ARTÍCULOS POR INVITACIÓN

Abordaje de los aspectos emocionales en obstetricia y perinatología

Approach to emotional aspects in obstetrics and perinatology

Dr. Manuel Sánchez Seiz [1]
Est. Claudia Mª Sánchez Ruiz [2]
Psic. Denise Defey [3]

Cómo citar este artículo:
Sánchez M., Sánchez C., Defey D.: Abordaje de los aspectos emocionales en obstetricia y perinatología. Rev. Latin. Perinat. (2022) 25:312

Fecha de recepción: 22 de julio 2022
Fecha de aceptación: 12 de agosto 2022

RESUMEN

La Obstetricia y la Perinatología están del lado de la vida, por lo que sus practicantes se mueven muy ajustados, cuando la muerte se presenta, ya sea en la pérdida real de una madre o de un recién nacido, en la aniquilación de los sueños, proyectos e ilusiones por la llegada de un niño con defecto congénito o en el nacimiento inesperado de un prematuro extremo, transformado en un calvario por el riesgo que conlleva tanto para la madre como para el feto. Enfrentar una adversidad obstétrica y más aún perinatal, es un reto que en la mayoría de los casos, tiene como principal participante a la madre que es quien desarrolla mayor involucramiento en el proceso. Las pacientes crean representaciones mentales de su enfermedad sobre la base de fuentes concretas y abstractas de la información que disponen, intentando dar sentido y solucionar sus problemas. La respuesta a una amenaza para la salud es el resultado de un sistema de control subyacente, que se divide en 3 procesos: 1) Construcción de la imagen o representación de la amenaza para la salud, en base al conjunto general de información asimilada, el conocimiento derivado de amigos, familiars, fuentes autorizadas y la experiencia somática y emocional de la enfermedad. 2) Desarrollo de un plan de acción de lo que se percibe y cree apropiado. 3) Evaluación de la efectividad de las estrategias de afrontamiento.

PALABRAS CLAVES: Muerte fetal. Sufrimiento materno y familiar. Psicología perinatal.

ABSTRACT

Obstetrics and Perinatology are on the side of life, where their practitioners move very closely, when death occurs, whether in the real loss of a mother or a newborn, in the collapse of dreams and projects due to the arrival of a child with a congenital defect or the unexpected birth of an extremely premature child, transformed in a deal due to the risk it entails for both the mother and the fetus. Facing obstetric and perinatal adversity is a challenge to the mother as the main participant, which is who develops the greatest involvement in the process. Patients create mental representations of their illness on the basis of their concrete and abstract sources of the information, trying to make sense of and solve their problems. The response to a threat to health is the result of an underlying control system, which is divided into 3 processes: 1) Construction of the image or representation of the threat to health, based on the general set of assimilated information, the knowledge derived from friends, relatives, authoritative sources and the somatic and emotional experience of the disease. 2) Development of an action plan for what is perceived and believed to be appropriate. 3) Evaluation of the effectiveness of performed strategies.

KEYWORDS: Fetal death. Maternal and family suffering. Perinatal psychology.

INTRODUCCIÓN

En la era de las tecnologías y de las demandas judicales a los médicos e instituciones de salud, el viejo aforismo “la clínica es soberana”, se vuelve capital, no solo porque la Obstetricia Perinatal y la Pediatría Neonatal, quizás sean las áreas médicas más humanísticas, sino porque tanto la experiencia como la evidencia científica, revelan que la protección real

1 Especialista en Obstetricia y Ginecología. Perinatólogo. Co-Director Ecografía. Inst. Madrid+Salud. Instituto de Salud Pública.
2 Estudiante de Medicina. (UDELAR, Uruguay). Estudiante de Psicología (Univ Nac.Educ. a Distancia, España)
3 Psicóloga, Diplomada en Psicología Perinatal. Docente de la Facultad de Medicina (UDELAR, Uruguay). Directora de Especialización en Psicología Perinatal (Instituto Agora, España, online)

frente a los desencuentros legales con los pacientes, son el vínculo humano y la alianza terapéutica con ellos.

La Obstetricia y la Perinatología están indudablemente del lado de la vida, por lo que sus practicantes se mueven muy ajustados cuando la muerte se presenta, ya sea en la pérdida real de una madre o de un recién nacido, en la aniquilación de los sueños, proyectos e ilusiones por la llegada de un niño con defecto congénito o en el nacimiento inesperado de un prematuro extremo o en el embarazo complicado y de alto riesgo, transformado en un calvario por el riesgo que conlleva tanto para la madre como para el feto. Es en estas situaciones donde se templa el vínculo asistencial, es donde se aprende a traer vida contra todo viento o marea; recuperando esperanzas, buscando caminos de salida, acompañando en el dolor e invitando nueva y simplemente a vivir….

En este reporte se abordan las situaciones en que se presentan más dificultades para los médicos, matronas y enfermeras, en el manejo de los ineludibles componentes emocionales que conllevan. Estas orientaciones buscan no solo dar herramientas que mejoren la asistencia, sino también proteger al profesional, al darle pautas que le ayuden a navegar en aguas difíciles y turbias. Esto no solo implica un beneficio y una seguridad para la paciente y su familia, sino también para aquel de quien se espera que sepa "manejar" la situación.

ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

Simplemente pronunciar la nominación de Alto Riesgo Obstétrico, aumenta el riesgo de estas pacientes, razón por la cual, en algunos servicios medicos se "suaviza" el epíteto, dándo la acepción más neutral de "Obstetricia Especializada". Esto reside, en que la única manera en que es posible "sobrevivir" psíquicamente a un embarazo de riesgo es en una alternancia entre la plena conciencia de los peligros reales (que conduzca a los cuidados necesarios) y, una cierta negación o "inconciencia" respecto a los mismos (que permita no perder la esperanza). Este delicado equilibrio, constituye la clave del abordaje de estas pacientes, también porque la excesiva angustia producida por "asustar" con un panorama sombrio o culpabilizable, no conduce a conductas adaptativas, sino a la huida de la situación, que se ve reflejada en la falta de adherencia al tratamiento y en la mentira al profesional.

También ésto se aplica, a las medidas sobreprotectoras, especialmente a la muy habitual y socorrida indicación de reposo, que debería ser reservada para situaciones extremas, que atienda no solo la realidad obstétrica, sino también otras dimensiones igualmente cruciales como son: la realidad laboral, el cuidado de otros hijos, la presencia o no de ayudas, etc. El éxito de la indicacion de reposo depende de que se lleve a cabo como una responsabilidad colectiva de la famila, aumentando las posibilidades de que se cumpla y disminuyendo el sentimiento de culpa de la madre, en caso de resultados adversos.

El reposo se describe como un soporte psicofísico y sexual. Sin embargo, pocas veces se discute con la paciente el aspecto sexual, lo que puede crear dañinas e inocuas prácticas como la masturbacion. Estas dudas, menos aún se las discute con su pareja, siendo "el temor a perderlo" una frecuente motivación para violar la indicación por parte de la mujer. Aquí, más que nunca, la indicación tiene que trascender a la mujer. Las condiciones laborales deberían ser exploradas en profundidad. Aún en paises con leyes avanzadas en Seguridad Social, muchas mujeres tienen que recurrir al sindicato para hacer cumplir la "Ley de la Silla", que impide mantener a las empleadas gestantes de pie. Las intervenciones médicas, con la correspondiente autoridad moral que implican, deberían también extenderse al ambiente laboral de la paciente.

En España, en el año 1900, se aprobó la Ley de Accidentes de Trabajo; más tarde, la Ley de Descanso Dominical, conocida vulgarmente como la Ley de la Silla, que se promulgó en febrero de 1912, que aún no ha sido derogada y obligaba al empresario a facilitar en todos los establecimientos no fabriles un asiento individual a las trabajadoras. Se justificó la norma por la necesidad de la seguridad en el trabajo de la mujer y por su influencia en la descendencia ligada al embarazo, parto y lactancia, atendiendo a que los médicos de la época habían llamado la atención sobre la cantidad de "abortos y partos distróficos" advertidos en las trabajadoras que habían de pasar muchas horas sin poder sentarse. Muchos clamaron contra esta ley considerándola paternalista y discriminatoria. En el año 1918 se dictó un real decreto extendiendo el beneficio a los varones, que gozaron de la misma protección desde esa fecha, sin que cursar ningún embarazo.

Por otra parte, se hace necesario reflexionar sobre

los mensajes contradictorios respecto al cuidado del embarazo que ofrecen las instituciones médicas. Se indica reposo psíquico, pero frecuentemente se discuten riesgos e indicaciones a los pies de la cama de la paciente internadas (especialmente en los hospitales universitarios). Por otra parte, muchas veces se indica reposo, pero se le pide a la paciente que concurra al centro asistencial para los controles, lo cual puede significar largas caminatas, viajes de pie, frío intenso, etc.

El uso de determinados términos medicos pueden ser una enorme fuente de angustia, dado que se usan expresiones que también pertenecen al léxico común, pero con un significado muy diferente. De esta forma, "sufrimiento fetal" o "depresión neonatal" remiten en los oídos de los padres, ineludiblemente, a estados emocionales que evocan un hijo enfermo y que resultan angustiosos para cualquier madre o padre. En esta línea, el "retardo del crecimiento intrauterino" es asimilado a retardo mental, razón por la cual se ha cambiado el término por restricción, aunque en la práctica se sigan usando ambos. En este sentido, seguramente es mejor decir que el niño esta "decaído" en vez de deprimido y que "está creciendo más lentamente" que "restriccion" o "retardo" de crecimiento. Los verbos de acción (creciendo…) incluyen la idea de esperanza, de proceso, de algo que está sucediendo y que riesgo no es aún un proceso cerrado, por lo tanto, se debe cuidar la invalorable esperanza, cuidando de nuestro lenguaje.

El uso del término "sufrimiento fetal" es especialmente nocivo en casos de necropsias, pues no deja a la madre la esperanza que tenía al menos mientras vivía dentro de ella, de que su hijo podia disfrutar de paz y bienestar.
Por otra parte, el termino "riesgo" es usado en el mundo médico como sinónimo de mayor probabilidad estadística, pero las madres y las familias que lo escuchan le dan el sentido de la posibilidad de sufrir un daño o perjuicio inmediato. De esta forma embarazo de riesgo significa la inminencia de un resultado quizás catastrófico. Si a esto, agregamos el fatalismo ("el destino está escrito") que rige la percepción del mundo de muchas personas, es muy difícil lograr una correcta adherencia al tratamiento.

El tema de las palabras nos conduce al gran proceso del manejo de la información. Se produce la paradoja, al pensar qué "cuantas mas opiniones profesionales haya, mejor sera la atención, donde cada probabilidad se vuelve realidad en la mente de los padres. Valgan para esto, los estudios que muestran que a mayor exposición a diagnósticos de patología del hijo durante el embarazo, mayor dificultad y fragilidad habrá en el puerperio y en la relación con el niño que llega a unos padres desgastados y muchas veces desesperanzados. El concepto de "toxicidad diagnóstica" adquiere aquí indudable valor.

Se ha desarollado en Uruguay una metodología de trasmisión de diagnósticos adversos (REUPERIN o Reuniones Perinatales) (1,2) que resulta por demás valiosa y que se realiza en reuniones semanales, donde se discuten todos los casos de riesgo en un clima de horizontalidad y con participación de todos las profesionales involucrados en diferentes disciplinas. Se manejan con libertad, hipótesis de experiencias de otros casos, propuestas terapéuticas, etc, pero sin exponer a los padres a este proceso. La comunicación con ellos se encarga a un solo interlocutor, elegido no por sus mayores conocimientos, sino por la mayor cercancia cultural, comunicacional, afectiva, etc con ellos. En esta persona vuelcan todos los profesionales las informaciones, siendo luego filtradas y manejadas de acuerdo a los tiempos y permeabilidades de los padres y otros familiares. De cualquier manera, rige una norma de oro: trasmitir solo certezas, aunque sean pocas, nunca hipótesis o probabilidades.

Una omisión cuasi universal es la necesidad de clases de Preparación para el Nacimiento. Es de tal magnitud, la preocupación de los profesionales y la familia por los riesgos de la madre y/o el hijo, que se eclipsan aspectos fundamentales de la preparación para este tipo de gestante. Las técnicas de relajación pueden resultar esenciales en pacientes en las que por más que se haya planificado una cesárea, se desencadena un trabajo de parto prematuro. Más importante que todo esto, es que en el embarazo de riesgo todo parece una carrera que culmina con el parto. Sin embargo, estas mujeres, que llegan al puerperio muchas veces agotadas y angustiadas, se encuentran con un recién nacido que muchas veces es frágil o sufre complicaciones y no tienen la menor idea de cómo manejarlo, de técnicas de lactancia, de pautas básicas de puericultura, etc. Encontrando poca comprensión en el entorno, pues se supone que deben estar satisfechas de estar vivas y de tener a su hijo vivo junto a ellas.
La Preparación para el Nacimiento de este tipo de

embarazadas reviste, sin embargo, características específicas que no pueden ser soslayadas. No siendo razonable alojarlas en un grupo con mujeres con embarazos registrados como "normales, puesto que encarnan todo lo temido por las demás. Por otra parte, la transmisión de la información con estas pacientes tiene que basarse en un manejo milimétrico que cuide el delicado equilibrio entre el realismo y la negación protectora. Por lo tanto, la información tiene que ser muy específica y limitada, protegiendo a las pacientes de angustias extremas y proponiendo al lado de cada problema una esperanza y una solución. Es importante comprender que cuando una embarazada hace preguntas al médico, muchas veces no quiere mas información, sino simplemente demanda una palabra tranquilizadora.

Otro aspecto que resulta de difícil comprensión y manejo respecto a las gestaciones de riesgo, lo constituyen las reacciones de la madre cuando se produce el nacimiento: frecuentemente no desea ver al hijo de inmediato o saber sobre él, lo cual suele producir una fuerte frustración en el equipo tratante, que ve en el nacimiento del hijo vivo, un logro después de grandes esfuerzos y angustias. Esta reaccción es habitual, no implica ningún riesgo para la relación futura y tiene origen en varios aspectos caracterísiticos de la psicología de la mujer en estas condiciones.

Diferente es la situación cuando se ha producido lo que se denomina "duelo anticipado", pues el equipo médico o algun otro profesional han pronosticado una muerte inevitable del hijo (muy diferente a hablar de su perdida como una posibilidad, no como una certeza). Se ha estudiado que esta conducta profesional de favorecer el duelo anticipado (lamentablemente bastante común) produce efectos tan negativos que puede realmente considerarse mal praxis. Por un lado, aumenta las posibilidades reales de que el hijo muera, pues al quitar la esperanza disminuyen o desparecen los cuidados o, si el niño ya ha nacido, se favorece el abandono del mismo, aumentando por lo tanto sus opciones de morir. Por otro lado, si el hijo vive (lo cual ocurre con frecuencia, dada la alta tasa de errores en estos vaticinios), se ha demostrado que "muere" el apego, lo cual puede extenderse a lo largo de años, a veces toda la vida. Un interesante estudio en Argentina, constatado por diferentes autores (3), muestra que el apego con los hijos prematuros solo se establece cuando la madre se convence de que el hijo va a vivir.

PARTO PRETÉRMINO

Considerado, junto con la restriccion del crecimiento intrauterino (RCIU), el gran desafio de la Obstetricia, dada su alta prevalencia a nivel mundial y que afecta a todas las clases sociales. La preocupación por los mecanismos biológicos que subyacen a un Nacimiento Pretérmino han dejado en la oscuridad múltiples factores de riesgo psicosociales que son muchas veces determinantes. Entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran las de influencia genética, los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión.

La realidad muestra que más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, tratándose de un verdadero problema mundial. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos (4). Aún, dentro de un mismo país, las familias más pobres son las que corren un mayor riesgo de parto prematuro.

El tener hijos pequeños, trabajos que impliquen vibraciones o sobreesfuerzos, viviendas con más de dos pisos por escalera, migraciones, trabajo de pie y "vida rápida", han sido todos indicados como factores de riesgo para el parto pretérmino, llegando a duplicar la prevalencia. Entre ellos, ha sido reiteradamente confirmada la asociación entre un hecho inténsamente traumatico durante el segundo o tercer trimestre y el doble de prevalencia de parto de pretérmino en la siguiente semana, siendo un ejemplo claro de esto la duplicación de nacimientos de pretérmino en Nueva York y Boston en la semana siguiente a la caída de las Torres Gemelas. (6,7).

Después del nacimiento pretérmino, se produce muchas veces una latencia en el establecimiento del apego, que se debe a que la madre es tan prematura como el hijo y precisa un tiempo para poder hacerse la composición de lugar de que ha nacido su hijo, ha terminado la gestación y no lo podrá llevar a casa, etc. Este tiempo subjetivamente (o muchas veces también biológicamente) necesario no siempre va de la mano con las condiciones vitales del hijo, que puede ser de extrema fragilidad e inminente su fallecimiento. Las filmaciones y fotografías pueden, en estos casos, ser de vital importancia para poder preservar un recuerdo

del hijo vivo, aún cuando no se lo pudo conocer en esa condición.

ESTRÉS Y EMBARAZO

Este tema ha dado pie a un despliegue interminable de artículos científicos y de divulgación, muchos de ellos carentes de todo sustento, que no han tenido ninguna preocupación por el efecto que esto produce en las embarazadas y las madres, especialmente cuando el resultado del embarazo es un niño con problemas o una pérdida perinatal (8). Si bien las revisiones sistemáticas y los metaanálisis (8,10,11) invalidan la enorme mayoría de los estudios que se divulgan, este tema se maneja con total displicencia, poniendo sobre la gestante todo el peso del bienestar del feto, culpabilizándola por situaciones que no puede evitar (como puede ser la muerte de un familiar cercano o la enfermedad grave de un hijo) y cuyas consecuencias de angustia o tensión son también inevitables.

En el 78% de los embarazos que coinciden con situaciones cotidianas de tension (9), el único efecto negativo realmente demostrado, es cuando se produce una situación de estrés intenso y agudo durante el segundo o tercer trimeste, lo cual duplica la posibilidad de parto premature. (10,11). El estrés materno durante el embarazo es más frecuente entre las mujeres que tienen un parto prematuro en comparación con las que llegan a término. Entre las mujeres que experimentaron estrés durante el embarazo, el 54% tuvo parto prematuro teniendo al estrés como un factor de riesgo atribuible, por lo que es de gran importancia identificar y posiblemente aliviar la exposición al estrés durante el embarazo y al hacerlo, tratar de disminuir la tasa de nacimientos prematuros (12).

Igualmente importante, es manejar con las madres el dato de que el feto tiene la capacidad de adaptarse a los factores de estrés en su vida intrauterina. Como se ha demostrado en el famoso estudio de las gestantes que viven en el entorno del aeropuerto de Osaka (13-15), con vuelos saliendo cada un minuto durante las 12 horas del día, en contraste con los fetos de las mujeres que habian ido a vivir recientemente allí. Los fetos de las mujeres residentes fueron recién nacidos normales en salud, tiempo de gestación, peso al nacer, etc. Un studio (16) menos conocido (pero que es fundamental mencionar a las madres) muestra que, en estudios con animales, en gestaciones sometidas a agresiones permanentes (choques eléctricos), las madres pudieron revertir el efecto de los choques sobre sus fetos con cuidados intensos de la cría durante los primeros 15 días después del nacimiento.

En resumen, se debe proteger a las embarazadas de la irresponsable e infundamentada divulgación de los efectos del estrés, tanto relativizando estos datos, como aportando otros que resulten tranquilizadores y esperanzadores y, en vez de culpabilizarla, ayudarla a resolver la situación de vida que le resulta angustiosa.

VIOLENCIA DOMÉSTICA

Una de las situaciones que inevitablemente llenan de angustia y estrés a una embarazada es la violencia doméstica, máxime teniendo en cuenta que todos los estudios muestran que se incrementa notoriamente durante la gestación. Algunas adolescentes ya vivían relaciones violentas, pero para otras en cambio la violencia surje con la gestación (17). Considerando las implicaciones del embarazo precoz y de la vivencia de violencia doméstica, es urgente realizar una reflexión social sobre la iniciación, cada vez más precoz, de las relaciones sexuales, investigando inclusive su relación con la vivencia de violencia dentro de casa. Este proceso es esencial para el desarrollo de acciones preventivas, que tienen por objetivo un comportamiento sexual responsable. Los servicios de atención primaria de salud son un espacio estratégico para la identificación de las pacientes que sufren violencia y coordinar el cuidado integral, a partir de la valorización del contexto familiar y comunitario.

La mayoría de las mujeres que habían sido víctimas de violencia antes y durante el embarazo, en todos los entornos declararon que es en el último embarazo durante el cual sufrieron malos tratos, siendo que el grado de violencia fue igual, menor o menos frecuente que antes del embarazo. Los resultados confirman las conclusiones obtenidas tanto en los países en desarrollo como en los industrializados de que el embarazo constituye con frecuencia un estado que protege contra la violencia, aunque esta conclusión no se aplica a todas las culturas. (18).

Se conoce que muchas de las situaciones en que la mujer llega al parto sin controles prenatales no son más que respuestas inteligentes y protectoras hacia el hijo, en pacientes que saben que, si concurren al control (donde otro hombre puede verlas desnudas e incluso tocarlas) probablemente se generará un episodio de violencia que puede realmente perjudicar

o hacer perder el embarazo.

ADICCIONES EN EL EMBARAZO Y LACTANCIA

Con la cada vez mas extendida práctica de consumo de sustancias legales e ilegales por parte de mujeres, se ha incrementado exponencialmente la cantidad de embarazadas que dan de mamar que presentan un consumo problemático de drogas restringidas. Esto se ve complicado, desde el punto de vista del cuidado del embarazo, por la actitud generalmente hostil (e incluso abiertamente agresiva) del personal de salud hacia la mujer que consume, lo cual favorece el ocultamiento y, por lo tanto, la dificultad en tomar medidas tanto preventivas como paliativas en esta situación. No menor es la participación en la compleja situación del narcotráfico, que suele proveer a sus clientes embarazadas de fuertes dosis de diazepam para disminuir los efectos y la visibilidad del síndrome de abstinencia durante los días de internación para el parto, con lo cual el recién nacido aumenta sus signos de dificultad respiratorias al nacer. El ocultamiento, recibe muchas veces tambien la actuación cómplice de las instituciones y del personal, cuando se trata de usuarias de alto poder adquisitivo.

Dada la complejidad de la situación, el Ministerio de Salud de Uruguay ha planteado como norma para los servicios, que el tema no sea abordado en terminos de casos, sino de escenarios, mejorando tanto la comprensión de la situación como las posibilidades de acciones efectivas que realmente ayuden a las madres y los hijos en dificultades, en vez de que sirvan solamente para la descarga emocional de la ofuscación del personal sanitario. (19). Se han identificado tres escenarios, con la correspondiente normativa para las acciones a tomar:

• En uno de ellos, la situación coincide bastante con lo que el personal espera para todos los casos: la madre tiene un problema crónico de adicción basado en problemas estructurales de larga data, con una historia plagada de desamparos traumatizantes y que no ha podido abandonar el consumo durante el embarazo, ni tiene condiciones para hacerlo luego del parto, así como tampoco posibilidades de cuidar al nino. Aquí la pauta es la judicialización de la situación, con indicación de tratamiento intensivo para la madre, si ella lo acepta. La mayoría de las veces, estos casos terminan en la desvinculación legal del hijo, que pasa a adopción.

• En un segundo escenario, se trata de una mujer con consumo ocasional, que ha logrado suspenderlo total o casi totalmente durante la gestación y que manifiesta conductas de apego y deseos de criar al hijo, con un cierto apoyo de su entorno. En estos casos, la pauta es un acompañamiento en los primeros meses, con indicación de tratamiento específico para las madres en esta condición (que, en Uruguay, se ofrece dentro de la misma Maternidad). En estos casos, constituyen datos críticos para poder prever la posibilidad de sostener tanto el cuidado del hijo como la abstinencia dos elementos clave: la actitud de la pareja en relación al consumo y el hecho de pasar el umbral crítico de los dos meses (fecha en que los estudios tanto con humanos como con animales suele producirse el abandono del hijo, por razones que aún se desconocen).

• En el tercer escenario, se trata de una mujer con consumo circunstancial de sustancias, que pudo abandonarlo totalmente durante la gestación, tiene un adecuado apego con el hijo y, condiciones personales y de su entorno, que favorecen un buen cuidado del hijo. La pauta es el acompañamiento y control habitual de una situación normal.

En todos los casos, es fundamental brindar (aún sin que se pida) la información tranquilizadora de que el consumo de drogas durante o antes del embarazo no produce malformaciones. Es necesario, por otra parte, dada la naturalización cultural del consumo de pequeñas cantidades de alcohol durante la gestación, insistir sobre el hecho de que el alcohol, consumido en cualquier dosis y en cualquier momento de la gestación, puede producir retardo mental. (20,21).

DIAGNOSTICO PRENATAL Y NACIMIENTO DE UN NIÑO CON "MALFORMACIONES"

"Malformación" remite a algo que la madre hizo mal con su hijo dentro de ella, lo cual es paradójico, pues la mayoria de las llamadas malformaciones son producto de agentes ambientales, alteraciones genéticas o de los gametos masculinos durante la espermatogénesis, muchas veces por factores ambientales.

En nuestra cultura latina, el niño que nace con un defecto congénito trae una carga interminable de culpabilidad para la madre)22. Esto se reflejará después en aspectos que han sido muy estudiados: 80% de las mujeres suspenden para siempre su vida sexual, 50% de las parejas se separan, etc. Por otra parte, hay todo un universo oscuro en relación al futuro de estos niños (se estima que hay muchas mas

muertes de niños con síndrome de Down, que las que deberiía haber por razones biológicas, por ejemplo.)
El nacimiento de un niño con estos problemas significa siempre un duelo: del que se iba a tener, el que se supone que todas las personas tienen y, el que se imaginó y con el que soñó durante largos meses. (Como veremos en el apartado correspondiente, esto no se modifica demasiado con el diagnóstico prenatal). El momento del nacimiento es un momento clave en el que se juegan las siguientes decadas y el futuro de varias personas. Ese momento está en manos de, justamente, el personal de salud… en sus palabras, sus gestos, sus actitudes, sus explicaciones, sus manejos de los tiempos, etc23.

La palabra "médico" (por extension las profesiones afines) viene de "medium": el que media entre los dioses y los hombres. En ese momento clave es el que rescata o condena, el que salva o el que hunde. Por eso mismo, el manejo de estas situaciones no puede ser dejado a la intuición o la espontaneidad, pues require la precisión de una microcirugía.

Al hablar de embarazos de riesgo, al delicado equilibrio entre realismo y negación, esta presente. Lo mismo se aplica acá. Los padres ven primero la parte sana, si no se estropea este mecanismo protector, hablando solo de lo enfermo que ven nuestros (deformados) ojos profesionales. No solo las palabras importan, también los gestos (dato que las investigaciones muestran como más relevante que las palabras, la percepción de las pacientes). Nuestros gestos responden a nuestras realidades personales y culturales, pero lo que puede significar para nosotros el nacimiento de un niño con síndrome de Down (limitación intelectual y por lo tanto de proyecto de vida, estigma social…) puede tener un sentido muy diferente para alguien que, por ejemplo, vive y trabaja en el campo, en el entorno rural.

Hemos visto que el momento del nacimiento de un niño con un defecto congénito, es uno de los pocos en el que es fuertemente aconsejable que esté presente un psicólogo con formación específica en el tema. De no estarlo, es fundamental no interponer expresiones verbales o faciales, protegiendo el primer encuentro entre padres e hijo, postponiendo la instancia informativa para momentos posteriores en que se pueda hablar con privacidad. Quizá esto provoque el enojo en los padres (que el profesional sabrá absorber si entiende la importancia de este proceder) pero evitará muchas veces el extrañamiento y desapego inmediato ("eso no es mi hijo!"). La reacción esperable después del nacimiento es de cierto alejamiento y hasta rechazo, lo cual debería tranquilizarnos, pues es necesario "empezar de nuevo" con este niño que no se esperó ni quiso tener, que no se aprenderá a querer de día para otro y que someterá a su familia a un duelo crónico que se reedita con cada logro que no se da.

En los hoy muy frecuentes casos de diagnóstico prenatal de malformaciones, el panorama no es muy diferente, pero el duelo se inicia no en el Nacimiento, sino en la (inevitablemente relativa) confirmación diagnóstica. La creencia de que el diagnóstico prenatal sirve para preparar a los padres es errada. Un estudio hecho en Uruguay antes de la legalización del aborto (24), mostró que el 98% de los padres abortaban cuando se trataba de malformaciones mayores, el 89% en el caso de síndrome de Down y el 50% en el caso de malformaciones menores. En el mismo estudio se mostró que las condiciones psicológicas en que se hicieron esas interrupciones fueron determinantes de la evolución posterior de los padres. En aquellos casos en que la resolución fue apresurada y la actitud hacia el feto fue de repudio, la saga fue de patología psiquiátrica (fundamentalmente ataques de pánico), separaciones y problematicas multiples. En aquellos padres, que tomaron su tiempo y tomaron su decision en forma "piadosa", teniendo en cuenta tambien el futuro que esperaba al hijo, la evolución fue un periodo de duelo que luego se resolvió y continuaron con sus vidas. Creemos que es fundamental incluir estas informaciones, en la orientación a los padres, que reciben este diagnóstico en el embarazo.

Otra situación la constituye el caso de los fetos o recién nacidos con defectos congénitos que no sobreviven. Se plantea aquí el dilema sobre si conocerlo o no, especialmente desde que se sabe la enorme importancia de conocer al feto muerto in utero para la normal elaboración del duelo. Algunos criterios que pueden ser de utilidad a los clínicos son: 1) Los padres van a percibir un feto o un bebé con uno o varios problemas, donde va a quedar en primer plano lo saludable; 2) Algunas patologías que resultan muy terribles bajo la mirada médica, tienen un sentido inverso a los ojos de los padres: un hidrops fetalis sera percibido como un nino saludable y fornido, un "gigante con pies de barro" macrósomico sera "un bebe ya criado", un pequeño para la edad gestacional (PEG) sera "un muñequito". Por otra

parte, patologías consideradas “menores” pueden ser de terrible impacto para los padres, como en el caso del paladar hendido (“labio leporino”) o la gastrosquisis (que puede ser cubierta por una tela en el momento del encuentro de los padres con su hijo); 3) Algunas patologías implican el “nacimiento” de fetos que no tienen forma humana (como en los fetos acárdicos) o la han perdido (como en el feto papiráceo). Estos casos, no tiene sentido mostrarlo a los padres. Las malformaciones visibles (especialmente en el rostro) producen un impacto que puede terminar en el abandono del niño, pues no se puede, evidentemente, negar su patología.

Las pacientes crean representaciones mentales de su enfermedad sobre la base de fuentes concretas y abstractas de la información que tienen a su disposición, intentando dar sentido y solucionar sus problemas. (28,29). De acuerdo con esta teoría, una respuesta a una amenaza para la salud es el resultado de un sistema de control subyacente, que se puede dividir en tres procesos amplios: a) La primera es la construcción de una representación de la amenaza para la salud. Se asume que esta representación se basa en tres fuentes de información: el conjunto general de información que un individuo ha asimilado previamente, el conocimiento derivado de amigos, familiares y fuentes autorizadas y la experiencia actual de la enfermedad (como las experiencias somáticas y síntomas) (30). b) La segunda etapa implica el desarrollo de un plan de acción en el que los individuos utilizan las estrategias de afrontamiento que perciben y creen que son apropiadas. c) La tercera fase es el proceso de evaluación de afrontamiento, que consiste en la efectividad de las estrategias de afrontamiento en el resultado u objetivo. Aunque estas tres etapas ocurren en paralelo tanto a nivel emocional como cognitivo, la interacción entre cada nivel es dinámica, de modo que cada componente está influenciado por un proceso de retroalimentación. (31).

Muchos estudios en este campo, (32-34) basados en diferentes metodologías según el rango de las condiciones clínicas, han establecido que el contenido de una representación de enfermedad se puede ordenar en los siguientes temas o dimensiones lógicas: -Identidad: la etiqueta dada a la condición y los síntomas que el paciente percibe como relacionados con su enfermedad; Causa: las creencias sobre los factores que son responsables de causar la enfermedad pueden no ser completos o biomédicamente exactos. Estos pueden incluir causas únicas o modelos causales múltiples más complejos; -Línea de tiempo: la creencia del individuo sobre el curso de la enfermedad y la escala de tiempo de los síntomas de la enfermedad. (35,36)

Realizar una comunicación de la información más específica a las pacientes, de acuerdo con las representaciones mentales subjetivas de la enfermedad, fomenta la modificación de las posibles creencias distorsionadas y expectativas poco realistas contribuyendo así a una comprensión más precisa de la realidad, así como a un buen nivel de adaptación psicológica (27, 36,37). Por ultimo, la evaluación de los estilos de afrontamiento individuales podría ayudar a mejorar la comprensión de la asociación específica entre las representaciones de enfermedades mentales y la morbilidad psicológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. REUPERIN. http://www.sitiomedico.org/ginea/area_obst.htm?fbclid=IwAR1uyBDB0CJSwIA488kbWSFd23fBKWLVt6qMmK_OM_rtnI8wmXq7dXHZguI
2. REUPERIN. http://www.ginec.org/tag/reuperin/
3. Embarazo Patológico. Anomalías de la duración del embrazazo. Parto prematuro (parto de pretérmino). En: Obstetricia. Schwarcz R L, Duverges C A, Gonzalo Díaz A, Fescina R H. 4ª edic. Reimp 1987. El Ateneo. Bs As. p:192-204.
4. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. The Lancet (2012). 9;379(9832):2162-72.
5. Bascuñán ML. Early bonding of mother and child. Medwave 2006 May;6(4):e1989 doi: 10.5867/medwave.2006.04.1989
6. Eskenazi B, Marks AR, Catalano R, Bruckner T, Toniolo PG. Low birthweight in New York City and upstate New York following the events of September 11th. Hum Reprod. (2007) 22(11):3013-20
7. Rich-Edwards JW, Kleinman KP, Strong EF, Oken E, Gillman MW. Preterm delivery in Boston before and after September 11th, 2001. Epidemiology. (2005)16:323-7. Doi: 10.1097 / 01.ede.0000158801.04494.52
8. Wadhwa PD, Entringer S, Buss C, Lu MC. The contribution of maternal stress to preterm birth: issues and considerations. Clin Perinatol. (2011)38(3):351–384. doi:10.1016/j.clp.2011.06.007
9. Woods, S. M., Melville, J. L., Guo, Y., Fan, M.

Y. y Gavin, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. Amer. J. Obstet. Gynecol. 202(1), 61-e1.
10. Shapiro GD, Fraser WD, Frasch MG, Séguin JR. Psychosocial stress in pregnancy and preterm birth: associations and mechanisms. J Perinat Med. (2013) 41(6):631–645. doi:10.1515/jpm-2012-0295
11. La Marca-Ghaemmaghami P, Ehlert U. Stress During Pregnancy Experienced Stress, Stress Hormones, and Protective Factors. European Psychologist (2015), 20, pp. 102-119. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000195.
12. Lilliecreutz C, Larén J, Sydsjö G, Josefsson A. Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. BMC Pregnancy and Childbirth BMC series – open, inclusive and trusted201616:5. https://doi.org/10.1186/s12884-015-0775-x
13. Ando,H. Hattori. Journal of Sound and Vibration. Elsevier. 8 March 1973. Copyright © 1973 Published by Elsevier Ltd.
14. Ando Y and Hattori H (1977) Effects of noise on human placental lactogen (HPL) levels in maternal plasma. Br. J. Obstet. Gynecol. 84,115-118.
15. Ando Y and Schell LM Postnatal growth of children in relation to noise from Osaka International Airport. Am. J. Phys. Anthropol. (1990) 81:188
16. Mos J, Olivier B, Lammers JHMC, et al. Pregnancy and lactation do not interact with current thresholds for brain stimulation induced aggression in female rats. Brain Res (1987) 404:263–266.
17. Santos Mota R, Matías Santos M, Camargo Climene L de, Pereira Gomes N, Freire Diniz N M, Diniz Rodrigues A. Sexualidad, embarazo y violencia doméstica: experiencias de adolescentes brasileñas. Index Enferm [Internet]. 2014 Sep [citado 2019 Mayo 06] ; 23(3): 139-143. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200005&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200005.
18. Campbell J, Garcia-Moreno C. Abuso durante el embarazo en países industrializados y en vías de desarrollo. Violencia contra la mujer , 2004, 10: 770–789.
19. Archivo Presidencial Gobierno del Uruguay. http://archivo.presidencia.gub.uy/mem2002/msp.pdf
20. Prenatal Alcohol Exposure. No safe amount. No safe time. No safe alcohol. Period. https://www.nofas.org/
21. El costo que conlleva beber alcohol durante el embarazo. https://www.who.int/bulletin/volumes/95/5/17-030517/es/
22. Rendón MI, Trebilcock E, Plórez-Alarcón L. Análisis de las distorsiones cognoscitivas de madres de niños con malformaciones congénitas.Revista Colombiana de Psicología (2001) 10: 53-77.
23. Familias ante la Discapacidad. Yolanda Guevara Benitez y Edith González Soto. Univ. Nac. Auton. Mexico. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Rev. Psic. Iztacala. (2012)15:1023-1050. http://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/viewFile/33643/30711
24. Quadrelli R, Quadrelli A, Mechoso B, Laufer M, Jaumandreu C, Vaglio A. Parental decisions to abort or continue a pregnancy following prenatal diagnosis of chromosomal abnormalities in a setting where termination of pregnancy is not legally available. Prenat Diagn. 2007 Mar;27(3):228-32. DOI: 10.1002/pd.1651
25. Ávila Gamboa D, Cassís Martínez R, Cabrera Lozada C, Ávila Stagg F, Sánchez Seiz M. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Diagnóstico Ecográfico. En: Ecografía en la Embarazada. Manuel Sánchez Seiz © (2019) Tema16. p.291-302.
26. Mola Hidatiforme. ORPHA:99927. Revisores expertos: Pr François GOLFIER Última actualización: Marzo 2011. www.orpha.net
27. Carnelli, L., Di Mattei, V.E., Mazzetti, M., Bernardi, M., Di Pierro, R., Bergamini, A., Pella, F., Mangili, G., Sarno, L. and Candiani, M. Illness Perception in Gestational Trophoblastic Disease Patients: How Mental Representations Affect Anxiety, Depression, and Infertility-Related Stress. Open Journal of Medical Psychology, (2017) 6: 1-15. http://dx.doi.org/10.4236/ojmp.2017.61001
28. Wenzel L, Wenzel L, Berkowitz R, Robinson S, Bernstein M, Goldstein D. The psychological, social, and sexual consequences of gestational trophoblastic disease. Gynecologic Oncology. (1992) 46: 74-81. https://doi.org/10.1016/0090-8258(92)90200-3
29. Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. Psychol Health. 2003;18: 141–84
30. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats In Baum A, Taylor SE, Singer JE, editors. Handbook of Psychology and Health, Volume IV: Social Psychological Aspects of Health, Hillsdale: Erlbaum; 1984. pp. 219–52.
31. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: is Leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time? J Psychosom Res. 2007;63: 17–26 pmid:17586334

32. Wenzel L, Berkowitz RS, Newlands E, Hancock B, Goldstein DP, Seckl MJ, et al. Quality of life after gestational trophoblastic disease. J Reprod Med. 2002;5: 387–94
33. Wenzel L, Berkowitz RS, Habbal R, Newlands E, Hancock B, Goldstein DP, et al. Predictors of quality of life among long-term survivors of gestational trophoblastic disease. J Reprod Med 2004;49:589–94. pmid:15457848
34. Stafford L, Judd F. What do women with gestational trophoblastic disease understand about the condition? Int J Gynecol Cancer. 2011;1: 161–6.
35. Di Mattei VE, Carnelli L, Mazzetti M, et al. Mental Representations of Illness in Patients with Gestational Trophoblastic Disease: How Do Patients Perceive Their Condition?. PLoS One. 2016;11(4):e0153869. Published 2016 Apr 21. doi:10.1371/journal.pone.0153869
36. Di Mattei, V.E., Bisceglie, A.R., Sigismondi, C., Mangili, G., Prunas, A. and Sarno, L. (2010) Analisi della domanda e dei bisogni psicologici in un reparto di ginecologia oncologica. Psicologia della Salute, 3, 131-144
37. Gould, R.V., Brown, S.L. and Bramwell, R. (2010) Psychological Adjustment to Gynaecological Cancer: Patients' Illness Representations, Coping Strategies and Mood Disturbance. Psychology & Health, 25:5, 633-646

DIRECCIÓN DEL AUTOR
Dr. Manuel Sanchez Seiz
sanchezseiz@gmail.com
Madrid. España