de Diagnóstico y Estadística* de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM-IV) permite el diagnóstico de psicosis postparto sólo en términos de un “especificador”; es decir, la psicosis se diagnostica en primera instancia, y si ocurre dentro de las primeras cuatro semanas después del parto, se le puede designar como “postparto” o puerperal (Chaudron y Pies, 2003).

Además del trastorno bipolar de iniciación postparto, también se puede diagnosticar la entidad nosológica “trastorno psicótico breve” cuando la psicosis dura sólo unos cuantos días.

Por otra parte, la mayoría de los investigadores consideran como límite para definir a un trastorno como postparto los tres meses posteriores al mismo, aunque algunos clínicos extienden el período incluso a un año.

Las características clínicas arriba descritas son las típicas de la psicosis postparto; sin embargo, es necesario tener en cuenta otros estados patológicos que también pueden causar fenómenos de psicosis, pérdida de contacto con la realidad, conducta errática y alucinaciones o delirios. Una causa, más rara pero digna de tomarse en cuenta, es la psicosis originada por una reacción negativa a medicamentos, entre los que se encuentran la bromocriptina (usada para inhibir la producción de leche materna; la bromocriptina es un agonista de la dopamina en el cerebro) y la pseudoefedrina (utilizada para aliviar la congestión nasal en casos de catarro, por ejemplo) (Reeves y Pinkofsky, 1997). La bromocriptina (Parlodel®) puede causar alucinaciones, delirium, agitación maníaca, insomnio y otros efectos colaterales, incluso a dosis terapéuticas. Lo mismo puede decirse del uso de drogas de adicción, tales como los anfetamínicos y los alucinógenos (LSD, psilocibina u hongos alucinógenos y peyote o mezcalina). En ocasiones la mujer adicta a estas drogas reanuda su uso después del parto, en cuyo caso el diagnóstico correcto es psicosis inducida por sustancias, según la nosología del DSM-IV TR. Otro estado que debe distinguirse de la psicosis *per se* es el denominado delirium. Este estado debe distinguirse del de “delirio”, cuya fenomenología ya se describió. Un delirio es un

sistema de creencias falsas, mientras que delirium se refiere a un estado en que la mujer pierde contacto con la realidad por una clara disfunción cerebral, por ejemplo la causada por un desequilibrio metabólico causado por un parto difícil, hemorragia y deshidratación, combinados con la privación de sueño durante el trabajo de parto y después de éste. También puede producirse por una infección puerperal.

En el estado de delirium la mujer tiene alucinaciones, sobre todo visuales, sensaciones extrañas en su cuerpo, puede ver víboras que tratan de morderla o atacarla, o siente hormigas que se suben a su cuerpo (formicación). Generalmente no hay un delirio sistematizado, sino que la mujer cambia sus visiones y estado de ánimo de un momento a otro. La paciente está desorientada en el sentido neurológico, es decir, pierde la noción del tiempo, de quién es ella y quiénes son los que la rodean, además de que no está orientada en el espacio. Su estado de conciencia fluctúa entre momentos en que está más orientada hacia la realidad y otros en que parece estar adormecida o en otro mundo.

El delirium tiende a empeorar durante la noche y mejora un poco en el día, probablemente debido a la relativa quietud de la noche, en que hay menos estímulos y la mujer pone más atención a sus estímulos internos. Suele acompañarse de alteraciones en los signos vitales como fiebre, cambios en la presión arterial, frecuencia cardíaca, etc. Tiene un riesgo considerable de mortalidad y debe distinguirse de la psicosis puerperal, que no se acompaña de todas estas manifestaciones aunque sí comparte algunas. A veces el diagnóstico diferencial es difícil debido a esta superposición de síntomas (Spinelli, 2009).

La señora S., de 23 años, fue llevada por su esposo y sus padres al servicio de urgencias de un hospital psiquiátrico a las 11 de la noche por estar altamente agitada, serle imposible contenerse, intentar golpear a los que la rodean y aventar objetos. Hablaba constantemente pero sin ningún sentido, pasando de un tema a otro en cuestión de segundos. Se encontraba agitada y parecía exhausta. No se podía dormir sino sólo por unos minutos, despertándose agitada de nuevo. Se quejaba de que la querían atacar unos enanitos y de que las hormigas estaban trepándose sobre sus brazos. Había tenido un parto difícil dos días antes y había perdido mucha sangre, presentando ahora un poco de fiebre. Se la internó en el servicio de cuidados intensivos de un hospital general, con vigilancia constante. Tenía alteraciones en los electrolitos séricos. Al tratar este desequilibrio, sedarla y darle medicamento neuroléptico empezó a calmarse, recuperándose después de aproximadamente 24 horas.

La mujer con delirium debe ser contenida en un medio hospitalario, pues puede auto dañarse sin quererlo o lastimar a su bebé. No es responsable de sus actos y puede haber una tragedia. Necesita tratamiento de urgencia en el medio hospitalario,

observación estrecha (con valoración frecuente de los signos vitales y parámetros metabólicos) y tratamiento medicamentoso. El tratamiento con psicotrópicos es semejante al de la psicosis, descrito a continuación.

Otras formas de psicosis perinatales

Una buena proporción de mujeres con esquizofrenia se embarazan y tienen un bebé, lo que conlleva una serie de problemas y preguntas. En muchos países, por ejemplo en los Estados Unidos de América, han tenido lugar reformas a los cuidados psiquiátricos, que determinaron incluso el cierre de muchos hospitales. Anteriormente muchos enfermos crónicos se mantenían en el hospital, pero con el cierre de estos servicios, varios de ellos, incluyendo mujeres en edad reproductiva, se encontraron en las calles, desamparados y sin la protección del medio hospitalario. Algunas de estas mujeres tendrán actividad sexual sin protección anticonceptiva y resultan embarazadas.

Una de las preguntas en esta situación es cómo se debe tratar la esquizofrenia de la futura madre durante el embarazo; otra es si ella será competente para cuidar a su bebé a pesar de su enfermedad mental grave (Abel y cols., 2005), así como si ella tendrá apoyo de familiares u otras personas para vigilar la situación e intervenir si es necesario. En general, el tratamiento de la esquizofrenia durante el embarazo requiere valorar los posibles riesgos contra los beneficios. En realidad, ningún medicamento neuroléptico puede considerarse como totalmente “seguro” y sobre todo durante el primer trimestre de la gestación; sin embargo, dado que algunas mujeres tienen sintomatología grave, será necesario el uso de los medicamentos antipsicóticos en sus casos.

Es obvia la necesidad de contención y apoyo social para la mujer en esta situación. Cuando la mujer tiene esquizofrenia, la afectación de su capacidad de cuidados puede ser muy grave, lo que hará difícil que atienda al neonato. En una revisión de 100 ingresos a una unidad psiquiátrica madre-bebé, Kumar y su grupo (1995) encontraron que sólo alrededor de 50% de las mujeres con diagnóstico de esquizofrenia eran dadas de alta con la expectativa de que cuidaran a su hijo.

Un padecimiento relacionado pero no igual a la esquizofrenia es el trastorno delirante. El síntoma principal es un delirio, generalmente no extraño, sino de persecución, de celos (Friedman y Rosenthal, 2003) o erotomanía (la creencia de que otras personas se enamoran de la persona afectada, o bien de que una persona célebre o en una posición socialmente elevada está enamorada de la paciente). Estos casos se pueden presentar desde el embarazo.

Los dilemas terapéuticos son los mismos, en términos de decidir si se deben utilizar medicamentos neurolépticos, desde qué momento del embarazo, y qué tanto las

creencias delirantes afectan a la madre, al feto o al bebé y a la familia. Es también posible que el apoyo o intervenciones psicológicas puedan ser útiles si el delirio no es peligroso para la madre o el futuro hijo o hija. Hassam y Brockington (1990) han descrito otros trastornos graves observables durante la gestación; por ejemplo, se han descrito casos en que la mujer maltrata físicamente al bebé in útero.

La señora F., vive con su marido y tiene siete meses de embarazo. Dice estar contenta de estar embarazada y sabe que tendrá una niña. Durante unas sesiones de apoyo psicosocial para parejas en espera de un hijo, se queja de que la niña (in útero) es “mala” con ella. Al preguntársele a qué se refiere, dice que la niña la golpea y la pateo intencionalmente. En respuesta, ella le da golpecitos a través de su abdomen para así enseñarla que no debe golpear a su madre. Dice que es muy importante ponerle límites desde ahora para que no se vuelva una niña malcriada. La señora F. fue abandonada por su madre cuando era adolescente y por unos años vivió en hogares sustitutos o en la calle, y ha sufrido mucho toda su vida.

Hassam y Brockington también describieron casos clínicos de gestantes que oían voces animándolas a que abusaran sexualmente al bebé aún in útero. Algunas de estas mujeres sentían que los movimientos del feto eran “movimientos sexuales” y se sentían culpables y avergonzadas de éstos. Se trataba de casos difíciles de clasificar, en los que fue un reto distinguir entre psicosis y patología obsesivo-compulsiva. Sin embargo, las alucinaciones auditivas, las órdenes y la sensación de que estas órdenes estaban siendo transmitidas por la radio indican patología psicótica.

Infanticidio

Este tema se aborda aquí por el riesgo que conlleva en una proporción de casos de psicosis en términos de la supervivencia del bebé. Hay múltiples perspectivas para comprender el infanticidio, una es evolutiva y otra cultural, por ejemplo. El infanticidio lo practican múltiples primates (y muchos otros mamíferos y pájaros) y hay diversas hipótesis de porqué ocurre. Unas se refieren a la competencia por nutrientes, a la alta densidad en una población determinada y a la competencia entre los machos para promover la supervivencia de sus genes compitiendo con los de otros machos (Beaudrot y cols., 2009). El punto de vista cultural permite comprender porqué en algunos grupos sociales puede ser aceptable terminar con la vida de un bebé, por ejemplo en el caso de que se trate de una niña y no de un varón, como se observa en la India o en China, en donde existe presión social para tener un varón por las dificultades asociadas con tener una niña, ya que en el caso de la hija será necesario acumular una importante suma de dinero para luego pagar una dote cuando se case (Sahni y cols., 2008). Adicionalmente, las niñas pueden no ser tan útiles en términos de ayudar en el trabajo agrícola. En China, debido a la política estatal mantenida hasta recientemente de permitir sólo un nacimiento por familia,

muchas familias sentían que debían “sacrificar” a la niña para poder tener un varón subsecuentemente (Lee y cols., 2006).

Otros factores son el que el niño venga al mundo “sin padre”, sin que la madre se haya casado o que tenga una condición de pobreza tal que siente que no podría atender al bebé de manera adecuada. Muchos países han establecido leyes que permiten que una madre transfiera a su neonato a otras personas en condiciones menos dramáticas e insalubres, por ejemplo poniendo una incubadora vacía en un corredor de hospital dejada allí para ese propósito (como se ha hecho en algunos hospitales en Hungría), o bien en sitios conocidos con la capacidad de encontrar un hogar sustituto para un bebé no deseado como alternativa a su muerte.

En adelante nos referiremos sólo a los casos de psicopatología individual que orillan a uno de los progenitores a terminar con la vida de su hijo o hija, en culturas donde esto no es aceptable y en casos en que la problemática es más individual o familiar.

Existen relativamente pocos estudios de los factores que llevan al infanticidio y de la psicopatología de quienes lo perpetran.

En una buena proporción de casos de infanticidio hay un trastorno psiquiátrico claramente demostrable en la madre, pero en otros no es así. El trastorno más frecuente es la depresión postparto asociada con ideas suicidas en la mujer. Otra posibilidad es la esquizofrenia en la que el bebé es parte del sistema delirante. Una mujer con un estado maníaco puede pensar que el bebé tiene poderes supernaturales o demoníacos y ponerlo en riesgo. Por lo general la mujer con trastorno obsesivo compulsivo puede tener ideas de dañar a su bebé, pero no se llevan a la práctica y más bien la horrorizan (Spinelli, 2009). Los signos de alarma para considerar que peligra la vida del bebé consisten en que la mujer tenga antecedentes de conducta violenta hacia otras personas, que haya delirios nihilistas (“el mundo está por terminar, todos nos vamos a morir, sería mejor terminar con los sufrimientos ahora”, etc.), o cuando cree que el niño está poseído o tiene poderes sobrenaturales. Es importante considerar que algunas madres que tienen estos pensamientos no ponen en peligro a su bebé, de modo que hay que individualizar la evaluación de cada caso en cuanto a los factores de riesgo y de protección.

Una revisión de 17 casos de infanticidio o su intento, realizada por Marleau y colaboradores (1995) mostró que muchas madres tenían graves trastornos de personalidad, además de un episodio depresivo. Las madres pensaban que la muerte del niño era un acto altruista, aunque podría tratarse de una extensión de deseos suicidas. La mecánica del filicidio era por ahorcamiento o ahogamiento. La mayoría de estos niños tenían menos de cuatro años de edad, aunque había algunos mayores.

D'Orban (1979) revisó una serie de casos de infanticidio y sugiere que más o menos la tercera parte de las mujeres infanticidas tienen un claro trastorno psiquiátrico mayor, como psicosis, y que otras, más o menos la mitad, tienen trastornos distintos, mostrando depresión, irritabilidad, apatía, o bien se sentían exhaustas y enfrentaban estresores masivos. Algunas de estas mujeres más bien eran maltratadoras, mientras que otras sentían rechazo hacia el bebé, no habrían querido tenerlo o querían vengarse del padre del niño al matar a su hijo (síndrome de Medea).

Un momento de riesgo importante para el neonato es el primer día de vida extrauterina. De todos los infanticidios, alrededor de 20% ocurren durante su primer día de vida.

En una pequeña serie de casos en Hong Kong (Lee y cols., 2006), se observó que el intento de neonaticidio o su consecución estaban relacionados fuertemente con negar el embarazo y tratar de evitar el cuidado del bebé por ser inconveniente o inaceptable para la mujer o pareja (algunos neonatos se encontraron en el basurero). Las madres eran generalmente muy jóvenes.

Padrón y Vives (1994), han trabajado con grupos psicoterapéuticos para ayudar a mujeres que mataron a su bebé y advierten sobre las dificultades de contra-transferencia en el trabajo con padres que tienen impulsos infanticidas.

Tratamiento

El tratamiento de la psicosis postparto debe ser agresivo. Si la paciente tiene pensamientos de dañar o matar a su bebé, debe hospitalizarse. Si, por el contrario, se queda en casa, debe avisarse a los parientes que no la dejen sola con el bebé y que deben acompañarla durante las 24 horas del día.

Cuando la paciente ha ingresado al hospital, debe excluirse la posibilidad de una enfermedad física subyacente, tal como tiroiditis, deficiencia de vitamina B12, y trastornos neurológicos como enfermedad convulsiva o epiléptica y algún tumor cerebral (Chaudron y Pies, 2003). Si hay datos de delirium, debe buscarse su causa, por ejemplo en desbalance electrolítico, infección, deshidratación, etc. Cuando la paciente se trate en su casa es necesario iniciar lo más pronto posible la intervención con medicamentos antipsicóticos y/o estabilizadores del estado de ánimo.

Los neurolépticos convencionales suelen ser eficaces; sin embargo, los tradicionales como el haloperidol o la tioridazina, pueden tener importantes efectos colaterales.

No hay estudios adecuados sobre la eficacia de los neurolépticos más modernos como la olanzapina, risperidona, ziprasidona y otros. A pesar de esto, los clínicos prefieren los neurolépticos atípicos, por sus menores efectos indeseables, tanto neurológicos (signos de parkinsonismo, temblores, espasmos musculares, akatisia),

como por los efectos metabólicos colaterales (aumento de peso, hiperorexia, etc.) (Viguera, Emmerich y Cohen, 2008).

Desde el inicio del trastorno puede combinarse el antipsicótico con un medicamento estabilizador del estado de ánimo, como el litio, el ácido valproico, la carbamazepina, oxcarbazepina, topiramato, etc., estos últimos con menos riesgo de producir efectos colaterales, como el topiramato, la oxcarbazepina y la lamotrigina, entre otros.

A largo plazo existe la posibilidad de discontinuar el neuroléptico y seguir el tratamiento con el estabilizador del estado de ánimo para disminuir los posibles efectos adversos por el uso prolongado de los neurolépticos, como la diskinesia tardía. Cuando el tratamiento es exitoso con un estabilizador del estado de ánimo, la paciente preguntará si puede dejar de usarlos en algún momento: estos medicamentos no deben discontinuarse abruptamente, sino de modo lento y gradual, reduciendo la posibilidad de una recaída.

Otra forma útil de tratamiento es la terapia electroconvulsiva (TEC). Esta intervención suele causar ansiedad y temor en las familias, pero es relativamente segura y, en su forma moderna, hay muy pocos fenómenos propiamente convulsivos. Es recomendable en el tratamiento de una psicosis con mucha agitación o ideas francamente suicidas. Las sesiones tienen lugar en un quirófano y a la paciente se le administra un medicamento relajante muscular, con lo que la terapia es muy segura. La TEC suele tener un efecto rápido, sobre todo en los casos más graves y de mayor agitación, y aquellos que tienen un alto riesgo de conducta agresiva. A veces este tratamiento es preferible porque en una o dos semanas se resuelve completamente la psicosis. Al principio habrá un poco de pérdida de la memoria, pero luego se recuperará.

Un estudio reciente utilizó dosis de 17-beta-estradiol sublingual desde el inicio de la psicosis, con resultados benéficos en el alivio de los síntomas después de dos semanas de tratamiento (Ahokas, Aito y Rimon, 2000). En cuanto a la lactancia materna, todos los medicamentos psicotrópicos se encontrarán en la leche (Goldberg, 1994). Si el tratamiento es con TEC, puede continuarse la alimentación al seno.

Cuando el tratamiento es medicamentoso surge la pregunta de si la mujer puede amamantar a su bebé. Si la concentración de medicamento en la leche materna es de alrededor de 10% de la concentración en la sangre materna, en general el riesgo es mínimo. En los Estados Unidos de América se considera al carbonato de litio como potencialmente riesgoso y se sugiere amamantar con precaución; en cambio, el ácido valproico y la carbamazepina se clasifican como sin peligro para el neonato.

Al final del período psicótico agudo, la mujer suele quedar con una sensación de culpa y temor de que el problema se repita. Puede serle útil un proceso de psicoterapia de apoyo.

La unidad hospitalaria madre-bebé

La hospitalización conjunta de la madre y el bebé es una opción terapéutica que por desgracia sólo se practica en unos cuantos países. Las primeras salas de este tipo se fundaron en el Reino Unido desde el decenio de los años cuarenta del siglo pasado (Cazas y Glangeaud-Freudenthal, 2004).

Existen actualmente unidades de este tipo en el Reino Unido, Francia, Alemania, Bélgica, Luxemburgo y otros países europeos, así como en Australia, Nueva Zelanda, Israel y la India, entre otros.

Muchas unidades ingresan a madres y bebés de hasta 12 meses de edad e incluso mayores, ya que no es conveniente separar a la madre de su bebé por las dificultades por las que pasa, pues le induce culpa y puede empeorar su condición, además de los posibles efectos negativos para el bebé. Otro propósito de la hospitalización de ambos es observar de primera mano las interacciones madre-lactante para poder estimar el posible éxito de la díada. En algunas unidades, sin embargo, se ingresa primero a la madre y cuando se la ubica en una etapa menos aguda y alterada, se admite también a su bebé.

Estas unidades son de gran utilidad en situaciones en que existe duda sobre la capacidad de la madre para atender a su bebé, si ella está en contacto con la realidad o si su trastorno puede ser peligroso para sí misma o para el recién nacido. No son unidades exclusivas para el tratamiento de psicosis postparto, sino para trastornos graves postparto de cualquier índole. La hospitalización también está indicada en caso de depresión mayor de tipo melancólico o con características de psicosis (delirios de nihilismo, potencial suicida, oír voces que le indican que está muerta, etc.). Algunas unidades son sólo hospitales de día: la madre y su bebé llegan en la mañana y permanecen a lo largo del día para regresar a su casa al anochecer.

En algunos hospitales, cuando es posible, también se admite al padre al mismo tiempo. En todo caso es crucial involucrar al padre del recién nacido y posiblemente a los abuelos, pues ellos podrían proporcionar un sostén psicológico y emocional a la madre e hijo(a) durante la hospitalización, y sobre todo después de ésta. En Francia es común que estas salas sean dirigidas por psiquiatras infantiles, mientras que en Inglaterra, lo son por psiquiatras generales (Nezelof y cols., 2005).

También puede haber una hospitalización antes del parto cuando se sabe que la mujer tiene dificultades que pueden agravarse con el nacimiento del bebé (Nezelof y cols., 2005). Las unidades suelen ser muy vulnerables en el sentido de que algunas son cerradas, tienen un alto costo y requieren del doble de personal que una sala psiquiátrica común (Glangeaud-Freudenthal y Barnett, 2004).

El personal de enfermería y de salud mental en general tiene varias funciones primordiales:

- a) Evaluar a la mujer, su estado mental y las características de sus problemas; valorar la representación mental que la madre tiene del niño y su capacidad de empatizar con él y satisfacer sus necesidades.
- b) Evaluar la relación madre-bebé y la capacidad de la madre para cuidar a su hijo con cierto grado de apoyo psicosocial.
- c) Diseñar un plan de tratamiento para la mujer y su familia con el fin de optimizar la relación entre madre y bebé.

El personal de enfermería está en una posición privilegiada para la evaluación de todos los parámetros mencionados, por su contacto constante con la nueva madre y con la familia, porque pueden vigilar si hay progreso o deterioro e intervenir en caso de peligro para la mujer o el bebé.

El tratamiento en estas unidades es de tipo multimodal; se utilizan medicamentos para tratar la psicosis, reposo y ayuda a la mujer con los cuidados del bebé. Se pretende crear un ambiente terapéutico donde la nueva madre pueda hablar de su situación y recibir apoyo o terapias psicológicas cuando sea posible. El personal también puede orientarla sobre cómo cuidar al bebé y darle su baño, alimentarlo, sostenerlo, consolarlo, etc.

Algunas unidades están asociadas con hospitales obstétricos, mientras que otras lo están con centros psiquiátricos. Un grupo del hospital Masada en Melbourne, Australia (Fisher, Feekery y Rowe-Murray, 2002), ha hecho énfasis en la importancia de examinar el patrón de sueño de la mujer durante el embarazo y período postparto, puesto que en muchos casos hay una marcada privación del sueño y la mujer se encuentra exhausta, aparentemente deprimida, pero en realidad agotada por los rigores del embarazo y las necesidades del neonato. Al hacer la revisión de 109 ingresos consecutivos, encontraron que casi todas las pacientes decían sentirse abrumadas o sobrepasadas con los cuidados del bebé, además de muy ansiosas. Prácticamente todas se sentían físicamente agotadas; muchas tenían esposos o compañeros que trabajaban largas horas y ellas mismas habían tenido complicaciones con el parto, prolongando la hospitalización más allá del mismo. En estas situaciones también hay una proporción excesiva de bebés que son más irritables y difíciles de cuidar en general, lo que se añade al estrés de la madre.

En muchas unidades se utilizan varios instrumentos para estandarizar las evaluaciones, valorar los parámetros establecidos y comparar datos entre los distintas pacientes. La duración de la estancia varía dependiendo de la situación clínica particular y puede ir de unos cuantos días a varias semanas. A veces la

conclusión es que la madre no puede cuidar al bebé y se recomienda una separación de la díada; aunque este resultado es desafortunado puede ser necesario para salvar la vida de uno o ambos, o para hacer posible el bienestar del neonato.

Nezelof y sus colaboradores (2005) señalan algunas contraindicaciones para utilizar este tipo de unidad, a pesar de que una mujer o díada sea referida para ello. Por ejemplo, no es adecuado utilizar esta hospitalización sólo para persuadir a la mujer de que acepte tratamiento psiquiátrico; no debe esperarse que la unidad impida a toda costa la separación final entre madre y bebé; tampoco es útil como el enfoque único para remediar la situación de una familia sumida en la pobreza y privación social.

En algunas unidades hospitalarias se practica terapia de masaje y baños terapéuticos para la madre, lo que favorece en cierta forma su regresión, en términos de confiar en quienes la cuidan y favorecer la aparición de sentimientos maternales hacia su bebé.

En otras hay sesiones de terapia de grupo en que las madres analizan en común algunos de los problemas que enfrentan. Otro componente terapéutico son los cuidados directos al bebé, los cuales en la mayoría de los casos no se hacen “en lugar de la madre”, sino que sirven para ayudarla e invitarla a participar en ellos; Se trata más bien de apoyar a la madre en los cuidados que da al bebé.

En cuanto al éxito de esta intervención (medida por la proporción de mujeres que son dadas de alta junto con su bebé), una revisión reciente de una muestra de 1081 mujeres, mostró éxito en 74% de casos (Salmon y cols., 2003), medido por el mejor estado emocional de la madre y la capacidad de mostrar ternura y cuidado del bebé.

La separación madre-bebé fue más probable cuando la madre sufría esquizofrenia. Otros factores de riesgo para un resultado negativo fueron diagnósticos psiquiátricos múltiples en la mujer, pobre apoyo psicosocial del marido y bajo estrato socioeconómico.

Una evaluación reciente de la mayoría de unidades madre-bebé en Australia (Buist y cols., 2004) encontró que el diagnóstico más frecuente de admisión es depresión mayor, seguida por una forma de psicosis postparto.

En Francia y Bélgica la situación es diferente (Glangeaud-Freudenthal y cols., 2004a). Allí se pueden admitir a mujeres con retraso mental (en estos casos también puede ser dudoso si la madre podrá hacerse cargo del niño) y mujeres con trastorno de la personalidad. Una revisión de 176 ingresos de 11 unidades madre-bebé (Glangeaud-Freudenthal y cols., 2004b) mostró que la mayoría de ingresos eran de mujeres con esquizofrenia o con delirios crónicos, una proporción menor

con psicosis aguda breve, trastorno bipolar y depresión mayor. Llamó la atención que alrededor de 50% de las mujeres tenían un compañero que también sufría de un trastorno psiquiátrico. La duración promedio de la hospitalización fue de 11 semanas; el promedio de semanas postparto al momento de la admisión fue de 10.6 semanas. En 65% de pacientes hubo clara mejoría, en 20% una ligera mejoría y no hubo progreso en 14%.

Resulta claro, pues, que las mujeres que tienen una verdadera psicosis puerperal tienen mejor pronóstico que aquéllas que tienen un trastorno de personalidad adicional y crónico. Una de las funciones centrales de una unidad así es la “contención psíquica” de la madre y el bebé, facilitando el maternaje tanto para ella como para el pequeño. Esto a veces permite restaurar y mantener la relación entre ellos dos.

En cuanto al personal, es común que las tensiones de la unidad generen divisiones sobre algunos casos en particular. Una parte del personal puede pensar que una madre no puede cuidar a su bebé, mientras que la otra parte sugiere lo contrario. También hay opiniones diversas sobre el impacto que los problemas de salud mental de la madre generan en el bebé: mientras una parte piensa que no debe haber una separación madre-neonato, otra puede opinar que aquélla tiene una influencia patógena en el bebé. Es necesario que los tratantes tengan la oportunidad de explorar estas divisiones y esperarlas como parte de la situación en la que se encuentran.

Curso a largo plazo

Existe poca información sobre el curso a largo plazo de la psicosis postparto. Este punto es importante porque el curso clínico de las mujeres afectadas podría ayudar a caracterizar nosológicamente las psicosis postparto.

En una revisión llevada a cabo en Alemania (Pfulhman y cols., 2000), se siguió durante varios años (promedio de 12,6 años, rango de 6 a 26 años) a 34 mujeres que se habían presentado con una primera psicosis postparto. Al revisarse su curso clínico se encontró que 32% tenía episodios subsecuentes de depresión, y 28% presentó otros episodios de psicosis polimorfa. Con el uso de otro sistema de clasificación, 62% había presentado episodios de psicosis “cicloide”, aspecto que refuerza la relación con los trastornos bipolares. Fue muy raro encontrar episodios diagnosticados con esquizofrenia. De las pacientes que tuvieron más partos, 47% presentó nuevos episodios de psicosis.

Robertson y Lyons (2003) realizaron entrevistas detalladas con 10 mujeres que habían sufrido psicosis postparto y se recuperaron en mayor o menor grado, e informaron que había muestras de enojo y resentimiento hacia los servicios de salud que atendieron a las pacientes que no habían estado en una unidad madre-bebé.

Pensaban que no habían recibido información sobre el trastorno y que no habían tenido los suficientes servicios y apoyos para ellas y sus familiares inmediatos. También informaron que era útil para ellas ver a otras mujeres que tenían o habían tenido dificultades similares. Algunas mencionaron que “se perdieron” la oportunidad de funcionar bien como madres y se sentían culpables al respecto.

Profilaxis

En las mujeres con trastorno bipolar diagnosticado y en aquellas que han tenido previos episodios de psicosis postparto, surge la pregunta de si se pueden prevenir futuras descompensaciones con el uso de litio cuando la mujer está aún embarazada y se acerca a su parto, aunque aún hay pocos estudios al respecto.

A pesar de la falta de evidencia científica, en la actualidad la mayoría de expertos recomienda utilizar algún medicamento estabilizador del estado de ánimo inmediatamente después del parto (no durante el embarazo), para intentar prevenir la psicosis postparto. Algunos clínicos administran estos medicamentos hacia el final del embarazo por considerarse que se ha completado la morfogénesis y el riesgo para el feto es menor. Si se ha de usar un estabilizador del estado de ánimo durante el embarazo, es preferible usar el litio, pues la carbamazepina y el ácido valproico son conocidos agentes teratógenos (pueden inducir defectos de la formación del tubo neural y producir un síndrome semejante al autismo en el niño).

Referencias

1. Abel, K.M., Webb, R.T., Salmon, M.P., Wan, M.W., Appleby, L., 2005. Prevalence and predictors of parenting outcomes in a cohort of mothers with schizophrenia admitted for joint mother and baby psychiatric care in England. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(6), pp.781–789.
2. Ahokas, A., Aito, M., 1999. Role of estradiol in puerperal psychosis. *Psychopharmacology*, 147, pp.108-110.
3. Ahokas, A., Aito, M., Rimon, R., 2000. Positive treatment effect of estradiol in postpartum psychosis. A pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, pp.166-169.
4. Beaudrot, L.H., Kahlenberg, S.M., Marshall, A.J., 2009. Why male orangutans do not kill infants. *Behavioral Ecology and Sociobiology*, 63(11), pp.1549-1562.
5. Blackmore, E.R., Jones, I., Doshi, M., Haque, S., Holder, R., Brockington, I., Craddock, N., 2006. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 138, pp.32-36.
6. Brockington, I.F., 1992. Disorders specific to the puerperium. *International Journal of Mental Health*, 21(2), pp.41-52.

7. Brockington, I.F., 1996. *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press, pp.200–468.
8. Buist, A., Minto, B., Szego, K., Samhuel, M., Shawyer, L., O'Connor, L., 2004. Mother-baby psychiatric units in Australia. The Victorian experience. *Archives of Womens Mental Helath*, 7, pp.81-87.
9. Cazas, O., Glangeaud-Freudenthal, N.M.-C., 2004. The history of mother-baby units (MBU's) in France and Belgium and of the French version of the Marcé checklist. *Archives of Women's Mental Health*. 7(1), pp.53-58.
10. Chandra, P.S., Bhargavaraman, R.P., Raghunandan, V.N.G.P., Shaligram, D., 2006. Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 9, pp.285-288.
11. Chandra, P.S., Venkatasubramanian, G., Thomas, T., 2005. Infanticidal ideas and infanticidal behavior in Indian women with severe postpartum psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 190, pp.457–461.
12. Chaudron, L.H., Pies, R.W., 2003. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder. A review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(11), pp.1284-1292.
13. Deuchar, N., Brockington, I., 1998. Puerperal and menstrual psychoses: The proposal of a unitary etiological hypothesis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 19, pp.104–110.
14. D'Orban, P.T., 1979. Women who kill their children. *British Journal of Psychiatry*, 134, pp.560-571.
15. Fisher, J.R.W., Feekery, C.J., Rowe-Murray, H.J., 2002. Nature, severity and correlates of psychological distress in women admitted to a private mother-baby unit. *Journal of Paediatric and Child Health*, 28, pp.140-145.
16. Friedman, S.H., Rosenthan, M.B., 2003. Treatment of perinatal delusional disorder: A case report. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(4), pp.391-394.
17. Glangeaud-Freudenthal, N.M.-C., Cazas, O., MBU Working-Group., 1999. Proposal for international comparative data collection about mother-baby, using the "Marcé clinical Checklist". *Archives of Women's Mental Health*, 2, pp.128-222.
18. Glangeaud-Freudenthal, N.M.-C, Barnett, B.E.W., 2004a. Mother-baby inpatient psychiatric care in different countries. Data collection and issues. *Archives of Women's Mental Health*, 7, pp.49-51.
19. Glangeaud-Friedenthal, N.M.C., MBU-SMF Working Group, 2004b. Mother-baby psychiatric units (MBU's): National data collection in France and in Belgium. *Archives of Women's Mental Health*. 7, pp.59-64.
20. Goldberg, H.L., 1994. Psychotropic drugs in pregnancy and lactation. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 24(2), pp.129-149.

21. Hassam, F., Brockington, I., 1990. Obsessions of foetal sexual abuse. *Archives of Women's Mental Health*, 1, pp.193-295.
22. Heron, J., Craddock, N., Jones, I., 2005. Postnatal euphoria: are 'the highs' an indicator of bipolarity? *Bipolar Disorders*, 7, pp.103–110.
23. Hopker, S.W., Brockington, I.F., 1991. Psychosis following hydatidiform mole in a patient with recurrent puerperal psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 158, pp.122–123.
24. Jones, I., Craddock, N., 2001. Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: Results of a family study. *American Journal of Psychiatry*, 158, pp.913-917.
25. Jones, I., Craddock, N., 2002. Do puerperal psychotic episodes identify a more familial subtype of bipolar disorder? Results of a family history study. *Psychiatric Genetics*, 12, pp.177–180.
26. Kendell, R.E., Chalmers, D., Platz, C., 1987. Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150, pp.662-673.
27. Kirpinar, I., Coskun, I., Cayköylü, S., et al., 1999. First-Case postpartum psychosis in Eastern Turkey: A clinical case and follow up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, pp.199-204.
28. Kumar, R., Marks, M., 1992. Infanticide and the law in England and Wales. En: J.A. Hamilton, P. Nell Harberger, eds. 1992. *Postpartum Psychiatric Illness*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press, pp.357-274.
29. Kumar, R., Marks, M., Platz, C., Yoshida, K., 1995. Clinical survey of a psychiatric mother–baby unit. Characteristics of 100 consecutive admissions. *Journal of Affective Disorders*, 33, pp.11–22.
30. Lee, A.C.W., Li, C.H., Kwong, N.S., So, K.T., 2006. Neonaticide, newborn abandonment, and denial of pregnancy—newborn victimisation associated with unwanted motherhood. *Hong Kong Medical Journal*, 12(1), pp.61-64.
31. Mahé, V., Dumaine, A., 2001. Oestrogen withdrawal associated psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, pp.323–331.
32. Marleau, J.D., Roy, R., Laporte, L., Webanck, T., Poulin, B., 1995. Homicide d'enfant commis par la mere. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40: 142-149.
33. McNeil, T.F., 1988. Women with non-organic psychosis: Psychiatric and demographic characteristics of cases with versus without postpartum psychotic episodes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, pp.603-609.
34. Nezelof, S., Cazas, O., Sutter-Dallay, A.L., Glangeaud, N., 2005. Hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie. *Annales Médico Psychologiques*, 163, pp.529-534.
35. Okano, T., Nomura, J., Kumar, R., 1999. An epidemiological and clinical investigation of postpartum psychiatric illness in Japanese mothers. *Journal of Affective Disorders*, 48, pp.233-240.

36. Padrón, A.L., Vives, J., 1994. La contratransferencia en la psicoterapia de embarazadas infanticidas. En: J. Vives, T. Lartigue, eds. 1994. *Apego y vínculo materno infantil*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, pp.227-241.
37. Pfuhlmann, B., Stoeber, G., Franzek, E., Beckmann, H., 2000. Differenzierte diagnostic Verlauf und Ausgang postpartaler Psychosen. Eine katamnestiche Untersuchung. *Neverartz*, 71, pp.386-392.
38. Reeves, R.R., Pinkofsky, H.B., 1997. Postpartum psychosis induced by bromocriptine and pseudoephedrine. *Journal of Family Practice*, 45(2), pp.64-67.
39. Robertson, E., Jones, I., Benjamin, J., Murdoch, C., Pelios, G., Brockington, I., Craddock, N., 2000. Approaches to the ascertainment, recruitment and clinical assessment of women with puerperal psychosis. *Archives of Women's Mental Health*, 3, pp.59-64.
40. Robertson, E., Jones, I., Middle, F., Moray, J., Craddock, N., 2003. No association between two polymorphisms at the 5HT2A gene and bipolar affective puerperal psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, pp.387-391.
41. Robertson, L., Lyons, A., 2003. Living with puerperal psychosis: A qualitative analysis. *Psychology and Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 76, pp.411-431.
42. Robertson, E., Jones, I., Haque, S., Holder, R., Craddock, N., 2005. Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (post-partum) psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 186(25), pp.258-259.
43. Sahni, M., Verma, N., Narula, D., Varghese, R.M., Sreenivas, V., Puliyeel, J.M., 2008. Missing girls in India: Infanticide feticide and made-to-order pregnancies? Insights from hospital-based sex-ratio-at-birth over the last Century. *Public Library Of Science ONE*, 3(5), e2224.
44. Salmon, M., Abel, K., Cordingley, L., Friedman, T., Appleby, L., 2003. Clinical and parenting skills. Outcomes following joint mother-baby psychiatric admission. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), pp.S56-S62.
45. Sharma, V., Smith, A., Khan, M., 2004. The relationship between duration of labour, time of delivery and puerperal psychosis. *Journal of Affective disorders*, 83(2-3), pp.215-220.
46. Sit, D., Rothschild, A.J., Wisner, K.L., 2006. A review of postpartum psychosis. *Journal of Women Health*, 15, pp.352-368.
47. Spinelli, M., 2009. Postpartum psychosis: detection of risk and management. *American Journal of Psychiatry*, 166, pp.405-408.

48. Valdimarstdottir, U., Hultman, C.M., Harlow, B., Cnattingius, S., Sparén, P., 2009. Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study. *Public Library of Science Medicine*, 6(2), e1000013.
49. Viguera, A.C., Emmerich, A.D., Cohen, L.S., 2008. Case 24-2008. A 35-year old woman with postpartum confusion, agitation and delusions. *New England Journal of Medicine*, 359, pp.509-515.

DIFICULTADES PSICOSOMÁTICAS EN LA ETAPA PERINATAL

Martín Maldonado-Durán y Juan Manuel Saucedo-García

En este capítulo se describen algunas alteraciones que se manifiestan por medio de síntomas de índole somática pero que tienen una correlación con factores emocionales y psicológicos, lo que no quiere decir que sean necesariamente “causados” por estos factores, pero sí tienen una importancia central en los trastornos descritos. Sólo se tratan los más importantes para la etapa perinatal.

Hiperemesis gravídica

Consiste en una sensación de náusea intensa, persistente, y vómitos repetitivos que duran mucho más allá del primer trimestre. Durante los tres primeros meses de embarazo se considera normal la presencia de náusea y vómitos, sobre todo matutinos, ya que suceden en alrededor de 80% de mujeres encintas (Sandven y cols., 2008).

En la hiperemesis, la náusea y el vómito son muy intensos. La mujer puede vomitar varias veces al día, en vez de sólo una o dos por la mañana, lo que se considera como regular. Es frecuente que los síntomas sean persistentes y duren a lo largo de todo el embarazo. Pueden dar lugar a complicaciones metabólicas graves para la mujer y consecuencias adversas para el feto, e incluso llevar a la muerte a ambos. La náusea y el vómito generalmente cesan con la terminación del embarazo.

La hiperemesis tiene un impacto negativo en la capacidad de la mujer para desempeñar sus labores diarias y para el trabajo. Un efecto importante es la pérdida de peso, que puede ser hasta de 5 a 10% (o más) del peso previo.

Manifestaciones clínicas y diagnóstico

La gestante que vomita varias veces al día o tiene náusea constante puede pedir una cita de urgencia a la clínica obstétrica o acudir a una sala de urgencias. Debe evaluarse si la paciente tiene deshidratación y otras complicaciones del vómito persistente. Hay que eliminar la posibilidad de que haya otras enfermedades como pielonefritis o mola hidatiforme. Debe hacerse un examen del funcionamiento tiroideo y eliminar la posibilidad de que se trate de tirotoxicosis.

La hiperemesis puede ser de tal gravedad que requiera que la paciente sea ingresada al hospital para evitar que se deshidrate o tenga un desequilibrio hidroelectrolítico. En los casos graves puede causar deshidratación, un importante desbalance electrolítico (por ejemplo cetonuria) y baja de peso de más de 5% debido a la pérdida de líquidos; es decir, que la mujer en lugar de aumentar de peso, lo pierde.

La señora C. tuvo un embarazo muy difícil. Éste no había sido planeado pero estuvo contenta al oír la noticia de la gravidez. Sin embargo, desde el segundo mes empezó a presentar náusea y vómitos constantes. Requirió cinco hospitalizaciones durante el curso del embarazo, principalmente por deshidratación. No podía comer casi nada, pero tampoco quería tomar medicamentos por temor de causarle daño al bebé. Tenía mucho estrés y se sentía deprimida la mayor parte del tiempo, además de sentir mucha ansiedad. Retrospectivamente, lamenta que no gozó el embarazo por la náusea constante y ahora tiene mucho temor a tener otro hijo.

Mecanismos

Anteriormente la hiperemesis gravídica se consideraba como un trastorno causado por factores psicológicos (Munch, 2002), aunque la evidencia de esto siempre fue escasa; en la actualidad esto ya no es así. Se la asociaba con un “rechazo inconsciente” del bebé. También se sugirió que se debía al temor de la futura madre a hacer frente a las demandas de la maternidad. No obstante esto, hay alguna evidencia de que en las mujeres que presentan vómito y náusea graves, sí hay una mayor prevalencia de dificultades psicosociales, lo que no quiere decir que la relación sea necesariamente causal.

En la actualidad se piensa que está asociada con los cambios hormonales y fisiológicos propios de la gestación. En términos de estadística, es más probable que ocurra cuando se trata de un embarazo con un producto femenino. Otros factores contribuyentes son la infección con *Helicobacter pylori* y una dieta con alto contenido de grasas. El papel causal de una infección con *Helicobacter* no ha podido ser demostrado (Jacoby y Porter, 1999).

Un estudio realizado en Turquía que comparó mujeres embarazadas con y sin hiperemesis no encontró evidencia ni de infección crónica o aguda con *Helicobacter* (Karadeniz y cols., 2006).

Cuando la gestación es de un bebé con trisomía, o cuando en realidad se trata de una mola hidatiforme, estos dos estados causan una mayor producción de hormona gonadotrópica coriónica e hiperemesis; sin embargo, cuando se ha medido la concentración de hormona gonadotrópica coriónica no hay correlación directa con la gravedad de la hiperemesis. Podría tratarse también de una excesiva receptividad a la 5-hidroxitriptamina (serotonina), como sucede en la hiperemesis debida a quimioterapia, pero no se ha demostrado que exista tal fenómeno en el embarazo.

También se ha encontrado en una proporción de pacientes una excesiva sensibilidad en el receptor vestibular o un intenso reflejo véstibulo-ocular (Goodwin y cols., 2008). Algunos estudios han encontrado una predisposición a la hiperemesis en mujeres que tienen mayor sensibilidad al mareo con el movimiento, antecedente de migraña y antecedente familiar de hiperemesis gravídica.

Epidemiología

La náusea matutina y los vómitos normales pueden afectar hasta a 70 a 80% de las gestantes. Por lo general se presentan entre la sexta y séptima semana del embarazo y son más frecuentes entre la octava y la duodécima semanas, pero desaparecen alrededor de la vigésima.

La hiperemesis gravídica afecta a alrededor de una de cada 200 gestantes (Loh y Sivalingan, 2005); es decir, a alrededor de 0,5%. Otros estudios sugieren una prevalencia más baja, de 0,5 a 10 casos por cada 1.000 embarazos, así como una más alta, de hasta 1% de embarazos (Sandven y cols., 2008). Un número generalmente aceptado es el de 3 a 5 por cada 1000 embarazos (Bailit, 2005; Lamondy, 2006).

La hiperemesis puede dar lugar a frecuentes ingresos en un hospital obstétrico y una buena proporción de las hospitalizaciones serán por este trastorno (Fell y cols., 2006). Varios estudios han encontrado una tendencia a este mal cuando el embarazo es de un feto femenino (Fell y cols., 2006); de hecho, uno de ellos, realizado en Malasia, encontró que cuando hay hiperemesis y el producto del embarazo es de sexo femenino, los síntomas tienden a ser más graves (Tan y cols., 2006). Algo similar se encontró en un estudio de población en Nueva Escocia, Canadá (Fell y cols., 2006), en el que además se observó un mayor riesgo de padecer hiperemesis cuando había algunas enfermedades preexistentes, como trastornos gastrointestinales, diabetes, asma, enfermedad psiquiátrica, mola hidatiforme previa e hipertiroidismo. Podría ser más frecuente durante el primer embarazo y si éste es gemelar (Loh y Sivalingam, 2005); también se la ha asociado con obesidad materna.

Se cree que la prevalencia es mayor entre las mujeres de bajo nivel socioeconómico y es más factible que se presente en una gestación múltiple o cuando hay una mola hidatiforme. Se ha observado empíricamente que es más frecuente cuando el producto tiene una trisomía cromosómica y cuando hay hidrops fetal, o edema generalizado del feto.

En países industrializados, como Alemania, se encuentra con mayor frecuencia entre los inmigrantes (David y cols., 2002), situación que también se observa en inmigrantes pakistaníes en el Reino Unido (Swallow y cols., 2004).

En cuanto al riesgo de que la hiperemesis aparezca de nuevo en un segundo embarazo, un estudio noruego (que revisó esta cuestión en más de medio millón de gestaciones) mostró que el riesgo de padecerla durante el segundo embarazo era de alrededor de 15%; si este segundo embarazo es de un padre distinto al del primero, el riesgo es ligeramente menor (10%) (Trogstad y cols., 2005).

El riesgo de recurrencia es mayor entre más tiempo pase entre el primer embarazo y el segundo. Este hallazgo es interesante porque una mujer con hiperemesis durante el primer embarazo podría pensar que si espera más tiempo, el riesgo de recurrencia sería menor, pues su cuerpo ya habría atravesado los rigores de un embarazo anterior. Lo contrario es cierto, tendrá mayor riesgo de que se repita la hiperemesis.

Complicaciones

Como se mencionó, la hiperemesis puede causar deshidratación, desequilibrio electrolítico y cetosis. Existen complicaciones más graves y raras como la ruptura del esófago o del bazo, neumotórax y neuropatía periférica debida a déficit de vitaminas B6 y B12.

Una complicación grave es la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff (Brockington, 2006) causada por deficiencia de tiamina (vitamina B1) (Chiossi y cols., 2006).

La tríada sintomática clásica es ataxia (pérdida del equilibrio en la marcha o al mantenerse de pie), alteración de los movimientos oculares y confusión mental. La encefalopatía de Wernicke consiste en la pérdida de la memoria para eventos del pasado reciente y una confabulación para ocultar este fenómeno (la paciente inventa recuerdos para cubrir sus déficits de memoria), además de polineuritis, que se puede manifestar como debilidad de los miembros, paresis ocular (parálisis parcial los músculos extraoculares) o nistagmo (movimientos horizontales de los ojos, repetidos e involuntarios) (Selitsky, Chandra y Schiavello, 2006). Esta encefalopatía es rara en países industrializados y mucho más común en países subdesarrollados. Sin el tratamiento adecuado el trastorno puede ser mortal, y para

evitarla se recomienda administrar tiamina (vitamina B1) a las embarazadas con hiperemesis.

Se estima que en Gran Bretaña este mal podría causar unas 59 muertes por millón de nacimientos (Verberg y cols., 2005).

El bebé in útero, por su parte, puede sufrir de un crecimiento deficiente debido a la mala nutrición de su madre; el retraso del crecimiento da lugar a bajo peso para la edad gestacional (Dodds y cols., 2006) o bajo peso al nacer (Zhou, O'Brien y Relya, 1999), aunque también puede haber muerte fetal.

Una consecuencia más es el riesgo de que más tarde el hijo varón padezca de cáncer testicular.

La hiperemesis puede causar déficit de vitamina K, que en ocasiones da lugar a hemorragias como epistaxis o hemorragia gástrica (Devignes y cols., 2009).

Una consecuencia muy importante desde el punto de vista psicológico y emocional es que la hiperemesis puede “arruinar” la experiencia del embarazo mismo y hacer que se convierta en una pesadilla. Un estudio a profundidad con ocho mujeres que tuvieron hiperemesis gravídica (Meighan y Wood, 2005), mostró que no gozaron de la gestación y no podían pensar en su futuro bebé, por la náusea y malestar continuo. La hiperemesis hace que la gestante se sienta realmente “enferma”, además de las molestias propias de su embarazo. Algunas actividades de la vida diaria, como subirse a un automóvil, se convertían en un gran problema por la forma en que potenciaban la náusea. Sólo cuando los síntomas desaparecían podían empezar a realizar las tareas psicológicas usuales de la gravidez. La náusea excesiva y el vómito pueden dejar recuerdos tan desagradables en la mujer que podría desear no volver a embarazarse o hacerlo con gran temor.

Intervención

Hay varias estrategias para tratar la náusea y el vómito, que van desde modificaciones dietéticas hasta intervenciones farmacológicas y psicológicas (mediante sugestión e hipnosis, por ejemplo).

Se cree que son útiles las bebidas con sabores cítricos ya que se toleran mejor que el agua simple y pueden servir para enjuagarse la boca después del vómito.

Pueden evitarse las comidas con olor o sabor muy intenso para no provocar náusea.

Las pastillas que contienen hierro pueden exacerbar la náusea, por lo que pueden suspenderse y reemplazarse con verduras frescas que ayuden a incrementar los valores de hierro.

En los países orientales el jengibre (*Zingiber officinale*) se ha usado desde hace mucho tiempo para tratar la náusea y el vómito en general (Boone y Shields, 2005); sin embargo, se ha sugerido que su uso durante el embarazo puede tener un efecto adverso pues inhibe la enzima sintetasa de tromboxano, que puede alterar la concentración de esteroides relacionados con la diferenciación sexual del embrión, por lo que se recomienda restringir su uso hasta que haya estudios más concluyentes al respecto.

Por otro lado, suele recomendarse a la gestante que se lave los dientes no al poco tiempo de levantarse, sino más tarde en el día, pues también podría inducir la náusea.

El método de acupresión se ha utilizado con éxito para reducir la náusea y el vómito en varias alteraciones, por ejemplo cuando su causa es la quimioterapia, una laparoscopia, una cesárea y en náusea postoperatoria (Heazell y cols., 2006). Se ha estudiado sobre todo la acupresión en un punto llamado pericardio 6 (PC 6) o punto *Nei Guan*. Este punto se encuentra en la parte interna del brazo, unos centímetros por arriba de la muñeca. Un estudio reciente de tipo ciego y aleatorio no mostró una ventaja entre este tratamiento y un grupo de control (Heazell y cols., 2006). Otro estudio realizado en Manchester, Reino Unido, comparó pacientes hospitalizadas por hiperemesis, uso de acupresión y el grado en que requirieron rehidratación, número de días de hospitalización y cantidad de medicamento necesario para calmar la náusea y vómito, sin notar grandes ventajas con la acupresión.

La Conclusión de estos resultados no quiere decir, que la acupresión sea ineficaz, pues en todos los casos se utilizó también farmacoterapia, cuya eficacia podría haber ocultado los efectos de la acupresión.

Hay pocos estudios empíricos recientes sobre la eficacia de la sugestión psicológica, imaginería guiada e hipnosis, aunque estudios anteriores mostraron la eficacia de la hipnosis médica (Simon y Schwartz, 1999; Fuchs y cols., 1980). En la clínica se puede intentar con facilidad la hipnosis si la mujer desea participar (Simon y Schwartz, 1999). Durante el trance hipnótico se puede sugerir a la paciente que perciba un olor a frescura, a hierbabuena, lavanda u otro aroma que ella desee y que reemplace la sensación de náusea. Al percibir este “olor favorito” (que puede ser incluso el de una flor), se minimizan los síntomas. Otra técnica consiste en sugerirle durante la hipnosis que relaje los músculos del estómago y la tensión en la garganta.

Después de dos o tres episodios hipnóticos se puede capacitar a la mujer para que practique la autohipnosis o a crear imágenes visuales guiadas que la ayuden a sentir alivio.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se puede comenzar con administración de piridoxina o vitamina B6, así como tiamina. Se puede intentar el tratamiento con un antiemético como Fenergán® (prometazina, una fenotiacina), aunque hay otros muy empleados como prometazina, procloroperazina y cloropromazina. En casos graves es probable que sea necesaria la administración intravenosa y, una vez detenido el vómito, continuar por la vía oral. Todos estos medicamentos han demostrado su utilidad con respecto a placebos, no así los antihistamínicos como la meclizina y la difenhidramina.

Todos estos medicamentos pueden tener un efecto sedante, por lo que hay que tener precaución si la mujer va a conducir un automóvil.

En algunas mujeres con estado persistente que requieren hospitalizaciones repetidas se ha utilizado el corticosteroide metilprednisolona por vía oral; sin embargo, este medicamento podría tener el potencial de producir paladar y labio hendidos cuando se usa durante el primer trimestre del embarazo. Por otra parte, algunos estudios que han evaluado esta causalidad no encontraron asociación entre el uso de corticosteroides y paladar hendido (Rodríguez-Pinilla y Martínez-Frias, 1998; Park-Wyllie y cols., 2000). También puede ser de utilidad la metoclopramida para acelerar el vaciamiento gástrico.

Los medicamentos antiácidos pueden aliviar el reflujo gastroesofágico que es inherente al vómito. Si a pesar de todas estas consideraciones el vómito persiste, la mujer puede requerir alimentación por vía parenteral, al menos durante algunos días (Lamondy, 2006).

En casos de hiperemesis “intratable”, puede utilizarse hidrocortisona por vía parenteral, que se administra en un medio hospitalario y ha demostrado eficacia para estos casos (Bondok y cols., 2006). Se debe preferir la hidrocortisona y la prednisona porque es fácilmente degradadas por la placenta y no suprime la función suprarrenal del feto, lo cual es un riesgo en el caso de uso de dexametasona.

Finalmente, existe la posibilidad de que la paciente desee la terminación del embarazo no sólo por los síntomas, sino por temor a que la hiperemesis signifique que haya alguna malformación en el bebé. En una encuesta, muchas mujeres sentían que su médico no entendía la intensidad del malestar asociado con la hiperemesis (Porsharif y cols., 2007).

Sialorrea gravídica

Este trastorno consiste en una salivación excesiva y la consecuente necesidad de escupir de manera constante. También se le denomina sialorrea del embarazo o ptialismo gravídico. No se conoce su fisiología pero es frecuente que se asocie con la náusea matutina y los vómitos (Erick, 1998).

Es común que la mujer afectada tenga que llevar consigo un recipiente para poder escupir continuamente. Aunque la hipersalivación generalmente disminuye durante la noche, con frecuencia afecta también la calidad del sueño.

Muchas pacientes se quejan de que su saliva es demasiado líquida y que tiene un sabor desagradable. Una persona normal produce alrededor de 1.2 litros de saliva en 24 horas, mientras que en el ptialismo la cantidad puede ser mucho mayor, por ejemplo más de 1.900 ml por día (Van Dinter, 1991).

Se sabe que normalmente la saliva es más viscosa durante el primer trimestre del embarazo y se vuelve menos densa con su avance.

Algunas mujeres además pueden necesitar limpiarse la boca al hablar o sentir que la lengua y glándulas salivales son más voluminosas de lo normal. Es frecuente que la mujer que ha tenido hipersalivación en un embarazo, lo tenga en los subsecuentes, y que la hipersecreción empeore cada vez. También se ha descrito anecdóticamente un patrón hereditario en algunas familias en que la abuela, la madre y la gestante actual lo presentaron (Van Dinter, 1991).

Muchas mujeres con ptialismo se muestran ansiosas y fatigadas, en parte por lo molesto del síntoma pero también por el temor de lo que podría significar la salivación excesiva. Además están las implicaciones sociales y la sensación de vergüenza o incomodidad de la mujer afectada.

Intervención

Se han recomendado remedios como la goma de mascar, las bebidas con carbohidratos y chupar pastillas dulces, pero no siempre ayudan a aminorar el problema. Se ha intentado el uso de medicamentos como los atropínicos (que disminuyen la producción de saliva) y el hexametonio; sin embargo, no hay estudios adecuados sobre su eficacia y existen la reserva en lo que se refiere a los posibles efectos negativos sobre el feto.

Con la información disponible en la actualidad, es preferible el tratamiento sintomático sin medicamentos.

Pica

Este es otro trastorno común en el embarazo y, por lo tanto, transitorio. Va más allá de los “antojos” usuales, en que la mujer puede desear alimentos o sus combinaciones que normalmente no le gustan. También puede detestar otros que normalmente sí le apetecerían.

En la pica se trata de la ingestión persistente y casi compulsiva de sustancias normalmente no comestibles (o de muy escaso valor nutritivo) en el grupo cultural al que se pertenece.

La palabra pica tiene su origen en el nombre en latín del pájaro que ingiere todo y que se roba la comida: la urraca europea (cuyo nombre científico es *Pica pica*). Como se sabe, muchos pájaros ingieren tierra o piedrecillas que les ayudan a procesar las semillas, que son su alimento central.

La pica durante la gestación se ha descrito en textos médicos desde el tiempo de Hipócrates. Alexander von Humboldt describió “tribus de Sudamérica que consumían tierra”(Woywodt y Kiss, 2002).

Entre las formas más comunes de pica está el deseo de comer hielo (pagofagia), almidón (amilofagia) o tierra (geofagia). Entre las mujeres afroamericanas del sur de los Estados Unidos de América es frecuente oír del deseo de comer almidón en polvo durante el embarazo. Otras sustancias comúnmente ingeridas son la arcilla, jabón y tiza (o yeso). Se han descrito casos de consumo de papel, pelo, fósforos quemados, carbón, ceniza de cigarrillos, bolas de naftalina, bicarbonato de sodio y pasta dentífrica (López, Ortega Soler y Martín de Pineda, 2004).

Es necesario subrayar que los hábitos de ingerir sustancias durante el embarazo tienen un fuerte componente cultural, y que en algunos grupos se sanciona el consumo de arcilla, almidón, hielo, etc., pero puede llegar a “recomendarse” su ingestión para aliviar la náusea, vómitos y malestares en general, o bien para hacer que el bebé nazca sano.

No hay muchos estudios adecuados sobre su prevalencia, ni siquiera en la región de latinoamérica. Se han citado cifras tan altas como de 23 a 44% de todas las embarazadas (López Ortega Soler y Martín de Pineda, 2004). Un estudio en Kenia encontró que había una prevalencia de pica entre 50 a 70% de las embarazadas (Geissler, 1998). En México, en la ciudad de Ensenada (Simpson, Longley y East, 2000), una encuesta entre 75 embarazadas encontró prevalencia de pica de 44%, mientras que en Buenos Aires, Argentina, entre 200 gestantes, la prevalencia fue de 22,9% (López, Portela y Ortega Soler, 2000). Por contraste, en otros países considerados como “ricos” el trastorno parece ser muy raro, como en Dinamarca (Mikkelsen, Andersen y Olsen, 2006).

Se ha encontrado en algunas mujeres con pica la presencia de anemia por déficit de hierro. Se ha sugerido también que la anemia podría ser el resultado de la geofagia, más que su causa. La pica se ha asociado con estados de desnutrición, así como con déficit de calcio; sin embargo, en algunos países de África se considera benéfico el consumo de tierra durante el embarazo (Stokes, 2006) porque se cree que puede

aliviar la anemia, mientras que el consumo de barro puede ayudar a atraer las sustancias tóxicas ingeridas por la gestante, evitando así efectos negativos en la mujer.

Consecuencias

Una de las principales razones para detectar la pica es el riesgo latente que algunas sustancias pueden acarrear al bebé in útero. Cuando el material ingerido tiene cierto grado de toxicidad, como el plomo, pesticidas y herbicidas, puede haber efectos adversos en el producto.

En cuanto a la mujer misma y dependiendo de la sustancia, podría producirse constipación, además de que en países con toxoplasmosis la ingesta de tierra es un factor de riesgo adicional, y puede presentarse cualquier otro tipo de parasitosis (Luoba y cols., 2005).

Cuando se consume polvo para hornear (bicarbonato de sodio) puede haber alteraciones hidroelectrolíticas, baja del potasio sérico e hipertensión arterial. La ingesta excesiva de arcilla puede ligarse al potasio y producir una hipokalemia, que puede resultar muy peligrosa (Ukanonu, Hill y Christensen, 2003; Grotegut y cols., 2006).

Intervención

La primera intervención debe ser la identificación de la conducta; es decir, cuestionar a la gestante o a sus parientes si ingiere alguna sustancia inusual. También hay que educar a la paciente y a su familia sobre los posibles efectos negativos de las sustancias ingeridas, sobre todo cuando se les conoce.

En el caso de la geofagia puede intentarse la suplementación con hierro.

En general también pueden emplearse estrategias psicoterapéuticas cuando haya mucha ansiedad y obsesión con respecto a la sustancia en cuestión.

Seudociesis o embarazo psicológico

La seudociesis se conoce también como “embarazo fantasma” o falsa preñez. Hay escasa literatura reciente sobre la seudociesis, a pesar de que es relativamente común, así que es poco lo que se sabe sobre los mecanismos que la producen.

Ocurre con frecuencia en mamíferos de varias especies y clínicamente se describe como una mujer que presenta síntomas de embarazo sin que en realidad lo tenga. Puede haber “antojos”, náusea y vómito, percepción de movimientos fetales y crecimiento del volumen abdominal. Puede ser que crezcan los senos e incluso que produzcan leche. La menstruación cesa y todo en conjunto hace pensar a la mujer que espera un hijo (Simon y cols., 2009).

Este trastorno se ha descrito desde hace siglos en la literatura médica, prácticamente desde el tiempo de Hipócrates. Son famosos los falsos embarazos de la reina María Tudor, quien deseaba ardientemente gestar un heredero para el trono. En época más reciente, Freud y Breuer describieron el caso de pseudoembarazo de Anna O., quien fue tratada por medio de hipnosis de una parálisis histérica o conversiva; después se enamoró de Breuer y desarrolló la pseudociesis.

Un caso típico podría ser el siguiente:

La señora G. acude a la sala de admisiones de un hospital obstétrico en una metrópolis. Está convencida de que ha comenzado su trabajo de parto. Muestra el abdomen abultado y camina como una mujer en estado de gravidez avanzada. Al intentarse la localización del latido fetal, éste no está presente. La señora dice que sigue percibiendo los movimientos del feto, por lo que se le realiza una ultrasonografía donde se observa que no hay un bebé sino sólo intestinos con abundante cantidad de gas. Se le informa a la paciente que no está embarazada. Ella llora y dice que le cuesta trabajo creerlo. Se la refiere al servicio de salud mental para poder elaborar sus sentimientos y contar con apoyo psicológico y emocional.

No hay suficiente información sobre su prevalencia, misma que se ha reportado en un rango amplio, desde un caso en cada 250 embarazos, hasta 6 por cada 22.000 embarazos (Rosch, Sajatovic y Sivec, 2002). Se cree que podría ser más frecuente en culturas tradicionales, como las comunidades rurales de África (Ouj, 2009)

Hay que distinguir la pseudociesis de otros dos estados. El primero es la simulación del embarazo. En esta situación la mujer miente de manera consciente y hace creer que espera un bebé por diversas razones, como atraer al posible marido o recibir atenciones especiales. El segundo estado es el delirio de embarazo, en que la mujer está convencida de su preñez y no se puede hacerla entrar en razón de que no lo está, incluso al presentarle la evidencia radiológica, ultrasonográfica o bioquímica. Este delirio de embarazo es común en algunas formas de esquizofrenia y otros estados psicóticos.

Se puede hablar también de delirio de embarazo cuando esta falsa creencia es aislada y no se puede desvanecer por las estrategias de convencimiento o presentando la evidencia de lo contrario.

En la pseudociesis la mujer está convencida de su preñez, pero sólo se da cuenta de su verdadero estado cuando se le realizan los estudios diagnósticos correspondientes y se le señala claramente que no lo está, con lo que puede darse cuenta de la distorsión y percepción equivocada de los síntomas. En el delirio esto es imposible (Friedman y Rosenthal, 2003).

Esta creencia delirante suele acompañarse de otros síntomas de psicosis (Rosch, Sajatovic y Sivec, 2002). En algunos raros casos, una mujer que nunca ha tenido hijos está convencida delirantemente de ser madre (Hrdlicka, 2003). Uno de los factores de riesgo para la pseudociés parece ser el antecedente de infertilidad (Dafallah, 2004). Como se sabe, en algunas culturas es esencial que la mujer demuestre su capacidad de concebir y producir un heredero, lo cual puede ser crucial para mantener o mejorar su estatus social; el riesgo es muy alto en el caso contrario, por lo que hay una gran presión para producir un bebé y así satisfacer al esposo y a las respectivas familias extendidas.

En algunas ocasiones la pseudociés da lugar a un “falso trabajo de parto”. En él, la mujer actúa como si estuviera teniendo contracciones uterinas y sostener más tarde que dio a luz (Brockington, 2006).

En una monografía escrita hace varios decenios por Bivin y Klinger (1937) en que reportaron 333 casos de pseudociés, hubo dolores de “trabajo de parto” en 138 pacientes. En cuanto a intervenciones, la mujer con pseudociés generalmente requerirá apoyo psicológico y emocional al recibir la noticia adversa. También es necesario entender si hay factores que producen una necesidad inminente de “sentirse embarazada”, mismos que pueden resolverse después de investigar los mecanismos psicodinámicos subyacentes a la necesidad desesperada de embarazarse.

Negación del embarazo

Este trastorno es precisamente la contraparte del anterior. En él la mujer no se da cuenta de estar embarazada. Este proceso puede llegar a término con trabajo de parto sin que la futura madre sepa que estaba embarazada. De un momento a otro es llevada al hospital por dolores abdominales que se creen de otra índole, y en ese momento se le diagnostica que está en trabajo de parto. En muchos casos ningún miembro de la familia ha notado el embarazo y el nacimiento del bebé es una sorpresa para todos (Niefert y Bourgeois, 2002).

Una revisión reciente indica que este fenómeno es más frecuente de lo que se piensa, con una frecuencia de uno en 475 embarazos (Del Giudice, 2007).

La señora H., de 26 años, es una mujer soltera que vive con su madre (viuda) y su hermano de 18 años, quien es autista. Sufre de ataques epilépticos y toma medicamentos anticonvulsivantes para evitar las crisis. Ha aumentado de peso y cree que “se estaba volviendo más gorda”. Un día empieza a padecer dolor abdominal intenso y su madre la lleva al hospital, donde le indican que en unas horas más nacerá su hijo. Su madre no se había dado cuenta del proceso que estaba desarrollándose. La nueva madre al hacer un análisis retrospectivo dice que siempre ha tenido menstruaciones irregulares y por lo tanto no pensó que podía estar embarazada; dice que nunca sintió movimientos fetales. Su madre está

muy enojada con ella, la maldice y le indica que no podrá llevar al bebé a casa. Al tercer día del parto, la nueva abuela sintió que “el Señor le habló” y le dijo que este niño había nacido para que ella lo criara y lo consintiera en todo lo posible; entonces decidió aceptarlo (Maldonado-Durán, 2007).

Existen varios factores que dificultan que una mujer se dé cuenta de su gravidez. Uno de ellos es que algunas mujeres presentan la menstruación de un modo muy irregular; si están acostumbradas a no menstruar durante varios meses consecutivos puede serles difícil identificar la amenorrea como signo de embarazo. Otro fenómeno es que algunas mujeres, una vez embarazadas, tienen un tipo de sangrado mensual semejante a la menstruación, y creen que no pueden estar encintas (Wessel, 1987).

Es necesario hacer una distinción entre la verdadera negación de la preñez y el hecho de esconder el embarazo de manera deliberada. En el primer caso la mujer realmente no sabe que está embarazada, mientras que en el segundo lo sabe, pero no desea que nadie se dé cuenta por diversas razones (Beier, Wille y Wessel, 2006); en el momento del parto puede mentir y decir que “no se había dado cuenta” de su estado, hasta ahora. En los casos de embarazo “escondido” por lo general se trata de una mujer joven, que vive con sus padres y que aún asiste a la escuela, por ejemplo secundaria o preparatoria.

Algunos autores sugieren que, aunque la fenomenología es diferente, ambos fenómenos podrían unificarse bajo la categoría diagnóstica de “embarazo negado” (Beier, Wille y Wessel, 2006). Aún más, el diagnóstico diferencial podría incluir otro trastorno: la negación psicótica del embarazo. En la psicosis, la mujer embarazada que está fuera de la realidad insiste en que no lo está, y no se le puede convencer de lo contrario.

Varios autores han sugerido que se trata de una presentación más del síndrome de Cotard (Walloch y cols., 2006). En este síndrome la paciente niega en forma delirante la existencia de algunas partes de su cuerpo (intestinos, cerebro, etc.). Se estima que la negación del embarazo ocurre con una frecuencia de uno en 475 nacimientos (Wessel y Buscher, 2002). Esta definición es amplia e incluye aquellas mujeres cuya preñez no se ha diagnosticado hasta después de la vigésima semana. La frecuencia de la gestación negada hasta el momento del parto se ha estimado en alrededor de un caso en 2.455 (Weseel y Buscher, 2002); estas aproximaciones están basadas en un estudio de población en Berlín.

No se trata, pues, de un problema muy raro sino relativamente frecuente. En el estudio de Beier, Wille y Wesell (2006), en Berlín, con mujeres que no se habían dado cuenta de su gestación, algunas tenían psicosis, otras presentaban antecedente de abuso de sustancias, pero en la mayoría de los casos esto no era así. En un grupo de 94 mujeres, a 25 se les diagnosticó el embarazo sólo cuando ya estaban en trabajo

de parto. La tercera parte ya habían tenido gestaciones anteriores, por lo que no se puede pensar que la negación siempre esté relacionada con la falta de experiencia. Es de llamar la atención que 46% de estas mujeres reportaron seguir con sangrados “menstruales” durante alguna parte del embarazo. Una buena porción (38%) fue a ver a un médico durante el período en cuestión y no se les diagnosticó la verdadera situación, tal vez debido a la influencia de la paciente en el médico, quien por un mecanismo de identificación proyectiva no piensa en la posibilidad diagnóstica de un embarazo (Wessel, Endrikat y Kästner, 2003).

Resulta claro que no hay un tipo específico de mujer que niegue el embarazo, sino que se trata de un fenómeno muy heterogéneo. Puede haber una asociación con antecedente de maltrato físico o sexual en la mujer (Leeners y cols., 2003), recuerdos traumáticos y fantasías de agresión contra el feto, cuya existencia es reprimida y se vuelven inconscientes (Bonnet, 1993).

Es claro que no hay un único modelo psicodinámico aplicable a todos los casos; cada uno debe abordarse de manera individual. En todas estas situaciones hay peligro para la mujer y el futuro bebé por la falta de atención médica prenatal. En casos graves el bebé puede no recibir atención después del nacimiento y morir o requerir resucitación (Neifert y Bourgeois, 2000). En ocasiones puede haber neonaticidio porque la mujer se encuentra aislada, aterrada por el parto y sufre una descompensación y pérdida de contacto con la realidad en el postparto inmediato. Ha habido múltiples reportes de mujeres que repentinamente dan a luz en un sanitario y hasta entonces no sabían que había un embarazo (Mitchell y Davis, 1984).

Intervención

Por su misma naturaleza, el problema central se detecta hasta muy avanzado el embarazo o en el momento del parto. Sólo después del mismo se podría tratar de dilucidar qué llevó a la negación y cuál es el funcionamiento psíquico de la mujer o familia en cuestión para ofrecer una intervención psicológica adecuada; sin embargo, la persona o familia afectada puede no estar interesada en más exploraciones o sesiones.

Quejas somáticas excesivas durante el embarazo

Durante la gestación normal hay una serie de síntomas somáticos inherentes: náusea matutina, vómitos durante el primer trimestre, acidez estomacal, dolor de espalda, edema de las extremidades, cansancio, etc. Es frecuente que hacia el final del proceso la mujer tenga que comer poco y a intervalos cortos debido al volumen que ocupa el bebé en la cavidad abdominal; puede ser que tenga que orinar frecuentemente por la presión sobre la vejiga urinaria. También es común cierto grado de reflujo gastroesofágico, pero más allá de esto, hay ocasiones en

que la gestante presenta un número excesivo de síntomas, de mayor gravedad de lo usual o bien con una frecuencia excesiva.

Los fenómenos como los trastornos de conversión, somatización e hipocondría a menudo no se diagnostican de manera adecuada y pasan desapercibidos (LaFrance, 2009). Es común que este tipo de paciente llame por teléfono en forma repetida a la enfermera o a su médico con múltiples preguntas, quejas diversas sobre su cuerpo y preocupaciones sobre padecer alguna enfermedad grave o que afectará el curso del embarazo. Puede ser que los síntomas no correspondan a ninguna enfermedad realmente, y que no tengan un base “física”.

Cuando la mujer que espera un hijo está aislada, no tiene con quién hablar o nadie le pone atención, puede ser más propensa a buscar atención médica repetida para hacer frente a la gravidez. Es probable que las mujeres que han tenido un antecedente de maltrato físico, sexual o emocional, o aquéllas que sufrieron de negligencia durante la infancia, sean más propensas a manifestar sus ansiedades y angustia en forma somática; es decir, que tenga una menor capacidad de pensar en términos mentales, en sus emociones, pensamientos y deseos, lo cuales, en ves de manifestarse en la mente, lo hacen en el cuerpo en forma de sensaciones, dolores y malestares.

Es necesario subrayar la necesidad de no llegar a un diagnóstico de somatización o somatoforme de modo precipitado. Hay varios casos en los que al principio se piensa en una “conversión” y que a la larga resultan en enfermedades difíciles de diagnosticar. Es necesario utilizar un criterio médico adecuado para pensar en las posibles patologías causantes de los síntomas presentes. Cuando se han excluido los factores físicos como causa de estos síntomas, surge la pregunta de si algunos de ellos pueden tener un origen emocional o psicosomático; es decir, que por razones basadas en conflictos interiores, tensiones, emociones intensas o recuerdos reprimidos, las emociones se manifiesten a través del cuerpo.

Factores causales

Uno de los factores que aparece repetidamente en la mujer con quejas somáticas excesivas es el antecedente de traumatismo psicológico o emocional en la infancia. Algunos estudios han encontrado una correlación entre el antecedente de traumatismo psicológico, trastorno por estrés postraumático y somatización en la embarazada (Seng y cols., 2004). Curiosamente, también se ha encontrado que el padecer estrés cuando se está in útero, es decir cuando la madre sufre tensiones en el embarazo, se asocia con una mayor preocupación somática en el hijo cuando éste es adulto. Estos datos se basan en el estudio de seguimiento de una cohorte de pacientes (*British Cohort Study*, de 1970) desde su nacimiento hasta los 26 años (Cheung 2002), en el que hubo una correlación estadística entre un elevado nivel de estrés durante el embarazo de la madre y una mayor proporción de síntomas

psicosomáticos en el adulto a los 26 años, controlando varios factores de posible confusión. El estudio incluyó a 15.222 participantes, virtualmente todos los nacidos en una área de Inglaterra en el año de 1970.

Una investigación semejante, llevada a cabo en Suecia, demostró que entre más bajo sea el peso al nacimiento, mayor será la vulnerabilidad al estrés en la edad adulta (Nilsson, Nyberg y Ostergren, 2001).

La hipocondría, por su parte, se distingue por la preocupación excesiva de los signos y señales del cuerpo: un ligero dolor puede ser tomado como un signo muy peligroso de enfermedad y orillar a la paciente a acudir de inmediato a la sala de urgencias. La mujer afectada vive constantemente con una sensación de gran vulnerabilidad y temor.

La hipocondría no es un trastorno raro; se estima que 5% de las visitas al médico general se deben a ella. Las personas con hipocondría generan el 10% de los costos de tratamientos médicos (Harvard Medical Letter, 2004).

Una investigación reciente con 1.785 pacientes que asistían a una clínica médica, encontró una prevalencia de trastorno hipocondríaco de 9,5%. Uno de los criterios de diagnóstico más importantes fue la rumiación (ideación repetitiva) sobre síntomas somáticos (Fink y cols., 2004). Otros importantes criterios para el diagnóstico fueron: preocupación con la idea de padecer una enfermedad, interés excesivo en los procesos fisiológicos, personalidad sugestionable, miedo irreal a las infecciones, fascinación por la información de índole médica y temor a las medicinas que se han prescrito.

Por otro lado, los trastornos somatoformes se estiman como frecuentes en las clínicas de medicina primaria, consistentes en alrededor de 15% del total de las consultas (Arnold y cols., 2006).

El centro del trastorno consiste en la incapacidad de la paciente de tranquilizarse después de acudir con el médico, quien no le ha encontrado ningún problema grave. Algunas mujeres están obsesionadas con tener una enfermedad física y pueden consultar libros de medicina o la red informática global en busca de la evidencia de padecer cierta enfermedad; ponen atención excesiva a sus síntomas y se preocupan mucho con las disfunciones menores. Pueden tomar medicinas autoprescritas para tratar estas “enfermedades” o pedir que se les hagan múltiples pruebas diagnósticas y de laboratorio para tratar de descartar alguna nueva enfermedad o complicación. Es posible que las personas con hipocondría perciban las sensaciones corporales en forma más intensa que otras. La paciente tiende a registrar sólo la información que tiende a confirmar sus sospechas, mientras que pasa por alto otra información o evidencia que las contradiga.

Una característica más puede ser su tendencia perfeccionista, en que se espera que todo órgano funcione a la perfección, por lo que la menor disfunción o incomodidad, que cualquier otra persona pasaría por alto, es notada con gran preocupación. Un aspecto de todos los síntomas físicos con base psíquica es la posible “ganancia secundaria” de los síntomas, que se manifiesta por la forma de recibir la compasión de los demás. Muchas de estas personas aprendieron en la infancia que la única forma de ser tratado con ternura o recibir manifestaciones de cariño es cuando se está enfermo.

Intervención

Lo más importante es eliminar primero la posibilidad de que exista alguna enfermedad con un claro sustrato físico, por ejemplo una úlcera péptica o artritis en una mujer que se queja de dolor constante e intenso en las piernas. Es poco deseable asumir un sustrato emocional o psicológico en una enfermedad que debe tratarse por terapia física, medicamentos antiinflamatorios, etc. En ocasiones es el profesional de salud mental el que debe mantener la posición de curiosidad y no “cerrar la mente” de modo prematuro. En ocasiones el médico internista o el neurólogo concluyen precipitadamente que una paciente con un cuadro difícil de explicar tiene un trastorno de somatización, sin que eso sea correcto. Una vez establecido el diagnóstico de trastorno de conversión o somatoforme, la paciente por lo general tendrá reticencia a ir a tratamiento con un psicólogo o psiquiatra, de modo que la intervención suele recaer en el profesional de salud primaria. Habrá que establecer un balance entre hacer demasiado poco y realizar intervenciones o estudios excesivos; finalmente la paciente podría tener una enfermedad física, como esclerosis múltiple o un trastorno autoinmune.

Una vez que los estudios diagnósticos pertinentes han demostrado que no hay evidencia de enfermedad, se puede asumir de manera provisional que el problema es de índole psicosomático. En tal caso, es necesario concientizar que la mujer no está “fingiendo” síntomas, sino que los siente en realidad. Se recomienda tranquilizar a la aquejada explicándole que, a pesar de que en realidad siente los síntomas, éstos no constituyen una enfermedad grave o que pongan en riesgo la vida. No hay que decirle que su enfermedad no existe o que está “sólo en su cabeza”; en lugar de ello se puede señalar que tiene un trastorno que hace que sus signos de malestar o de dolor se sientan magnificados, al tiempo que se genera empatía con ella.

Otros consejos prácticos son sugerirle aprender a “vivir” con algunos de sus síntomas, más que tratar de eliminarlos por completo; intentar enseñarla a tolerar cierto grado de malestar y no interpretarlo como un signo de alarma que la haga acudir a la sala de urgencias cada vez. También se recomienda programar citas periódicas y preestablecidas para evitar que la paciente llame con un nuevo malestar. Es preferible evitar la prescripción de múltiples medicamentos que no

sean necesarios, así como demasiadas pruebas de laboratorio o gabinete. No se recomienda referir con otros médicos si es posible evitarlo, porque esto se presta a una “caravana” de doctores. La terapia cognoscitivo conductual o la de índole psicodinámica pueden ser útiles. Una investigación reciente sobre este tema informó de un programa de cinco sesiones en el que se ayudaba a los pacientes a escribir sus síntomas en un diario mientras el terapeuta ayudaba a las pacientes conteniendo su ansiedad y expresando sus sentimientos.

Referencias

1. Arnold, I.A., De Waal, M.W.M., Eekhof, J.A.H., Van Hemert, A.M., 2006. Somatoform disorder in primary care and the need for cognitive-behavioral treatment. *Psychosomatics*, 47, pp.498-503.
2. Bailit, J.L., 2005. Hyperemesis gravidarum: epidemiologic findings from a large cohort. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193, pp.811-814.
3. Beier, K.M., Wille, R., Wessel, J., 2006. Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, pp.723-730.
4. Bivin, G.D., Linger, M.P., 1937. *Pseudocyesis*. Bloomington: Principia.
5. Bondok, R.S., El Shamouby, N.M., Eid, H.E., Abd Elmaksoud, A.M., 2006. Pulsed steroid therapy is an effective treatment for intractable hyperemesis gravidarum. *Critical Care Medicine*, 34(11), pp.2781-2783.
6. Bonnet, C., 1993. Adoption at birth: Prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse and Neglect*, 17, pp.501-513.
7. Boone, S.A., Shields, K.M., 2005. Treating pregnancy-related nausea and vomiting with ginger. *Annals of Pharmacotherapy*, 39, pp.1710-1713.
8. Brockington, I., 2006. Eleythia's Mischief. *The organic psychoses of pregnancy, parturition and the puerperium*. Bredenbury: Eyry Press.
9. Cheung, Y.B., 2002. Early origins and adult correlates of psychosomatic distress. *Social Science and Medicine*, 55, pp.937-948.
10. Chiossi, G., Neri, I., Cavazzuti, M., Basso, G., Facchinetti, F., 2006. Hyperemesis gravidarum complicate by Wernicke encephalopathy: background, case report and review of the literature. 61(4), pp.255-268.
11. Dafallah, S.E., 2004. Pseudocyesis and infertility. *Saudi Medical Journal*, 25, pp.964-969.
12. David, M., Borde, T., Kentenich, H., 2002. Ist die Hyperemesis gravidarum heute vor allem eine Erkrankung von Migrantinnen? *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 62(4), pp.327-332.
13. Del Giudice, M., 2007. The evolutionary biology of cryptic pregnancy: a reappraisal of the “denied pregnancy” phenomenon. *Medical Hypothesis*, 68, pp.250-258.

14. Devignes, J., Grare, M., Raft, J., Vial, F., Hacquard, M., Bouaziz, H., Lecompte, T., De Maistre, E., 2009. Hémorragie cutanéomuqueuse secondaire a un deficit d'apport en vitamine K dans le syndrome d'hyperemesis gravidarum. *Annales Francaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 28, pp.697-700.
15. Dodds, L., Fell, D.B., Joseph, K.S., Allen, V.M., Buttler, B., 2006. Outcomes of pregnancies complicated by hyperemesis gravidarum. *Obstetrics and Gynecology*, 207, pp.285-292.
16. Erick, M., 1998. Ptyalism gravidarum: An unpleasant reality. *Journal of the American Dietetic Association*, 98(2), p.129.
17. Fell, D.B., Dods, L., Joseph, K.S., Allen, V.M., Butler, B., 2006. Risk factors for hyperemesis gravidarum requiring hospital admission during pregnancy. *Obstetrics and Gynaecology*, 107, pp.277-284.
18. Fink, P., Ørnboel, E., Toft, T., Sparle, K.C., Frosthalm, L., Olesen, F., 2004. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), pp.1680-1691.
19. Friedman, S.A., Rosenthal, M.B., 2003. Treatment of perinatal delusional disorder: A case report. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(4), pp.391-394.
20. Fuchs, K., Paldi, E., Abramovici, H., Peretz, B.A., 1980. Treatment of hyperemesis gravidarum by hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28, pp.312-323.
21. Geissler, P.W., 1998. Geophagy, iron status and anemia among pregnant women on the coast of Kenia. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 92(5), pp.549-553.
22. Goodwin, T.M., Nwankwo, O.A., Davis, L., O'Leary, D., Romero, R., Korst, L.M., 2008. The first demonstration that a subset of women with hiperemesis gravidarum has abnormalities in the vestibuloocular reflex pathway. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199, 417.e8.
23. Grotegut, C.A., Dandolu, V., Katari, S., Whiteman, V.E., Geifman-Holzman, O., Teitelman, M., 2006. Alkalosis and rhabdomyolysis in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 1(107), pp.484-486.
24. Harvard Medical Letter, 2004. *Hypochondria*. 21(1), pp.4-6.
25. Heazell, A., Thorneycroft, J., Walton, V., Etherington, I., 2006. Acupressure for the in-patient treatment of nausea and vomiting in early pregnancy: A randomized control trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194, pp.815-20.
26. Hrdlicka, M., 2003. Delusion of pregnancy. A case report and review of the literature. *Psychopathology*, 36(5), pp.276-278.
27. Jacoby, E.B., Porter, K.B., 1999. *Helicobacter pylori* infection and persistent hyperemesis gravidarum. *American Journal of Perinatology*, 16, pp.85-88.

28. Karadeniz, S., Ozdegirmenci, O., Altay, M.M., Solaroglu, A., Dilbaz, S., Hizel, N., Haberal, A., 2006. *Helicobacter pylori* seropositivity and stool antigen in patients with hyperemesis gravidarum. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, Artículo ID: 73073, pp.1–3.
29. LaFrance, W.C., 2009. Somatoform disorders. *Seminars in Neurology*, 29, pp.234-346.
30. Lamondy, A.M., 2006. Hyperemesis gravidarum and the role of the infusion nurse. *Journal of Infusion Nursing*, 29(2), pp.89-100.
31. Leeners, B., Richter-Appelt, H., Schönfeld, K., Neumaier-Wager, P., Görres, G., Rath, W., 2003. Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbraucherfahrungen im Kindesalter: Auswirkungen und Ausätze su einer verbesserten Betreuung bei Schwangerschaft, Geburt, Still und früher Neugeborenzeit, *Deutsches Ärzteblatt*, 22, p.715.
32. Loh, K.Y., Sivalingam, N., 2005. Understanding hyperemesis gravidarum. *Medical Journal of Malaysia*, 60(3), pp.394-400.
33. López, L.B., Ortega Soler, C.R., Martín de Portela, M.L., 2004. La pica durante el embarazo: un trastorno frecuentemente subestimado. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 54(1), pp.17-24
34. López, L.B., Portela, M.L., Ortega Soler, C.R., 2000. Pica prevalence in a group of pregnant women from Buenos Aries, Argentina. *The FASEB Journal*, Abstract. Abs. 178. 14.
35. Luoba, A.I., Geissler, P.W., Estambale, B., Ouma, J.H., Alusala, D., Ayah, R., Mwanikis, D., Magnussen, P., Friis, H., 2005. Earth-eating and reinfection with intestinal helminths among pregnant and lactating women in Western Kenya. *Tropical Medicina and International Health*, 10(3), pp.220-227.
36. Maldonado-Durán, J.M., 2007. A gift from God. En: M. Birch, ed. 2007. *Finding hope in despair. Clinical studies in infant mental health*. Washington, D.C.: Zero to Three Press, pp.195-245.
37. Meighan, M., Wood, A.F., 2005. The impact of hyperemesis gravidarum on maternal role assumption. *Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursing*, 34(2), pp.172-179.
38. Mikkelsen, T.B., Andersen, A.M., Olsen, S.F., 2006. Pica in pregnancy in a privileged population: Myth or reality. *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica*, 85(10), pp.1265-1266.
39. Mitchell, E.K., Davis, J.H., 1984. Spontaneous births into toilets. *Journal of Forensic Sciences*, 29, pp.591-506.
40. Munch, S., 2002. Chicken or the egg? The biological-psychological controversy surrounding hyperemesis gravidarum. *Social Science and Medicine*, 55, pp.1267-1278.
41. Niefert, L., Bourgeois, J.A., 2000. Denial of pregnancy: A case study and literature review. *Military Medicine*, 165(7), pp.566-568.

42. Nilsson, P.M., Nyberg, P., Ostergren, P.O., 2001. Increased susceptibility to stress at a psychological assessment of stress tolerance is associated with impaired fetal growth. *International Journal of Epidemiology*, 30, pp.75-80.
43. Ouj, U., 2009. Pseudocyesis in a rural southeast Nigerian community. *Journal of Obstetrical and Gynecological Research*, 36(6), pp.660-665.
44. Park-Wyllie, L., Mazzotta, P., Pastuszak, A., et al., 2000. Birth defects after maternal exposure to corticosteroids: Prospective cohort study and meta-analysis of epidemiological studies. *Teratology*, 62, pp.385-392.
45. Porsharif, B., Korst, L.M., MacGibbon, K.W., Feijoo, M.S., Romero, R., Goodwin, T.M., 2007. Elective pregnancy termination in a large cohort of women with hiperemesis gravidarum. *Contraception*, 76, pp.451-455.
46. Rodríguez-Pinilla, E., Martínez-Frias, M.L., 1998. Corticosteroids during pregnancy and oral clefts: A case control study. *Teratology*, 58, pp.2-5.
47. Rosch, D.S., Sajatovic, M., Sivec, H., 2002. Behavioural characteristics in delusional pregnancy: A matched control group study. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(2), pp.295-303.
48. Sandven, I., Abdelnoor, M., Wethe, M., Nesheim, B.I., Vikanes, A., Gjønnes, H., Melby, K.K., 2008. *Helicobacter pylori* infection and hiperemesis gravidarum. An institution-based case-control study. *European Journal of Epidemiology*, 23, pp.491-498.
49. Selitsky, T., Chandra, P., Schiavello, H.J., 2006. Wernicke's encephalopathy with hyperemesis and ketoacidosis. *Obstetrics and Gynecology*, 107, pp.486-490.
50. Seng, J.S., Low, L.K., Sparbel, K.J., Killion, C., 2004. Abuse-related post-traumatic stress during the childbearing year. *Journal of Advanced Nursing*, 46(6), pp.604-613.
51. Simon, E.P., Schwarz, J., 1999. Medical hypnosis for hyperemesis gravidarum. *Birth*, 26(4), pp.248-253.
52. Simon, M., Voros, V., Herold, R., Fekete, S., Tenyi, T., 2009. Delusions of pregnancy with post-partum onset: An integrated individualized view. *European Journal of Psychiatry*, 23(4), pp.234-242.
53. Simpson, E., Longley, M.D., East, J., 2000. Pica during pregnancy in low income women born in Mexico. *Western Journal of Medicine*, 173, pp.20-24.
54. Stokes, T., 2006. The earth eaters. *Nature*, 444, pp.543-544.
55. Swallow, B.L., Lindow, S.W., Masson, E.A., Hay, D.M., 2004. Psychological health in early pregnancy: Relationship with nausea and vomiting. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24, pp.28-32.

56. Tan, P.C., Jacob, R., Quek, K.F., Omara, S.Z., 2006. The fetal sex ratio and metabolic, biochemical, haematological and clinical indicators of severity of hyperemesis gravidarum. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, pp.733-737.
57. Trogstad, L.I.S., Stoltenberg, C., Magnus, P., Skjaerven, R., Irgens, L.M., 2005. Recurrence risk in hyperemesis gravidarum. *British Journal of Obstetrics*, 112, pp.1641-1645.
58. Ukanonu, C., Hill, A., Christensen, F., 2003. Hypokalemic myopathy in pregnancy caused by clay ingestion. *Obstetrics and Gynecology*, 102, pp.1169-1171.
59. Van Dinter, M., 1991. Ptyalism in pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynaecological and Neonatal Nursing*, 20(3), pp.206-209.
60. Verberg, M.F.G., Gillott, D.J., Al'Fardan, N., Grudzinskas, J.G., 2005. Hyperemesis gravidarum, a literature review. *Human Reproduction Update*, 11(5), pp.527-539.
61. Walloch, J.E., Kauwer, C., Lanczik, M., Brockington, I.F., Kornhuber, J., 2006. Delusional denial of pregnancy as a special form of Cotard's syndrome. Case report and review of the literature. *Psychopathology*, 40(1), pp.61-64.
62. Wessel, J., 1987. Geburten beim vorher nicht bekannter Schwangerschaft. Schwangerschaftsverdrängung und menstruationsähnliche Blutungen in Gravidität. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 47, pp.850-853.
63. Wessel, J., Buscher, U., 2002. Denial of pregnancy. Population based study. *British Medical Journal*, 324, p.458.
64. Wessel, J., Endrikat, J., Kästner, R., 2003. Projektive Identifizierung und Schwangerschaftsverdrängung. Überlegungen zu Ursachen und Hintergründen der auch ärztlicherseits nicht erkannten Schwangerschaft. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 207, pp.48-53.
65. Woywodt, A., Kiss, A., 2002. Geophagia: the history of earth eating. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(3), pp.143-146.
66. Zhou, Q., O'Brien, B., Relya, J., 1999. Severity of nausea and vomiting during pregnancy: What does it predict? *Birth*, 26(1), pp.108-114.

LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN LA ETAPA PERINATAL

Martín Maldonado-Durán y Felipe Lecannelier

Existe poca información empírica sobre la eficacia de los programas de prevención que se han implementado en diversos países durante la etapa perinatal. Lo mismo sucede con casi todas las estrategias de intervención psicosocial de tipo preventivo en otras áreas de la salud mental. Este estado de cosas hace difícil presentar el resultado de programas “basados en la evidencia”.

Aquí se revisan los programas que se han descrito como más exitosos y los que se aplican con mayor facilidad a la realidad de los países en vías de desarrollo.

Antes de entrar en materia es necesario establecer la diferencia entre los diferentes tipos de prevención.

Prevención primaria

En términos de salud pública, la prevención primaria se refiere a estrategias diseñadas realmente para “prevenir” la aparición de alteraciones, en este caso conductuales y emocionales (Cowen, 1998). Se realiza por medio de métodos que promueven la preservación del estado de salud y evitando que se den las condiciones para que se desarrolle alguna alteración.

Es difícil comprobar la eficacia de estas intervenciones. Para ello se requiere efectuar la intervención y luego determinar si hubo diferencia en la incidencia o prevalencia de determinado trastorno. Esto generalmente es difícil de lograr por el

tiempo que ha de transcurrir y por la dificultad de medir si el programa preventivo es la explicación principal de una variación en incidencia o prevalencia.

Prevención secundaria

Consiste en impactar positivamente en la vida de las personas que están en riesgo de sufrir la aparición de algún trastorno o padecimiento. Estos programas se dirigen a identificar a las personas que tienen la mayor probabilidad de que se desarrolle determinado trastorno y evitar que ocurra o, en caso contrario, que no sea tan grave e incapacitante.

Prevención terciaria

Esta forma de prevención en realidad se refiere sólo a intentar aminorar la gravedad de los padecimientos o trastornos una vez que se han presentado; aplicar un tratamiento y disminuir la incapacidad que acarrea a quienes los sufren, es decir, rehabilitación. Ya no se trata de una población en riesgo sino de personas en quienes ya se ha manifestado el trastorno en cuestión y que necesitan ayuda para aliviar su sufrimiento o incapacidad.

Cuando se habla de “prevención” es necesario tener en cuenta ciertos factores, como los que se refieren a los costos o dificultad para llevar a cabo determinadas intervenciones y su eficacia real en cuanto a la función preventiva. Aunque los beneficios de la idea de *prevenir* parecen obvios, hay múltiples factores a considerar. Una intervención que intuitivamente pareciera tener un efecto benéfico, puede no resultar así o incluso llegar a ser contraproducente, como se ha observado en algunos programas de prevención del embarazo en adolescentes o programas para disminuir el tabaquismo entre jóvenes.

Cualquier persona en principio estaría en favor de que se pusieran en práctica intervenciones preventivas; sin embargo, es necesario que tales programas no hagan promesas que no se puedan realizar. Aunque lo ideal sería que hubiera métodos preventivos para un número de posibles situaciones de riesgo o trastornos, la realidad puede no ajustarse a estos deseos, por ejemplo el efecto de una intervención podría no ser evidente en forma inmediata sino sólo a largo plazo, es decir, tener un “efecto durmiente” que puede ser positivo o negativo.

Otro ejemplo: un programa de intervención en la infancia temprana con familias en situación de pobreza en los Estados Unidos de América se denomina *Head Start* (semejante a “buen comienzo”). El programa consiste en darles a los niños de entre tres y cinco años de edad la oportunidad de asistir a una sala preescolar durante unos dos años, donde se les presenta información educativa, se les dan oportunidades de socialización, se promueve la autoestima y se brinda apoyo psicosocial para la familia. A corto plazo, el programa tiene poca eficacia en términos de mejorar el

aprovechamiento académico de los niños participantes cuando están en primero o segundo grado de primaria; sin embargo, estos niños tendrán una ventaja a largo plazo comparados con sus compañeros en iguales condiciones psicosociales pero que no participaron en *Head Start*, tendrán una menor tasa de convicciones criminales, menos dificultades en el trabajo y menos problemas interpersonales en la edad adulta. De esta forma, si sólo se mide el efecto a corto plazo las ganancias son mínimas, pero a largo plazo son importantes y significativas.

Otro factor a considerar es la información disponible en la literatura correspondiente. Por ejemplo, los programas de prevención que fallan por lo general no se publican, lo cual es desafortunado.

Rutter (2008) ha mencionado los “mitos” asociados con la prevención. En el decenio de los años sesenta y setenta del siglo pasado, se había puesto mucha esperanza en que los programas de prevención resolverían muchos males, lo que desafortunadamente no ha resultado así; es decir, aunque un programa se llame preventivo, puede al final no serlo. Además, en cualquier padecimiento que se considere, es necesario tomar en cuenta los factores de riesgo y de protección relacionados. Riesgo significa que la persona puede desarrollar un trastorno, pero no es lo mismo que predeterminación.

Las experiencias después de la infancia temprana pueden tener una gran influencia en modificar el curso del desarrollo de la persona, tanto en el sentido de riesgo como en el de protección.

Una forma útil de pensar en las alteraciones emocionales y de conducta es un modelo que incluye un desequilibrio entre “factores de riesgo” y “factores de protección”. De hecho este modelo de causalidad es el que se emplea en la medicina moderna. Ya no se piensa, por ejemplo, que la tuberculosis es causada únicamente por el bacilo de Koch, más bien se sabe que éste es un factor de riesgo, pero tiene que haber otros para que una persona se enferme de tuberculosis (pobreza, desnutrición, exposición al bacilo, grado y duración de la exposición, etc.). Los factores de riesgo, por decir así, están en lucha con los de protección (en el caso de la tuberculosis, previa exposición al bacilo con desarrollo de inmunidad, estado de nutrición óptima, adecuada higiene, etc.).

En el campo de la salud mental también operan factores de riesgo que favorecen la aparición de algún trastorno o alteración, así como características de protección. Cuando se habla de programas de prevención, sabemos que tienden a favorecer la acción de los factores de protección y minimizar los de riesgo.

En términos generales, entre más factores de riesgo haya es más probable que se desarrolle un trastorno, y lo opuesto operaría con los de protección; sin embargo, estas predicciones no necesariamente operan así en la vida real: cada programa

debe evaluarse de manera individual en términos de sus ingredientes, mecanismo de operación, impacto y efectos a corto y largo plazo.

Programas de prevención durante el embarazo

Existe varios modelos que se han aplicado en distintos países para favorecer la transición de una madre (o pareja) a la parentalidad, el apego de la madre al bebé in útero, la disminución de su nivel de estrés y la sensibilización para que pueda atender adecuadamente al bebé. Uno de estos modelos consiste en la participación de las gestantes (y si es posible de la pareja u otra persona que le brinde apoyo) en doce sesiones semanales de naturaleza grupal (Maldonado-Durán, Karacostas y Epps, 2004). Se recomienda un máximo de ocho parejas para dar mayor oportunidad de expresión individual. Las sesiones se dividen en dos partes: la primera es un componente “educativo” y la segunda de autoexpresión. Se les ofrece a los participantes la oportunidad de hablar de la situación específica de cada mujer o pareja; se utilizan videgrabaciones para ilustrar los diferentes puntos. El material “educativo” es como un punto de partida utilizado para que las futuras madres reflexionen sobre su situación actual y puedan hablar de cómo están reaccionando o manejando las diferentes situaciones.

Los contenidos son:

Sesión 1. La noticia del embarazo. El propósito es explorar las reacciones (positivas, negativas, o mezcladas) ante la noticia, así como las respuestas de quienes los rodean.

Sesión 2. Las capacidades perceptivas y conductuales del feto, el desarrollo in útero y las reacciones emocionales de los futuros padres en este período. Cómo se imaginan que será su bebé.

Sesión 3. El estrés durante el embarazo y técnicas de relajación, incluyendo masaje de la mujer. Cuáles son las situaciones de estrés por las que atraviesan y estrategias para hacerles frente o disminuir la tensión y ansiedad.

Sesión 4. Tradiciones familiares. Cómo se preparan las familias para el arribo del bebé y la importancia de las conexiones con la familia, el apoyo psicosocial y las necesidades emocionales de la futura madre.

Sesión 5. El “nacimiento de los padres”. Cómo cambia la identidad cuando se vuelve progenitor y cuáles son las características de la depresión en el embarazo y postparto.

Sesión 6. Las características del recién nacido y sus capacidades perceptivas, motrices y necesidades emocionales. El momento del parto y los temores y preferencias de los padres en cuanto a cómo ha de atenderse el parto.

Sesión 7. La vida emocional del bebé. El desarrollo cognitivo y emocional del niño pequeño durante los dos primeros años de vida; la necesidad de apego, sensibilidad ante sus necesidades y su impacto a largo plazo.

Sesión 8. El llanto del bebé. Su significado como señal, distinguir por qué llora su hijo y cómo puede calmarse. El problema del llanto excesivo y sus posibles causas.

Sesión 9. El sueño del bebé. La maduración de los patrones del dormir durante los primeros años, estrategias para que el bebé duerma y cómo enfrentar los problemas más comunes del dormir (dificultad para iniciar el sueño y para mantenerse dormido).

Sesión 10. La alimentación del bebé. La importancia y ventajas de la lactación al seno materno. Las necesidades nutrimentales del niño pequeño y los problemas más comunes de alimentación en la primera infancia, incluyendo problemas en la succión, en la capacidad para masticar, para procesar alimentos de consistencia sólida, para concentrarse durante la alimentación, etcétera.

Sesión 11. La necesidad de autonomía del bebé y cómo poner límites o contener al niño pequeño durante los dos primeros años de vida. Se describe la necesidad de manifestar compasión y empatía hacia las señales e iniciativas del bebé, mientras se le ponen límites y se le contiene.

Sesión 12. El estrés del cuidado de niños pequeños. Estrategias para solicitar ayuda y permitir a otros contribuir al cuidado del niño pequeño. La necesidad de descanso y de cómo pueden los padres cuidar de sus propias necesidades emocionales.

Las primeras cinco sesiones se refieren al período de gestación e intentan ayudar a la pareja o familia a reflexionar sobre lo que les está pasando a ellos y al niño que se está gestando. La segunda parte es una “preparación” para la parentalidad que intenta que la pareja esté lo más lista posible para hacer frente a los requerimientos, necesidades y comportamientos de un niño pequeño.

El componente más importante que lo puramente cognoscitivo es la experiencia compartida del grupo, hablar de la propia situación, posiblemente de la ambivalencia de los futuros padres, sus recuerdos de cuando eran niños, así como sentir que un rango de emociones son aceptables, aún las emociones contradictorias (por ejemplo, estar feliz pero tener miedo, no haber planeado el embarazo, y sentir ansiedad respecto al futuro, etc.). El hecho de que se trate de un grupo ayuda a que los participantes se sientan acompañados cuando hay temas en común, y a que haya apoyo emocional mutuo entre quienes asisten a las sesiones. La evaluación preliminar es prometedora, aunque no hay datos concluyentes sobre su eficacia.

Otro modelo de intervención semejante al anterior, pero de modo individual, es el descrito por Solchany, Sligar y Barnard (2004). En esta estrategia la mujer participa en el programa pre y postembarazo. Se trata de ayudarla a pensar y reflexionar sobre el futuro bebé, hablar de lo que se desea para cuando el hijo o hija crezca, así como reflexionar sobre sus sentimientos y buscar apoyo social en quienes la rodean. También se explora lo que puede hacer para enfrentar situaciones difíciles durante el embarazo o cuando el niño ejerza cada vez más su autonomía. Esta intervención está diseñada para familias consideradas en alto riesgo (por pérdidas previas, pobreza, historia de maltrato durante la infancia y otras múltiples dificultades psicosociales); incluye actividades prácticas, como dibujar al futuro bebé, escribirle una carta con un mensaje y pensar en las tradiciones familiares alrededor del nacimiento de un bebé.

Los resultados en la evaluación de este programa parecen prometedores aunque aún no hay evidencia de su eficacia en cuanto a prevención de futuras dificultades. Las participantes reportan alivio al hablar de su situación presente y se sienten apoyadas en su capacidad para enfrentar problemas en este momento y en el futuro.

Heinicke y sus colaboradores han descrito una estrategia diferente (Heinicke, Webster y Thompson, 1998): sesiones de terapia de pareja durante el embarazo. Consiste en ayudar a los futuros padres a mejorar su comunicación, resolver los desacuerdos existentes entre ellos y ayudarlos a prepararse para su futuro papel de padres y esposos o pareja. Varios investigadores han demostrado que cuando se tiene un hijo, disminuye un tanto la satisfacción de los cónyuges con su matrimonio. Por otra parte, es bien sabido que la discordia matrimonial se asocia con ciertos riesgos para el niño, entre los que se incluye una mayor probabilidad de que más tarde se desarrolle un trastorno de conducta, fracaso en la escuela y conducta agresiva.

La intervención por medio de terapia matrimonial desde antes del nacimiento del bebé, ayudó a los padres a resolver conflictos, diferencias y minimizar las interacciones negativas. Los bebés mostraron un apego más seguro y mayor autonomía en el seguimiento que se hizo meses después. En otra intervención de terapia matrimonial durante el embarazo (Cowan y cols., 1991), cuyo objetivo fue lograr una mayor comunicación entre los esposos y mejores estrategias para manejar los conflictos en forma productiva, se realizaron sesiones de manera semanal; en el estudio de seguimiento hubo mejor satisfacción matrimonial 18 meses después de la intervención, aunque no se encontró persistencia de tal mejoría a los dos y tres años de seguimiento.

Markman y sus colaboradores (1993) diseñaron una intervención para ayudar a los padres a mejorar su relación conyugal cuyo objetivo era mejorar la manera en que la pareja manejaba sus desacuerdos. Las sesiones fueron semanales, y comenzaban

desde antes del nacimiento de su hijo. La evaluación en el seguimiento al año y medio, tres, cuatro y cinco años después de la intervención, mostraron que había una mejor satisfacción matrimonial en el grupo que tuvo terapia. Hubo una mucho menor tasa de divorcio en comparación con los que no habían tenido ninguna sesión.

Existen otros programas que se pueden iniciar durante el embarazo y que consisten en visitas domiciliarias. Estos programas se describen en la sección sobre intervenciones postparto.

Programas de doula y apoyo emocional durante el parto

La presencia de una doula puede ser una intervención de gran utilidad para la mujer que no cuenta con el apoyo emocional de personas de su confianza, de su madre, hermanas, etc., y cuya presencia era tradicional en tiempos pasados.

En la mayoría de los hospitales públicos de América Latina no se permite siquiera la presencia del marido o compañero en el momento del parto, aunque hay evidencia de que el apoyo psicosocial durante el parto contribuye a que haya menos complicaciones y que la mujer se sienta más tranquila y serena durante el proceso (Landry y cols., 1998; Stein, Kennell y Fulcher, 2004).

En muchos centros hospitalarios de los Estados Unidos de América y otros países se han creado programas de doula (Dundek, 2006). Este personaje, tradicional en algunas culturas africanas, es una mujer con experiencia cuya función central es asistir de manera individual a la futura madre durante el trabajo de parto. Su experiencia inspira confianza, la ayuda de modo material y cuida el cuerpo de la paciente, le escucha cuando ella desea hablar, le hace masaje en la espalda para aliviar su dolor, la ayuda con las respiraciones de relajación y, en general, es como una “base de seguridad” para la mujer en este momento de incertidumbre.

Lo ideal es que la doula se haya reunido con la futura madre una o dos veces antes del parto, aunque en algunos programas se asigna al ingresar la paciente al centro hospitalario.

Varios estudios empíricos han demostrado los efectos benéficos de la doula, entre los que se encuentra una menor frecuencia de cesáreas y otras complicaciones del parto, especialmente cuando se comparan nacimientos con y sin esta asistente. Puede también disminuir la necesidad de usar analgesia peridural (McGrath y cols., 1999).

Un estudio comparado de partos atendidos con y sin doula encontró que, en el primer caso, a los dos meses del parto, las madres se comportaban de modo más cariñoso con su bebé (Landry y cols., 1998).

Estrategias de apoyo postparto

Una estrategia que se ha propuesto cuando el parto resulta difícil o de índole traumática consiste en ayudar a la mujer a hablar de su experiencia (*debriefing*, en inglés) (Kernshaw y cols., 2005).

Cuando el parto ha sido distinto de lo esperado, es decir, demasiado largo, doloroso o con complicaciones, puede haber secuelas psicológicas graves, como el temor intenso a un futuro parto o embarazo. La mujer puede haber sufrido tanto que tenga constantes pesadillas, recuerdos dolorosos y sensación de temor al futuro. El propósito de hablar de lo que sucedió en el parto es ventilar sus experiencias y emociones, incluso su enojo o desilusión, con el fin de que se pueda prevenir la aparición del trastorno por estrés postraumático.

Muchas mujeres sienten culpa por las complicaciones ocurridas, o miedo a que pueda volver a ocurrir todo de nuevo. Estas narraciones (*debriefing*) requieren la capacidad del entrevistador para lograr que la persona le tenga confianza, exprese una gama de sentimientos y posibilite la contención de emociones negativas o dolorosas; sin embargo, en un programa piloto reciente en que se investigó su efecto de manera clínica no se encontró que hubiera beneficios con significancia estadística (Kershaw y cols., 2005).

No obstante lo anterior, otros programas han demostrado una menor morbilidad a los tres meses postparto en términos de depresión y ansiedad (Lavender y Walkingshaw, 1998).

En cualquier caso, sería deseable que los hospitales ofrecieran a las pacientes o parejas la oportunidad de hablar de sus experiencias durante el parto, sobre todo cuando algo se complica. Es posible que entre más capacitado esté el personal para hacer frente a todas las emociones suscitadas, más benéfica será la experiencia de narrar lo ocurrido.

Observación de la conducta del recién nacido

Desde las pocas horas después del nacimiento y durante los primeros días, los nuevos padres están fascinados con su bebé, por ello puede serles muy útil darse cuenta de las grandes capacidades perceptivas del neonato, sus preferencias por ciertos estímulos y la habilidad de orientarse hacia ellos.

Más que ver al neonato como un ser casi inerte y sin una “personalidad” característica, el darse cuenta de que su bebé es una persona única que responde al medio ambiente y se relaciona con otras personas, los ayuda a tener mayor sensibilidad hacia su recién nacido.

Por lo general el clínico puede mostrar estas capacidades del neonato mostrándoles la evaluación conductual descrita por Brazelton y cuyos detalles se encuentran en el capítulo 7. Esta intervención es de muy corta duración y tiende a informar y promover la sensibilidad de los progenitores hacia el bebé. La evaluación de esta simple intervención ha mostrado en varios estudios a largo plazo una asociación con el mayor involucramiento de los padres con el niño o niña; por ejemplo, se ha observado que cuando se evalúa el efecto de esta sola intervención a largo plazo hay una menor incidencia de problemas en la relación entre padres e hijo (Nurcombe y cols., 1984; Rauh y cols., 1980).

Prevención en la etapa postnatal tardía

A medida que las familias en los países occidentalizados se tornan más nucleares (es decir, únicamente el esposo, la esposa y los hijos), muchas nuevas madres no tienen a quién recurrir para recibir ayuda o apoyo material, psicológico y emocional.

En muchos países se han diseñado intervenciones postparto por el personal de salud o de otras mujeres con experiencia, lo que puede consistir en visitas postparto por enfermeras, durante cierto tiempo (meses) y con determinada frecuencia. También hay modelos en que una mujer con una preparación psicosocial específica cubre la función de las visitas domiciliarias (Shaw y cols., 2006). De hecho, la Organización Mundial de la Salud recomienda este tipo de visitas como parte de la atención óptima (World Health Organization, 1999).

En algunos países industrializados, sobre todo europeos, las enfermeras obstétricas o pediátricas visitan a las nuevas madres por lo general a las dos, cuatro y ocho semanas postparto, y luego incluso varios meses después. Estas visitas suelen enfocarse en la salud del bebé y en los cuidados que necesita, así como en los temas relacionados con su desarrollo y crecimiento. Es relativamente menor el énfasis puesto en la nueva madre, su estado de ánimo y su bienestar físico.

Aunque parezca evidente que las visitas domiciliarias deberían ser útiles o claramente benéficas, la evidencia existente parece demostrar que no lo es del todo. Es necesario dilucidar cuáles son las estrategias implementadas en las visitas domiciliarias que más ayudan a la nueva madre y a su bebé, con qué mujeres, con qué frecuencia y cuál debe ser el contenido de las mismas. Todo esto se ha investigado sólo de manera parcial y no se sabe con certeza cuáles son los mejores métodos de visita ni quién se beneficia más de ellos.

En general la evidencia sugiere que llevar al niño al pediatra o ser visitada por una enfermera tienen un efecto benéfico en términos de obtener información sobre la salud y los cuidados del bebé y sentirse apoyada por alguien, con quien establece una relación confiable y de larga duración (Olds y cols., 2002).

Cuando una familia tiene un alto nivel de problemas psicosociales y está en riesgo de maltratar o ser negligente con el hijo, las visitas domiciliarias a largo plazo parecen ser útiles para prevenir estas circunstancias (Shaw y cols., 2006). Cuando no hay tantos factores de riesgo, las visitas por un período más corto y con un alto contenido de información y apoyo psicosocial para la mujer parecen ser más benéficas (Van Ijzendoorn 1991; Van Ijzendoorn, Juffer y Duyvesteyn, 1995).

Un ingrediente esencial para el éxito de las intervenciones de visita domiciliaria es establecer una relación interpersonal significativa y real entre la visitadora domiciliaria y la nueva madre (Fonagy, 1998; Barnard y cols., 1985).

En los Estados Unidos de América y otros países hay múltiples programas pero sin un alcance universal, como el programa “*Parents as Teachers*” (los padres son los maestros) o “*Prevent Child Abuse*” (prevención del maltrato a niño), entre muchos otros.

El programa *Parents as Teachers* está diseñado como una intervención educativa que tiende a enseñar a los padre sobre las etapas de desarrollo del bebé y sus necesidades emocionales, porpocionándoles ideas de cómo jugar con el bebé, promover su desarrollo, etc.

Programas como “*Prevent Child Abuse*” se especializan en familias con altos indicadores de riesgo y con mayor probabilidad de tener dificultades en la relación padres-hijos.

Un modelo que suscita mucho interés es el descrito por Slade y sus colaboradores (2005) que se denomina “*Minding the baby*” (tener en mente al bebé). El nombre en inglés sugiere un doble significado: atender al bebé y a la vez tenerlo presente en la mente de quienes lo cuidan. Se trata de un programa basado en los principios de “*mentalización*” y funcionamiento reflexivo descritos por Fonagy y sus colaboradores (1991). Estas funciones se refieren a la capacidad de la madre y el padre para reflexionar sobre sus propios estados mentales (emociones, deseos, frustraciones) y poder percibir los estados mentales del bebé; es decir, teorizar sobre lo que él siente cuando llora, qué es lo que quiere, qué necesita.

El programa se llama “*tener en mente al bebé*” porque su objetivo es ayudar a madres muy jóvenes con antecedente de traumatismo psicológico grave, pérdidas y múltiples desilusiones, a “*hacer lugar*” en su mente para los contenidos mentales de su bebé. Se lleva a cabo a través de visitas domiciliarias (alternando entre una enfermera de salud pública y un trabajador o trabajadora social). Las visitas ocurren cada semana durante el primer año y cada dos semanas en el segundo año de vida del bebé. El propósito es establecer una relación de empatía y contención con los nuevos padres y ayudarlos en lo que necesiten.

Como lo han señalado otros autores, al trabajar con una población en alto riesgo y con muchos factores adversos (pobreza, hacinamiento, problemas interpersonales, etc.), es necesaria la mayor flexibilidad terapéutica posible. Los visitantes domiciliarios ayudan a los nuevos padres con sus necesidades más básicas cuando es necesario (conseguir fondos para comprar comida, ayudarlos a buscar trabajo, proporcionarles transporte para ir a una cita con el médico, etc.). Estas “ayudas concretas” son percibidas por los padres con historia de traumatismo emocional grave, como “verdadera ayuda”. Es evidente que no serían tan receptivos si sólo se tratase de “hablar” cuando están enfrentando problemas graves, como ser lanzados del apartamento, no tener para comer, etcétera.

Sólo cuando se ha logrado “contenerlos” y establecer una relación de confianza se pueden introducir gradualmente temas como las necesidades emocionales del bebé y las de los nuevos padres. A largo plazo, estas experiencias repetitivas de ser ayudados, oídos y respetados permite la apertura gradual de los sentimientos, al tiempo que ayuda a los padres a ser más sensibles a las emociones y contenidos mentales de su bebé, permitiendo una apertura en esta área. Este modelo no ha sido evaluado en términos de su eficacia a corto y largo plazo para madres con estas dificultades; sin embargo, es claro que para diferentes poblaciones con distinto nivel de riesgo psicosocial se tienen que crear diferentes estrategias de intervención que se refieran a esas necesidades: no requieren los mismos servicios una madre en la edad adulta, con apoyo psicosocial, marido, familia, condición económica estable y sin demasiados factores de estrés, que otra madre adolescente, en condiciones de pobreza, aislada, con dificultades para encontrar vivienda, y en medio de relaciones conflictivas o violentas.

El hecho de que el mismo programa se aplique a poblaciones tan diversas hace difícil evaluar la eficacia de la intervención a corto y largo plazo.

Otro método de visitas domiciliarias, pero de menor duración, es el denominado Proyecto de Estudio del Bebé de Vermont (*Vermont Infant Studies Project*). En este programa la intervención tuvo una duración de tres a cuatro meses, comenzó en el hospital y progresó con visitas domiciliarias después del egreso del hospital obstétrico.

La mayoría de las intervenciones fueron para proveer información sobre el bebé, pero también se intentó involucrar al padre y proveer soporte emocional a la familia.

Las actitudes maternas a los seis meses eran más positivas; las madres describían a sus hijos como más “fáciles” en términos de su temperamento, es decir, más tranquilos, con menos irritabilidad y más contentos. Tres años después, había una mejoría en el funcionamiento cognoscitivo de los niños cuyos padres habían tenido la intervención. Se demostró que esta diferencia persistía hasta los siete años de edad (Nurcombe y cols., 1984).

Intervención preventiva en situaciones especiales

Es bien sabido que el nacimiento prematuro del bebé y otras complicaciones son altamente estresantes para la familia y para el niño mismo. Cuando además existen otros factores de riesgo adicional (estrés, pobreza, conflicto matrimonial etc.), el bebé prematuro está en mayor riesgo de ser percibido como excesivamente difícil, demandante, irritable e incluso de ser maltratado.

El prematuro tiene menos capacidad de proveer satisfacciones a sus padres y, sin pretenderlo, pone a prueba su paciencia y resistencia a la incertidumbre, pues tiene necesidad de cuidados especiales.

Se ha observado que el bebé prematuro con mayor frecuencia es difícil, llora de manera más frecuente o durante períodos más largos, suele tener dificultad para mantenerse dormido y la aparición de la sonrisa social tarda más tiempo (esta sonrisa es un poderoso reforzador positivo para los padres).

El riesgo de interacciones negativas aumenta si también ha habido complicaciones asociadas, como hipoxia neonatal, y si el bebé pudiera tener alguna secuela física, tal como parálisis cerebral.

Aún sin todas estas complicaciones, los estudios de seguimiento a bebés prematuros han mostrado que, a largo plazo, tienen mayor frecuencia de dificultades de aprendizaje, menor capacidad para concentrarse y mantener la atención, así como más problemas educacionales y de conducta en la edad escolar. Cuando el bebé se encuentra, poco después de nacido, en la sala de cuidados intensivos se pueden realizar valiosas intervenciones de salud mental que podrían tener un efecto preventivo de los trastornos en la interacción de los padres con el neonato.

Algunos neonatos pasan semanas e incluso meses internados en la sala de cuidados intensivos, lo que puede tener algunas consecuencias en el comportamiento del bebé, además de la dificultad para los padres, que viven en constante incertidumbre y temen que aparezcan complicaciones o que el bebé muera. El bebé mismo puede sufrir consecuencias como retraimiento masivo ante los estímulos, empezando por los dolorosos. También puede haber conducta que sugiere fenómenos postraumáticos en el niño.

Existen dos vías principales de intervención: una es con el bebé mismo y la otra con sus padres. Se trata de ayudar al niño a tener experiencias positivas compensadoras (succión no nutritiva, estimulación vestibular, estimulación táctil placentera, contacto visual o auditivo con los padres, etc.), así como a minimizar las experiencias negativas o dolorosas, tales como despertarlo arbitrariamente para hacerle procedimientos, inyecciones, etc. (Maldonado-Durán y cols., 1993). Entre otras maniobras se puede incluir el uso del masaje al neonato.

Los estudios de evaluación existentes sugieren un efecto positivo de todo ello a corto plazo. Entre otros beneficios, el neonato aumentará de peso más rápido y habrá disminución de los episodios de apneas y bradicardia, además de una mejor organización conductual del bebé (Field, 1986). No se han realizado estudios a largo plazo.

En cuanto al trabajo con los padres del bebé prematuro, se trata de ofrecerles apoyo emocional, brindarles información acerca del estado de su bebé, sus vulnerabilidades y preferencias, e invitarlos a participar de sus cuidados como miembros del equipo de la unidad de cuidados intensivos cuya participación es valiosa, así como promover el apego temprano de los padres hacia su bebé.

Cuando un bebé pasa largo tiempo en la unidad de cuidados intensivos, uno de los mayores riesgos es que los padres no sientan que el bebé es “suyo” y se vayan distanciando emocionalmente de él.

Minde y sus colaboradores (Minde, Shoshenbeg y Thompson, 1983) diseñaron una intervención en forma de un grupo de autoayuda mientras el recién nacido estaba en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Se trata de participar en aproximadamente siete a diez sesiones de grupo, tratando de ayudarles a enfrentar los problemas que se presentan, hablar de sus sentimientos y compartir experiencias con otros participantes.

Al evaluar los resultados se encontró que los progenitores que habían participado tenían más confianza para cuidar a su hijo, se sentían más involucrados y tenían más interacciones cara a cara con el niño, participando más en el cuidado del bebé. Al evaluarse el resultado un año después, el bebé se mostraba más autónomo y los padres empleaban menos métodos negativos de disciplina con el niño o niña y les permitían más autonomía para alimentarse. Los niños tendían a vocalizar y a jugar más, y eran más sociables que los del grupo de control.

Intervención postnatal de larga duración

Un proyecto muy ambicioso, llamado Proyecto de Salud y Desarrollo del Lactante (*Infant Health and Development Project*, en inglés), es además un estudio multicéntrico llevado a cabo en 10 ciudades de los Estados Unidos de América. El programa incluyó facilitar que las familias tuvieran visitas al pediatra, participar en un programa educativo sobre el desarrollo del niño y servicios de apoyo a la familia. Participaron 985 familias con sus hijos.

El proyecto fue de larga duración e incluyeron los primeros tres años de vida del niño en una tercera parte de las familias. Se incluyeron visitas realizadas por un visitador familiar durante el primer año completo.

Este visitador tenía un guión o material de enseñanza para los padres. Les hablaba o mostraba determinados juegos apropiados para cada edad del bebé; había también grupos de padres y una escuela-guardería donde podían llegar los niños durante el segundo y tercer años de vida.

La evaluación sólo ha informado hasta el tercer cumpleaños de los niños, quienes han mostrado mejores calificaciones en las pruebas de inteligencia y menos dificultades de conducta, según el reporte de las madres. Fue más probable que las madres que tuvieron la intervención de larga duración ya hubieran conseguido un trabajo y por lo tanto fueran más autosuficientes. Se encontró también que había interacciones positivas de mayor frecuencia con el bebé (Brooks-Gunn, McCormick y Shapiro, 1990; Spiker y Ferguson, 1990).

Depresión materna

Se sabe con bastante certeza que la depresión en la madre es un factor de riesgo para el bebé. Se ha encontrado que la madre tiende a aislarse, a interactuar menos con su hijo y a estar menos alegre y ensimismada en términos generales. Se ha demostrado también que el bebé tiene más conductas “depresivas”, interactúa menos con la gente y es más irritable, particularmente cuando está con su madre (Downey y Coyne, 1990).

En un programa de intervención temprana con madres deprimidas, conducido por Lyons-Ruth y sus colaboradores (Lyons-Ruth, Connel y Grunebaum, 1990), intervinieron a 32 bebés de alrededor de 18 meses de edad cuyas madres estaban deprimidas. El proyecto consistió en proporcionar servicios de visita domiciliaria durante un plazo de poco más de un año. En los bebés que participaron en la intervención había más frecuencia de apego seguro a sus madres y tenían mejor capacidad cognoscitiva que aquellos en los que no se intervino. Es interesante señalar que los síntomas de depresión en las madres aparentemente no habían mejorado en todo este lapso.

Es posible que haya efectos de las visitas domiciliares que no incidan directamente en la sintomatología de depresión, pero que ayuden a la relación madre-bebé. Como se describe en el capítulo 8, la depresión materna tiene un impacto negativo en el desarrollo del niño, incluyendo agresividad y dificultades de atención en etapas posteriores de la vida.

Un estudio de intervención con madres deprimidas llevado a cabo por Cicchetti y sus colaboradores (2000) encontró que la intervención de psicoterapia padres-lactante en el formato propuesto por Lieberman (1992) podía prevenir el efecto negativo de la depresión en el niño, sobre todo los efectos cognoscitivos indeseables. Este estudio tuvo un grupo de control.

Otras estrategias

Se sabe que los padres que sufrieron en su infancia por el estilo de crianza de sus padres tienden a tener mayores dificultades al cuidar a sus propios hijos (Fonagy y cols., 1991). También puede serles difícil entender los estados mentales de sus hijos debido precisamente a esos sufrimientos y la necesidad de suprimir su propia vida emocional desde la infancia.

Con el fin de promover una mejor relación entre los padres y su hijo, se llevó a cabo un protocolo de intervención relativamente intenso por medio de visitas domiciliarias dos veces por semana por parte de un especialista en desarrollo del bebé (desde el nacimiento hasta los trece meses de vida del niño), lo que produjo un cambio en la percepción de las representaciones que los padres se hacen de su hijo, que sin intervención pueden ser muy negativa o maligna.

En el seguimiento, los niños también tenían mejor apego con sus padres en la edad preescolar (Beckwith y Sigman, 1995).

Lieberman realizó una intervención en los Estados Unidos de América pero con ciudadanos mexicanos u originarios de países centroamericanos y sus bebés (Lieberman, Weston y Pawl, 1992). Se utilizó la estrategia de realizar visitas domiciliarias y reflexionar con los padres sobre sus propios estados mentales y sentimientos, así como proveerles de apoyo emocional y tratar de sensibilizarlos con respecto a las necesidades emocionales del bebé. Al grupo de intervención se le pidió participar en un programa de psicoterapia padres-bebé durante un año, con un grupo de control. Cuando se realizó la evaluación al final del proyecto los niños que tuvieron la intervención tenían menos conductas de evitación, resistencia y cólera hacia sus madres. Esto indicó que las madres eran probablemente más sensibles a sus hijos y que los trataban de modo más empático.

Tremblay (2010) sugiere un modelo complejo para el origen de los trastornos de conducta, que incluye mecanismos hereditarios y de crianza. La trayectoria del desarrollo del niño que tendrá trastorno de conducta desafiante y agresiva tiene componentes de herencia, de tendencias de los padres u otros parientes, así como dificultades en la crianza, mecanismos de autocontrol, desarrollo de la empatía y socialización del niño pequeño. Subraya la importancia de la intervención temprana en la etapa perinatal y desde el embarazo para identificar situaciones de riesgo y modificar la expresión de esas tendencias genéticas a través de mecanismos epigenéticos (Tremblay, 2010).

Entre los factores más importantes a identificar durante el embarazo con el fin de intervenir tempranamente, está el ser madre adolescente, antecedentes de conducta antisocial en la embarazada, bajo nivel educativo y depresión materna.

Intervención temprana con componente educativo para el niño o niña

El llamado “Proyecto Abecedario de Carolina” proporcionó intervención a familias pobres, que incluía guardería y, más tarde, servicio de educación preescolar sin costo para los padres. Esta estrategia trata de suplementar la relativa privación de oportunidades educativas en hogares en condiciones de gran pobreza, así como la posibilidad de que los padres no estén todo el tiempo con el niño pequeño y que cuando lo hagan le proporcionen mayor atención.

Cuando se evaluó el resultado de este programa, a los 12 años de edad de los niños, comparándolos con el grupo de control, hubo una mayor calificación de cociente intelectual, menos posibilidad de reprobación en un grado académico y mejor aprovechamiento escolar en general. La intervención durante la lactancia y la edad preescolar fue más eficaz que la intervención en la edad escolar (Campbell y Ramey, 1994).

Por otra parte, el estudio “Bienestar del niño de Yale”, o *Yale Child Welfare Project* (Proyecto de Bienestar Infantil) (Provence, 1993), consistió en un programa de intervención intensa durante la infancia temprana a lo largo de 30 meses postparto, e incluyó la participación de un visitador en el hogar, además de asegurar que hubiera acceso a cuidado pediátrico, guardería y exámenes periódicos del desarrollo.

Se evaluó el resultado cuando los niños tenían 12 años, es decir, 10 años después de la participación. No hubo diferencias en el cociente intelectual, pero el grupo participante tenía mejor aprovechamiento escolar y mejor comportamiento en la escuela, además de que estos niños necesitaron con menos frecuencia de alguna ayuda especializada para el aprendizaje.

Los padres de estos niños tuvieron en promedio menor número de hijos y los que tuvieron fueron más espaciados en el tiempo. Los padres prosiguieron con mayor frecuencia en otros programas de educación para ellos mismos.

Un seguimiento 19 años después encontró que los beneficios habían ocurrido también en los hijos subsiguientes, es decir en los hermanos del niño en quien se había intervenido originalmente. Los hermanos también iban con más regularidad a la escuela, necesitaban menos ayuda especial y tuvieron un mejor aprovechamiento escolar, lo que sugiere que la intervención con el primer hijo tuvo efectos benéficos en la familia como un todo y que los padres generalizaron sus pasos positivos con los otros hijos.

Finalmente, el Proyecto de Investigación del Desarrollo Familiar de la Universidad de Siracusa (*Syracuse Universtiy Family Development Research Program*) (Lally, Mangione y Honig, 1988) proporcionó visitas domiciliarias a familias pobres

realizadas por paraprofesionales; casi todas las madres eran solteras y tenían poca educación. También se les proporcionó una buena guardería para sus hijos.

Al seguir a los niños hasta la adolescencia, 10 años después de terminada la intervención, no había diferencias en el éxito académico, pero sí en la tasa de conducta delincuente, presente en 22% del grupo control, y sólo en 6% del grupo de intervención. Todos estos resultados apuntan hacia el efecto benéfico de intervenir en “períodos críticos” del desarrollo de la familia y subrayan la importancia de tomar en cuenta los posibles efectos benéficos de intervenciones relativamente simples, efectos que pueden observarse hasta varios años después.

Referencias

1. Barnard, K., Hammond, M., Mitchell, S.K., Booth, C.L., Spietz, A., Snyder, C., Elas, T., 1985. Caring for high risk infants and their families. En: M. Green, ed. 1985. *The psychological aspects of the family*. Lexington: D.C. Heath.
2. Beckwith, L., Sigman, M.D., 1995. Preventive interventions in infancy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4(3), pp.683-700.
3. Brooks-Gunn, J., McCormick, H., Shapiro, S., 1990. Are the mothers' lives affected? *Infant Behavior and Development* (special ICIS issue), 13, p.100.
4. Campbell, F.A., Ramey, C.T., 1994. Effects of early intervention on intellectual and academic achievement. A follow up study of children from low-income families. *Child Development*, 65, pp.684-698.
5. Cicchetti, D., Rogosh, F.A., Toth, S.L., 2000. The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), pp.135-148.
6. Cowan, C.P., Cowan, P.A., Heming, G., 1991. Becoming a family. Marriage, parenting and child development. En: P.A. Cowan, E.M. Hetherington, eds. 1991. *Family transitions. Advances in family research series*. Hillsdale, NJ: Routledge, pp.79-109.
7. Cowen, E.L., 1998. Changing concepts of prevention in mental health. *Journal of Mental Health*, 7(5), pp.451-461.
8. Downey, G., Coyne, J.C., 1990. Children of depressed parents. An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, pp.50-76.
9. Dundek, L.H., 2006. Establishment of a Somali Doula program at a large metropolitan hospital. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 20(2), pp.128-137.
10. Field, T.M., 1986. Intervention for premature infants. *Journal of Pediatrics*, 109, pp.183-191.
11. Fonagy, P., 1998. Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 15(2), pp.124-150.

12. Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., et al., 1991. The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, pp.201-218.
13. Heinicke, C.M., Beckwith, L., Thompson, A., 1988. Early intervention in the family system. A framework for review. *Infant Mental Health Journal*, 9, pp.111-141.
14. Kernshaw, K., Jolly, J., Bhabra, K., Ford, J., 2005. Randomised controlled trial of community debriefing following operative delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112, pp.1504-1509.
15. Lally, R.J., Mangione, P.L., Honig, A.S., 1988. The Syracuse University Family Development Research Program. Long-range impact on an early intervention with low-income children and their families. En: D. Powell, ed. 1988. *Parent education as early childhood intervention: Emerging directions in theory, research and practice*. Norwood, N.J.: Ablex, pp.79-104.
16. Landry, S.H., McGrath, S., Kennell, J.H., Martin, S., Steelman, L., 1998. The effect of doula support during labor on mother-infant interaction at 2 months. *Pediatric Research*, 43, p.13A.
17. Lavender, T., Walkinshaw, S.A., 1998. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomised trial. *Birth*, 25, pp.215-221.
18. Lieberman, A.F., 1992. Infant parent psychotherapy with toddlers. *Development and Psychopathology*, 4, pp.559-574.
19. Lieberman, A.F., Weston, D.R., Pawl, J.H., 1993. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*, 64, pp.199-209.
20. Lyons-Ruth, K., Connell, D.B., Grunebaum, H.U., 1990. Infants at risk. Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, 61, pp.85-98.
21. MacMillan, H.L., MacMillan, J.H., 1994. Primary prevention of child physical abuse and neglect: A critical review. Part 1. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(5), pp.835-874.
22. Maldonado-Durán, J.M., González-Cabello, H., Cárdenas-Zetina, J., Saucedo-García, J.M., Jasso-Gutiérrez, J.L., 1993. Psiquiatría de enlace en la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 50(10), pp.754-759.
23. Maldonado-Durán, J.M., Karacostas, V., Epps, A., 2002. *The Prepare program*. Conferencia presentada en la Clínica Menninger.
24. Markman, H.-J., Renick, M.J., Floyd, F.J., Stanley, S. M., y Clements, M., 1993. Preventing marital distress through effective communication and conflict management. A 4 and 5 year follow up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 70-77.

25. McGrath, S.K., Kennell, J.H., Suresh, M., Moise, K., Hinkley, C., 1999. Doula support vs epidural analgesia: Impact on cesarean rates. *Pediatric Research*, 45, p.16A.
26. Minde, K., Shosenberg, N., Thompson, J., 1983. Self-help groups in a premature nursery-infant behavior and parental competence one year later. En: E. Galenson, J. Call, eds. 1983. *Frontiers of infant psychiatry*. Nueva York: Basic Books, pp.265-271.
27. Nurcombe, B., Howell, D.C., Rauh, V.A., Teti, D.M., Ruoff, P., Brennan, J., 1984. An intervention program for mothers of low-birthweight infants. Preliminary results. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, pp.319-325.
28. Olds, D., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D., Pettitt, L., Henderson, C., Ng, R., Sheff, K., Korfmacher, J., Hiatt, S., Talmi, A., 2002. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomised controlled trial. *Pediatrics*, 110, pp.486-496.
29. Provence, S., Naylor, A., 1983. *Working with disadvantaged parents and children. Scientific Issues and Practice*. New Haven: Yale University Press.
30. Rauh, V.A., Achenbach, T.M., Nurcombe, B., Howell, C.T., Teri, D.M., 1980. Minimizing adverse effects of low birth weight: Four year results of an early intervention program. *Child Development*, 59, pp.544-553.
31. Rutter, M., 2008. Discussion meeting issue 'the neurobiology of violence: implications for prevention and treatment'. *Transactions of the Royal Society of London Biological Sciences*, 363(1503), pp.2485-2489.
32. Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., Kaczorowski, J., McMaster University Postpartum Research Group, 2006. Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*, 33(3), pp.210-220.
33. Slade, A., Sadler, L., De Dios-Kenn, C., Webb, D., Currier-Ezepchick, J., Mayes, L., 2005. Minding the baby. A reflective parenting program. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 60, pp.74-100.
34. Solchany, J., Sligar, K., Barnard, K., 2004. Promoting maternal role attainment and attachment during pregnancy. En: J.M. Maldonado-Durán, ed. 2004. *Infant and toddler mental health. Models of clinical intervention*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, pp.77-103.
35. Stein, M.T., Kennell, J.H., Fulcher, A., 2005. Benefits of a doula present at the birth of a child. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25, pp.s89-s90.
36. Spiker, D., Ferguson, J., 1990. The effects of early intervention in the IHDP on maternal interactive behavior. *Infant Behavior and Development* (special ICIS issue), 13, p.98.

37. Tremblay, R.E., 2010. Developmental origins of disruptive behaviour problems: The “original sin” hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), pp.341-367.
38. Van Ijzendoorn, M.H., 1991. Intergenerational transmission of parenting. A review of studies in non clinical populations. *Developmental Review*, 12, pp.76-99.
39. Van Ijzendoorn, M., Juffer, F., Duyvesteyn, M.G., 1995. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment. A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, pp.225-248.
40. World Health Organization, Technical Working Group, 1999. Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide. *Birth*, 26, pp.255–258.