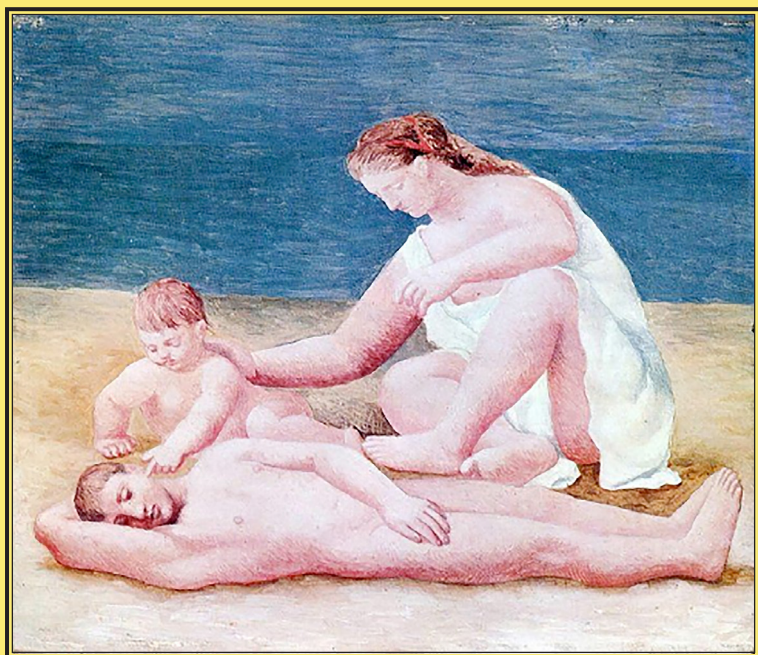


ROQUE PREGO DORCA, MARGARITA ALCAMÍ PERTEJO,  
ENCARNACIÓN MOLLEJO APARICIO  
(Coords.)

# PARENTALIDAD, PERINATALIDAD Y SALUD MENTAL EN LA PRIMERA INFANCIA



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA  
AEN DIGITAL

**PARENTALIDAD, PERINATALIDAD  
Y SALUD MENTAL  
EN LA PRIMERA INFANCIA**

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA  
AEN DIGITAL / 3

COORDINADORES:  
ROQUE PREGO DORCA, MARGARITA ALCAMÍ PERTEJO,  
ENCARNACIÓN MOLLEJO APARICIO

**PARENTALIDAD, PERINATALIDAD  
Y SALUD MENTAL  
EN LA PRIMERA INFANCIA**

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA  
MADRID  
2018



*Ilustración de portada: Familia a la orilla del mar, Pablo Picasso (1922).*

*Edición:* Asociación Española de Neuropsiquiatría  
Magallanes, 1, Sótano 2, Local 4.  
28015 Madrid, España.  
Tel. 636725599. Fax 918473182.  
*ISBN:* 978-84-95287-85-4  
*Maquetación:* Gráficas Marí Montañana  
Av. Blasco Ibáñez, 22. 46132 Almàssera (Valencia)



# Índice

<b>Autores</b>	10
<b>Presentación</b>	13
Roque Prego Dorca	
<b>Prólogo</b>	17
Alberto Lasa Zulueta	
<b>PARTE I.- PARENTALIDAD</b>	
<b>CAP. 1.- PARENTALIDAD: CONCEPTO Y NUEVOS MODELOS DE FAMILIA.</b>	32
Encarnación Mollejo Aparicio. Margarita Alcamí Pertejo	
Introducción.	32
Sobre la Parentalidad: El ejercicio, la experiencia y la práctica de la parentalidad.	33
Convertirse en padres.	37
Nuevos modelos de familias.	39
La crianza y el desarrollo del vínculo.	41
Conclusiones.	42
Bibliografía.	44
<b>CAP. 2.- REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y VÍNCULO MATERNO-FILIAL.</b>	46
Carmen Abellán Maeso. Sonia Villero Luque	
Introducción y planteamiento del problema.	46
Condiciones socio-culturales.	47
Vía de entrada en un proceso de reproducción asistida.	51
Aspectos diferenciables de la esterilidad como puerta de entrada a la reproducción asistida.	52
Algunos fenómenos intrapsíquicos durante el proceso.	57
Implicaciones del proceso en el posterior establecimiento del vínculo madre-niño.	60
Posibles campos de actuación desde la psicología en el proceso de reproducción asistida.	61
Bibliografía.	63
<b>CAP. 3.- EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.</b>	64
Marta Baez López	
Adolescencia: Un tiempo de transformación.	64
Embarazos en adolescentes: Una doble vivencia de cambio.	67
Adolescencia y embarazo según contexto social.	73
Prevención: Una necesidad y una oportunidad.	75
Bibliografía.	80
<b>CAP. 4.- PARENTALIDAD Y ADOPCIÓN.</b>	81
Teresa Muñoz Guillén. Alicia Monserrat Femenía	
Introducción.	81
Identidad - Parentalidad.	82
Nuevas parentalidades.	84
¿Deseo de hijo o deseo de maternidad?	87
Los duelos en la adopción.	88
Sobre los orígenes, incógnitas y certezas.	90
Bibliografía.	93

<b>CAP. 5.- HOMOPARENTALIDAD.</b>	95
Alicia Monserrat Femenía. Teresa Muñoz Guillén	
Introducción.	95
Sobre la parentalidad.	97
Familia homoparental.	98
Identidad y filiación.	100
Abordaje clínico y conclusión.	102
Bibliografía.	104
<b>CAP. 6.- ROLES PARENTALES EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.</b>	105
Margarita Rullas Trincado	
Introducción.	105
Competencias parentales en personas con TMG.	108
Necesidades y demandas en madres con TMG.	109
Programas de intervención.	111
Programas de intervención para padres/madres con TMG: Experiencia de Centro de Rehabilitación Psico-Social. Comunidad de Madrid.	114
Conclusiones.	118
Bibliografía.	120
<b>CAP. 7.- HACERSE PADRES EN LA EMIGRACIÓN Y EN LA DIVERSIDAD CULTURAL.</b>	124
Marie Rose Moro	
Necesidad de una mirada benévola de la parentalidad en toda diversidad cultural.	124
Componentes de la parentalidad.	125
Transparencia psíquica / Transparencia cultural.	127
Por una prevención precoz de los avatares de la parentalidad.	128
Embarazo y parto en el exilio.	129
Cada día es una vida.	130
El anuncio de embarazo.	131
El parto.	131
¿Qué ocurre con los niños nacidos aquí?	133
Niños de aquí venidos de afuera.	133
Una escuela hospitalaria de la diferencia y de la multiplicidad.	134
Aceptar lo plural.	135
Un casi nada, una ocasión favorable.	135
Bibliografía.	137
<b>PARTE II.- PERINATALIDAD</b>	
<b>CAP. 1.- TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA ETAPA PERINATAL.</b>	139
Emma Noval Aldaco. Laura Carral Fernández	
Introducción.	139
Epidemiología.	140
Factores de riesgo.	140
Consecuencias.	141
Trastorno de pánico.	142
Fobia específica.	143
Trastorno de ansiedad generalizada.	144
Trastorno obsesivo compulsivo.	145
Trastorno de estrés post-traumático.	148
Tratamiento.	150
Conclusiones.	151
Bibliografía.	153

<b>CAP. 2.- LA DEPRESIÓN PERINATAL.</b>	158
Agustín Béjar Tarancón	
Trastorno depresivo en el embarazo.	159
La depresión pre-parto.	161
Evolución de la depresión prenatal.	163
Perspectiva terapéutica.	163
La depresión post-parto.	165
El blues del parto.	166
La Depresión post-parto (DPP)	167
Causas, detección, evolución y consecuencias.	168
Intervención terapéutica.	172
Bibliografía.	175
<b>CAP. 3.- EL DUELO PERINATAL: ENTRE OLVIDADO Y DESAUTORIZADO.</b>	177
Ana Pía Lopez García de Madinabeitia	
El Programa “Brazos vacíos”.	179
Resultados.	184
Otros aspectos del Programa.	189
Conclusiones.	190
Bibliografía.	192
<b>CAP. 4.- LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL PERIODO PERINATAL.</b>	195
Roque Prego	
Introducción.	195
Epidemiología de los TCA en la etapa perinatal.	196
TCA y embarazo.	197
Morbilidad obstétrica y post-parto en los TCA.	198
TCA, parentalidad y desarrollo del niño.	200
Conclusiones.	203
Bibliografía.	205
<b>CAP. 5.- PSICOSIS PERINATAL.</b>	207
J. Martín Maldonado-Durán. Kenia Gómez. Prakash Chandra. Teresa Lartigue. Juan M. Saucedo García. Manuel Morales Monsalve	
Introducción.	208
Historia.	209
Definición.	209
Estados psicóticos asociados con la perinatalidad. Enfermedad mental pre-existente.	210
Psicosis asociada a una Depresión grave o melancólica.	211
Psicosis post-parto.	212
Intervención clínica.	215
Trastornos delirantes durante el periodo perinatal.	219
Diagnóstico diferencial.	221
Prevención	222
Bibliografía.	223
<b>CAP.- 6.- LA INTERVENCIÓN DESDE SALUD MENTAL EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA.</b>	225
Remei Tarragó Riverola	
El trabajo con el bebé.	226
El trabajo con los padres.	230
El trabajo con los profesionales.	232
Bibliografía.	236

<b>CAP. 7.- LA PSICOTERAPIA PADRES-BEBÉ.</b>	237
Pascual Palau Subieta	
Introducción.	237
Influencias patógenas y efectos secundarios.	239
La interacción.	240
La comunicación triádica muy temprana.	241
Desarrollo de las psicoterapias.	242
Ámbitos de intervenciones psicoterapéuticas padres/niño/bebés/feto.	242
Aproximaciones terapéuticas en la psicoterapia padres/niño.	243
Aproximaciones que buscan cambiar las representaciones de los padres.	244
¿Psicoterapia breve o duración indeterminada?	247
Aproximaciones que buscan cambiar el comportamiento interactivo observable como puerta de entrada al Sistema Clínico de Stern.	247
La evaluación en la intervención psicoterapéutica del niño pequeño.	250
¿Cómo evaluamos?	251
Conclusiones.	254
Resumen.	255
Bibliografía.	256
<b>PARTE III. ESTUDIO DEL NIÑO DE 0-3 AÑOS.</b>	
<b>CAP. 1.- COMPETENCIAS DEL BEBÉ.</b>	259
Margarita Alcamí Pertejo. Encarnación Mollejo Aparicio	
Introducción.	259
Desarrollo de competencias en el útero.	259
Desarrollo de competencias en el parto.	261
Competencias en el Recién Nacido.	261
La comprensión de las competencias del bebé como forma de abordaje terapéutico.	265
Conclusiones.	266
Bibliografía.	268
<b>CAP. 2.- EFECTOS DE LA INTERACCIÓN PADRES-HIJOS EN EL PSIQUISMO DEL NIÑO.</b>	272
Edith Bokler Obarzanek. Ana I. Perales Contreras	
Introducción.	272
Participantes en la interacción.	273
Construyendo el psiquismo del niño.	274
Reflexiones previas sobre la interacción desde los primeros meses hasta los 3 años.	274
Conclusiones.	284
Bibliografía.	286
<b>CAP. 3.- PSICOPATOLOGÍA DE LA ALIMENTACIÓN Y LA REGULACIÓN MOTRIZ.</b>	288
Beatriz Sanz Herrero. Francisca González González	
Psicopatología de la alimentación en la primera infancia.	288
Introducción.	288
La alimentación desde el punto de vista evolutivo.	289
Alimentación y desarrollo.	290
Clasificación de los trastornos de alimentación. Intervención terapéutica.	290
Intervención terapéutica.	293
Los niños prematuros y su patrón de alimentación	294
Tratamiento multidisciplinar de los Trastornos de alimentación.	296
Trastornos de la regulación.	297
Introducción.	297
Tipos de trastornos de la regulación.	298



El desarrollo de la regulación emocional.	298
Conclusiones.	299
Bibliografía.	300
<b>CAP. 4.- ALTERACIONES DEL DESARROLLO. EL DESARROLLO DEL NIÑO PREMATURO.</b>	309
Eduvigis Contreras Martiñón. Aránzazu Fernández Sánchez	
Alteraciones del desarrollo.	309
Características del desarrollo.	309
Desarrollo cerebral.	310
Alteraciones del sistema nervioso.	312
Trastornos del desarrollo.	313
El niño prematuro.	315
Introducción.	315
Cuando la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) es el primer entorno extrauterino.	315
Repercusiones de la prematuridad en el desarrollo.	317
El seguimiento del niño prematuro.	320
Conclusiones.	321
Bibliografía.	323
<b>CAP. 5.- TRASTORNOS AFECTIVOS. SITUACIONES CARENCIALES PRECOCES. CONSECUENCIAS EN EL VÍNCULO Y EL DESARROLLO.</b>	326
Ana I. Perales Contreras. Edith Bokler Obarzanek. Margarita Alcamí Pertejo	
Introducción.	326
Trastornos afectivos.	327
Depresión en la infancia: Del lactante a los 3 años.	327
Los trastornos de ansiedad en la infancia: Del lactante a los 3 años.	332
Situaciones carenciales precoces.	333
Conclusiones.	335
Bibliografía.	337
<b>Cap. 6.- LOS BEBÉS EN RIESGO DE AUTISMO.</b>	339
Margarita Alcamí Pertejo. María Serrano Villar	
Introducción.	339
Trastorno Multisistémico del Desarrollo.	340
Signos de alarma de autismo.	343
Déficits de intersubjetividad en el niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA).	345
Aplicación a la práctica clínica.	346
Bibliografía.	349
<b>CAP. 7.- EL NIÑO CON ENFERMEDAD CRÓNICA.</b>	356
Aránzazu Ortiz Villalobos	
Introducción.	356
Elementos de vulnerabilidad para la salud mental del niño con enfermedad crónica.	357
Dar y recibir información sobre la enfermedad.	357
Efecto de la enfermedad crónica en la familia: Padres y hermanos.	361
Trastornos psiquiátricos específicos.	361
Aspectos diferenciadores según enfermedad crónica de base.	363
Preparación para procedimientos.	370
Conclusiones.	371
Bibliografía.	373

**PARTE I****Encarnación Mollejo Aparicio (Coordinadora Parte I).**

Doctor en Medicina. Psiquiatra. Psicoterapeuta. Jefe del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario del Sureste. Madrid.

**Carmen Abellán Maeso.**

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta. Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil. C.H.U. Albacete. SESCAM.

**Alicia Monserrat Femenía.**

Doctora en Psicología, Psicóloga Clínica. Psicoanalista Titular con función Didáctica de la APM. Psicoanalista especializada en Niños y Adolescentes por la IPA.

**Marie Rose Moro.**

Profesora de Psiquiatría del niño y adolescente. Universidad Paris Descartes. Jefe de Servicio de la Casa de Solenn-Casa de los adolescentes. Hospital Cochin. Presidenta de la Asociación Internacional de Etnopsicoanálisis.

**Teresa Muñoz Guillén.**

Psicóloga Clínica. Psicoanalista con Formación Acreditada APM. Intervención Profesional para Adopciones Internacionales. Red Nacional de Atención a Víctimas de Terrorismo (Ministerio Interior).

**Margarita Rullas Trincado.**

Psicóloga Clínica. Directora CRPS, EASC y PS de Coslada, Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid. Gestión Técnica: Grupo EXTER S.A.

**Sonia Villero Luque.**

Psiquiatra. Psicoterapeuta. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**PARTE II****Roque Prego Dorca (Coordinador Parte II).**

Psiquiatra. USMI-J. Servicio de Psiquiatría. H.U.M. Valdecilla. Santander. Servicio Cántabro de Salud.

**Enma Noval Aldaco.**

Especialista en Psicología Clínica. Facultativo Especialista de Área Servicio de Psiquiatría. H.U.M. Valdecilla. Santander. Servicio Cántabro de Salud.

**Laura Carral Fernández.**

Especialista y Doctora en Psicología Clínica. Facultativo Especialista de Área Servicio de Psiquiatría. H.U.M. Valdecilla. Santander. Servicio Cántabro de Salud.

**Agustín Béjar Trancón.**

Doctor en Medicina. Psiquiatra. Psicoterapeuta. Psicoanalista. Práctica libre en Badajoz. Colaborador Grupo de investigación en Psicología Médica de la U. de Extremadura. Vocal de SEYPNA.

**J. Martín Maldonado-Durán.**

Psiquiatra Perinatal y de Niños y Adolescentes. Senior Faculty, Associate Professor Baylor College of Medicine. Houston. Texas. EE.UU. Associate Clinical Professor, Kansas University, Kansas City. Kansas. Autor y editor de varios libros y artículos sobre Salud Mental Perinatal, Parentalidad, Psiquiatra Perinatal, de Niños y de Adolescentes.

**Kenia Gómez.**

Ph. Dr. Assistant Professor of Psychiatry. University of Missouri. Kansas City. Missouri. EE.UU. Consultante del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Truman Medical Centers.

**Prakash Chandra.**

Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Assistant Professor of Psychiatry. University of Missouri. Kansas City. Missouri. EE.UU. Consultante del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Truman Medical Centers.

**Teresa Lartigue.**

Editora. Cuadernos de Psicoanálisis. Ciudad de México. Psicoanalista didacta. Instituto Mexicano de Psicoanálisis. Profesora Emérita, Universidad Iberoamericana. Mexico DF.

**Juan M. Saucedo García.**

Psiquiatra del Niño y del Adolescente, Universidad Nacional Autónoma de México. Miembro de la Academia Nacional de Medicina, México.

**Manuel Morales-Monsalve.**

Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Assistant profesor of Psychiatry, University of Missouri, Kansas City, Missouri US. Consultante del Servicio de Ginecología y Obstetricia Truman Medical Centers. Psicoanalista e Instructor, Greater Kansas City Psychoanalytic Institute.

**Ana Pía López García de Madinabeitia.**

Enfermera especialista en Salud Mental. Centro de Salud Mental "Salburua". Vitoria. Gasteiz. Red de Salud Mental. Araba. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

**Remei Tarragó.**

Psiquiatra. Psicoterapeuta. CSMIJ Sant Andreu FETB. Master Test de Brazelton. Coordinadora intervención psicológica UCIN Hospital Sant Pau. Barcelona.

**Pascual Palau Subieta.**

Doctor en Psicología Clínica y de la Salud. Psicoterapeuta perinatal e infantil. Psicoanalista (APM). Psicopsicólogo de bebés y niños, miembro titular formador del I. de Psicopatología de París. Responsable y coordinador Master oficial de Psicología y psicopatología perinatal e infantil y del programa de doctorado. U. Valencia y ASMI (WAIHM España).

### PARTE III

**Margarita Alcamí Pertejo. (Coordinadora Parte III).**

Médico Psiquiatra. Doctora en Medicina. Unidad de Psiquiatría y Psicología Clínica de Niños y Adolescentes del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario La Paz (Madrid).

**Edith Bokler Obarzanek.**

Psicóloga. Psicoterapeuta especialista en niños y adolescentes por la AECPPA (FEAP).

**Eduvigis Contreras Martinón.**

Psicóloga Clínica. Unidad de Psiquiatría y Psicología Clínica de Niños y Adolescentes del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario La Paz (Madrid).

**Aránzazu Fernández Sánchez.**

Psicóloga Clínica. Unidad de Psiquiatría y Psicología Clínica de Niños y Adolescentes del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario La Paz (Madrid).

**Francisca González González.**

Logopeda en Atención Temprana. Servicio de rehabilitación. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. Integrante de la Unidad Multidisciplinar de Trastornos de Conducta de Alimentación del Niño Pequeño.

**Aránzazu Ortiz Villalobos.**

Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Unidad de Psiquiatría y Psicología Clínica de Niños y Adolescentes del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario La Paz (Madrid).

**Ana Isabel Perales Contreras.**

Psicólogo y psicoterapeuta de niños y adolescentes.

**Beatriz Sanz Herrero.**

Psicólogo Clínico. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. Integrante de la Unidad Multidisciplinar de Trastornos de Conducta de Alimentación del Niño Pequeño.

**María Serrano Villar.**

Psicóloga clínica. Doctora en Psicología Clínica y de la Salud. Hospital de Día Infanto-juvenil-CET. Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés (Madrid)

## PRESENTACIÓN

Desde hace ya varios años, la AEN y su Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil vienen insistiendo en la necesidad de tener en cuenta, en los distintos programas asistenciales de la red de salud mental infanto-juvenil, la psicopatología y la clínica del niño en sus tres primeros años de vida. La experiencia de varios años de trabajo en las Unidades de Salud Mental del Niño y del Adolescente nos ha enseñado que es una franja de edad poco accesible, con las consecuencias que esto tiene para la detección y abordaje precoz en las primeras señales de sufrimiento y malestar psíquico. Con especial importancia en la detección e intervención temprana de la patología grave y en las problemáticas en las primeras relaciones parento-filiares.

Por otra parte, no podemos abordar la psicopatología y la clínica del bebé y del niño pequeño sin tener en cuenta la situación parental y la situación vincular, es decir la díada y la triada y sus interacciones. La Salud Mental Perinatal nos ha enseñado la manera de enfermar psicológicamente del adulto durante el embarazo, el parto y el post-parto, tanto en la madre como en el padre, y nos ha mostrado las repercusiones que esta patología tiene en el establecimiento de las primeras relaciones y su impacto en el desarrollo del psiquismo del niño inmediatamente después del nacimiento e incluso antes.

Del mismo modo, nos ha enseñado la importancia que tiene la detección y la intervención precoz, su papel preventivo fundamental y sus diferentes modalidades de actuación, desde los programas de atención en embarazos de riesgo, en embarazos de adolescentes, prematuridad, etc., hasta el paradigma que representan las Unidades de Ingreso Psiquiátrico de madres y su bebé en las situaciones de especial gravedad. Unidades inéditas en nuestro país, pero de gran desarrollo en países de

nuestro entorno como Francia e Inglaterra. No es casualidad que haya sido en estos países donde nace la Psiquiatría Perinatal a finales del siglo XIX con la descripción y conceptualización de la Depresión y la Psicosis Post-parto.

En el año 2015 se publica en la colección digital de la AEN el libro de “Psiquiatría Perinatal y del niño de 0-3 años” resultado de la estrecha colaboración entre la AEN, su Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil y SEPYPNA. Un trabajo que se inicia ya en las distintas reuniones, Jornadas y Congresos de ambas asociaciones y que canaliza la inquietud y preocupación de dichas Sociedades científicas por la falta de atención en este periodo de la vida.

En ese primer trabajo el foco de interés descriptivo y teórico se dirige hacia la psiquiatría perinatal, la interacción madre-padre-bebé y al desarrollo y psicopatología temprana con una breve descripción de los modos de intervención terapéutica. En ese momento, nos pareció fundamental centrarnos en los aspectos básicos de cada una de las áreas que pudieran servir de punto de partida para un desarrollo posterior que permitiera profundizar en los diferentes aspectos que configuran tanto la Psiquiatría y Psicología Perinatal como la Parentalidad y la Psiquiatría del Bebé y primera infancia.

Ya habíamos visto las diversas iniciativas clínicas de verdaderos pioneros de la Psiquiatría Perinatal en nuestro país, como las experiencias clínicas del Hospital Puerta de Hierro de Madrid o el Clínico de Barcelona y otras más puntuales, pero no menos importantes, como los Programas materno-infantiles de Alcázar de San Juan o de la Clínica Dexeus de Barcelona o el programa de salud mental en la Unidad de Neonatología de San Juan de Dios también en Barcelona, pasando por las actividades de formación de ASMI en Valencia o la Sociedad Mercé rama española. Nos parecía importante que Sociedades científicas como SEPYPNA o la AEN tuvieran la iniciativa de abordar esta parte fundamental de la asistencia en salud mental en la parentalidad y en el niño pequeño. El grupo de trabajo sobre Perinatalidad de SEPYPNA, ya numeroso y muy activo en diversos aspectos de la Perinatalidad es un buen ejemplo de ello.

Los aspectos que consideramos fundamentales en ese primer trabajo eran en primer lugar la Psiquiatría Perinatal en su historia y concepto, imprescindible para situarnos teórica y prácticamente, la psicopatología

y clínica parental, la interacción padres-bebé como soporte vincular y la psicopatología y clínica más importante del bebé y el niño pequeño.

Quedaba mucho por hacer y sobre todo quedaba abordar una proyección de la Perinatalidad más práctica teniendo en cuenta las diversas situaciones clínicas, ricas en posibilidades tanto diagnósticas como terapéuticas. Esto nos obligaba a una profundización de los aspectos que nos han parecido más importantes siguiendo el esquema inicial de: Perinatalidad igual a Parentalidad más desarrollo del psiquismo del bebé con el soporte de la situación vincular.

Con este objetivo abordamos este nuevo trabajo que presentamos en el marco del XXVII Congreso Nacional de la AEN celebrado en Córdoba y que hemos dividido en tres partes claramente diferenciadas.

En la Primera parte se aborda la Parentalidad en sus diversas modalidades atendiendo fundamentalmente a los cambios sociales de las últimas décadas. Así veremos las características y particularidades de diversas modalidades de parentalidad como la homoparentalidad, los embarazos en adolescentes o la adopción, sin olvidar otras situaciones que marcan una parentalidad de riesgo como la patología mental grave en los padres o como devenir padre o madre en la migración, aspecto éste último de importante actualidad en los últimos años. Los embarazos por reproducción asistida es otro aspecto importante que hemos tenido en cuenta ya que suponen en la actualidad el 10% del total de nacimientos en nuestro país.

En la segunda parte es en la Perinatalidad donde ponemos nuestro foco de interés profundizando en las patologías más importantes de este periodo como los Trastornos de Ansiedad o la Depresión y Psicosis Perinatales, pero abordando también aspectos terapéuticos novedosos y de gran importancia como son, por el ejemplo, el trabajo desde salud mental en una Unidad de Neonatología o las psicoterapias padres-bebés. No olvidamos otras situaciones que suelen pasar desapercibidas y frecuentemente sin atención específica como son los duelos perinatales.

La tercera parte se centra en el bebé y su desarrollo y las diversas situaciones que vemos en la clínica y que por su frecuencia e interés de una atención precoz nos han parecido importante de describir. Así, veremos las competencias del bebé como elementos fundamentales de la psicología del desarrollo, los efectos de las primeras relaciones en el psiquismo temprano o los aspectos psicopatológicos de las funciones

orgánicas básicas o depresivas con base carencial. Del mismo modo nos ha parecido también importante, por su importancia y especificidad, abordar la problemática del niño prematuro o con patología orgánica crónica. Un capítulo importante lo dedicaremos al Trastorno del Espectro Autista como ejemplo de patología mental grave haciendo especial hincapié en la detección y el diagnóstico precoz.

En fin, no podemos terminar esta presentación sin agradecer a la AEN y a sus socios que en el anterior Congreso Nacional de Valencia eligieron esta ponencia para presentar en este XXVII Congreso Nacional y así darnos la oportunidad de seguir trabajando para desarrollar esta parte fundamental de la asistencia en salud mental tanto del adulto como del niño. Queremos también agradecer a todos los compañeros que tan amablemente han colaborado en este trabajo y que sin ellos no hubiera sido posible, en especial a Alberto Lasa que aporta su experiencia y dedicación de tantos años en la apertura de esta publicación.

**R. Prego**



## PRÓLOGO

La crianza y la primera infancia, que caracterizan lo que el ser humano tiene de más específico y diferencial respecto al resto de los mamíferos, ha cambiado mucho a lo largo de la historia.

La idea “tradicional”, la imagen ideal, que teníamos de cómo transcurrían ambas, consolidada a lo largo de los dos últimos siglos, no podía ser más tranquilizadora. Los niños nacen como resultado de un deseo y un proyecto común y son el fruto de una relación sexual entre su padre y madre biológicos, que constituyen así una familia estable en la que quedan incorporados con un proyecto de futuro común, que les garantiza hogar y crianza, sustento y alimentación, educación y futuro profesional.

No hace falta ser un experto en historia, demografía, antropología social -o en cualquier otra disciplina relacionada, como la nuestra, con las circunstancias que rodean el embarazo, nacimiento y crianza- para darse cuenta de que las cosas nunca fueron iguales para todas las clases sociales y de que, además, han cambiado mucho en poco tiempo en nuestra sociedad occidental.

Recapitemos sobre algunos de los sucesos que no pueden dejar de afectar a la crianza y a todo lo que la precede y rodea.

### **Del lado de la sociedad.**

La liberación de la mujer, su acceso progresivo, exitoso e imparable a todos los niveles de la escolaridad y el conocimiento; su incorporación al mercado de trabajo y su emancipación progresiva de las obligaciones domésticas impuestas por una sociedad favorecedora de los privilegios masculinos; la reducción del tamaño y componentes del núcleo familiar; la conquista del derecho a la contracepción y al aborto, se han acompañado de la disminución de la natalidad y del progresivo

aumento de la edad de gestación. La imagen social de los roles atribuidos a lo femenino y lo masculino está cambiando tanto que ya se hace raro oír hablar de “identidad sexual” frente a la extensión de la “política de género”. También resulta difícil sostener y hacer entender que una cosa son las diferencias de sexo biológico y otra las injustas desigualdades y la justa reivindicación de la igualdad de derechos entre mujeres y hombres, niñas y niños.

También hemos pasado de una normativa social basada en una “sexualidad procreativa” considerada como un medio de engendrar -y asociada al trinomio “reproducción-pareja casada-heterosexualidad”- a una “sexualidad transgresora” consagrada al derecho al placer y despegada, si no del amor sí del modelo conyugal y de pareja heterosexual dominante (“padre y madre de sexos biológicos complementarios”). El matrimonio homosexual y el cambio de sexo anatómico, y su realización y financiación por la sanidad, se han convertido en derechos reconocidos o reivindicados por la sociedad.

Las “nuevas parejas”, “nuevas familias” y las nuevas “técnicas de reproducción asistida” y de “maternidad subrogada” son realidades que interesan a los medios de comunicación, a investigadores de diversas ciencias y a la gente de la calle. Todo ello ha sido incorporado a programas electorales y los poderes políticos no pueden dejar de pronunciarse al respecto.

La sexualidad sacralizada por el matrimonio y regulada, malamente, por una apariencia de sometimiento a principios de orden religioso, ha sido barrida y borrada del mapa, dando paso a una sexualidad profana, que presume de libertaria, en la que el placer individual es la ley prioritaria. Sin embargo, no se ha liberado del todo de seguir controlada por alguna normativa social. La psiquiatría con sus clasificaciones diagnósticas y la justicia con su legislación y sus condenas, parecen hoy descabalgadas de su poder como dictadoras de la normalidad y de la delimitación de lo que es perverso o normal. La misma sociedad que presume irrenunciablemente de su liberación sexual y exige la desaparición de un control social de la concupiscencia, reclama la necesidad de una psicopatología gestada y gestionada entre los psiquiatras y los jueces, para definir lo normal y lo intolerable, para imponer normas exigentes y sanciones severas, sobre todo cuando la violencia sexual se hace presente en el terreno de la vida conyugal, o en el del acoso y el abuso.

Ante la brutalidad de la violencia de género, ante la que con perversa sutilidad infiltra el acoso laboral o escolar, ante la utilización de las redes sociales o de otras situaciones con intenciones pederásticas, ante la sospecha de abusos físicos o sexuales con menores, nuestra sociedad no tiene la menor duda en calificarlas, unánimemente, de “anormalidad”, ni en juzgarlas como una “amoralidad” y una “aberración”, ni en reclamar unánime la rápida intervención de psiquiatras forenses y jueces que las diagnostiquen de patológicas e impongan y ejecuten sanciones que siempre implican la expulsión-exclusión de la sociedad y que buscan que esta quede protegida de la intrusión de la aberración y la violencia sexual.

También las tendencias actuales a imponer “higienes saludables” parecen invadidas por un nuevo culto a una sexualidad liberada, pero no exenta de una obligatoriedad conforme a nuevas normativas que preconizan el “autoconocimiento” y la “autenticidad consigo mismo” para acceder al placer individual. La culpabilidad vinculada al necesario control del placer concupiscente de antaño, la contención de la carne, ha sido sustituida, por el logro o fracaso de la capacidad orgiástica como elemento determinante del orgullo o la vergüenza narcisista.

Paradoja de la vida moderna: cuanto más se sabe de la fisiología de la sexualidad más se duda, se debate y se informa respecto a la manera de disfrutarla felizmente. La responsabilidad individual de cómo lograrlo, se traslada al sujeto que debe aprender a “auto-ayudarse” para lograr el número de orgasmos que el “ranking” del manual de turno determine. El ejercicio de la sexualidad se sigue debatiendo entre las libertades conquistadas y las flaquezas del cuerpo. La cuestión de la imprescindible reciprocidad del deseo en el encuentro sexual (quiero a alguien que me quiera/ deseo a quien necesita desearme) parece un resto pretérito de la evolución humana.

La multiplicación de “otras” sexualidades y su reivindicación de igualdad de derechos, - al matrimonio, a la adopción, a nuevas formas de procreación- es otro fenómeno actual. Siempre ha existido la adopción que, generalmente, estaba vinculada, a integrar al niño en una pareja “conveniente”, lo que antes equivalía a decir “heterosexual”. Es cada vez más frecuente que niños y niñas vivan con parejas parentales homosexuales. También va creciendo el número de madres sin pareja que deciden procrear, por sí mismas (con espermia solicitado a alguien

o comprado en un banco de semen) o alquilando un vientre ajeno “subrogado” (una de las últimas polémicas mediáticas) modalidad que también eligen parejas homosexuales y heterosexuales con o sin descendencia biológica propia. Hasta hemos visto en la prensa un hombre (transexual) que hizo público y fotografió su vientre embarazado, cuyo padre era otro hombre (la noticia no especificaba si padre biológico, o no, de la criatura).

La multiplicidad de “variantes procreativas” actuales hace que quienes tenían y tienen tendencia a pensar en una relación sexual entre hombre y mujer como condición necesaria para un embarazo tienen que ampliar su panoplia de fantasías sobre la escena primaria. Quienes tratamos niñas y niñas ya hemos comprobado también que la realidad está superando lo que antes entendíamos que eran geniales fantasías infantiles acerca de la sexualidad. No parece excesivo predecir que, si los hábitos de compra y consumo actuales duran, la oferta de compra de niñas/os encargados en catálogo, con óvulos y espermatozoides seleccionados con sofisticadas técnicas de selección genética, y gestadas/os en vientres de madres también contratadas y seleccionadas según criterios de calidad, puede convertirse en un mercado en expansión. No conviene espantarse o frivolar en exceso, porque parece que será la vía para lograr tener descendencia en circunstancias tan diversas como la de parejas con problemas de esterilidad insalvable o la del deseo caprichoso y pasajero de quien puede pagárselo. Hay que saber que ya hay jueces que obligados por las circunstancias deben pensar y dictaminar sobre ello. Desconozco si también ya han solicitado peritajes psiquiátricos al respecto, pero si no es así creo que la cosa está al caer.

Queda por saber que queda en nuestro mundo de una sexualidad vinculada a una vida de pareja compartida y a un proyecto de vida destinado a fundar una familia (obsérvese que ya no hablo de pareja heterosexual). Aunque parezca que se trata de algo prehistórico, convendría preguntarse y matizar cuanto de lo anterior sigue estando presente en las motivaciones de quienes constituyen lo que llamamos “nuevos modos de pareja, de parentalidad o de familia” y recurren para ello a “nuevas formas de procreación”.

Debe quedar claro que, independientemente de opiniones morales o ideológicas, desde la perspectiva de nuestra ética profesional, no tenemos nada que decir desde el punto de vista de la “normalidad” o “anormalidad”

de tales situaciones y de sus protagonistas. En cambio, aunque parece legítimo dudarlo, sí parece que podemos y debemos aportar algo respecto al bienestar o el sufrimiento psicológico asociados a estas situaciones. También, por nuestra profesión, tenemos que pensar que son situaciones que afectan no sólo a sus protagonistas, sino a quienes nacerán como resultado de sus encuentros y opciones. Estamos hablando de niños proyectados e imaginados primero y luego, procreados, gestados, paridos, a veces adoptados, criados y educados en nuevas situaciones. Podemos plantearnos también, desde el punto de vista de su futuro personal y psicológico, si sabemos algo de si su situación implica o no factores de protección y de riesgo específicos o diferentes respecto a situaciones más conocidas. Me adelanto a decir que los estudios, obligatoriamente a medio y largo plazo, y la complejísima metodología y recursos de investigación interdisciplinarios que necesitaríamos para saberlo, hacen pensar en una tarea imposible. Mientras no tengamos datos fiables, que sin duda tardarán en llegar, -aunque la tendencia de precipitar conclusiones basadas en sesgos ideológicos ya la estamos viendo en ciertos trabajos -tendremos que ser prudentes.

Entretanto lo que sí sabemos es que, también en las nuevas situaciones, el malestar, el sufrimiento psíquico, los problemas y dificultades de toda crianza y del desarrollo psicológico de toda infancia, de cualquier infancia, nos llegan en petición de ayuda. Lo que justifica la legitimidad de plantearnos el acercarnos a la exploración de sus problemas y a intentar intervenciones terapéuticas y de acompañamiento y ayuda. Justifica también el interés de la amplitud de temas que esta ponencia incluye.

Estos sucesos antropológicos y sociales recientes -y seguro que otros muchos que empezamos a vislumbrar- que están modificando y multiplicando las modalidades actuales de procreación, embarazo, nacimiento y crianza, han originado nuevos conceptos y nuevas palabras. Nuevos términos, como “perinatalidad” o “parentalidad”, han entrado para quedarse en nuestro lenguaje cotidiano antes de haber entrado en el diccionario. Estas novedades, -resultado y causa de cambios sociales permanentes y cada vez más acelerados- obligan también a reflexiones de orden ético y legislativo. En nuestra práctica profesional nos obligan también a actualizar y crear nuevos modos de comprensión, de teorización y de intervención. Las polémicas ideológicas y científicas están servidas y los modelos actuales de difusión masiva, rápida y

difícilmente contrastable, complican aún más las cosas. Las ideas ciertas o falsas, objetivas y fundadas o sesgadamente interesadas aparecen en un torbellino de informaciones de procedencias muy diversas. Hasta la “evidencia científica” esgrimida por cualquiera en favor de sus argumentos debe ser impecable e implacablemente cuestionada para poder ser confirmada en su valor objetivo. Las reivindicaciones sociales, condicionadas por posicionamientos políticos, ideológicos y electorales, exigen respuestas rápidas que precipitan decisiones determinantes, antes de que dé tiempo a pensarlas sosegadamente con los sectores profesionales y sociales que tendrían conocimientos que aportar al debate. Esta es la intención de quienes han propuesto esta ponencia que trata, ni más ni menos, de aportar cosas al conocimiento de una realidad muy compleja, que implica a diversos terrenos profesionales y sociales. Como siempre - y es nuestro papel de aguafiestas el decirlo - nuestra realidad social genera nuevos problemas que inmediatamente trata de tapar, negar o, en el mejor de los casos, resolver. También es tarea nuestra proponer vías de comprensión y de solución.

El prefijo “peri” - “todo lo que rodea a” - ya apunta a la complejidad y las múltiples dimensiones de la tarea. Alrededor, antes y después de la natalidad hay varias áreas profesionales: ginecología, pediatría, salud mental, servicios sociales. En cada lugar con diferentes desarrollos y recursos y con muy diversos grados de coordinación, de entendimiento o de enfrentamiento. Lo que ciertamente obliga a la colaboración entre profesiones y al reconocimiento mutuo de las aportaciones de cada cual. La modestia que cada partícipe, cada especialidad profesional, debería soportar, no suele ser lo habitual dado el protagonismo y la convicción de superioridad de conocimientos a la que tiende cada una de ellas. Esperemos que palabras como “multi-profesionalidad” “pluridimensional” o “transversalidad” vayan reflejando realidades concretas cada vez más extendidas y reconocibles.

## **Del lado de la ciencia.**

Los avances de la biología (neurobiología y neuro-imagen; físico-química cerebral; genética; biología molecular, etc.) han originado, además de nuevos conocimientos, merecidos reconocimientos y también una fascinación por los progresos científicos a la que se añade

también una ilusión, una creencia en que sus objetivos no tienen límites. Vencidas progresivamente las enfermedades antes mortales el objetivo es ahora vencerlas todas. También hacer variar incluso las tendencias biológicas que han condicionado la evolución humana, dado que se supone que, conocidos los secretos del genoma y de su transmisión, la ingeniería genética permitirá planificar y modificar las características de los seres vivos, incluidos los humanos, y liberarles no sólo de sus enfermedades sino también de sus características no deseadas o mejorables. Todo hace pensar que en este nuevo mundo “transgénico”, si ya se trastocan moléculas del código genómico para mejorar tomates y frutas, los seres humanos no se quedarán con las ganas de ensayar consigo mismos y con su descendencia.

Nuestros conciudadanos no quieren enfermar, no quieren morir. Tampoco envejecer o soportar los signos corporales de la decadencia. La cirugía pasó de “reparadora” a “estética” y ahora ya se han mundializado y convertido en un mercado imparable sus aplicaciones “cosméticas”. Conocemos adolescentes, sobre todo chicas, que antes de terminar su desarrollo hormonal y corporal optan, con el acuerdo y financiación de sus familias, por modificaciones quirúrgicas motivadas por la búsqueda de perfección estética. Un paso más allá, la insatisfacción con el sexo biológico se soluciona, o al menos se combate, cambiando -hormonal y quirúrgicamente- su anatomía, decisión que, aunque no se dice claramente, no está exenta de complicaciones y sufrimientos diversos y tampoco garantiza la felicidad absoluta.

Pese a ello y pese a que sabemos, en el terreno clínico, de la complejidad y las sorprendentes transformaciones de la identidad y los vaivenes en la elección de diferentes opciones sexuales durante los largos años que dura la evolución psicosexual a lo largo de la infancia y la adolescencia, asistimos a un debate muy cargado de argumentos ideológicos y bastante pobre en matices y conocimientos. Por ejemplo, en ciertas iniciativas, no exentas de militancia, se equipara a cualquier niño/niña con dudas respecto a su identidad y con deseos de cambiar de sexo en el futuro, cosa frecuente en la clínica, con otros muchísimo menos numerosos, que reúnen las características psicológicas para calificarlos de transexuales con criterios diagnósticos.

Estas consideraciones han estado siempre alejadas del terreno del desarrollo psicológico temprano, salvo para los expertos que estudiaban

los orígenes de la identidad de género. Sin embargo, la emergencia social de posiciones que tratan de hacer de la educación sexual temprana y de los debates que suscitan hace que quizás debamos considerarlo un nuevo terreno en el que se impone, al menos, una reflexión sobre nuestro papel profesional. En cualquier caso, mencionar este terreno tan específico y menos frecuente de lo que el ruido mediático hace creer -aunque no por ello haya que banalizarlo o silenciarlo- tiene su interés por que muestra la interrelación entre los factores sociales y los criterios científicos, incluso en un terreno tan íntimo como el de la elección de sexo. En este sentido permite también reflexionar sobre los vaivenes que sufre la credibilidad de la ciencia -en este caso la psiquiatría- en la sociedad actual, que oscila entre delegar decisiones personales en criterios profesionales o en descalificarlos totalmente, llegando a excluirnos como interlocutores. Bien es verdad que la psiquiatría, cuando ha derivado en clasificaciones normativas y ha permitido su utilización ideológica y social, ha hecho méritos para que se desconfíe de ella como ciencia.

Podemos ver en todo lo relatado una tendencia, desconocida anteriormente en la sociedad, al menos en su extensión imparable actual, hacia una sublevación contra las leyes y ataduras que la biología impone o, más bien, imponía.

La neonatología actual ha realizado grandes progresos. Salva bebés, recién nacidos o aún en el útero, -e incluso a la hora de ser concebidos gracias a la ingeniería genética actual- que antes estaban abocados a una muerte inevitable. Progresos que se han acompañado de una nueva complicación: la supervivencia de bebés de alto riesgo y de enorme fragilidad que a su vez han generado la necesidad de mejoras y logros espectaculares en su atención -sobre todo en aspectos somáticos- y de nuevos modos de prevención e intervención en lo que atañe a su evolución psicomotriz, cognitivo-afectiva y relacional posterior. Lo cual necesita recursos importantes en su seguimiento, coordinados con los hospitalarios y hasta ahora bastante escasos, o atendidos, en muchas áreas geográficas, por diversos servicios poco o nada coordinados. El seguimiento de las “grandes prematuridades”, que debe ocuparse de bebés que sobreviven con grandes grados de inmadurez y de riesgos asociados, es un buen ejemplo de ello.

Las técnicas de reproducción asistida son también otro territorio en el que la relación entre nuevos aspectos biológicos y ginecológicos y la



sensibilidad a las delicadas situaciones psicológicas que conllevan, nos plantean nuevas reflexiones e intervenciones multidisciplinarias.

Esta oscilación ambivalente entre la fascinación por las ciencias biológicas y la oposición a las servidumbres, nuevos problemas y dudas que nos imponen se evidencia en otros muchos terrenos.

Así vemos, por ejemplo, que -reactivando un viejo debate científico- el determinismo genético puede ser a la vez cuestionado y rechazado o afirmado y deseado, sobre todo desde ciertas posiciones ideológicas.

En nuestro propio terreno, el de la psiquiatría, vemos con frecuencia como se afirma el “origen genético” de determinados trastornos -en particular los que se manifiestan en el terreno de los comportamientos- con una facilidad que muchos genetistas juzgan de totalmente aventurada y de injustificable por los hechos científicos demostrados. Con lo cual los factores ideológicos vienen a sumarse a la complejidad de los problemas psíquicos y a los remedios propuestos para resolverlos, en función de hipótesis etio-patogénicas demostradas o no.

En el terreno del desarrollo del psiquismo temprano conviene recordar tres conceptos que tienen ya varias décadas de vida pero que, tras ser escasamente apreciados durante largo tiempo, han quedado cada vez más consolidados por los conocimientos científicos que se basaron en ellos para irlos desarrollando con nuevos estudios y datos. Felicitemonos de que la psiquiatría interesada por el psiquismo temprano, su desarrollo y sus alteraciones ha jugado un papel creativo y muy activo en ello.

El primero, el concepto de **plasticidad cerebral**. Ya fue intuido, hace más de cien años, por Ramón y Cajal con su concepto de “redundancia transitoria”, confirmado cuando la tecnología posterior a él (microscopio electrónico, biología molecular) lo permitió. Las neuronas, cuanto más inmaduras sean más tienden a desarrollar múltiples y sobreabundantes conexiones de contacto. Solo algunas se consolidan conectándose en redes funcionales; el resto, las “redundantes”, tienden a morir convirtiéndose en tejido fibroso. En el cerebro inmaduro del recién nacido el desarrollo selectivo de circuitos funcionales “vivos” es simultáneo de un masivo fenómeno de muerte de neuronas ineficaces. Este “periodo sensible” de hiperactividad neuronal temporal va disminuyendo progresivamente. Hubel y Wiesel (premio Nobel 1981) demostraron que las áreas receptoras visuales del cerebro

(de gatitos de la misma camada con códigos genéticos gemelos) se modifican anatómicamente en función de la estimulación o privación de luz externa post-natal que reciben. Si no son estimuladas durante un “periodo crítico” el cerebro pierde definitivamente la capacidad de desarrollar la visión, potencialmente grabada en su programa genético. Por eso la posibilidad de establecer “circuitos sustitutivos”, que pueden suplir a otros circuitos cerebrales lesionados, caduca en la medida en que el cerebro madura y pierde capacidad de regeneración. De ello la neonatología dedujo la importancia de la estimulación temprana para activar circuitos sustitutivos en cerebros de neonatos dañados. Por eso también la inmadurez cerebral de los homínidos y la plasticidad de su cerebro permitió el milagro de sus transformaciones y crecimiento, que condujeron a su evolución hasta el extraordinario desarrollo cerebral del bebé humano actual que nació, otra paradoja, como resultado de su mayor inmadurez y plasticidad y de la respuesta del entorno a su desvalimiento.

Lo que nos lleva al segundo concepto, el de la **epigenética**. François Jacob, que recibió el premio Nobel (en 1965) por sus estudios sobre la biología molecular de los mecanismos de transmisión genética, ya postuló que el ser humano dispone del programa genético más abierto. Abierto a la intervención del entorno que con su presencia durante la crianza y con su papel estimulante activa y consolida las asombrosas capacidades potenciales del bebé. Potenciales porque el programa genético las posibilita, pero no las garantiza. Necesita del aporte “epigenético” del entorno para consolidarlas. Compartió sus actividades científicas con J.P. Changeux que, inspirado por los trabajos de Cajal, descubrió (en 1976) el fenómeno de la “estabilización selectiva de las sinapsis”, que es la base fisiológica que explica como ocurre en la anatomía cerebral la consolidación de circuitos cerebrales y funcionales prevista en el programa genético pero activados solamente si reciben una adecuada estimulación externa dependiente de la colaboración del entorno.

Colaboración externa que viene a completar, tercer concepto fundamental, la comprensión del desarrollo como una suma imprescindible de intercambios **interactivos**. Describe los fenómenos que transcurren en una relación estable, la que se va consolidando durante los encuentros de la crianza, de una espiral de interacciones entre el

bebé y su entorno primordial, compartiendo entre ambos sensibilidades y comportamientos adaptativos recíprocos, imprescindibles para desarrollar las potencialidades innatas inscritas en el programa genético del ser humano, dotado y predispuesto a entrar en relación y que nace “programado para ser reprogramado” (J. Manzano).

La confirmación científica de que las interacciones precoces inciden en la organización de redes neuronales -el apego y el afecto hacen cerebro-supuso un enriquecimiento nuevo en la comprensión del desarrollo del psiquismo temprano, aportando evidencias científicas que confirmaban o cuestionaban las hipótesis previas. Los defensores del valor de las teorías psicoanalíticas de los orígenes del psiquismo precoz recuerdan que ya Freud propuso su hipótesis de que la primera producción psíquica tenía que ser una imagen vinculada a “una satisfacción alucinatoria del deseo”, es decir a una experiencia corporal satisfactoria compartida con alguien y al recuerdo de los elementos sensoriales (olfativos, gustativos, táctiles, visuales, auditivos) que la constituyen. En consecuencia, su concepto de pulsión, “entre lo corporal y lo psíquico”, emerge como un empuje que lleva al encuentro con su “objeto”, el interlocutor del que depende su crianza y que le suministra repetidas “primas de placer”. No me parece este prólogo el espacio adecuado para debatir los matices de la importante cuestión de cómo articular esta propuesta freudiana con la del “instinto de apego” propuesto por Bowlby a partir de su interés por hacer confluir psicoanálisis y etología. Pero sí para recordar, entre otros, los trabajos de Kandel (premio Nobel 2000) vinculando los afectos y la experiencia de intercambios con el entorno sensorial con la neurofisiología de la memoria neuronal.

También añadieron elementos nuevos para entender que el determinismo genético no se corresponde ya con la idea de vincular los trastornos psíquicos a un gen o genes específicos, sino a una “vulnerabilidad genética” de carácter “poligénico” que concierne a diferentes combinaciones entre muy numerosas alteraciones genéticas que condicionan y sobre las que se añaden las capacidades de responder al entorno y a sus acciones e informaciones. La multiplicidad de formas de “expresión fenotípica” viene así a abrir un panorama etiopatogénico más amplio y diverso que se corresponde también con la heterogeneidad de formas clínicas que presentan muchos trastornos. Esto supera el esquema anterior que entendía los trastornos como homogéneos

y los atribuía a una “alteración genotípica específica”. Por decirlo de otra manera, los genetistas ya no buscan el “gen del autismo” sino que tratan de entender cómo y qué diferentes combinaciones genéticas están vinculadas a diferentes tipos de vulnerabilidades que condicionan y dificultan sus capacidades de relacionarse y de interactuar con su entorno. Aún más, recientes estudios sostienen también que ciertas vulnerabilidades genéticas podrían también dar lugar a peculiares formas de sensorialidad y de hipersensibilidad a ciertas informaciones, generando capacidades cognitivas extraordinarias. Se abre así un camino para entender el parentesco genético entre ciertas formas de autismo y de inteligencias superdotadas en ciertas áreas cognitivas. Ya lo conocíamos en la clínica, desde las descripciones de Asperger, pero la genética actual permite la hipótesis de su vinculación con complejas y variadas alteraciones genéticas, compatibles - contrariamente a lo que se pensaba conforme a las leyes de la evolución- con nuevas formas de adaptarse al entorno y favorables a su supervivencia evolutiva.

La psiquiatría siempre se ha interesado desde sus orígenes por la transmisión familiar de los trastornos psíquicos y por el impacto psíquico que causan las malas condiciones de crianza y los traumatismos precoces y actualmente ya tenemos muchas certezas en cuanto a la importancia de los primeros años de vida y de la influencia del entorno en el desarrollo psíquico posterior y conocemos bien los factores de riesgo y de protección que le afectan.

Entre las novedades más importantes generadas durante las últimas décadas, están las relativas al psiquismo del bebé (hasta el punto de que ha surgido una “psiquiatría del bebé” y se ha consolidado una asociación mundial multiprofesional “de salud mental” en torno a ella). No es casual que, en la última época, dominada por el imperio de las clasificaciones, las necesidades de un ámbito clínico específico que no encontraba reconocimiento alguno en las sucesivas versiones del DSM y de la CIE, hayan necesitado crear un instrumento más específico como el aportado por la clasificación 0-3 años.

Antes, a lo largo de todo el siglo veinte, ya se fue perfilando una diatriba interesante. De un lado estaban los que describían un bebé inactivo y pasivo. Por ejemplo la pediatría alemana del primer cuarto del siglo que hablaba del primer semestre “estúpido” del lactante o -salvando las distancias por sus creativas e impagables aportaciones a la

comprensión del psiquismo temprano- Margaret Mahler, que sostuvo la existencia de una “fase autística normal” en los primeros meses del desarrollo, hasta que la evidencia de los resultados de estudios ulteriores de observación de bebés desde los primeros meses -disciplina que ella había creado y desarrollado, pero con niños de mayor edad- le obligaron a renunciar a tal idea.

Frente a esta visión del bebé estaban los que defendían un bebé activo, participativo y espabilado desde sus primeros días de vida. Entre otros, los autores que desde el psicoanálisis se esforzaban en comprender los orígenes del psiquismo y en afirmar la importancia de las relaciones precoces. Como es sabido Melanie Klein fue tildada de visionaria y a la vez admirada y denostada por sus descripciones e hipótesis relativas al complejo y muy activo psiquismo que atribuyó a los bebés desde sus primeros meses de vida. Posteriormente han sido muchos los autores que, desde la comprensión psicoanalítica -y luego desde las complementarias teorías del apego- han investigado y enriquecido nuestra comprensión de las interacciones tempranas. Han participado también -junto con otras disciplinas y teorías del desarrollo- en la gran explosión de investigaciones centradas en la observación de bebés y en la confirmación de dos de sus características fundamentales: sus asombrosas capacidades potenciales (sensoriales, motrices, gestuales, cognitivas y lingüísticas) y su innata predisposición a entrar en relación con su entorno humano. Con igual importancia se han confirmado también otros dos hechos inseparables y complementarios; la necesaria participación del entorno para consolidar estas potencialidades del bebé y la fragilidad de estas, que corren el riesgo de no desplegarse ni consolidarse si el entorno no actúa de forma protectora y estimulante.

Parece forzoso recordar aquí a Brazelton quien, desde su convicción de “pediatra en la sala de partos”, insistió en las posibilidades de observar, ya desde las primeras horas de su vida, las muy diferentes características de cada bebé en cuanto a sus capacidades autónomas y de relación y en la utilidad de “presentarlo” con sus características personales “de nacimiento” a su madre parturienta para reforzar favorablemente su vinculación mutua. Me parece aún más obligatorio recordar el peso del saber popular atribuido a madres y abuelas que siempre afirmaron que “tu bebé te conoce desde el primer día” o que “hay que hablarle mucho para que vaya entendiendo porque ya te atiende desde que nace”. Todas

las investigaciones modernas han confirmado que estas intuiciones se corresponden con lo que las modernas técnicas de observación de bebés han demostrado. Esta particular sensibilidad intuitiva, sensata y natural, que emparenta con lo que algún psicoanalista ha denominado “ilusión anticipadora” (S. Lebovici) o “preocupación maternal primaria” (D.W. Winnicott), es la que ha hecho que la sintonía -la compasión que ahora llamamos empatía- con el desvalimiento del bebé inmaduro e indefenso, haya posibilitado la supervivencia y evolución del ser humano, que es, de entre todos los mamíferos, el más frágil al nacer y a la vez el más capacitado para la comunicación.

Es una suerte que, para este congreso, que no suele tratar preferentemente de temas vinculados a la infancia, haya sido propuesta, aceptada y desarrollada la extensa ponencia que este prólogo antecede. Ofrece muchas reflexiones sobre lo que resumió muy bien Ajuriaguerra en su lección inaugural de la “cátedra de neuropsicología del desarrollo”, que el Collège de France le invitó a crear (en 1976): “Si queremos superar las contradicciones entre lo que es biológico y lo que es psicológico, o entre lo psicológico y lo sociológico, hay que estudiar al hombre desde su comienzo, no solo en el plano de la filogénesis, sino en el de su propia ontogénesis”.

**A. Lasa Zulueta**  
**Psiquiatra y Psicoanalista.**  
**Profesor de Psiquiatría de niños y adolescentes y de**  
**psicopatología del desarrollo infantil**

**PARTE I**  
**PARENTALIDAD**

# 1. LA PARENTALIDAD: CONCEPTO Y NUEVOS MODELOS DE FAMILIA.

**Encarnación Mollejo Aparicio.**

**Margarita Alcamí Pertejo.**

## Introducción

---

La parentalidad puede ser definida como los cambios psíquicos que se producen en la personalidad de los padres cuando tienen un hijo: emociones y afectos, pensamientos (fantasías conscientes e inconscientes) y los comportamientos verbales y no verbales que resultan de ellos. Se habla igualmente de proceso de parentificación (1).

Racamier y sus colaboradores, se inspiraron en los trabajos de Bibring (2) para describir las transformaciones de la personalidad y del funcionamiento psíquico de la madre durante el embarazo y al comienzo de la existencia del niño, utilizaron el término maternidad para describir el proceso de parentificación, (3) y la extensión al padre de los procesos de parentificación dio lugar al término paternidad.

La filiación sería el desarrollo interactivo del niño con los padres, en función de sus propias necesidades, pulsiones, afectos y defensas; pero antes de crear este hijo, ha sido necesario desearlo, anhelarlo, imaginarlo, pues es el psiquismo de cada uno de los padres el que lleva en su seno al futuro hijo, ya que ningún psiquismo puede instaurarse y sentirse como tal sin ser pensado primero por el otro (4).

La madre llevará el hijo venidero en su imaginario, en sus sueños, en sus inquietudes, sus creencias y sus recuerdos. Y en lo más profundo de su inconsciente. Michel Soulé propuso la noción de «hijo imaginario», iluminando el funcionamiento psíquico parental de la gestación.



El proceso de convertirse en padres debe distinguirse también del embarazo, del parto y de la llegada del bebé, etapas tardías y aleatorias de la parentalidad. De hecho, esta se construye mucho antes de la concepción de un hijo y atraviesa la vida de cada uno de los padres, está marcado por su historia, por lo que han recibido de sus padres, y lo que estos últimos recibieron de los suyos, etc. (4).

El acceso a la condición de padres, es una etapa importante en la maduración de la personalidad, en el continuo esfuerzo por hacer frente a las diferencias (de identidades, de generaciones, de sexos), sin caer en la desorganización o replegarse. Implica la posibilidad de formar una pareja, concebir hijos, traerlos al mundo y educarlos. Permite inscribir al sujeto en la sucesión de las generaciones y darle el poder de transmitir la vida.

## **Sobre la Parentalidad**

---

Houzel al analizar la parentalidad distingue tres dimensiones de la misma: el ejercicio, la experiencia y la práctica de la parentalidad, ambas la constituyen y están muy relacionados entre sí (5).

### **El ejercicio de la parentalidad**

El ejercicio de la parentalidad, remite a su identidad, así como a sus aspectos fundadores y organizadores. En todas las sociedades existe una definición precisa de las relaciones parentales, en relación al lugar que cada individuo ocupa en la sociedad, concebida esta como un conjunto organizado. Las relaciones parentales constituyen un conjunto genealógico al que cada individuo pertenece y está regido por reglas de transmisión. Los estudios antropológicos de los sistemas de parentesco insisten en un principio organizador que trasciende al individuo para extenderse al grupo social al cual este pertenece y que contribuye a constituir. Se trata de un conjunto estructurado por complejos lazos de pertenencia (o afiliación), de filiación, de alianza, etc., y las reglas que rigen el conjunto implican derechos y deberes para cada uno de los miembros.

Los estudios históricos, jurídicos y antropológicos han demostrado que los lazos que rigen la organización social no derivan únicamente de los lazos biológicos de las relaciones familiares. Los lazos de parentescos no se reducen

a los lazos carnales ni a funciones propias para satisfacer las necesidades del ser humano, sino que van más allá.

Desde la dimensión genealógica de la parentalidad, Pierre Legendre dice: “Instituir el principio de parentalidad quiere decir en el mundo occidental, que un padre es aquel que se posiciona en calidad de intermediario para dar fe de la relación con lo ancestral, es decir, lo imperecedero de la especie, simbolizado por las muertes sucesivas de los ancestros<sup>1</sup>” (6). Esto nos lleva a distinguir dos tipos de transmisión entre las generaciones: una, que aporta a la generación receptora elementos asimilables, elaborables, útiles e incluso indispensables para el desarrollo psíquico (transmisión intergeneracional), y otra que trasmite elementos inasimilables (lo no dicho, secretos, fantasmas, etc.), constituyendo otros tantos enclaves intrapsíquicos, fuente a veces de sufrimientos, perturbaciones y repeticiones que no han sido objeto de elaboración y toma de conciencia (transmisión transgeneracional) (7).

### La experiencia de la parentalidad

La experiencia de la parentalidad hace referencia a las funciones de la misma y a los aspectos subjetivos conscientes e inconscientes del proceso de convertirse en padres y de cumplir los roles parentales. Los conceptos de diferentes autores nos pueden ayudar a comprender los procesos psíquicos que tienen lugar en un individuo que se convierte en padre o madre.

Winnicott describió la “preocupación maternal primaria”, para referirse al estado psíquico particular que las madres van desarrollando gradualmente durante el embarazo, dura varias semanas después del nacimiento del bebé y suele ser reprimido más tarde. Es un modo de funcionamiento psíquico caracterizado por un repliegue narcisista, necesario para acoger al bebé y permitir a la madre adaptarse a él, de forma que este pueda tener asegurado un sentimiento continuo de que existe (8).

Monique Bydlowski describió la “transparencia psíquica del embarazo”, donde la interconexión entre la situación actual del embarazo, y los recuerdos infantiles es algo espontáneo, sin apenas resistencia. Este estado comienza en las primeras semanas del embarazo y se caracteriza por una “gran permeabilidad

---

<sup>1</sup> Un objeto transgeneracional es un ancestro, un abuelo (antepasado) u otro pariente directo o no de generaciones anteriores, susceptible de suscitar fantasmas y provocar identificaciones en alguno o varios miembros de la familia.

a las representaciones inconscientes, debido a cierto levantamiento de la represión” (9).

Daniel Stern en la “constelación maternal”, se refiere a como la organización del psiquismo de la mujer durante el embarazo comporta una serie de tendencias, una sensibilidad especial, fantasmas, miedos y deseos específicos. Describe tres tipos de discursos: el de la madre con su propia madre, en particular con su madre como madre cuando ella era niña, el discurso de la madre consigo misma y el de la madre con su hijo. Stern denomina a este triple discurso la trilogía de la maternidad (10).

Reconoce que los factores biológicos, especialmente los hormonales influyen en la organización de esta constelación, pero concede un lugar más destacado a los factores socioculturales, los ideales y los imperativos que la cultura impone a la madre (11).

### La práctica de la parentalidad

La práctica de la parentalidad se refiere a las cualidades y los aspectos más a menos observables de las relaciones entre padres e hijos, las tareas cotidianas (cuidados parentales físicos y psíquicos) que los padres realizan con el niño. Según la teoría del apego la capacidad para establecer lazos afectivos fuertes es un componente fundamental de la condición humana, que ya existe en el momento de nacer y se mantiene a lo largo de la vida. Papoušek ha denominado parentaje intuitivo al comportamiento en gran parte inconsciente, de los comportamientos parentales (12). El esquema organizado de los comportamientos de apego se desarrolla progresivamente y solo se completa durante el segundo semestre de vida. Ello supone en el niño una capacidad para construirse un modelo interno de representación de sí mismo y de sus figuras de apego, es decir una representación que en gran parte sigue siendo inconsciente, de los modos de respuestas recíprocas entre el niño y sus objetos de apego.

El esquema de apego que desarrolla un niño depende en gran medida de la manera en que sus padres (o cualquier otra figura de apego) le tratan. En el esquema de apego seguro, el niño confía en la disponibilidad y la ayuda que le prestarán en caso de necesitarla sus figuras de apego. En el apego ansioso ambivalente, el niño no se muestra seguro de que sus padres vayan a estar disponibles y le aporten ayuda si la necesita. En el apego ansioso evitador, el

niño carece de total confianza de que sus padres o entorno puedan aportarle ayuda y cuidados, e intenta vivir sin el apoyo de nadie. Estos modelos de apego que al principio dependen de las relaciones entre el niño y sus padres, tienden a independizarse de las relaciones con el exterior y a perpetuarse cualesquiera que sean las respuestas aportadas por los miembros de la relación. En la primera infancia los esquemas de apego pueden ser modificados si las respuestas del entorno del niño cambian (13).

El niño participa de forma activa en el proceso de establecimiento de lazos entre él y sus padres. El induce en sus padres el proceso de parentificación. Sus competencias le permiten muy tempranamente no solo recibir informaciones procedentes del entorno, sino enviar mensajes que van a modelar más o menos ese entorno. En cada bebé existen características innatas (temperamento) que están presentes en la organización de las interacciones padres-bebes.

Lamour y Levobici distinguen tres niveles en estas interacciones: interacciones de comportamiento, afectivas y fantaseadas (14).

Las interacciones de comportamiento pueden observarse directamente. Se refiere a los intercambios corporales (forma de coger al niño, ajuste postural, etc.), sensoriales (visuales, auditivos). Estas interacciones se organizan en el tiempo según estructuras temporales micro y macroscópicas. Se han evidenciado ciclos de atención y de retraimiento en los cuales el bebé toma la iniciativa en una interacción con su madre y la abandona después para volver a retomarla al cabo de un rato. La capacidad de la madre para adaptarse a estos ciclos interactivos es esencial para el buen desarrollo del niño. Determinados trastornos mentales maternos (depresión, psicosis) perturban el desarrollo de estos ciclos, y puede tener como consecuencia que el niño se retraiga más o menos completamente y de forma duradera de la interacción.

Las interacciones afectivas no pueden observarse directamente. Precisan de una interpretación por parte del observador de los sentimientos de los padres y del bebé. A través de ellas el niño puede acceder a la esfera de la intersubjetividad, base de toda comunicación humana y del desarrollo del mundo intrapsíquico. La madre sirve al niño de referente social, es decir, éste va a buscar en su reacción emocional ante una situación ambigua un indicio que le ayude a interpretar su significado. Estas interacciones afectivas entre los padres y el bebé, pueden verse perturbadas por diferentes situaciones, unas dependen del niño (su temperamento, su condición de prematuro, su minusvalía), otras del entorno (depresión postparto o psicosis de la madre), otras están relacionadas

con las circunstancias que rodean el nacimiento (duelo, disolución de la pareja, inmigración, etc.).

Las interacciones fantaseadas están relacionadas con una forma de transmisión inconsciente entre padres e hijos (14).

La parentalidad no es un estado fijo de un segmento biográfico sino una trayectoria cambiante y transversal.

## **Convertirse en padres**

---

**La capacidad de ser madre** está relacionada con la capacidad para regresar a un estadio en él que la mujer vuelve a ser el bebé de su propia madre, con todo lo que esto puede significar en su propia historia. Tendrá pues que identificarse con el niño que lleva dentro, así como con su propia madre, tal y como ella la interiorizó. Vemos aquí como su inconsciente, su pasado y su imaginario se enfrentan entre sí en la relación actual de la madre con el niño que lleva dentro para enriquecerla o por el contrario para comprometerla.

En esta regresión formal, temporal, se pueden distinguir tres aspectos. En primer lugar, en la medida en que la madre del niño que va a nacer es al mismo tiempo el bebé de su propia madre, su situación personal va a reavivar en ella las experiencias propias de los diferentes estadios de su primera infancia. De este modo revive experiencias infantiles de satisfacción y de frustración, que han constituido las imágenes complementarias de la madre amorosa y del niño amado, y las imágenes contrastadas de la madre privadora, atacada y amenazante, y del niño destructor, malo y amenazado.

Estas imágenes tomadas, rechazadas, y remodeladas van a proyectarse en la representación que la mujer se hace ahora de la madre que es y de la niña que ha sido. La investidura narcisista positiva o negativa del niño, así como la relación fantasmagórica de la madre con su hijo está influenciada por las relaciones de la madre con sus padres.

Durante el embarazo la economía libidinal de la mujer sufre progresivamente una inflexión en el sentido narcisista para centrarse en el feto y en ella misma. El nacimiento interrumpe este régimen narcisista y fusional y supone un trauma para ambos. La madre a través de los contactos, miradas, etc., mantiene durante un tiempo la ilusión de que ella y su hijo siguen unidos. Este periodo

que Winnicott llama “preocupación maternal primaria”, la madre puede identificarse muy estrechamente con su bebé y sentirlo psíquicamente como una parte de sí misma. Gracias a esta identificación, será capaz de presentir las necesidades y el estado de su hijo. A través de esta comunicación infraverbal y fusional, la madre, amando y alimentando a su hijo, podrá amarse y alimentarse a sí misma a la vez (15).

Esta regresión es fecunda, pues, aunque conlleva una crisis de identidad, puede permitir también una maduración psicoafectiva de la madre al volver a cuestionar las identificaciones tal y como fueron anudadas en el complejo de Edipo y como fueron nuevamente expresadas en la adolescencia (16).

**El proceso de parentificación de los padres** es menos conocido. Se cree que en los padres se produce una profunda crisis de identidad en el momento de acceder a la paternalidad. Los síntomas de la covada o empollamiento<sup>2</sup>, la frecuencia de descompensaciones patológicas de los padres durante el embarazo de su esposa o poco después del nacimiento del hijo, o el aumento de rupturas conyugales en tales circunstancias dan muestra de la intensidad de los cambios que pueden llegar a operarse en los padres durante el periodo de transición hacia la paternalidad (17).

Durante el embarazo, en los padres pueden despertarse numerosas fantasías arcaicas: deseo de tomar el lugar del bebé en el vientre materno, curiosidad frente al contenido del vientre, envidia, fantasía de una mujer-madre omnipotente por el hecho de poder dar la vida. Acceder a la paternidad puede también reactivar fantasías ligadas a la rivalidad con su propio padre. Siendo un niño soñaba ser como papá, tomar su lugar al lado de mamá; el hombre está entonces a punto de realizar su fantasía, o casi. El nacimiento de su propio hijo pone de manifiesto que él no solo se ha convertido en un hombre, sino en un hombre potente, capaz de fecundar a una mujer. Esta realidad puede reactivar angustias edípicas arcaicas, que serán más intensas si el bebé es también un niño. Frente a su hijo, el padre revive las relaciones precoces que él tuvo con sus propios padres. Igual que en la mujer, su identidad de padre está teñida por la calidad de los vínculos precoces y las representaciones que ha conservado de ellos. Los reajustes psíquicos inherentes a este periodo entran en resonancia con múltiples elementos emocionales reprimidos e inconscientes, provocando

---

<sup>2</sup> Se llama covada en etnología a los rituales mediante los cuales los padres simulan los signos de un embarazo.

en él una fragilidad y vulnerabilidad, que exige una importante capacidad de adaptación (18).

Stern planteaba que en las familias donde la madre es la principal encargada de los cuidados del bebé durante el primer año, pueden aparecer dos diferencias claras. En primer lugar “el mundo representativo del padre se ve menos sacudido por el nacimiento del bebé y el trabajo de reorganizar las múltiples redes de modelos se realiza en un plazo de tiempo más largo”. Para muchos padres, el cambio de “centro de gravedad” de ser hijo de su padre a padre de su hijo, puede tardar años. Hay que estar atentos como terapeutas al hecho de que este retraso puede desincronizar la relación de los nuevos padres y convertirse en una fuente de conflicto. Como segunda diferencia entre los modelos de ambos padres está el papel de apoyo que el padre debe desempeñar para la diada madre-hijo. Este papel pone gran peso a las representaciones que se originan en el pasado familiar e individual del padre, así como en los modelos culturales (11).

El éxito de la parentalidad depende de un equilibrio de conjunto entre los diferentes tipos de investiduras parentales: equilibrio entre la investidura narcisista e investidura objetal del niño por los padres, equilibrio entre la investidura narcisista y objetal en el funcionamiento de la pareja, equilibrio entre investiduras parentales y conyugales, equilibrio entre el rol paterno y materno.

## **Nuevos modelos de familias**

---

En los últimos años observamos nuevas parentalidades y sus filiaciones concomitantes. Hemos pasado de una familia tradicional, entendida como familia nuclear constituida por una pareja heterosexual, sin padrastros, madrastras y hermanastros, y con hijos biológicos; a una gran variedad de familias. Los factores que han influido en este cambio son múltiples, y aunque es imposible hablar aquí de todos, vamos a señalar algunos que han propiciado este cambio:

- 1) El cambio social de la mujer, ha sido un cambio espectacular en la igualdad, autonomía, libertad de elección, libertad sexual, formación e incorporación progresiva, cada vez más, al trabajo en la sociedad. Esto

conlleva cambios importantes en la maternidad: descenso del número de hijos, (el número medio de hijos por mujer es 1,5); la edad media de las madres españolas al nacimiento del primer hijo está en los 30 años, España es el segundo país de la Unión Europea con madres primerizas por encima de 40 años. Esto provoca también cambios en la crianza de los hijos. La tendencia a tener un hijo único y/o tardío, induce a la sobreestimación del niño, y repercute en la relación madre-hijo y padre-hijo, que en general lleva una mayor ansiedad de perder este niño, y a su vez conduce a una hiperprotección, y ésta, se traduce en comportamientos determinados de diversos tipos. Existe una cierta tendencia a no fijar los límites frustrantes de la realidad, a permanecer el mayor tiempo posible funcionando por el principio de placer, es decir, no teniendo en cuenta la realidad, no funcionando por el principio de realidad y todo esto puede tener sus consecuencias psicopatológicas (19).

- 2) Cambio de la estructura familiar: La separación o divorcio de la pareja conyugal, da lugar en el mejor de los casos a la “familia recompuesta o reconstituida” con nueva pareja con o sin hijos de un anterior matrimonio y a veces los hijos comunes de la actual pareja.
- 3) Los avances de la tecnología de la medicina reproductiva, han permitido tener hijos a aquellas parejas con impedimentos biológicos; a hombres y mujeres que se habían hecho esterilizar, pero que, en el marco de una nueva relación con una nueva pareja, deseaban ser padres; mujeres que han pasado la menopausia y esperan ser madres mediante una donación de óvulos; parejas de homosexuales (gays y lesbianas) que aspiran a la parentalidad. La biotecnología médica de la procreación ha permitido independizar y desconectar entre sí, hasta establecer compartimentos estancos: origen, sexualidad, fecundación, gestación, nacimientos, filiación y ascendencia genealógica, abriendo un camino de nuevas parentalidades (20).
- 4) Identidad sexual y derechos civiles. En España en junio de 2005 entró en vigor la ley que autorizaba el matrimonio entre personas homosexuales (21), aumentando de forma gradual el número de matrimonios homosexuales, algunos de ellos con hijos a través de las técnicas de reproducción asistida o vientres de alquiler.

La opción de concebir y de acoger a un hijo ya no está reservada a las parejas heterosexuales. Cada vez más, es la de una mujer o la de



un hombre, que viven solos o con una pareja de su mismo sexo. Al considerar estas nuevas formas de parentalidad podemos recordar el concepto psicoanalítico de bisexualidad psíquica: todos nosotros, hombres y mujeres, somos homosexuales y heterosexuales, más allá de nuestra diferencia biológica de sexos y de nuestra elección de objeto sexual, una mezcla única de ingredientes masculinos y femeninos. En estas condiciones, el hijo de una pareja heterosexual bien temperada podrá crecer y construirse sustentándose en identificaciones con partes masculinas y femeninas de sus dos padres, de la misma forma el hijo de una pareja homosexual podrá también crecer y construirse sustentándose en identificaciones masculinas y femeninas distribuidas entre las dos mujeres o los dos hombres de la pareja que le educa.

- 5) La realidad socioeconómica, conlleva la emancipación tardía de los jóvenes, el descenso del número de nacimientos, el envejecimiento de la población, la emigración de gran parte de personas.

Estas nuevas formas de familia conllevan peculiaridades y especificidades en la constitución de la familia, y la relación con los hijos que serán desarrollados con más en profundidad en los capítulos siguientes.

Tal vez, estos nuevos modelos de procreación y de crianza han alterado las funciones maternas y paternas, lo que nos lleva a preguntarnos acerca de qué subjetividad se está configurando en esos niños (22).

## **La crianza y el desarrollo del vínculo**

---

Las primeras relaciones del bebé con sus padres y su entorno tienen una importante influencia en su evolución emocional, intelectual y social. Según las vicisitudes que el bebé atraviesa en su crianza, su evolución será muy diferente y se encontrará en mejores o peores condiciones para desarrollar su salud mental (23, 24, 25).

Es fundamental que en los primeros meses de vida se establezca un apego seguro entre el bebé y su madre o cuidador principal, para que el bebé pueda tener un buen desarrollo emocional y físico (13). De la interacción entre el bebé y su madre o cuidador principal dependen funciones tan fundamentales como el interés, la motivación, la atención focal, la tendencia a explorar, etc., todas

básicas para el aprendizaje y la autonomía. Estas funciones del bebé emergen de las funciones que la madre pone en marcha en la interacción con él.

La figura de apego provee, en los primeros años, la seguridad básica esencial para poder explorar y es en esta capacidad que se basa la capacidad de aprender (26). El amor y el apego sano que se desarrollan entre la madre y su hijo, son la base de la capacidad de amar y del desarrollo social del pequeño. Es en los cuidados maternos y en los juegos donde el bebé construye su esquema corporal y todas las funciones que dependen de éste: orientación en el espacio y en el tiempo, equilibrio y motricidad, que son también básicas en el aprendizaje (27).

El cerebro en el recién nacido está por hacer. Su sistema nervioso goza de plasticidad, la plasticidad neuronal, que permite que el cerebro se construya según las interacciones y las experiencias que el bebé vive. Estas interacciones y experiencias son los estímulos que van creando la estructura anatómica y funcional del cerebro.

Los estudios por neuroimagen demuestran que el desarrollo de las neuronas, de sus dendritas o arborizaciones, de sus sinapsis, de los neurotransmisores necesarios para las conexiones y de la mielinización, dependen desde el principio de la vida, de la calidad y cantidad de estímulos que el niño reciba en su interacción con su entorno (28).

Las actuales investigaciones son importantes en la medida en que documentan las bases cerebrales del desarrollo mental y nos enseñan que el desarrollo del cerebro depende de la calidad de la crianza.

## Conclusiones

---

A lo largo de este capítulo hemos recorrido el concepto de parentalidad. También hemos dejado apuntadas realidades de nuestra sociedad cambiante y dinámica que se desarrollarán de forma más específica en otros capítulos.

Nos parecen importantes los cambios psíquicos inherentes a la parentalidad y que cada padre/madre tendrá que atravesar en su camino de ser padre/madre. Nuestra historia biográfica con sus identificaciones, roles vividos con nuestras propias familias, la cultura que nos envuelve, así como las circunstancias vitales que cada uno ha atravesado en la vida son factores que influyen en nuestra función parental.

Como planteaba Enma Furman “la entrada en la parentalidad es la capacidad de investir al niño como una persona amada y como una parte de uno mismo” (29). Ello remite tanto al amor objetal como al narcisismo. El equilibrio entre estas dos facetas se modifica a medida que el niño crece y va desarrollándose. La fascinante tarea de las primeras etapas del cuidado del hijo donde existe una adecuación perfecta debe dar paso a la diferenciación y autonomía del hijo/a. Helene Deutsch decía “las dos tareas más importantes como madre es cimentar de manera armoniosa su unidad con el niño y disolverla de la misma forma más tarde” (30). Los padres deben ser capaces de representarse al niño no solo como una persona dependiente y apegada sino como un ser separado.

Con frecuencia cuando surgen dificultades al ejercer como padres será el niño el señalado como problema y el que es traído a la consulta; en otras ocasiones los padres desde la percepción de sus propios conflictos acuden a consultar. En estas etapas es imprescindible considerar todos los aspectos de la parentalidad para una buena evaluación y orientación del tratamiento.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Stoleru S. La parentification et ses troubles. En: Levobici S, Weil-palper F. Psychopathologie du bebe. Paris; PUF. 1989. p. 113-130.
- 2.- Bibring G. Some considerations of the psychological processus during pregnancy. Psychoanalytical study of the child. 1959. 14:139-155
- 3.- Racamier P.C et al. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. L'évolution psychiatrique. 1961;26:526-570.
- 4.- Missonnier S, Cesbron P. Nueve meses para convertirse en padres. Dialogo entre una obstetra y un psicoanalista. Barcelona: Octaedro. 2014
- 5.- Houzel D. Convertirse en padres. En: Houzel D., Geissmann C., El niño, sus padres y el psicoanalista. Madrid. Sintesis. 2006. p.312-327
- 6.- Legendre P. Le dossier occidental de la parenté. Paris: Fayard. 1988.
- 7.- Grajon E. Transmision psychique et transferts en thérapie familiale psychanalytique. *Grupo*. 1989; 5:47-58.
- 8.- Winnicott, D. La preocupacion maternal primaria (1956). En D. Winnicott, Escritos de pediatria y psicoanalisis. Barcelona: Laia; 1981, pp. 405-412
- 9.- Bydlowski. M. La deuda de la vida. Itinerario psicoanalitico de la maternidad. Madrid: Biblioteca Nueva. 2007.
- 10.- Stern D. La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. Barcelona: Paidós; 1994.
- 11.- Stern D. El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Barcelona: Paidós; 1991.
- 12.- Papousek H. Papousek M. Intuitive parenting: a dialectic counterpart to the infant's integrative competence. En: Osofsky J.D. Handbook of infant Development. Nueva York. Wiley and Sons. 1987.
- 13.- Bowlby J. El apego. Barcelona: Paidós. 1998.
- 14.- Lamour M., Levobici S. Les interactions du nourrisson avec ses partenaires: évaluation et modes d'abord preventives et thérapeutiques. *Psychiatrie de l'enfant*. 1991;34.1:171-275.
- 15.- Winnicott, D. (1982). Realidad y juego. Barcelona: Gedisa.
- 16.- Geissmann, C. La capacidad para ser madre. En: Geissmann C, Houzel D., El niño, sus padres y el psicoanalista. Síntesis: Madrid, 2006. pp.239-248
- 17.- Martín Maldonado-Durán J, Lecannelier F. El papel del padre en la etapa perinatal. En: Martin Maldonado-Duran J, Bronckington. (Ed.). La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal. Whashington: Organización Panamericana de la Salud. 2011. p.45-66.
- 18.- Nanzer N. La depresion postparto. salir del silencio. Barcelona: Octaedro. 2015.

- 19.- Manzano J. Procreacion y crianza en los tiempos actuales. Introduccion general. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 2009; 48:7-20.
- 20.- Saber más sobre fertilidad y reproducción asistida. Madrid: Sociedad española de Fertilidad. 2011. Disponible en: [www.sefertilidad.com](http://www.sefertilidad.com)
- 21.- Ley 13/2005 de 1 de julio por la que se modifica el código civil en materia de derecho a contraer matrimonio. BOE. Num.157 de 2 de Julio de 2005.
- 22.- Puchades R. Sobre el significado de las nuevas parentalidades. Tercer Encuentro de Psicoanalistas de la Lengua Castellana. Madrid. 2016.
- 23.- Fonagy P. Teoría del apego y psicoanálisis. Barcelona: Espax S.A. 2004
- 24.- Brazelton TB, Cramer BG, La relación más temprana. Barcelona: Paidós. 1993.
- 25.- Spitz R. La première année de la vie de l'enfant. Paris: P.U.F., 1968
- 26.- Ainsworth MD, Blehar MC, Waters I, Wall S. Paterns of Attachment: apsyhological study of the strange situation. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Association, 1978.
- 27.- Torras de Bea E. Investigación sobre el desarrollo cerebral y emocional: sus indicativos en relación a la crianza. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 2010; 49, 153-171.
- 28.- Marrone M. La teoría del apego. Un enfoque actual. Madrid: Editorial Psimática. 2001
- 29.- Furman E. (1969) "On working with and through the parents in child therapy" citado en Green V. (2008) "El trabajo con los padres". En Geissman C. y Houzel D. Psicoterapias del niño y del adolescente. Madrid: Ed. Síntesis. pp. 573-586)
- 30.- Deutsch H. La psychologie des femmes. Paris: PUF; 1945

## 2. REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y VÍNCULO MATERNO FILIAL.

**Sonia Villero Luque .**

**Carmen Abellán Maeso.**

*“Si consideramos la actitud de los padres tiernos hacia sus hijos, habremos de discernirla como el renacimiento y reproducción del narcisismo propio, ha mucho abandonado...”* (Freud, S. 1914)

### 1.- Introducción y planteamiento del problema

---

De manera reciente se ha celebrado el Congreso internacional de expertos en infertilidad en septiembre de 2016 en la ciudad de Alicante (1). Uno de los retos a tratar era la cuestión de cómo alargar el período fértil del ser humano en la época actual. España ya se ha convertido en el primer país de Europa en número de técnicas de reproducción asistida llevadas a cabo. Según cifras de la Sociedad Española de Infertilidad, hasta 40 millones de parejas en el mundo son infértiles. Entre los factores apuntados como más relacionados con este hecho están los genéticos y el retraso en la edad para concebir.

A pesar de tratarse de una materia de actualidad, es un tema aún poco abordado desde la Psicología. Solo recientemente se están incluyendo en los protocolos de actuación de las clínicas y unidades de fertilidad aspectos psicológicos relacionados con las mismas. Y muchas veces el acercamiento desde nuestra disciplina está aún empañado por tabúes y sentencias que obedecen más a factores y prejuicios culturales y sociales que a una verdadera exploración de los aspectos intrapsíquicos que se ponen en juego en el diagnóstico de infertilidad y los procesos de reproducción asistida.

Pensamos que solo desde este análisis a partir de las experiencias personales de los sujetos protagonistas de esta historia se pueden establecer las bases teóricas desde las que poder hacer propuestas, tanto para el acompañamiento de los potenciales progenitores durante el proceso, como en la detección e intervención de posibles factores de riesgo para el establecimiento posterior de un vínculo seguro con los hijos fruto de este tipo de intervenciones.

## 1.2.- Condicionantes socio culturales.

### 1.2.1.-Exigencias socio culturales actuales.

Los fenómenos psíquicos están irremediablemente imbuidos por el contexto social y cultural que el momento histórico que protagonizamos nos presta. Vivimos en un momento, dado en llamarse *post o transmodernidad* (2, 3, 4), en que a la vez que aparentemente se relajan los valores y normas sociales, se deposita en el individuo un nivel de exigencia y unas expectativas de éxito necesariamente inalcanzables. Es la sociedad del “todo es posible”, del “no se puede renunciar a nada”, donde la frustración y el dolor no se toleran, sino que se medicalizan, imperando un ideal de perfección que induce insatisfacción y estrés. Y, sin embargo, para no dejarnos llevar por un añejo fatalismo, esta insatisfacción también actúa como motor de cambio y mejora en todos los aspectos del desarrollo humano, a excepción, tal vez, del humanismo que debería acompañar, y solo lo hace a trompicones y trastabillándose, en este acelerado proceso.

Fruto de este desarrollo ha sido el alargamiento de la esperanza de vida, no así de la vida reproductiva, especialmente de la mujer. Esta se incorpora a la vida laboral, lo que no obstante no se acompaña de la tan ansiada conciliación con la vida familiar. Dándose situaciones tan extravagantes como que mientras desde algunas voces procedentes de las patronales se cuestiona e incluso se sanciona a la mujer trabajadora (de la que se presume, en contra de todas las evidencias recogidas, ineficacia tanto en su desempeño laboral como en su rol familiar); desde algunas empresas privadas se las insta e incluso se les proporciona la vitrificación de óvulos para retrasar el momento de la maternidad y alargar el tiempo “sin baja laboral” de aquellas.

La opinión pública también resigna a la mujer a un callejón sin salida. De una parte, se sospecha y desconfía de la mujer que elige no ser madre

por considerarla egoísta e “incompleta”. De otro, amén de no apoyarla en sus roles diferenciales, se critica a la “madre-cuervo” (*rabenmutter*, tal como llaman en algunos medios alemanes a las madres que dejan a sus hijos menores de tres años al cuidado de una guardería), que “abandonan” a sus hijos por una supuesta “falta” narcisista para parecerse al hombre.

*Está amargada porque no es madre.*

En este panorama, una sociedad exigente, contaminada y estresada, no es de extrañar que hasta el 17% de las parejas que acuden a clínicas de reproducción asistida, según datos recientes, no tengan ningún problema de fertilidad, atribuyéndose a factores funcionales tanto masculinos como femeninos, la falta de éxito en la concepción. Y encontramos aquí un perfil muy concreto de casos, mujeres y parejas en torno a los 35 años que se ven abocados a las consultas de reproducción asistida sumidos en una a veces inconsciente ambivalencia, presionados por el inminente ocaso de la edad fértil y condicionados así mismo por la necesidad de éxito laboral, el enaltecimiento del supuesto bienestar que otorga el individualismo, el miedo al compromiso y al sacrificio, así como el lugar que hoy día ocupa el hijo en los países occidentales, como bien escaso y depositario de todos esos montos de exigencia.

### 1.2.2.-Perspectiva de género

Este dato nos remite nuevamente a la perspectiva de género. Sigue siendo un “lugar común” la atribución del fracaso en la concepción a la ansiedad, el llamado “ansia” de la mujer por quedar embarazada. Mensajes del tipo: “ya sabes, si estás nerviosa el embarazo se malogra” forman parte del imaginario común, del que no escapa el staff médico. Se deposita así la responsabilidad de la viabilidad del embarazo exclusivamente en la futura madre. Responsabilidad que inevitablemente la acompañará durante todo el proceso como una losa, abocándola si no se cuida este aspecto a un camino de soledad, alienación y aislamiento.

*(En quirófano, después de la transferencia de los embriones): “Ya sabes, vida normal, pero con tranquilidad y sin estrés. Si estás nerviosa ya sabes que no sale bien el embarazo”.*

El hombre ante esta situación no tiene, como cabría esperar, un lugar fácil. De hecho, parece estar en búsqueda de su lugar. Despojada a medias de la exclusividad de que gozaba en tanto proveedor de sustento en la dinámica



familiar e impelido a asumir funciones maternas y sin claros referentes a los que remitirse y sin poner en riesgo su masculinidad. Ahora ya no es la mujer sino la pareja la que se embaraza, alimentando así una fantasía de maternidad masculina.

Y así, si la fertilidad femenina se identifica con la “completud”, la satisfacción, el narcisismo; la fertilidad masculina se identifica en cambio con la potencia sexual. Si los significativamente nombrados “soldados” funcionan, parece salvaguardada la masculinidad.

*(En la sala de espera de una clínica de reproducción asistida el marido habla al teléfono mientras la mujer en silencio mira hacia otro lado) “¿Ves, papá? Ya sabía yo que mis soldaditos estaban en forma. Ahora hay que esperar a los resultados de ella”.*

Por tanto, y especialmente en este momento histórico, *fertilidad* es éxito e *infertilidad*, fracaso. De esta forma, el miedo al fracaso, el miedo a la infertilidad, se convierte en un condicionante más en aquellas parejas en las que se presumen factores funcionales en la no consecución de la concepción.

Independientemente de la problemática subyacente, esta perspectiva de género atraviesa lo social y lo institucional también. En lo social, como decíamos, ante un posible fracaso se hace necesario un reparto de culpas. Como al hombre no se le permite “ser impotente” a la mujer se le atribuye “estar ansiosa o insatisfecha”.

### **1.2.3.- El posicionamiento de la Medicina ante la infertilidad.**

En lo institucional, esto es, desde la medicina, por su parte, dejando a un lado aquel 17% de casos de parejas sin problemas físicos para concebir, se ha constatado desde hace años un reparto al 50% de causas de infertilidad femeninas y masculinas. Incluso en los dos últimos años algunos datos (4), apuntan hacia las masculinas (calidad del semen) como las primeras causas de infertilidad detectadas, por delante de los problemas tubáricos en las mujeres.

A pesar de estos datos, y aunque se ha avanzado al respecto desplazando el foco de la mujer a la pareja, tristemente en muchas clínicas hoy día se siguen dirigiendo los procedimientos, algunos de ellos invasivos y dolorosos como la histeroscopia, en primer lugar, a la mujer, y solo cuando se ha descartado la causa femenina se estudia, al varón. El personal de estas instituciones, aunque cada vez más cualificado también en materia de sensibilización y empatía,

a veces se deja llevar por los clichés anteriormente citados, y emite juicios de valor también posiblemente como una defensa ante las contradictorias e intensas emociones proyectadas por los usuarios de las mismas.

Este posicionamiento defensivo facilitó el que hasta hace relativamente poco tiempo, además de la orientación de los procedimientos hacia la mujer exclusivamente; se informase poco y mal a las parejas acerca de los protocolos y procedimientos a seguir; se descuidara el humanismo que necesariamente ha de acompañar a aquellos, incluyendo el lenguaje usado, los eufemismos que hablan de productos y de calidades de embriones, de abortos bioquímicos; se ignora el acompañamiento en “momentos clave” como el de la espera ante los resultados de las pruebas de embarazo, el de la no implantación e incluso en los abortos; y no se respetaran los tiempos necesarios de elaboración emocional en los protocolos.

*Después de un aborto es más fácil quedarte embarazada, así que es mejor hacer el siguiente ciclo lo antes posible.*

#### **1.2.4.- Condicionantes éticos y religiosos.**

Ante el inexorable avance de la técnica en este momento histórico, y los niveles de exigencia anteriormente citados, se hace inevitable una lectura desde la ética. Ética no exenta de los prejuicios de género antes mencionados y de condicionantes religiosos que ahora abordaremos. Así, ante todo, este panorama solo parece abrirse en dos caminos. El de la devota resignación ante los designios de infertilidad que lleva a algunos a cuestionar incluso la consideración infertilidad como problema de salud y lo consideran malinterpretando los datos de que se disponen y que atribuyen a la mayoría los casos funcionales en que no se observa patología subyacente (17%), como un bien más de consumo poniendo en tela de juicio la necesidad de sufragación de los procedimientos por la seguridad social.

*(Durante una extracción de óvulos complicada por una mala colocación uterina muy dolorosa). “Hay que aguantar, está aquí porque quiere.”*

Y el de la “huida hacia delante” en que “vale todo”, incluyendo el encarnizamiento físico de las técnicas y el impelirse o arrastrarse a veces las parejas, con poco tiempo y espacio para la reflexión, a procedimientos con una gran implicación emocional y difícil elaboración posterior como las donaciones de terceros o las “adopciones” de embriones.

*(Ante el fracaso de varios ciclos de fecundación in vitro buscando la próxima cita): “El siguiente paso es el ovodon, podemos empezar en septiembre”. (Ovodon: programa de donación de ovocitos).*

En un imperio de los “mass media” en que se nos vende a través de los seriales especialmente americanos una barra libre de donantes incluyendo los intrafamiliares y la maternidad subrogada hasta la fecha inaccesible en nuestro propio entorno, se arrojan aún más sombras y mayor confusión alrededor de estos procedimientos facilitando esa visión de toda potencialidad de nuestros días.

*La hermana que ofrece su óvulo ante la revelación de la infertilidad de una pareja.*

Por último, en una cultura de tradición judeo cristiana, a la vez que se sobredimensiona el rol materno en la mujer y el valor del sacrificio, se demonizan ciertos procedimientos ligados a la reproducción asistida mientras que se toleran otros en base a la supuesta esencia natural de los mismos. Lo que añade un monto de culpa durante los procedimientos.

*Los niños probeta como niños desnaturalizados.*

### **1.2.5.- La vergüenza. La clandestinidad del proceso.**

Ante todos los condicionantes sociales, culturales, éticos y religiosos, no es difícil imaginar que se cierna sobre los individuos o parejas que participan de un proceso de reproducción asistida una cierta clandestinidad, que se hace mayor cuando se constatan casos de esterilidad.

Aunque como hemos visto cada vez se hacen más frecuentes estos procesos, aún existen muchos tabúes que dificultan su visibilidad y naturalización, así como la elaboración posterior de los conflictos emocionales que surgen durante los mismos. Es difícil *naturalizar* ante el drama, utilizar defensas sanas como la búsqueda de apoyo o el sentido del humor, con estos condicionantes ejerciendo una fuerte presión que lleva a muchos padres a la retirada y restricción social.

## **2.- Vía de entrada en un proceso de reproducción asistida.**

---

De lo anteriormente expuesto entendemos que las vías de llegada a un proceso de reproducción asistida tienen particularidades que posteriormente van a influir en los procesos intrapsíquicos que se ponen en marcha durante el proceso y en los conflictos a resolver.

Así, tendríamos por un lado a las parejas o mujeres no infértiles que sin tener un problema físico que subyazca a la no concepción, deciden iniciar un proceso de reproducción asistida por algún tipo de condicionamiento social. Estos casos no están sufragados por el sistema público de salud.

Por otro lado, separaríamos los casos especiales de parejas homoparentales donde el deseo de maternidad no puede ser satisfecho de otro modo, así como la monoparentalidad. Son situaciones derivadas de un proyecto personal de vida en el que no se contempla en principio una relación de pareja, pero sí una relación filial que se origina al margen de ella: los hijos son anteriores a una posible relación conyugal. No es un punto de llegada, sino de partida. Lo que caracteriza estas situaciones es ser fruto de una opción voluntaria y libremente elegida, pero en el que ausencia del padre es, sin duda, una de las problemáticas específicas en este modelo de familia. Así, la importancia que para las mujeres tiene la figura del padre les conduce a elaborar una representación del mismo o bien a negarlo y ocultarlo. La madre soltera puede moverse así en la culpa entre otras cosas por sentir propia la privación del padre biológico a su hijo.

Otras vías de entrada en estos programas más infrecuentes serían la de preservar material genético (ovocitos, espermatozoides o incluso embriones) y permitir futuras gestaciones en casos de tratamientos radio o quimioterápicos que conlleven alto riesgo de esterilidad e incluso tras el fallecimiento del cónyuge masculino tras la autorización del mismo; la elección de un embrión determinado mediante el diagnóstico pregestacional o incluso la donación de un tercero a la pareja para minimizar el riesgo de transmisión de enfermedades de alto riesgo genético que no sean susceptibles de diagnóstico pregestacional.

Por último, por ser los casos más frecuentes (en torno al 80%) y la vía tradicional de entrada en estos programas de reproducción asistida, estarían los casos de esterilidad, esto es, los que tienen algún problema físico que impide la concepción.

### **3.- Aspectos diferenciales de la esterilidad como puerta de entrada a la reproducción asistida.**

---

Abordábamos arriba la clandestinidad que a veces acompaña a la participación en un programa de reproducción asistida y que se hace más evidente en los casos de esterilidad.

La revelación de la esterilidad va ligada a las identificaciones de que hablábamos antes, las etiquetas en el caso del varón de impotente y en el caso de la mujer de insatisfecha. La sensación de fracaso ante una meta supuestamente inherente al ser humano de perpetuación y especialmente *narcisizada* en este momento social, genera vergüenza.

La angustia primitiva ligada a la posibilidad de la no perpetuación, de la no parentalidad, no puede asumirse fácilmente y se tapona desde el entorno a través de la negación “*seguro que cuando estéis más tranquilos podréis tener hijos*”, la huida hacia delante “*hoy en día hay muchas técnicas para conseguirlo*”, o la resignación “*siempre podéis adoptar*”. Estos intentos por taponar la angustia transmiten a su vez una imagen de tragedia, de pérdida inconsolable, y de aislamiento por la falta de empatía. Lo “no hablado”, lo “no mirado”, no puede ser elaborado.

Así pues, aún en los casos en que la esterilidad sea fácilmente tratable, se hace necesaria la elaboración de un primer duelo, el de la parentalidad “natural”. Del mismo modo en que la experiencia de embarazo y maternidad están idealizadas en nuestra cultura, también lo está el momento de la concepción como acto de infinito amor y satisfacción, también a nivel sexual, por supuesto. Las parejas estériles se ven privadas de esta idealización. Van a tener que disociar durante el proceso la concepción del sexo, lo que ineludiblemente tendrá repercusiones en su salud sexual y en la dinámica de la pareja.

### 3.1.- Duelos.

Acabamos de mencionar el duelo de las parejas estériles de la parentalidad natural.

En los procesos de reproducción asistida se da un fenómeno a nuestro juicio especial y es el que vamos a llamar, emulando un poco al concepto de trauma acumulativo, el de los *duelos acumulativos*. Más que un duelo, se dan una serie de duelos, aunque cada caso sea diferente. Las parejas, o la mujer, se enfrenta a veces a la tarea de ir elaborando duelos consecutivos y algunos de ellos parciales mientras corre el socialmente llamado “reloj biológico” hacia atrás, lo que le convierte en un duelo especial. Muchas veces, como señalábamos, debido a la clandestinidad que rodea a estos procesos, el camino se recorre en solitario, lo que impide la validación y el reconocimiento del dolor por la pérdida y por tanto dificulta la elaboración de la misma.

### 3.1.1.- La pérdida del hijo ideal anticipada

En primer lugar, todo el que llega a un proceso de reproducción asistida ha de hacer el duelo por la pérdida de la gestación natural y por tanto del hijo natural. Mencionábamos la idealización del acto de la concepción. También, y este concepto sí ha sido ampliamente tratado en psicología, abordamos aquí la pérdida del hijo ideal (5, 6). Ante los intentos a veces prolongados en el tiempo previos a la incorporación a un programa de reproducción asistida, se adelanta, se anticipa, todo el trabajo de fantasear sobre el hijo ideal y la maternidad que de forma habitual tienen su momento álgido ante el descubrimiento de un embarazo. Fantasías que en este caso se ven empañadas por el temor a la no maternidad ante el “fracaso” repetido en la concepción. Esperanza y desesperanza se alternan en el tiempo o incluso coexisten de forma continuada. Esto es, al miedo habitual de la madre gestante a perder a su hijo durante el embarazo o el parto, se une en estos casos particulares el temor a perder la posibilidad de gestar. Duelo del hijo ideal al que se va renunciando y tal vez sustituyendo por ese hijo que se va construyendo con todo el peso de lo vivido durante el proceso. Al que hay que añadirle el duelo del ideal familiar, *¿será hijo único?* Añadiendo así el duelo también por los hermanos que, tras él, posiblemente ya no nacerán.

En este trabajo anticipado en torno al hijo ideal, y las proyecciones en torno a este en forma de identificaciones y temores, no queremos dejar de mencionar posibles escenarios que se dan también durante estos procesos. Uno de ellos sería el del temor a la malformación. Algunas técnicas de fecundación se acompañan realmente de mayor riesgo en el posible embarazo posterior, tanto de aborto, como de embarazo múltiple y prematuro, así como de mayor riesgo de problemas psicofísicos en el niño. La fantasía de pérdida y malformación del hijo natural que se evidencian en cualquier gestante se hacen más reales en estos casos. Si bien estos riesgos se minimizan desde el entorno, invalidándose los miedos.

(Ginecólogo): *“No te preocupes, no vas a tener a un hijo monstruo, en ese caso lo más probable es que tengas un aborto o se muera al poco de nacer”*. Sentencias lapidarias que queden probablemente inscritas para siempre en todo lo vincular si el embarazo finalmente sigue su curso.

El otro escenario sería el de la donación de espermatozoides, ovocitos o incluso embriones. El donante es un desconocido que elige la institución en el mejor de los casos en base a parámetros como el grupo sanguíneo del progenitor

al que “se sustituye”, anticipando una ocultación posterior al niño sobre el origen de su parentalidad biológica; y aspectos de apariencia física, así como una aparente liberación de antecedentes médicos de interés.

Esta situación puede propiciar toda clase de incertidumbres respecto a filiación y herencia en el niño, así como fantasías de adulterio en la pareja y una cierta extrañeza respecto al hijo que va a venir. “¿Voy a ser capaz de quererlo? ¿Voy a encontrarme en él, o a mi pareja en él?” Con las implicaciones obvias para el posterior establecimiento del vínculo con este. En la reproducción asistida, la parentalidad se define por la intencionalidad de los que quieren ser padres y no por los hechos biológicos de la reproducción. Existe una disociación entre los hechos naturales de la reproducción y la construcción de los hechos de la reproducción. ¿Qué significado tiene para las relaciones de parentesco un modo de reproducción biomédico que necesariamente *objetiviza* las partes del cuerpo reproductivo?

### **3.1.2.- Duelo de la posibilidad de gestación o del hijo biológico**

Una vez iniciado el proceso de reproducción asistida, y según el caso, en los más graves casi desde el comienzo de aquel, se va anticipando un posible duelo ante la posibilidad de gestación y maternidad. Así, cuando uno o ambos miembros de la pareja, presenta un problema grave para gestar al mismo tiempo que participan de las intervenciones que pueden posibilitar la gestación y conservar la esperanza, han de tener en consideración la posibilidad de que todos esos procedimientos no tengan éxito y no puedan tener nunca hijos biológicos. Este duelo es parcial durante el proceso y solo tras el mismo puede tratar de elaborarse. Si ha tenido éxito la reproducción asistida habrá que elaborar el miedo a la pérdida que puede permanecer e influenciar el establecimiento del vínculo madre-hijo en primera instancia. En caso de fracaso de las técnicas y claudicación de la pareja resulta especialmente compleja la elaboración de este duelo, dado que al tratarse de una decisión que parte precisamente de ellos y no tanto de la “técnica” que casi siempre promete un posible éxito de una u otra manera, se conserva una cierta fantasía de gestación bien por pensamiento mágico (procedente del imaginario común) o por aplazamiento de la decisión de retomar o iniciar otras posibles técnicas.

*“Yo conocí a unos que después de los cuarenta y cuando ya habían adoptado se quedaron embarazados”.*

### 3.1.3.- Duelos en cada ciclo ante la no implantación

Cada ciclo en que se participa va precedido de un fracaso del anterior, que en definitiva es un pequeño duelo por la gestación que no ha tenido éxito (el embrión no se ha implantado). El reto es cómo llorar la pérdida de algo que “no ha sido”. Y a pesar de todos los eufemismos, y de todos los intentos por no personificarlos (cualificados pulcramente como de calidad A, B, C o D), al final, emocionalmente, los embriones son hijos que se pierden. Y al final, son “viables” o menos “viables”; es decir, “bonitos” o “feos”, “fuertes” o “débiles”. Imposible no proyectar sobre ellos: “*Me decían que era un D, y míralo, ahí está*”. Pero ¿cómo doler a un producto de laboratorio, a lo que no se sabe si tiene consideración de vivo o no vivo? Se trata del caldo de cultivo perfecto para sufrir experiencias de estrés y trauma. Y si en el aborto, que a continuación abordaremos, hay escasa validación social, factor íntimamente relacionado con la posibilidad de elaboración del trauma, ante una pérdida que no tiene ni siquiera nombre, la de la no implantación del embrión, la posibilidad de validación social del sufrimiento es casi inexistente.

Como decíamos, la “cosificación” de los embriones a través del uso del lenguaje, temas éticamente tan controvertidos como la preservación de los mismos tras las técnicas, su donación para la ciencia o para otras parejas, su destrucción, son fenómenos no exentos de correlatos emocionales complejos.

### 3.1.4.- Duelo gestacional

La pérdida de un hijo ha sido ampliamente tratada en la literatura científica. Los propios Freud y Klein hubieron de reformular sus teorías al enfrentarse ellos mismo a la pérdida de Sophie en el primer caso y de Hans en el segundo. Del amor que se desplaza a otro objeto se pasa a la consideración del “dolor que no cesa”.

Menos se ha escrito sobre la pérdida de un hijo durante el período gestacional. “Perder un hijo, durante el período gestacional, puede provocar un duelo complicado en los padres que han perdido a su bebé” (7)

Algunas de las parejas que participan en procesos de reproducción asistida se enfrentan a la realidad de pérdidas gestacionales, como abortos en diferentes estadios de evolución. Otro ejemplo sería el embarazo selectivo, cuando durante la gestación se “elimina” a un niño al detectar la presencia de malformaciones.



Entonces podemos pensar en la fantasía del hijo sano, por si ha sido el causante del daño al hermano no nacido. Y ahora, ¿tiene que expiar su culpa por haber sobrevivido?

El tema de los duelos ante las pérdidas gestacionales está siendo objeto de interés creciente. El aborto ya suele rodearse de un cierto tabú en situaciones de maternidad natural, minimizándose la repercusión del mismo tanto en la madre como en el resto de la familia. Hasta hace poco todos los abortos se trataban como cualquier otro material de desecho quirúrgico y no se tenía ningún tipo de consideración emocional al respecto. También por precepto religioso los niños no natos no tenían derecho a ser enterrados en el cementerio. En la actualidad pueden recibir sepultura los niños no natos de más de seis meses de gestación. Sin duda este ritual puede facilitar el proceso de duelo asociado a la pérdida. Pero ¿qué pasa en los otros casos? Se trata de un duelo desautorizado porque, *¿cómo se puede llorar a un hijo que nunca existió?*"

En los casos de reproducción asistida además de la pérdida del hijo que no ha nacido se llora la posible pérdida de la única gestación que la madre va a experimentar, de manera que se llora al niño y a la experiencia de gestación. A menudo también se asocian a estas experiencias sentimientos de culpa en la madre por no haber llevado a término en el embarazo.

#### **4.- Algunos fenómenos intrapsíquicos durante el proceso.**

---

A lo largo de la exposición hemos abordado diferentes fenómenos que se dan en la psique de la pareja durante el proceso de reproducción asistida. Los sentimientos de vergüenza, soledad, culpa. La angustia primitiva. Las fantasías de gestación, de adulterio. Las proyecciones en el hijo. El pensamiento mágico. Los duelos consecutivos.

En este epígrafe, que podría ser infinito, y que habría además que contextualizar con la historia previa de los posibles progenitores (psicobiografía, pérdidas previas, personalidad de base), querríamos añadir algunas ideas más.

Una de ellas, la primera, sería la envidia. En *Envidia y Gratitud (1957)*, Melanie Klein llegó a la conclusión de que la envidia es "uno de los factores más poderosos de socavamiento, desde su raíz, de los sentimientos de amor y gratitud" (8).

Introducimos estos conceptos en relación a la culpa que a veces sienten los sujetos sometidos a técnicas de reproducción asistida respecto a las parejas que acceden de forma natural y aparentemente sencilla a la parentalidad, ante la emergencia de sentimientos de envidia y enojo hacia ellas, lo que aumenta probablemente la sensación de soledad y aislamiento. Esta envidia hacia el resto, que genera más culpa. Difícil convivir con el sentimiento de que cualquiera puede conseguir, incluso sin querer, lo que a uno tanto le cuesta. Coexisten deseo de gestación y deseo de maternidad en la mujer, que a veces pueden llegar a disociarse incluso.

Otra idea que introduciríamos en este epígrafe es la de la excesiva autoconsciencia respecto a la posibilidad de gestación en la madre o la excesiva vuelta hacia el cuerpo de la misma.

#### 4.1.- La vuelta hacia el cuerpo en la mujer sometida a técnicas de reproducción asistida.

Uno de los fenómenos más consistentemente referidos en las mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida es la de una cierta regresión, una excesiva focalización hacia los fenómenos y experiencias corporales que vivencia. Por un lado, está la realidad del sometimiento a técnicas invasivas, a veces físicamente dolorosas y ligadas a sentimientos a vergüenza y cierta humillación. La exposición de la desnudez de lo más íntimo repetida en el tiempo, máxime si la institución no cuida que estos procesos vayan acompañados de cierto humanismo, puede llegar a ser vivida por algunas mujeres de forma traumática, violenta. La influencia de los tratamientos hormonales en las emociones, de los cambios físicos en el esquema corporal, las técnicas más invasivas como las exploraciones, inyecciones intradérmicas, la punción de los óvulos, la transferencia de embriones, en cierto modo son agresiones al propio cuerpo con mayor o menor repercusión física y psíquica según el individuo. Por otro lado, la expectativa de embarazo conlleva una mayor autoobservación de las señales corporales en la mujer, el aumento mamario, la inflamación del abdomen, los flujos vaginales. La angustia mediatiza esta relación de la mujer con el cuerpo.

A nivel psíquico este momento es especialmente propicio para las fantasías de gestación, así como para los sentimientos de culpa y todo tipo de pensamientos mágicos en torno a la influencia de los propios actos en el

éxito o fracaso, alimentado por los prejuicios sociales de que hablábamos al comienzo, del embarazo. También lo sería en casos graves, para el desarrollo de una “depresión blanca”. Se puede dar una disociación o sentimientos de extrañeza respecto al propio cuerpo, entendido incluso como mero “recipiente” un objeto en el proceso.

#### 4.2.- La pareja durante el proceso de reproducción asistida.

Ya hemos comentado algunos aspectos en relación con la pareja y en especial la dinámica en la pareja que se puede dar durante un proceso de reproducción asistida. En la reproducción asistida se disocia la sexualidad del parentesco, y la reproducción de la consanguinidad. La consanguinidad no viene dada, sino que es elegida y construida. Como dijimos más arriba, hay una intencionalidad en las relaciones de parentesco: un óvulo donado no significa una conexión con otra persona sino la posibilidad de una nueva descendencia. La descendencia depende del “proyecto parental”, y las técnicas de reproducción asistida se ponen al servicio del mismo.

En cierto modo, cada uno de los miembros de la pareja debe realizar un trabajo personal de elaboración de las ansiedades que se generan en cada uno de ellos, las identificaciones de que hablábamos antes, los sentimientos de impotencia y la frustración que se genera, pero también realizar una serie de tareas conjuntas para poder asumir como sistema los cambios que se han generado. Indudablemente se va a poner sobre la mesa un reparto de culpas que ha de ser bien trabajado para que no supongan posteriormente créditos sin resolver entre ellos. Por otro lado, como apuntábamos, se disocia el sexo de la reproducción, con los consiguientes efectos sobre la salud sexual de la pareja. Hecho este que puede verse perjudicado además por los fenómenos que se dan en particular en la mujer ante la participación en procedimientos invasivos lo que podría generar incluso un rechazo hacia el sexo o verse este influenciado por los sentimientos de impotencia ligados a la esterilidad, especialmente en el varón. Las fantasías de adulterio y las ansiedades respecto a la filiación del niño en procesos que impliquen donación también son un reto a que ha de enfrentarse la pareja. Si la técnica, además, implica que uno o ambos progenitores no sean los que aporten material genético, esto es, si se da una disociación biológico-social (9), puede haber dificultades en el proceso de identificación con el hijo. El progenitor que no aporta material puede sentirse

desautorizado en su rol tanto en la tarea de la constitución del vínculo como en tareas puramente educativas como todo lo normativo. Y en este contexto nos es de extrañar que puedan surgir rivalidades o celos entre ambos progenitores.

## **5.- Implicaciones del proceso en el posterior establecimiento del vínculo madre-hijo.**

---

Como hemos visto, los fenómenos psíquicos normales de atribuciones, ambivalencias, culpas, proyecciones, identificaciones... se adelantan en procesos de reproducción asistida desde mucho antes del nacimiento. Este trabajo, si se hace, se anticipa. Todos estos aspectos importantes a considerar pues de manera muy probable, se trasladarán a la crianza. Es una realidad que algunas técnicas biológicas implican mayor riesgo biológico para el niño, más prematuridad, con todo lo que ello conlleva, así como también la propia anticipación de los padres a que el niño venga “con algún problema” que puede generar mayor ansiedad y por tanto facilitar la conformación de un patrón de vinculación inseguro e incluso facilitar por aquello de la “profecía autocumplida”, el que el niño acabe respondiendo a las expectativas de “niño enfermo”.

En un sentido psicoterapéutico decimos que incluso aunque los tratamientos culminen con éxito, las personas que los han vivido pueden portar un “legado” que marca un antes y un después de los mismos. Empezando por la vivencia de fracaso de los primeros motores generadores del deseo de tener un hijo, ya descritos por Brazelton y Cramer (10), nos encontramos delante de otros aspectos como una herida narcisista al no haber podido realizar un embarazo natural; que falla la identificación con los propios padres, que el hijo provee una autoimagen dañada; que aparece un primer sentimiento de tener que renunciar al logro de los ideales y oportunidades perdidas a través de este hijo, etc. La culpa juega, además, un importante papel, fundamentalmente en la madre por sentirse con frecuencia la responsable, como también la angustia por la peligrosidad del interior del cuerpo de la madre una vez prospera la gestación, o la falta de intimidad en los procesos y un largo etcétera de elementos comunes en todas las madres y padres que participan de los procesos de reproducción asistida, además de los arriba descritos. Puede además generarse un conflicto ético en torno a si los padres revelan al hijo su origen o

no. De hacerlo puede suponer para el hijo dificultades en su propio proceso de filiación. De no hacerlo, la constitución de un secreto familiar, por el peso de lo no hablado, tendrá un impacto en el psiquismo, y por ende, en el desarrollo del niño.

## **6.- Posibles campos de actuación desde la psicología en procesos de reproducción asistida.**

---

Para la mayoría de las personas, los procesos de reproducción asistida pueden ser vividos de una manera difícil e incluso traumática, que pueden llegar a desestructurar el ajuste psíquico, por supuesto si se contempla también que el proceso finalmente puede culminar en la renuncia o la imposibilidad. Si bien no es posible ni razonable plantearnos un *tratamiento psicológico de la infertilidad*, la orientación e intervención psicoterapéutica nos ofrece sin embargo una oportunidad muy valiosa para elaborar y manejar adecuadamente estas vivencias.

Lo que resulta claro es que estos momentos de gran intensidad emocional, si no son atendidos, con el paso del tiempo generalmente quedan *borrados* de la superficie, negados o escindidos; pero desde lo más profundo pueden ir afectando y condicionando el desarrollo del niño y la relación de sus padres con él.

Si no se puede elaborar el papel de estas vivencias, pueden aparecer serias dificultades para construir un vínculo. Si no se puede hacer una identificación sana con el hijo, ni este satisface el deseo ni las fantasías, será un bebé que no podrá fácilmente filiarse. Esto es de gran importancia, no solo para el desarrollo de la relación y el tipo de vínculo que se formará sino para también poder facilitar los procesos de duelo en el caso de un desenlace fatal o la aparición de alguna discapacidad o enfermedad grave.

¿Cómo se articula la parentalidad con el apego? Así se establecen trastornos graves de apego con importantes deficiencias en los vínculos específicos con la madre, quien tiende a describir al bebé con expresiones tipo: “él no es arisco, ni extraña a nadie, podría marcharse con cualquiera”. O, por el contrario, con formas de hiper-apego compensatorio, con importantes dificultades de separación que tienden a anular las debilidades en la intensidad y profundidad del vínculo recíproco. Así, se establecen limitaciones más o menos importantes

de los intercambios placenteros madre-bebé que limitan el “input”, en este último, de experiencias positivas que van a condicionar al conjunto de su funcionamiento: motricidad, lenguaje, experiencias cognitivas, simbólicas, y a restringir un desarrollo más autónomo (11, 12).

Desde nuestra experiencia clínica no es infrecuente encontrar ansiedades de los padres asociadas a estas experiencias, y que pueden manifestarse como trastornos de la alimentación (anorexia o sobrepeso), trastornos del sueño, ser un niño hiper o hipoestimulado, trastornos fóbicos, y además todos aquellos relacionados con los trastornos del vínculo (6, 11).

Por todo lo anterior, consideramos que resultará fundamental explorar y tener presente, como profesionales de la salud mental, todo aquello acontecido previamente a la gestación: el surgimiento del *deseo* de tener un hijo, cómo se ha ido articulando y gestionando, el trabajo con las pérdidas durante los procesos, el propio proceso médico por el que cada pareja de futuros padres transita, la relación con sus propios padres y, en fin, todas aquellas cuestiones que influirán en el estado emocional y la vivencia que tendrán en el caso de lograrse el embarazo o de prosperar y llegar a término.

Y, por último, no dejar de considerar que, en otras ocasiones, sin embargo, el proceso no culmina finalmente con la gestación. Aquí el trabajo psíquico puede ser la reconstrucción de la historia de vida, la resignificación de la existencia vital, del concepto de uno mismo, sintiendo (que no sólo *entendiendo*) la carencia no como algo que nos falta, sino como algo que no tenemos. Tal vez el único ajuste posible ante la infertilidad sea aceptarla como inaceptable. La meta no es tener uno o más hijos, sino sentir la parentalidad como una faceta de la madurez del ser humano (13), pero no la única.

Finalmente, merece la pena finalizar este capítulo con la mención de algunas iniciativas de intervención en nuestro país como el *Proyecto IPTRA*: Intervención Psicológica en Técnicas de Reproducción Asistida (14) que, aunque desarrollada en un principio para estructurar la formación especializada de los profesionales en este campo, también ha sido aplicada a nivel asistencial en servicios públicos sanitarios. Resulta importante este tipo de iniciativas que promueven la sensibilidad hacia estos aspectos psíquicos, con frecuencia oscurecidos.

Según el mismo, La mayoría de las intervenciones psicoterapéuticas pueden articularse mediante planes de actuación promedio entre 12-24 sesiones, con un ritmo ajustado a ciclos y fases de los tratamientos médicos y con algunas recomendaciones que pueden servirnos de organizador lógico (14).

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Instituto Bernabeu. Expertos mundiales debaten en Alicante cómo prolongar la vida fértil de la mujer. [Última actualización 30 de septiembre de 2016; Última consulta 5 de septiembre de 2017]. En [diarioinformacion.com](http://www.diarioinformacion.com/alicante/2016/09/30/expertos-mundiales-debaten-alicante-prolongar/1811702.html). Disponible en: <http://www.diarioinformacion.com/alicante/2016/09/30/expertos-mundiales-debaten-alicante-prolongar/1811702.html>.
- 2.- Dussel E. Transmodernidad e interculturalidad Interpretación desde la Filosofía de la Liberación. En: Fornet-Betancourt R. *Crítica intercultural de la filosofía latinoamericana actual*. Madrid: Edit Trotta; 2004.
- 3.- Lyotard J F. *La Condición Postmoderna. Informe del Saber*. ED Catedra SA; 1987.
- 4.- Ana Fajardo. La infertilidad afecta ya a más hombres que a mujeres. [Fecha de última actualización 8 de nov 2016; Última consulta 5 de septiembre de 2017]. [Levante-emv.com](http://www.levante-emv.com); 2016. Disponible en: <http://www.levante-emv.com/vida-y-estilo/salud/2016/11/08/infertilidad-afecta-hombres-mujeres/1489563.html>
- 5.- Manzano J., Palacio-Espasa F. Y Zilkha, N. Los escenarios narcisistas de la parentalidad: clínica de la consulta terapéutica. Bilbao: Altxa. 2002.
- 6.- Coartada M, Tarragó R. Intervenció psicològica des d'una unitat de cures intensives neonatals. *Revista de L'Associació Catalana d'Atenció Precoç*. 2006; 25: 108-121
- 7.- Álvarez M A, Claramunt L G, Carrascosa y Silvente S. *Las Voces Olvidadas. Pérdidas gestacionales tempranas*. Tenerife: OB STARE; 2011.
- 8.- Klein M. *Envidia y gratitud. Obras Completas, Tomo III*. Buenos Aires: Paidós, 1957.
- 9.- Grau Rubio, Fernández Hawrylak. Relaciones de parentesco en las nuevas familias. *Disociación maternidad/paternidad biológica, genética y social. Gaceta de Antropología*. 2015; 31.
- 10.- Brazelton T B, Cramer B. *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós; 1991.
- 11.- Bolwby J. *A secure base: parent-chile attachment and Healthy human development*. New York: Basic Books; 1988.
- 12.- Tizón J L, Amado N, Jufresa P y cols. ¿Vidas Paralelas?: hacia el año de vida (y II). *Psicopatología y Salud Mental del Niño y Adolescente*. 2009; 14: 73-80.
- 13.- Ávila Espada A, Moreno-Rosset. La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del psicólogo*. 2008; 29 (2):186-196.
- 14.- Moreno Rosset C. *Infertilidad y Reproducción Asistida. Guía práctica de intervención psicológica*. Madrid: Pirámide; 2009.

### 3. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

**Marta Báez López.**

#### **Adolescencia: un tiempo de transformación**

---

Todos sabemos que la adolescencia se define como un tiempo de cambios y transformaciones externas e internas dentro de una etapa de la persona en su camino hacia la madurez. Es un período de la vida que se inicia en la pubertad y finaliza cuando la persona consigue ser autónoma y hacerse responsable de su vida. Se abandona la identidad infantil y se construye la del adulto a través de la consecución de un medio de vida propio, procurándose aquello que se necesita y estando suficientemente satisfecho con ello. Es por tanto un proceso complejo de transformación y cambio especialmente acentuado en desconcierto, miedo, riesgo e inseguridad. El adolescente va explorando, ensayando, probando, tanteando, para descubrirse y conformar su identidad en un tiempo de transición hasta conseguir un espacio propio dentro de un proceso de elaboración psíquica hacia la adultez en el mejor de los casos.

Según la teoría psicoanalítica, la identidad se construye a través de un proceso complejo de identificaciones (1). Este concepto, aparece en la adolescencia como un fenómeno necesario ante un período de incertidumbre y de tránsito en el que la persona se pregunta por un sí mismo que todavía no reconoce con nitidez ni certeza. Un sí mismo también, necesariamente en relación y en diferencia con el otro, del que a la vez se depende y se necesita. Es decir, un complejo proceso en el que tiene que encontrarse, identificarse, diferenciarse y separarse. La identidad se constituirá en hombres y mujeres según modelos existentes de conducta diferenciados, en función de la identificación con el género preferido, como una forma de estar en la vida, de sentirse uno con los otros. Es un período que requiere de un tiempo de metabolización y digestión para encontrar esa continuidad, certidumbre y congruencia mantenida en el



tiempo, dentro de la persona, que le permite sentirse a gusto, cómodo consigo e integrado en el contexto en el que se vive.

En esta etapa movediza de la vida, se producen modificaciones corporales importantes en un recorrido que finaliza con el cuerpo adulto y que se inicia con la menarquía en la joven que le capacita para reproducirse y la primera emisión seminal en el chico. En este tiempo, los cambios del cuerpo hacia la integración de un cuerpo maduro sexualmente, suceden a veces de forma brusca y esto produce confusión, escapa al control de la persona y por ello el adolescente siente desequilibrios, turbulencias, desacompañamiento, desconcierto, extrañeza... La sexualidad irrumpe con fuerza en este momento con un intenso desarrollo de deseos y pulsiones sexuales desconocidos hasta entonces y que constituyen una de las cuestiones más difíciles de asimilar emocionalmente. Lo pulsional al servicio de la reproducción se exagera y se convierte en un imperativo que lleva a la acción, produciendo situaciones indeseadas como posibles embarazos en ocasiones, ya que la sexualidad vivida ahora, deja de ser un juego fantasioso como lo era en la niñez y pasa a tener consistencia de realidad, lo que supone necesariamente consecuencias de mayor envergadura que supone una mayor responsabilidad sobre el acto.

Como consecuencia de todas estas alteraciones, que funcionan al alimón de forma más o menos acompañada, en el cuerpo y en la psique, la persona se siente vulnerable, frágil, a veces amenazada, otras veces en duelo y a veces confundida. Por ello suceden a menudo mecanismos internos defensivos con pensamientos disociados, ansiedades confusionales, estados depresivos, proyecciones de lo no resuelto o no deseado puesto en los otros, estados de ánimo oscilantes, conductas de arrogancia y soberbia, un impulso frecuente a actuar unas veces para ejercer el control y dominar y en otras ocasiones, para descargar fuera su malestar interno con el objeto de comunicarse, ponerse a prueba, pedir o defenderse, en un campo de actuación donde se mueven ansiedades primitivas que remueven los cimientos psíquicos en la compleja construcción de una nueva identidad.

Como siempre, habrá que tener en cuenta que cada adolescente tendrá su propia manera de vivir este proceso vital en función de variables internas personales que habrá que valorar de forma exhaustiva en caso de ser necesario, así como también, de circunstancias externas y sociales según contexto. Esto nos servirá para identificar y evaluar las fuerzas internas que actúan: si éstas son tendentes al desarrollo, a la vida, el progreso o todo lo contrario.

Los adolescentes inmersos en los cambios que les acontecen, se encuentran asimismo dentro de una época en la que se suceden importantes transformaciones también en la forma de vivir la vida, de tal manera que nos encontramos con la confluencia de un tiempo de modificaciones en la persona en su camino hacia la adultez, a la vez que, en un mundo de variaciones vertiginosas en la vida familiar, la vida laboral, en el mundo de la tecnología y por tanto en las relaciones interpersonales. Como se define la sociedad en la que se vive, también va a tener una incidencia en la consabida identidad que se forma el adolescente. La diversidad cultural en la que nos encontramos dentro de procesos complejos de mestizaje, las formas variadas y difusas de entender las distintas realidades, la comunicación, la lluvia de información continua y ambivalente, así como el ofrecimiento de vidas posibles a través de los medios de comunicación y la tecnología, devienen en la creación de mundos fragmentados con diversas y variadas visiones, respuestas diferentes y ambiguas sobre un mismo hecho que ensombrecen y tamizan la luz en el manejo y elección de un estilo de vida, de la relación consigo mismo, de la propia corporalidad y en la necesaria elección identitaria.

Debemos contemplar que la forma de entender la adolescencia y los problemas emocionales y relacionales ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Un adolescente hoy y en nuestro contexto, no es comparable a un adolescente de hace años, aunque sigan existiendo elementos comunes en distintos momentos históricos dentro de este proceso vital. No es ya solo un tiempo de crisis, sino un tiempo de reestructuración y tránsito. Es una oportunidad para crecer a la par que “un tiempo depresivo de duelos: por el cuerpo infantil perdido, el rol y la identidad infantil y por los padres de la infancia en su función de protección y refugio”. (2). También de angustia por el no encuentro en el presente y la incertidumbre del futuro, de búsqueda de una identidad que llevará tiempo, esfuerzo, inseguridad y desconocimiento, sobre lo que se es, se tiene y se desea, con sensación frecuente de vacío, así como una cierta o intensa fragilidad y la importancia del acto sobre el pensamiento, de lo que se percibe y se siente sobre lo representativo.

En muchas ocasiones aparece la prisa por saltarse una etapa de malestar en el crecimiento, ante la inevitable espera a ser en el después, como forma de resistencia al desconocimiento de los cambios que se están produciendo y conseguir una diferenciación suficiente con sus progenitores. En este sentido, la dependencia e independencia con respecto a los padres va a tener

importancia. Para crecer y asegurarse necesita todavía a sus padres que pueden resultar amenazantes con respecto a la propia identidad y de los que por otra parte sigue dependiendo, y a la vez, para madurar tiene que diferenciarse y separarse de ellos: “necesito vuestra presencia, temo vuestra influencia” (3). Por su parte, los padres deben entender que en estos momentos ellos son figuras de apoyo y es necesaria su capacidad para sostener una época de turbulencias con confianza y espera, teniendo en cuenta que su hijo adolescente está sujeto al trasiego de ansiedades primitivas que él solo, no puede sujetar. Para el joven las figuras de apoyo y las experiencias compartidas que se viven fuera del entorno familiar tienen mucho valor también en estos momentos.

En el contacto social, es de vital importancia lo que se vive con respecto a otros, siendo el otro un elemento que no es de la familia, lo conocido de siempre, el otro que es el amigo o grupo de amigos, el referente al que interesa seducir para considerarse parte integrante de un congénere que se mueve en el mismo esquema de complicidad. Surge con imperiosidad la necesidad de estar, de ser visto y reconocido en el mundo exclusivo del que forma parte alrededor de un mismo tiempo común. De ahí la importancia de estar al día, conocer lo que existe, no quedarse atrás, tener muchas relaciones, estar al tanto de lo que se cuece en música, ir con el atuendo que predomina, hacer y sentir lo mismo que hacen y sienten los otros.

En general, podemos decir que la adolescencia es un momento propio de mentalización y elaboración en un reencuentro con aspectos infantiles de su primer tiempo de vida, que necesariamente y aunque de forma inconsciente, van a tener incidencia en los actos de su vida. Supone como una especie de reelaboración de la infancia en función de la historia íntima vivida que se encuentra relacionada con y dirigida hacia los padres que fueron los primeros objetos de amor y de vínculo.

### **Embarazo en adolescentes: una doble vivencia de cambio**

---

Adolescencia y embarazo son dos cuestiones que pueden confluir a un mismo tiempo. Son dos momentos complejos y diferentes que se entrelazan sucediéndose a la par en un trasiego entre la niñez y la madurez con las características específicas de cada uno de ellos. El embarazo es el paso que sucede cuando una pareja concibe un hijo, hecho que necesariamente va a

afectar al futuro de su vida de manera sustancial. La paternidad en la etapa adolescente, supone una irrupción brusca en la madurez sin que la elaboración de los conflictos y reestructuración del aparato psíquico propios de esta época, haya podido resolverse todavía. Es la incursión en el mundo adulto retando a la autoridad de los progenitores desde la generación posterior. Supone convertirse en adultos de un plumazo, sin la suficiente consistencia, de forma rápida. Esta manera precoz de entrada en la adultez, no permite una consciencia de dicho proceso de cambio necesario y progresivo, y por este motivo, es previsible que se produzcan unas condiciones de mayor vulnerabilidad para los padres y el niño.

Considero que, en este momento, además de la cuestión identitaria, hay un proceso de reorganización psíquica profundo, en el que se mueven los cimientos, por lo que supone un tiempo en el que se producen desajustes, ansiedades a flor de piel, y mucha energía mental destinada al propio aparato psíquico, en la búsqueda de un nuevo orden de sostén interno. Justo en un momento así, se supone que los padres adolescentes han de servir precisamente de sostén mental de un bebé, que les remueve a su vez el mundo interno más primitivo al ponerlos en contacto con la maternidad/paternidad. Es decir, se suman y entrelazan dos momentos evolutivos de revuelo interno y de reajuste de los cimientos psíquicos: la adolescencia y la maternidad/paternidad.

Podremos hablar de lo que significa en general la situación combinada de embarazo en la adolescencia como elementos comunes propios de esta doble condición, pero sin embargo como siempre, tendremos que tener en cuenta necesariamente la situación concreta de cada caso, sus circunstancias, el impacto que genera en particular este hecho y el lugar donde se produce, ya que va a influir en la forma de vivir esta experiencia. Recordemos que Winnicott en 1969 nos decía que: “Según el momento de este recorrido del sujeto en el que se produzca el embarazo, serán las consecuencias subjetivas del mismo” (4).

El cuerpo tiene un papel nuclear en este tiempo y se encuentra sujeto a modificaciones para que el cuerpo de niña se convierta en el de mujer. El embarazo viene a generar un cambio mayor en el cuerpo de la adolescente, sin tiempo de transición para convertirse en un cuerpo y una psique de madre. Por otra parte, al ya proceso de construcción de la identidad que está en marcha, hay que añadirle que tiene que ayudar a construir la identidad de su hijo que nace. Ahora el embarazo es resultado de una experiencia llevada a cabo con responsabilidades reales sobre su cuerpo, su psique y el encuentro con un bebé del que hacerse cargo.

El embarazo y la fertilidad materializada en una pareja de adolescentes supone convertirse en lo mismo que son sus padres de forma prematura, sin tiempo de mentalización y sin tiempo suficiente también, para la construcción de una autonomía que entonces puede resultar forzada para disponer supuestamente de una vida propia, como si se tratara de un crecimiento simulado, emulado, con la esperanza de tener un futuro y resolver rápidamente el paso difícil y el tiempo de espera que supone el recorrido hacia la madurez.

Teniendo en cuenta que el embarazo y la materialización de la fertilidad puede suponer una autonomía forzada, en la joven, la maternidad podría ser, entre otras cuestiones, como el deseo de ser como su madre, para diferenciarse siendo ella otra madre distinta a la propia: forma de ser otra madre diferente, como quiere ser ella madre. Al estar en el papel de madre hay una posibilidad que es disociar y proyectar los aspectos infantiles no suficientemente elaborados en el bebé, y la otra construir, y contribuir hacia la elaboración. Tener un hijo en la joven por otra parte, puede suponer entre otras cosas, dar un hijo a su madre como una fantasía infantil que se cumple representando con ello la relación con la madre que tuvo en la infancia y la posibilidad de realizar una fantasía de ofrecer algo suyo propio. Al mismo tiempo, el embarazo puede resultar la forma de vivir el cuerpo como algo propio que potencia la autonomía, la separación con la madre recuperando su identidad perdida por los cambios a los que se encuentra sujeta, con un efecto vital ante los duelos de la pérdida de lo infantil. Sería por tanto en nuestro contexto, como una actuación de cara al dolor por la pérdida de la separación con la madre.

El embarazo también puede suponer una puesta en escena de la necesidad de no estar solo y poder estar con, en ausencia de una madre sin haberla interiorizado suficientemente, no sentir la necesidad de los padres, haciendo una huída hacia la omnipotencia, siendo el bebé un objeto al que cuidar para no tener que cuidar de sí misma. Tendría que ver con una posible incapacidad de tolerar la soledad de la independencia suficiente para la madurez y por tanto, el bebé dentro, sería una manera de no tener que tolerar la frustración de la autonomía interna en ausencia de unos padres que todavía ejercen una función reguladora en el psiquismo del adolescente.

En este caso, tener un hijo por parte del adolescente podría significar, al igual que la función de la descarga motora en el bebé ante lo displacentero o molesto, como un paso al acto para conseguir satisfacer una necesidad y un deseo omnipotente que pone fin a la experiencia incómoda o exigente del

crecimiento pausado. Teniendo un hijo, emite un mensaje a su madre con la que se identifica para sentirse separada de ella, siendo como ella a través de una pseudomadurez, evitando vivir el proceso completo de la madurez necesaria para ser madre en un cuerpo y una psique preparada para este cometido.

A veces el adolescente podrá sentirse suficiente e incluso omnipotente y otras, sin embargo, se sentirá poco, inseguro y torpe. Pasará de ser dependiente a no serlo, pero con la nostalgia de la protección de sus padres, de ser protegido a proteger a otro y, por tanto, pudiera ser que el embarazo supusiera la búsqueda de una forma exagerada de la independencia que se quiere conseguir a toda costa para desasirse de las figuras paternas, “como un atajo a la adultez” (5).

El embarazo en la adolescencia puede suponer también, la consecuencia de una trasgresión fantaseada como acceso al mundo adulto de forma invasiva y no tanto por el deseo de satisfacción de maternidad en sí, como en el sentido de vivir lo que no corresponde a esta edad, como regulación de vivencias incómodas de desasosiego propias de este período, búsqueda de sentido, necesidad de verificación de capacidades de fertilidad, encontrar un camino rápido de salida a ansiedades insoportables, cubrir espacios de vacío y soledad, estar más cerca de su madre, sentirse más llena y satisfecha, para sentirse respetada y valorada en su medio ya sea familiar o social, reafirmarse como mujer, separación simbólica con su familia de origen.

Esquemmatizando, un embarazo en la adolescencia puede ser entre otros motivos, un camino rápido para:

- Mostrar ante otros sus potencialidades femeninas reproductoras y de paso garantizar y comprobar que su cuerpo de mujer responde
- Diferenciarse como mujer con respecto al hombre a través del cambio físico que supone el embarazo
- Querer permanecer unida a su madre siendo ella misma, madre de un bebé también, como lo fue la suya propia consigo, ó también lo contrario, tratar de conseguir separarse de la madre y el padre de forma rápida e impulsiva.
- Ser como su madre capaz de tener un hijo propio y, al mismo tiempo, mantener sujeta a su pareja autoafirmandose al considerarse la única mujer, la válida para el hombre.
- Conseguir un lugar social y una forma de integración en el mundo adulto, encontrando así un sentido y cometido propio que desempeñar en ausencia de otros cometidos.

- Como una forma rápida de resolver conflictos infantiles no resueltos
- Como una pretensión y un deseo de cumplir mejor con la maternidad que sus propios padres con respecto a ella y deseo también de cuidar de su bebé en el futuro, mejor de lo que lo hicieron con ella en el pasado.
- Huir de situaciones familiares de inestabilidad, tensión e incluso de malos tratos, a la búsqueda de un supuesto futuro mejorado.

De esta manera, encontramos que existen diferencias sustanciales entre un embarazo precoz con respecto a otro embarazo en una mujer madura. La pareja de adolescentes, no han podido elaborar todavía suficientemente su identidad, debido a la presencia de un pensamiento mágico del momento que viven, además pueden tener menos conciencia de los riesgos para su salud física y psíquica, a la vez que se enfrentan a temores más intensos propios de la fragilidad que viven dentro de un proceso de madurez que no tienen y en el que se ven inmersos. Tenemos que tener en cuenta que, de forma general, se dan mayores carencias de conocimiento, información y autonomía, de menor tolerancia a la frustración, también de menor capacidad para discernir, de responsabilidad y de una tendencia propia de esta edad, a estar más pendientes de sus necesidades, que de priorizar las necesidades de su bebé.

El embarazo a término da lugar a un bebé que tiene que desarrollarse. Todas estas condiciones descritas hasta el momento, nos evocan un escenario de mayor vulnerabilidad, dependencia, fragilidad y posible riesgo para ejercer la paternidad/maternidad en favorables condiciones, por lo que no tenemos más remedio que pensar necesariamente, en la importancia que la combinación de variables van a tener en el niño que nacerá en este contexto de cambios para todos, y en muchos casos también, para la familia de origen.

Si consideramos la incuestionable importancia de las interacciones precoces y el papel que juegan los padres en el desarrollo de sus hijos y en la estructuración de su personalidad, nos planteamos en términos generales cómo andarán este camino los padres adolescentes y cómo se transitarán las circunstancias específicas de precocidad de sus parentalidades en el hijo que llega y cuyo desarrollo psíquico y físico se encuentra comprometido.

Hay muchas preguntas que surgen y que desde luego en cada caso se resolverán de forma diferente: Cómo albergará la joven el bebé en su cuerpo todavía cercano a lo infantil, cómo asumirá las ansiedades propias de un embarazo maduro en un cuerpo y una psique poco sólida, cómo se

identificarán con el bebé sin haberse separado suficientemente de sus padres, cómo le suministrará la madre apoyos con una pareja desaparecida en muchos casos y que no puede ejercer las funciones propias de padre, cómo asumirá los cambios de su psique y su cuerpo en un momento donde el cuerpo busca lucirse y ser un reclamo para otros, cómo se quedará la relación con el resto de los amigos adolescentes, cómo asumirán el esfuerzo de las responsabilidades que llegan, cómo reajustarán su paternidad con sus vidas futuras, cómo van a sobrellevar los padres la alternancia entre la atención a sus necesidades y la necesaria atención a las necesidades físicas, emocionales y afectivas más perentorias de su hijo, cómo se van entrelazar el juego de identificaciones y proyecciones con sus padres y con el niño, cómo van a tolerar los diferentes procesos de separación de ellos con sus hijos si no han resuelto el que tienen todavía por resolver con sus propios padres...

En definitiva, cómo va a repercutir la fragilidad e inestabilidad de las funciones paternas y maternas en la construcción del psiquismo del niño cuando se establecen vínculos vulnerables. Sabemos que se pueden producir muchas y variadas condiciones, tantas como parejas existan y vínculos establecidos con sus hijos. Sin embargo, es previsible que en estas circunstancias, sucedan algunas condiciones: que el niño asuma una carga de responsabilidades que no le corresponda, con padres que presentan un modelo poco adulto, con escasez de criterios estables, inestabilidad por los no límites, crecen más rápido, confundido por la arbitrariedad previsible en un contexto de confusión con referencias cambiantes y a menudo varias figuras de autoridad debido a la necesaria ayuda y presencia de los abuelos y por tanto la desestabilización en los parámetros educativos, padres poco consistentes y niños descolocados ante relaciones de compañerismo o amiguismo en lugar de autoridad por parte de los padres, no recibiendo un necesario modelo de niño-adulto, niños pseudomaduros que supuestamente saben y hablan de todo sin saber, niños con modelos casi exclusivamente femeninos ante la ausencia de padre tan frecuente en estas circunstancias.

En el niño, cómo se estructurarán las bases de autorregulación más precoces y el concepto de sí mismo a través de la forma en la que le contemplan sus padres y por tanto como será la construcción de su subjetividad... Podemos pensar entonces en la posibilidad de imágenes precarias con maneras diferentes y contrastadas que ponen en cuestión la construcción de la identidad en el niño y que inciden en la forma en que se contempla a sí mismo por lo que recibe



del exterior, cómo poder articular una secuencia vital en estas condiciones de precariedad, fragilidad, inconsistencia, vulnerabilidad... Si unos padres no consiguen dar un paso hacia adelante en este proceso complejo de la paternidad en medio de estas condiciones, el niño puede verse mermado y carente en la satisfacción de sus necesidades emocionales y afectivas más perentorias.

Como vemos, es mucho y complejo lo que se cuece, pero también y afortunadamente la práctica nos lo muestra y enseña con frecuencia, siempre puede haber margen para la adaptación y el sentido común que puede imponerse en parejas de adolescentes que vivan este proceso con deseo, interés, responsabilidad, compromiso y el necesario apoyo por parte de las familias de origen u otros, como para que las condiciones se encuentren suficientemente conectadas con la vida y resulten mediana o suficientemente saludables para todos. Por ello, es una oportunidad de carácter nuclear tener acceso de alguna forma a la paternidad de los adolescentes y a la relación que establecen con sus hijos.

### **Adolescencia y embarazo según contexto social**

---

Como siempre, hablar en general de los temas, sobre todo si tienen complejidad, dificulta el discurso en el que se compromete el detalle, lo pequeño, el matiz... Existen tantos embarazos en adolescentes como adolescentes que se embarazan y esta perogrullada quiere dar a entender, que las generalizaciones son eso, generalizaciones que nos sirven solo para entender un fenómeno a groso modo.

Los adolescentes hoy se encuentran informados en su mayoría sobre los métodos anticonceptivos por diferentes vías de acceso a dicha información incluida la enseñanza y la sanidad pública. Podríamos preguntarnos qué ocurre para que se sigan produciendo embarazos en jóvenes ya que no solo ni principalmente responde a una conducta racional. El embarazo entonces sucede por ignorancia, desinformación, por torpeza, es una búsqueda infortunada, una solución, es un desatino, un gesto omnipotente, es un deseo escamoteado... Cada vez más podemos encontrar que los adolescentes no son tan ajenos a lo que les sucede. Esto nos obliga a reflexionar sobre lo que subyace en el hecho de un embarazo precoz supuestamente no deseado como algo que parece estar en el ámbito de lo preconsciente y por tanto, la manera de trabajar

con los adolescentes no es solo transmitir información, sino que tiene que ver con atender a los aspectos más inconscientes y preconscientes.

A veces se observa que la vivencia y el significado que cobra la maternidad/paternidad en la adolescencia, tiene diversas visiones o interpretaciones según las circunstancias y el contexto en que se produce. Una pareja que se encuentra dentro de un proceso formativo, donde existen ambiciones profesionales suficientes para una satisfacción personal y con expectativas de acceso al mundo adulto por esta vía, un embarazo viene a dificultar un recorrido trazado, previsto, y por tanto, puede ser contemplado con rechazo y desaprobación como una conducta que no corresponde al momento. En este caso, los jóvenes pueden sentir el malestar por el impacto y el freno que supone en sus vidas y la desilusión en su medio social por no haber cumplido con las expectativas que ellos y los demás han puesto, generando malestar, incomodidad y un conflicto de difícil salida, por lo que muchas veces se recurre al aborto como solución.

Sin embargo, un embarazo en una pareja de clase social desfavorecida produce significados y vivencias diferentes. En ocasiones, no parece siempre que es un hecho a evitar, sino que se convierte en un elemento de integración social para estos grupos de población social más en precario. Por tanto, ¿a qué tipo de motivaciones puede servir? El embarazo para sentirse fuertes y conseguir una vivencia de mayor seguridad en ausencia de objetivos, motivaciones en una identidad inestable y por acabar de construir... Podemos inferir que cuanto mayor han sido las circunstancias de carencias, abandonos y precariedad emocional en la infancia, mayor es el resentimiento con las figuras paternas, la distancia emocional y la búsqueda de una identidad propia alejada de los padres abandonicos. Es una manera también de evitar el duelo por el crecimiento y de encontrar una nueva vinculación con el ser que se gesta dentro de su cuerpo.

El hijo puede unir o separar a los adolescentes de sus padres, ya sea por la dependencia con éstos afectiva y económica o como forma de salir/huir del contexto familiar, sintiendo que ya tienen su propia vida como la tuvieron sus padres y adquirir un protagonismo nuevo en su vida. En este sentido, cabría preguntarse si la maternidad se vive como un error o como un deseo de encontrar el lugar propio, sentirse más integrados, tener un objetivo, un cometido, algo que hacer para paliar la soledad, tener una pareja, tener algo propio... que no podría ser fuera de otra forma.

En los sectores más desprotegidos permanecen todavía y con más intensidad las identificaciones con los esquemas más conservadores del funcionamiento familiar en cuanto al rol de género que le corresponde a cada cual. Esto explica que, en estos contextos, se reproduzcan con más frecuencia los mismos valores tradicionales en las funciones de los padres y en la organización familiar que se vivieron con anterioridad. En el caso del rol femenino será ser como la madre que se queda en casa, tiene hijos, los cuida y educa. Para este tipo de mujeres, un embarazo puede dar respuestas a expectativas de salida a la inactividad.

Efectivamente, en el trabajo realizado en Sevilla con un grupo de madres adolescentes en situaciones de precariedad económica, formativa y social, se ha podido constatar que hay situaciones sociales en las que el rol de la mujer puede suponer un apoyo a la maduración (6). Es decir, el futuro incierto de estas adolescentes, con el embarazo, parece que recibe un fuerte impulso a su proceso madurativo al embarazarse, porque se convierten en madres y eso aún, siendo una precocidad no deseada del proceso de crecimiento, por otra parte, permite entrar en el mundo adulto antes de lo esperado. En estos casos, el embarazo da un sentido a la vida y a una función a desempeñar como personas en la familia y en la sociedad.

Se podría concluir que el embarazo en la adolescencia, más allá del resultado vital y del significado psicológico que tenga y de las condiciones psicológicas particulares en cada caso, para un tipo de adolescentes de clase social formada puede ser considerado como un problema del que hay que desprenderse, un error, un choque, un freno y un fracaso en el proceso de desarrollo. Por el contrario, en los adolescentes de medios depauperados, el embarazo en esta edad temprana, puede favorecer una rápida integración social de la persona en el mundo adulto, puede ser una puerta abierta hacia el futuro en función del papel que el adolescente y su entorno considera que tiene asignado dentro de la familia y la sociedad a la que pertenece. Todo ello en el mismo país, en la misma ciudad y en el mismo barrio.

### **Prevención: una necesidad y una oportunidad**

---

Como vemos, el embarazo en la adolescencia produce un impacto en la salud física y emocional de los jóvenes. Las precarias condiciones socioeconómicas favorecen este hecho y aún a pesar de la mayor información y

de las campañas dirigidas a esta población, éstos no siempre utilizan los medios anticonceptivos.

Quizá el problema es el cómo la persona adolescente por su propia naturaleza y características ya descritas, cuando se embaraza, carece de un tiempo evolutivo propicio para vivir el embarazo con la solidez necesaria. En la mayoría de las ocasiones, las mujeres se encuentran poco preparadas para ser madres y parejas del hombre, se producen abandonos en los estudios, a veces se da la circunstancia de que son hijas de madres que han sido a su vez madres en la adolescencia, muchas veces tienen los hijos solas sin su pareja, o se ven abocadas a convivir con una pareja que no desean suficientemente, por ser un acto muchas veces forzado por la familia.

Sin embargo y a pesar de todas estas dificultades descritas y de la fragilidad en la que se encuentran los jóvenes en estas condiciones, con mayor necesidad de ayuda y apoyo, curiosamente observamos que el control del embarazo en adolescentes sucede más tarde que en las embarazadas adultas porque acuden con posterioridad a los servicios de salud, no se benefician muchas veces de la educación maternal y los controles posteriores al nacimiento, no siempre son seguidos con la regularidad necesaria.

Esto nos lleva a pensar que precisamente por todas estas circunstancias y otras más, la prevención es una necesidad irrenunciable. Es también una oportunidad para conectar con los adolescentes que van a ser padres y llevar una función de apoyo a requerimiento de lo que puedan necesitar más allá de nuestras concepciones o posiciones ideológicas, que permita un acercamiento a las necesidades concretas de cada adolescente que se encuentre sola, con pareja, tenga o no apoyo familiar, y demás condiciones y situaciones circunstanciales. Los profesionales implicados necesitamos ir a su encuentro, llegar a ellos y ellos necesitan de nosotros, de nuestra ayuda, intervención, información, apoyo y sostén.

Teniendo en cuenta que la adolescencia, no es la edad propicia para que se den las condiciones favorables de convertirse en padres y madres de un bebé, la acción de la prevención iría más allá y sería adicional a las coberturas y los recursos existentes. Tendríamos que destacar dos situaciones diferentes a la hora de hacer prevención: adolescentes cuando el embarazo no se ha producido y, por el contrario, cuando el embarazo es un hecho en sí. En el primer caso, la intervención irá dirigida a buscar fórmulas que cambien la concepción social de la maternidad, sobre la introducción de la idea en los

adolescentes de que la maternidad es un hecho que requiere de un desarrollo previo, que pueden reflexionar sobre los cambios que supone, detenerse a pensar sobre lo que son y quiénes van a ser, sobre lo quieren conseguir, que puede ser perturbador y se puede disfrutar de la maternidad/paternidad cuando se sientan más consolidados como personas, que no supone la integración en adultez, informar sobre los problemas que causa el embarazo a esta edad y la importancia del desarrollo del ser humano para tratar de minimizar la posibilidad de aparición de daños...

En el segundo caso en que el embarazo ya es y tiene continuidad, se hace necesario abrir espacios para los adolescentes donde puedan intercambiar, sentarse a hablar, expresar y vehiculizar sus discursos y donde podamos entrar a trabajar aspectos relevantes que sirvan para entenderles mejor, que se entiendan ellos, que puedan metabolizar, mentalizar sus conflictos o dudas más acuciantes y aliviar las ansiedades que devienen en este período y en estas circunstancias específicas del embarazo. Esto podría realizarse en contextos donde los adolescentes se pueden encontrar más fácilmente como los centros escolares, o los centros cívicos de barrio. Es importante por ellos y también por el bebé que tendrán, por el vínculo que puedan establecer juntos y por la incidencia en su crecimiento y desarrollo. De esta manera, podemos conseguir estabilizar emocionalmente con ello, mejorar su salud mental, reducir la incidencia negativa de sus dificultades con respecto a sus hijos y mejorar las posibilidades con el bebé.

En mi experiencia, los grupos son una buena manera de trabajar con adolescentes embarazadas. Es un esquema y una forma de trabajo que permite al profesional acercarse, recoger y valerse de las formas de apoyo mutuo para crear un clima de confianza e interés, para que, en estas condiciones en adolescentes marginales, podamos conseguir que el grupo nos acepte como interlocutores válidos y lograr una atmósfera y un entorno de aprendizaje y ayuda mutua entre las mujeres adolescentes (6). Considero que en la forma de intervenir de los profesionales, es muy necesario que se pueda contemplar la adolescencia como una continuidad de la comunicación y de la forma de experimentar que aparece en el primer tiempo de la vida, dentro de un momento más presimbólico, donde transcurren las primeras ansiedades primitivas del bebé a través del cuerpo sin mentalizar como el hambre, el frío, la necesidad de contacto... y este otro tiempo de la adolescencia, en que se vuelve a producir una intensa convulsión del desarrollo de lo pulsional y lo impulsivo a través

del cambio corporal abrupto. Esto, pone de nuevo en contacto al adolescente con ansiedades muy primitivas como en el bebé, aunque de forma diferente, claro, pero que recuerdan en algunos momentos, en cuanto a la comunicación que necesita ser atendida de forma muy inmediata, la expresión no verbal de los gestos, en el vestir, el hecho de que no pueden pensar tanto de forma diferida, por lo que es difícil la espera y por eso seguramente el factor racional en las conductas de salud, no es lo más importante, sino las condiciones más inconscientes y preconcientes como en el caso de la sexualidad donde lo pulsional se encuentra en primer término.

Consecutivamente, poner el acento en programas de educación sanitaria donde los adolescentes tengan cabida y puedan sentir como propios, los programas de educación maternal. Que el médico de cabecera y los pediatras juntos tengan constancia del embarazo de su paciente. Que a su vez estén coordinados con servicios sociales, obstetra, matrona y psicólogo para seguimiento en el embarazo, parto, postparto y crianza posterior con el objeto de llevar a cabo un acompañamiento dentro de unas condiciones suficientes que garanticen la salud física y psíquica de los adolescentes y sus hijos. Además de las cuestiones de salud física, orientación a los padres y atención conjunta al padre, se trataría de la conveniencia de la existencia de profesionales conocedores y sensibles a la adolescencia con capacidad para saber escuchar, recoger, valorar, apoyar y respetar. Posteriormente, sería deseable por parte de las diversas administraciones, la creación y desarrollo en políticas comunitarias de apoyo para la continuidad de los procesos formativos de los adolescentes que lo precisen y en general, para que las repercusiones de la maternidad y paternidad sean lo menos perjudiciales posibles y favorezcan el desarrollo de la autonomía en sus vidas y las de sus hijos.

He utilizado sobre todo el género femenino en este texto porque creo que el hecho biológico del embarazo en la mujer, característica que necesariamente le diferencia del hombre, permite un mayor conocimiento de este fenómeno y de sus variables que nos llega a través de su cuerpo y su psique. Llevar un hijo dentro hace que la mujer se encuentre con más predisposición a la búsqueda de ayuda, a mostrarse emocionalmente y encontrarse más presente, sobre todo por la necesidad de los cuidados que requiere respecto a su salud y la de su bebé. La pareja masculina, suele estar fuera del recorrido asistencial, pasa más desapercibido y su presencia, que no su importancia y responsabilidad, suele ser menor que la de su pareja, como si ellos estuvieran fuera de juego. En

este sentido, creo que los profesionales debemos hacer un esfuerzo mayor por integrar al padre adolescente en todos aquellos programas posibles para ofrecer un espacio de encuentro y expresión de necesidades y complicidades junto a su pareja, de apoyo mutuo y como padre implicado en el interés y cuidado de un niño que va a nacer.

Para terminar, quiero resaltar la importancia de abrir canales y vías de conexión a través del trabajo en red, no tanto como una optimización de los recursos al uso, que también, sino sobre todo entendido éste, como una búsqueda de conexiones y activaciones abiertas y creativas. Es decir, crear contactos sobre circunstancias diversas que no se encuentran necesariamente protocolizadas previamente, pero que pueden ser útiles para conectarlas en situaciones emergentes e imprevisibles. Teniendo en cuenta que vivimos en una sociedad como la española, que además de ser diversa y plural, se enfrenta a un gravísimo problema de envejecimiento, es de un enorme interés dedicar esfuerzos y recursos a conseguir que todos los nacidos lo hagan en cualquier situación y circunstancia, tengan las mayores probabilidades de contar con un entorno saludable y un futuro en el que padres e hijos se encuentren cubiertos y dispongan de oportunidades.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Erikson E. Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Paidós; 1971
- 2.- Aberastury A, Knobel M. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós; 1994.
- 3.- Lasa Zulueta A. Experiencias del cuerpo y construcción de la imagen corporal en la adolescencia: vivencias, obsesiones y estrategias. *Psicopatol. salud ment.* 2003; 2: 53-74.
- 4.- Winnicott D. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Barcelona: Laia; 1979.
- 5.- Lillo Espinosa J.L. Embarazo, aborto y adolescencia. Una perspectiva psicoanalítica. *Psicopatol. salud ment.* 2012; 19:67-74.
- 6.- Báez López M. Taller Madres Adolescentes Embarazadas. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc.* 2016; 62:117-129



## 4. PARENTALIDAD Y ADOPCIÓN.

**Teresa Muñoz Guillén.**

**Alicia Monserrat Femenía.**

### Introducción

---

Adoptar es una forma de paternidad ligada al ejercicio de una medida de protección a la infancia que tiene como finalidad encontrar una familia con la que un menor que se encuentra en situación de abandono y desamparo, pueda vincularse afectiva y emocionalmente y pueda crear vínculos paterno-filiales, contemplándose que no se trata del derecho de los adultos a ser padres, sino que es el derecho del menor a tener una familia el que se intenta restituir mediante su inclusión en una familia adoptiva, dado que el interés del menor prevalece sobre cualquier otro.

La familia adoptiva es aquella en la que unos padres sustitutos son los que pueden ofrecer al menor abandonado y desasistido la función parental cuando los padres biológicos no la han podido ejercer ellos mismos como tales tomando -de esta manera- los padres adoptivos el relevo de la pareja originaria. Esto supone para el hijo adoptado una ruptura en la continuidad de su cadena generacional y su inclusión en otra biológicamente ajena, porque en la adopción es necesario articular parentalidad con filiación. El engendramiento es del orden de lo biológico y está anclado a lo corporal, se define por su anclaje en el cuerpo. La filiación es del orden simbólico y forma parte de un pacto social entre el sujeto y la cultura (1). El sentimiento de filiación es un fenómeno psíquico que se construye en un contexto social.

Si bien es cierto que la opción de vida en pareja, descartando voluntariamente la procreación, es cada vez más frecuente, también lo es que el anhelo de ser padre o madre, es decir, una forma de parentalidad, sigue estando

fuertemente anudado en la naturaleza humana; y construir una familia, se ha presentado siempre y en cualquier sociedad como proyecto afectivo de vida compartida y también como proyecto social. Los hijos, como continuidad y prolongación de una estirpe, pueden alimentar la fantasía de permanencia. Los hijos, depositarios de una herencia que no deseamos que muera con nosotros, ya que nos produce satisfacción, sentirnos agentes activos de la continuidad de la especie.

El logro de proyectos investidos como respuesta a parámetros sociales de bienestar y sentimiento de completitud, acrecienta en ocasiones la demanda de la vía por la que conseguir ese objetivo, percibido como culmen del deseo.

Actualmente ante los ofrecimientos de paternidad adoptiva, no se tiende a evaluar si las motivaciones para adoptar son válidas o no, sino que sobre todo se tiende a estudiar la posibilidad de los adultos de construir parentalidad, es decir, capacidad de proporcionar cuidados; de constituirse en figuras de apego confiables que puedan brindar un ambiente facilitador que permita que el niño logre desarrollar su potencial, y que puedan ser padres aceptando la historia del hijo previa a la adopción, manteniendo lealtad a sus orígenes y respetando el derecho del hijo a su identidad, a ser él mismo.

Uno de los criterios establecidos por la ley es hacer lo posible para que el niño o adolescente crezca en su familia de origen. Por constituir un cambio de filiación definitiva y por el dolor que implica el corte en la línea de continuidad generacional, es por lo que la adopción es contemplada como un último recurso, ya que, no poder crecer en la familia de origen, promueve sentimientos de abandono y una importante herida narcisista (2)

## **Identidad - Parentalidad**

---

Hay modificaciones de la estructura tanto de la parentalidad como de la filiación. No siempre es posible la alianza con la biología para conformar una familia, por lo que, en ocasiones, la configuración familiar se regula por un conducto externo. Ser padre o madre por la vía de la adopción, incluye un “plus” de trabajo vincular para la nueva familia.

Las ideas de multiplicidad, de conjunto, de complementación y de complejidad de las interacciones vinculares entre sujetos habían sido ya establecidas y estudiadas por Freud (3), no obstante, Freud no da cuenta de la

noción de vínculo en forma explícita hasta que no elabora una conceptualización sobre el lazo social intersubjetivo. La noción de vínculo aparece tardíamente en los escritos psicoanalíticos.

Para Freud (4) el parentesco es una consecuencia de la prohibición del incesto, ya que es necesario registrar los vínculos filiatorios y consanguíneos, con objeto de identificar las uniones permitidas versus las prohibidas. Estas relaciones vinculares específicamente humanas, se convierten en soporte de obligaciones o derechos, determinando la identidad social de los individuos.

A partir de estas reflexiones, se plantean interrogantes acerca de qué es la paternidad y qué es la filiación. Para la “familia adoptiva,” el lugar para albergar este término y su calificativo (hijo adoptivo), no está reducido a algo que significará incorporar, sino al necesario trabajo de construir, elaborar, resignificar un lugar donde se permita la recuperación de los acontecimientos acaecidos en la propia historia del hijo y la posibilidad de preguntarse, actividades todas ellas necesarias para producir el anudamiento entre la fantasía parental y el lugar filial.

La adopción se ha constituido en nuestra cultura en una alternativa de filiación, sin embargo, por su particularidad, pone en evidencia tanto a la pareja de la alianza, como al vínculo de filiación. Subrayamos que este vínculo, por definición se construye, y requiere de un trabajo, en la medida en que reconocemos una diferencia irreductible entre el hijo imaginario deseado/idealizado por parte de los padres que se ofrecen como adoptantes, y el niño real. Relacionado con esto último cabe pensar que si las construcciones imaginarias generadas en torno al futuro hijo, están demasiado acotadas en sus contornos, el niño real podrá tener dificultades en la tarea de construcción de su propia subjetividad, si ésta no satisface el deseo parental que ha circulado en el registro de lo ideal (5).

Se hará necesaria una operación de de-construcción/construcción. De-construcción de fantasías idealizadas sobre la adopción, especialmente la del mito del “amor filial perfecto” (el amor todo lo cura) y construcción de la búsqueda del reconocimiento de las diferencias y de la alteridad, que son las cualidades que van a posibilitar el encuentro con el otro. De este modo, se inaugura y se proporciona carta de naturaleza a modalidades vinculantes entre los miembros de la familia que adopta y en la que el niño es incluido en una red generacional proveniente de los padres adoptantes y sus propias líneas de ancestros.

El trabajo vincular de esta forma de parentalidad, que viene definida por el deseo de ser familia adoptiva, no sólo tiene que ir en la dirección de ayudar a configurar la nueva identidad del hijo, incluyéndole en un linaje de filiación familiar, sino que los “nuevos padres” habrán de reparar la herida primaria (6) que la experiencia de abandono ha producido, porque además de que el hijo es fruto de la relación sexual de otra pareja fértil, en el caso de la adopción internacional el hecho de provenir de otro país, grupo étnico, otro idioma, color de piel..., imprime características propias, entre las que no debe quedar fuera de consideración todo el peso de lo *inter* y lo *trans-cultural* (7).

Y, además, hay que tener presente que en la adopción el niño ha sufrido un abandono real por parte de los progenitores y que las fantasías filicidas han podido, incluso, ser actuadas.

Este proceso de constitución y organización de parentalidad puede estar plagado de desencuentros porque en la adopción, se dan una serie de desuniones (8):

- Desunión entre sexualidad y procreación cortocircuitando ese vínculo
- Desunión entre filiación genética y filiación psíquica o social
- Desunión entre origen y filiación.

Los padres adoptivos deben construir su encuentro familiar gestionando el desencuentro de no haber sido actores de la escena originaria. Como en la búsqueda del tiempo perdido, aquí nos encontramos buscando, en el sentido de ir construyendo el anudamiento de un encuentro.

No es aventurado pensar que en el psiquismo infantil del niño adoptado (9) las fantasías inconscientes sobre la escena primaria se desenvuelvan con un mayor nivel de complejidad. La familia adoptiva, se tiene que nombrar como tal, aceptando la diferencia con lo biológico en una nueva re-significación.

## **Nuevas parentalidades**

---

La parentalidad puede definirse como los cambios psíquicos que se producen en la personalidad de los padres cuando tienen un hijo: emociones, afectos, pensamientos, fantasías (conscientes e inconscientes) y los comportamientos verbales y no verbales que resultan de ellos. La filiación sería el desarrollo interactivo del niño en función de sus propias necesidades, pulsiones, afectos y defensas en la relación con los padres (10,11)

Al hablar de “nuevas” formas de parentalidad queremos referirnos a nuevas organizaciones familiares que cada vez son más frecuentes en nuestra sociedad.

La familia actual tiene su centro subjetivo en la alianza y son la sexualidad y el amor los recursos que cimentan y dan sentido a las alianzas conyugales.

La identidad parental que es la que va a permitir el reconocimiento de sí mismo como padre o madre, se construye y organiza apuntalada en el deseo y la determinación con más fuerza que en el óvulo o el espermatozoide.

Es necesario referirse también dentro de las nuevas organizaciones familiares a la constituida por una única persona, un solo sujeto (hombre o mujer), que ejercerá funciones materno-paternas. Es la llamada familia monoparental. Estas familias tienen una realidad y entidad propias, no desde el prejuicio o la desvalorización, sino desde sus especificidades. El hijo/a es también un otro diferente y que al igual que en cualquier otra constelación familiar, no debiera venir para cumplimentar satisfacciones narcisistas, ni obturar pérdidas, carencias o vacíos. En estas familias (señalaremos que los ofrecimientos monoparentales para la adopción son significativamente mayores por parte de mujeres que de hombres) falta la presencia física de una de las dos figuras que, en función de su género, representaría un rol materno o paterno. No es obstáculo para que el hijo/a adoptado/a no pueda disfrutar de una crianza en un entorno favorable. Este padre o madre adoptante, aun habiendo ausencia de figura materna o paterna, desarrollará funciones tanto de sostén narcisista, como de enunciación de la interdicción y de las leyes de la función paterna simbólica, siempre y cuando sea capaz de transmitir a su descendiente la triangulación edípica presente en su pensamiento. Dicho de otra manera, aunque haya ausencia de una de las dos figuras a nivel de realidad, no la hay si está integrada en el psiquismo del padre/madre presente. Sólo de esta manera podrá proporcionar una correcta ordenación de la vida psíquica infantil.

A modo de ejemplo: en cierta ocasión nos fue solicitada la valoración de un hombre soltero de 42 años para su idoneidad como padre adoptivo (12)

El solicitante, que no había tenido en su historia personal ninguna relación de pareja, vivía con sus padres y tanto él como el padre, sometidos a una madre subyugante con la que el aspirante a padre adoptivo, compartía actividad laboral en el negocio familiar. No tenía ninguna vida social ni relaciones de amistad. En el relato que hacía de su familia, la madre era definida como una mujer dominante y mandona que siempre tenía que hacer prevalecer sus razones, *“yo siempre he estado y estoy debajo de mi madre”* *“mi madre es la cabeza*

*pensante, ella toma las decisiones en la familia*". Él, apenas tenía presencia en este proyecto adoptivo. Quería ser padre de un niño *"muy despierto y juguetón, que sepa desenvolverse en el juego para poder jugar yo con él"*. Expresaba con contundencia su vivencia de la paternidad como un tipo de relación con el hijo en donde prevalecieran las relaciones de amistad y compañerismo *"mi concepto es que no me vea solamente como una figura paterna, yo me baso mucho en que más importante que ser padre, es ser amigo"*. Completaba la información exponiendo que estaba previsto que cuando se produjera la adopción, él y su madre se irían a vivir juntos con el niño/a, dejando al padre/abuelo. No pudimos encontrar en esta demanda de adopción monoparental ningún deseo organizado de ofrecimiento adulto de paternidad, ninguna integración de rol parental asentado y firme para poder ser transmitido generacionalmente. La evidencia era la de una situación edípica infantil no resuelta para la que la adopción venía a ser un intento (fallido) de solución.

En otro caso tuvimos que valorar el ofrecimiento adoptivo de otra demanda monoparental por parte de una mujer soltera de 38 años que se ofrecía para adoptar un menor proveniente de un país centroamericano. La solicitante había tenido dos relaciones de pareja estable finalizadas ambas por decisión suya. Quiso ser madre, pero no encontró seguimiento de su proyecto por parte de ninguna de sus parejas. A la hora de hacer la valoración psicológica se encontraba en un momento emocional y profesional estable con recursos personales para asumir la parentalidad en solitario, y no estaba cerrada a la posibilidad de formar nueva pareja. Planteaba la adopción como un proyecto de familia, *"la experiencia de embarazo y parto no es lo principal para mi deseo de maternidad"*. Su expectativa era formar una familia en la que proyectar y depositar la carga afectiva que desea compartir con hijos *"con todos los miedos, riesgos e incertidumbres, me da más tranquilidad una adopción que una donación de semen"*. Su vida social era muy rica y plena de actividades que le reportaban satisfacciones, disfrutando de un amplio campo de intereses culturales y de ocio.

No pudimos valorar favorablemente el primero de los ofrecimientos y sí el segundo.

La persona (hombre o mujer) con deseo de construir una familia monoparental, cuando se enfrenta a la concreción de su proyecto adoptivo puede plantearse: ¿adoptar un bebé, o un niño mayor? Es aquí donde pueden entrar cuestiones en donde a los prejuicios de la persona que adopta en solitario

se sumen los de su entorno, con posicionamientos subjetivados, de que la asignación del menor esté en función de un criterio social o institucional, tal como que, por tratarse de un ofrecimiento monoparental, la adopción debe ser de un niño/a mayor, sin tener en cuenta el determinante del deseo.

En ocasiones son prejuicios los que no permiten reconocer que un sujeto se constituye por las funciones materna/paterna, y que estas funciones, favorecerán tanto los procesos de maduración como los de las identificaciones que conducen a la individuación.

### **¿Deseo de hijo o deseo de maternidad?**

---

Si el *bien-estar* puede identificarse como la satisfacción de un deseo, cabe preguntarse en la adopción por la naturaleza de ese deseo ¿de dónde viene? ¿qué fuerza lo impulsa? Nos han parecido de interés los aportes de Silvia Tubert (13) señalando la diferencia entre deseo de hijo y deseo de maternidad, y no hay que olvidar que uno de los elementos clave en la valoración psicológica de los padres adoptivos es tratar de conocer en profundidad la auténtica motivación que les mueve. Qué gestión interna son capaces de tramitar sobre esta forma de parentalidad. Saber sobre su discurso latente más que sobre el manifiesto. Según esta autora, la diferencia entre deseo de hijo y deseo de maternidad parte de niveles psíquicos de muy distinto grado de elaboración.

Ambos son deseos conformados desde instancias profundas e inconscientes de la personalidad. El deseo de hijo sería el resultado de la constitución del Ideal del Yo, supone el reconocimiento de la castración y la triangulación, y es por lo tanto objetal, y por lo tanto edípico, ya que el hijo es un tercero con su propia subjetividad. El deseo de maternidad, sin embargo, vendría definido desde un Yo Ideal conformado a partir de identificaciones narcisistas primarias en fusión con la figura materna, lo que sitúa a este deseo en el campo pre-edípico, sin triangulación y sin reconocimiento diferenciado de la propia madre. En el primer caso se trata de *tener* un hijo y en el segundo, de *ser* madre, expresiones (con) fusionales en el lenguaje coloquial, pero de profundo interés para el técnico que debe valorar el ofrecimiento de los solicitantes de cara a su idoneidad como padres adoptivos.

Aunque consideramos este planteamiento especialmente útil en el proceso de valoración previo a la adopción, también pensamos que no se puede dejar

de tener presente la dificultad -o tal vez imposibilidad- de disociar en el sujeto humano el orden narcisista del objeto.

## **Los duelos en la adopción**

---

El trabajo de elaboración de un duelo consiste en llegar a aceptar e integrar en el mundo interno, las pérdidas sufridas en el mundo externo (14)

La adopción tiene su origen en una separación y una pérdida. La separación y pérdida de la madre biológica está inscrita en la vida del bebé desde el comienzo. El incipiente aparato psíquico se ve afectado por un acontecimiento traumático cuando la primera relación objetal, que actúa como representante del instinto de vida, no llega a establecerse por ausencia/pérdida de la misma.

El *duelo de los padres*: es el que se presenta cuando la impronta biológica no posibilitó la procreación, y la pareja a través de su infertilidad tiene que entrar en contacto con la pérdida de lo no tenido. No ser productivos, biológicamente hablando, puede lesionar el narcisismo femenino cuando la mujer siente que no da la talla en su función de ser madre y transmisora de vida, elementos ambos, cargados de una gran valoración social; también el narcisismo masculino se ve afectado cuando va asociado a pre-juicios sociales que mezclan confusamente fertilidad y virilidad. Hablamos en definitiva del sentimiento de *castración*, que no es patrimonio de parejas adoptantes, pero que adquiere rango específico en ellas. Se trata de renunciar a la parentalidad inscrita en el código biológico tratando de encontrar una nueva forma de vinculación familiar con lazos que no son de sangre.

El Psicoanálisis enseña que el sentimiento de castración es universal, inherente al desarrollo del ser humano y de su estructuración psíquica, y que ocupa un lugar fundamental en la evolución de la sexualidad infantil. La vivencia de castración da lugar a la aceptación de la renuncia que pone fin a la fantasía infantil de omnipotencia, fantasía ligada a la de bisexualidad infantil. Lo que los psicoanalistas llamamos *aparato psíquico* se constituye y organiza teniendo en cuenta este proceso de aceptación y de renuncia. Si la adopción de un niño tiene como objetivo tratar de reparar, o aún más, negar los aspectos internos deficitarios derivados de la infertilidad biológica, las probabilidades de fracaso de la adopción serán altas, y una adopción fracasada supone un inmenso sufrimiento para todas las partes involucradas (15,16) De ahí la importancia



que tiene el factor preventivo de la valoración de padres adoptantes, en donde uno de los aspectos más importantes es tratar de identificar posibles riesgos específicos que puedan subyacer en el ofrecimiento de adopción.

La pareja parental adoptiva infértil no ha podido engendrar un hijo, pero para poder ejercer exitosamente su función parental con el hijo adoptado *“Los padres adoptivos deben saber hablar de su esterilidad, sin mostrar al niño que están heridos aún. Es necesario que esta esterilidad y la herida del amor propio sean superadas, ya que, si no, el niño adoptado tendrá siempre la impresión de que está aquí para llenar alguna falta y no por él mismo”* (17).

Por otro lado, está el *duelo del niño*, niño que trae tras de sí, una historia de rechazo y abandono. Es un niño abandonado por una mujer que, probablemente también fue abandonada por un hombre. Es una historia repetida. El nacimiento es la primera gran carencia, se trata de una separación traumática. Esta es la gran fractura inicial. Las satisfacciones primarias que brinda el cuerpo de la madre se ven bruscamente interrumpidas con el alumbramiento. Es el elemento de partida de un duelo que el hijo adoptado habrá de integrar en su propia historia personal. El reencuentro con el cuerpo de la madre neutraliza y apacigua las primeras sensaciones de inseguridad y desprotección, y no siempre los niños adoptados han podido tener ese reencuentro corporal inmediato al parto y recuperar la relación cuerpo a cuerpo con la madre. El niño adoptado tiene un doble desprendimiento, intra y extrauterino, y el vínculo corporal queda definitivamente perdido. La adopción puede permitir a algunos niños modificar y reparar, al menos parcialmente, los traumas que se derivan de la interrupción de los vínculos afectivos primarios. El niño tendrá que hacer frente al duelo por la separación de su madre biológica y elaborar el tránsito a su madre adoptiva dentro del proceso de integración en su nueva realidad (18)

El niño adoptado es una conjunción de un “deseo” de sus padres adoptivos con un “no deseo” de los biológicos. En la generalidad de las veces, los niños adoptados no fueron deseados y eso deja sus secuelas. Es frecuente que niños no deseados desarrollen fantasías similares a las de los niños adoptados.

La discontinuidad y/o ruptura en el vínculo de las relaciones objetales, y con relación objetal nos referimos a la relación primaria que se establece en los primeros tiempos de la constitución del psiquismo, en donde el bebé es investido libidinalmente por un otro que ejerce funciones de soporte y contención de la angustia-, lleva al niño/a a atravesar una doble situación de duelo. En el imaginario del niño adoptado, habrá siempre una doble pareja

de padres, una superposición de parejas y tendrá que elaborar por lo tanto una doble renuncia, puesto que es un hijo espectador excluido de dos escenas primarias.

Sería importante que los padres adoptivos supieran de estos procesos internos, lo que les ayudaría a conocer mejor su deseo y la viabilidad del mismo, ya que la ausencia de un vínculo de sangre requiere de la construcción de un espacio simbólico en donde poder construirse como familia adoptiva.

*“La adopción le ha salvado la vida, pero no ha podido salvarle de la tragedia derivada de las condiciones de su nacimiento” (19)*

### **Sobre los orígenes, incógnitas y certezas.**

---

La familia adoptiva empieza a construir su historia en común en la que no están ausentes una gran cantidad de fantasías. Fantasías respecto al origen, a los antecedentes biológicos-hereditarios o también sociales.

La incógnita sobre lo que el niño aporte desde su disposición hereditaria, aumenta en los padres adoptivos fantasmas relacionados con el origen del niño, y es desde esa incógnita desde donde tendrán que ver, descifrar y entender su deseo. Los padres adoptivos pueden quedar atrapados en una posición frágil que amenaza con romperse ante cualquier interpelación de los hijos -tal como *“no eres mi verdadero padre...”*- si no pueden asumir la diferencia entre paternidad biológica y adoptiva, entendiendo que es esta última la verdadera, porque al decir del Dr. José Rallo *“los padres afectivos son los padres efectivos”* (20). Los adoptivos son los verdaderos padres porque es con ellos con quienes va a organizarse como persona y tendrá que hacer las identificaciones masculinas y/o femeninas. Son los padres adoptivos los que le proporcionarán al niño un sentimiento de seguridad en sí mismo o de angustia latente, y eso dependerá de lo que el niño perciba de la actitud de sus padres. M. Soulé (9) también manejó la expresión “verdaderos padres” para referirse a los que proporcionan los cuidados y transmiten el afecto, por lo que los adoptantes tienen que concederse el derecho de ser ellos los “verdaderos padres” puesto que es con ellos con quienes el niño/a va a organizar su Novela Familiar (21)

La novela familiar es una fantasía consciente que todo niño construye hacia los cinco o seis años y cuya dinámica va a jugar un papel esencial en la relación con sus padres (biológicos o adoptivos). Es un escenario con

elaboración secundaria, una escena en el sentido en que lo entiende Freud. Una construcción fantasmática en la que el niño modifica imaginariamente sus lazos con sus padres y sus orígenes. Una fantasía diurna consciente más o menos elaborada. Sirve para aliviar el dolor ante temores de abandono. Se crean unos padres míticos reconstituidos por un sobreinvertimiento narcisista. *“Es un escenario-guion de elaboración secundaria que permite al pre-adolescente soportar la realidad tal como es”* (22) *“Una tentativa para permitir vivir el edipo de un modo aconflictual”* (23, 24)

Los padres son inicialmente la única autoridad, la fuente de toda creencia y el niño quiere ser de mayor, como ellos. Pero a medida que avanza en su desarrollo intelectual, establece un contacto con sus padres menos idealizado, conoce a otros padres y los compara con los suyos, dudando de todas aquellas cualidades únicas que les había adjudicado. Cuando el niño se siente menospreciado, que no recibe el pleno amor de sus padres o también que tiene que compartirlo con otros hermanos, elabora la fantasía con frecuencia recordada conscientemente en épocas posteriores, de que en realidad no es hijo de esos padres, sino adoptado o recogido, otorgando valores imaginarios a la familia de origen.

El niño quiere realizar sus deseos y corrige la realidad. Se aleja de sus padres desdeñados, sustituyéndolos por otros de mejor nivel social, bien sea utilizando el encuentro casual de elementos reales, bien por una elaboración surgida de lecturas o de deseos particulares.

El cuestionamiento y replanteamiento de las relaciones familiares en la adolescencia, pueden llevar al joven adoptado a crear mayores fantasías sobre los progenitores, idealizándolos en extremo: tal vez él fue robado a unos padres bondadosos... tal vez forzaron a sus padres a desprenderse de él... tal vez... Crea y organiza así su *“novela familiar”* que le da ocasión para iniciar la crítica a sus padres y pensar que otros son preferibles, se trata de una fantasía de ajenidad.

Los padres biológicos a los que se desconoce, se utilizan como soporte de su autonomía y son investidos como los padres ideales (*ellos sí me comprenderían... ellos sí me dejarían hacer tal o cual cosa...*)

Las fantasías que conforman la *“novela familiar”* sirven –dice Soulé– para entrar en la adolescencia y atravesar, escapar y organizar el edipo; y los niños adoptados construyen también su *Novela Familiar* igual que los demás niños y no especialmente por ser adoptados porque *“el conflicto edípico, está ligado al lazo recíproco del parentesco y filiación y no a la continuidad cromosómica”* (25).

Aun siendo informado de que tiene otros progenitores, que incluso, pueden ser “racialmente” diferentes de sus padres adoptivos, el niño adoptado no puede escapar de los fantasmas originarios, de la escena primaria, del conflicto edípico y de sus angustias. Los sentimientos de filiación y de parentesco se establecen, no entre procreadores y procreados, sino entre los que han vivido juntos el edipo y la novela familiar. En última instancia *“el afán de sustituir al padre verdadero por uno más noble, no es sino expresión de la añoranza del niño por la edad dichosa y perdida en que su padre le parecía el hombre más noble y poderoso, y su madre la mujer más bella y hermosa, así, la fantasía no es en verdad sino la expresión del lamento por la desaparición de esa edad dichosa”* (21, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33)

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ungar V. De la función materna/paterna a la parentalidad. En: Tercer encuentro de psicoanalistas de lengua castellana. Filiación y neoparentalidades. Madrid: Asociación Psicoanalítica de Madrid, 2016.
- 2.- Denis P. Entre familia y parentalidad: algunas consecuencias de las discontinuidades relacionales. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2010; 49: 79-99.
- 3.- Freud S. Psicología de las masas y análisis del yo. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- 4.- Freud S. Totem y tabú. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- 5.- Monserrat A, Muñoz T. Retos creativos en las psicoterapias con niños y adolescentes adoptados. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2017; 63:17-28.
- 6.- Newton Verrier N. El niño adoptado. Comprender la herida primaria. Barcelona: Albesa, 2010.
- 7.- Moro MR. Aimer les enfants ici et ailleurs. Paris: Odile Jacob, 2007.
- 8.- Ansermet F. Cuando la ciencia supera la realidad. Trabajos Psicoanalíticos. Madrid: Asociación Psicoanalítica de Madrid, 2015;1:11-26.
- 9.- Muñoz MT, Monserrat A, et al. La adopción: un tema de nuestro tiempo. Madrid: Biblioteca Nueva, 2006.
- 10.- Manzano J. Cambios sociales y su repercusión en la parentalidad y la filiación. En: Tercer encuentro de Psicoanalistas en lengua castellana. Madrid: Asociación Psicoanalítica de Madrid, 2016.
- 11.- Manzano J, Palacio F, Zilkha N. Los escenarios narcisistas de la parentalidad. Bilbao: ALTXA, 2002.
- 12.- Hayez JY, Boiteux M. La selección de los candidatos a la adopción. Un jour, l'adoption. Paris: Fleurus, 1988.
- 13.- Tubert, S. Mujeres sin sombra: maternidad y tecnología. Madrid: Siglo XXI, 1991.
- 14.- Freud S. Duelo y melancolía. Obras Completas. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- 15.- Galli J, Viero F. El fracaso en la adopción. Prevención y reparación. Madrid: Grupo 5, 2007.
- 16.- Vinyent M, Ricart E. (comp). Adopción y vínculo familiar. Barcelona: Fundación Vidal i Baraquer y Paidós Ibérica S.A., 2005.
- 17.- Soulé M, Noël IJ. L'adoption. Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: PUF, 1985.
- 18.- Grinberg R. La adopción y la cesión: dos migraciones específicas. Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. de Madrid. 1982; Vol. IV, 1: 27-44.

- 19.- Grinberg L. Culpa y depresión. Buenos Aires: Paidó, 1978.
- 20.- Rallo J. Comunicación personal.
- 21.- Freud S. La novela familiar del neurótico. Obras Completas. Volumen IX. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- 22.- Soulé M. La cuestión de una posible búsqueda de sus progenitores por el niño adoptado, y la novela familiar. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y el adolescente. 1997; 23/24: 87-95.
- 23.- Grünberger B. L'oedipe et le narcissisme. Revue Française de Psychanalyse. 1967. 5-6.
- 24.- Grünberger B. Le narcissisme. Paris: Payot, 1971.
- 25.- Soulé M. Oedipe Roi, Oedipe à Colone. Sophocle et l'adoption moderne. Le roman familial. La Psychiatrie de l'Enfant. 2012; Vol. LV, 1: 5-20.
- 26.- Abadi D. Adopción: del abandono al encuentro. Buenos Aires: Kargieman, 1998.
- 27.- Freud S. El malestar en la cultura. Obras Completas. Vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- 28.- Monserrat A. Reflexiones sobre las familias. Psicoanálisis Operativo. Buenos Aires: Atuel, 2005.
- 29.- Muñoz T. Adopción: de la pérdida al encuentro. La revelación de los orígenes En: VI Jornadas Internacionales Grupo, Psicoanálisis y Psicoterapia. Málaga: CEDMA, 2000. p. 185-197.
- 30.- Rius M, Beà N, Ontiveros C, Ruiz MJ, Torras E. Adopción e identidades. Barcelona: Octaedro, 2011.
- 31.- Roudinesco E. La familia en desorden. Barcelona: Anagrama, 2004.
- 32.- MC Dougall J. La diversidad en el modelo actual de crianzas. Rev. psicoter. psicosom. 2016; 91:109-129.
- 33.- Tesone JE. En las huellas del nombre propio. Madrid: Biblioteca Nueva, 2016.

## **5. HOMOPARENTALIDAD.**

**Alicia Monserrat Femenía.**

**Teresa Muñoz Guillén.**

### **Introducción**

---

En la medida en que el modelo tradicional de familia convive con otros modelos, se generó la necesidad de replantearse conceptos tales como el de maternidad/paternidad y aún incluso el de familia. Las modificaciones que se fueron realizando apuntaron a atender los cambios sociales y culturales que se vienen observando en los últimos tiempos, lo que más allá del compromiso legal que nos ate a ello, supone un nuevo elemento de reflexión sobre esta actual forma de constituirse en familia. Asistimos en la actualidad a la proliferación de nuevos marcos familiares que no encajan con el modelo – llamémosle clásico o tradicional- de la familia constituida por padre, madre e hijos nacidos del encuentro sexual de aquellos. Actualmente ya se hacen visibles las familias compuestas por progenitores y/o padres del mismo sexo, lo que motiva a la sociedad a buscar respuestas sobre el desarrollo emocional de sus miembros, especialmente de los hijos.

Contamos con numerosos estudios llevados a cabo por distintas instituciones y en diferentes países. España fue uno de los primeros países del mundo en reconocer legalmente el matrimonio entre personas del mismo sexo, según Ley 13/2005 de 1 de julio por la que se modifica el código civil en materia de derecho a contraer matrimonio (1) dando carta de naturaleza a la posibilidad de adopción por parte de estas parejas.

Generó una importante polémica a nivel parlamentario, en los medios de comunicación y en la opinión pública mostrando que en algunos casos la ley se anticipa a la demanda social real. Leticia Gloser Fiorini (2) plantea que no

se debería hablar de homosexualidad en bloque. Sostiene que «*desde los actos homosexuales ocasionales, pasando por las homosexualidades en las neurosis, hasta las homosexualidades en estructuras clínicas perversas y psicóticas, se despliega una gran heterogeneidad*».

El colectivo homosexual, tan injusta e hipócritamente perseguido por las sociedades bien pensantes, ha conquistado un espacio social que le había sido negado, no obstante, sería bueno no dejarse arrastrar por una –por otra parte, comprensible– tendencia a recuperar o a adquirir lo vetado apresuradamente, sin el necesario proceso de asimilación y elaboración, no solamente a nivel social, sino también en la propia subjetividad. Se plantea incluir esta preocupación, abierta a la discusión y al entendimiento entre los profesionales de la salud.

En la pareja homosexual, con hijos biológicos propios, uno de los dos miembros no es progenitor. En la pareja adoptante homosexual, ninguno lo es por lo que la estructura familiar se construye exclusivamente sobre la filiación y no sobre el vínculo de sangre. En este caso hay que considerar el tipo de fantasías que se presentan en relación al engendramiento (auto engendramiento, neo engendramiento, partenogénesis) (3).

Es momento ahora, siempre desde la orientación que nos brinda la ética, considerar los ejes que vertebran la práctica clínica con familias inscritas en las nuevas coordenadas sociales: “*Lo más importante no es lo homo-parental, sino la capacidad de ser padre. Eso es lo que cuenta, la capacidad de amar al niño, de educarlo para que pueda devenir sujeto. Que sea viviente, activo, dinámico, que ame la libertad y desarrolle su sexualidad. Padres que puedan identificar al hijo en sus deseos y en sus necesidades y que deseen abrirlo al mundo y a su necesidad. Que sean homo o hetero no tiene ninguna importancia*”, afirma Joyce McDougall (4).

Es desde el corazón mismo de la clínica con familias, desde donde se puede encarar este tema contextualizado en los retos que impone la realidad actual. En la clínica actual el profesional de la Salud Mental se encuentra con grupos familiares que ya no responden –en todos los casos– al canon clásico/tradicional de familia. En la intervención terapéutica familiar, el motivo de consulta, casi siempre viene fundamentado por el sufrimiento que se desprende de las dificultades en el funcionamiento intersubjetivo que tiene lugar entre los miembros de la propia familia.

El objetivo terapéutico es la intervención en la dinámica familiar que sustenta el conflicto expresado en sintomatología de sufrimiento.



Dada la relevancia del tema, lo que importa es seguir profundizando en ello seriamente, con puntos de vista teóricos y metodológicos rigurosos, sin llegar a conclusiones precipitadas. Todo esto, más allá de cuales sean las legislaciones que regulen estos procesos. Es importante señalar todo lo concerniente a la adquisición de la identidad sexual, que poco tiene que ver con “los roles de género” adjudicados social y culturalmente (5).

## Sobre la parentalidad

---

Consideramos el *parentesco* como lo que remite a una posición en la estructura familiar: la del padre, madre, etc.; la *parentalidad*, es, por su parte, lo que corresponde al ejercicio de la función intrínseca a la posición de parentesco: criar, educar...etc. y convengamos que estas funciones pueden y deben ser ejercidas tanto por los propios padres como por otras personas en las que recaiga la tarea de la crianza de menores. Participamos del espíritu que subyace en el conocido y viejo proverbio africano de que *se precisa de toda la tribu para criar a un niño*.

El conjunto social del ser humano determina la configuración de la realidad con la que el sujeto se enfrenta en su interacción con ella. Es un universo trans-subjetivo que tiene fuerte injerencia en la configuración del psiquismo. Una especie de espiral dialéctica en donde se entrelazan lo singular, lo grupal y lo social. Lo que ha venido siendo reconocido en el ideario de familia y las prácticas de crianza adscritas a él, ha sufrido un considerable vuelco que ha dado lugar a transformaciones subjetivas de nuevo cuño con problemáticas específicas y singulares, que requieren de intervenciones pensadas desde dispositivos que, a su vez, permitan el despliegue de la conflictiva allí presente. Esta nueva forma de entender la familia (homo-parental) como una trama vincular de intercambio afectivo, crea un campo de producción inconsciente del conflicto y el sufrimiento inherente a todo ser humano, pero que, en esta modalidad, produce consecuencias inmediatas en los motivos de consulta y en el modo de intervención terapéutica. La familia es ese conjunto de lugares donde esas singularidades han de habitar (6).

En el deseo de ser padres es importante constatar el ideal singular de cada sujeto, aunque socialmente se suscriban funciones “ideales” de parentalidad

(roles adscritos tradicionalmente en función del género). Desde el corazón mismo de la clínica con familias, es posible adquirir una comprensión profunda de este tema contextualizado en los retos que impone la realidad actual.

El contexto intersubjetivo constituye un encuadre en el que surgen nuevas y diferentes formaciones del inconsciente que vienen dadas por la pertenencia al sistema de parentesco, a la cotidianeidad compartida y a los sentidos que se construyen en ese conjunto, a los afectos que se comparten y a las experiencias emocionales que derivan de dicho conjunto. El vínculo liga a los miembros de la nueva configuración familiar en un espacio inconsciente, en el que se ubican, y son contenidos.

Aunque cada encuentro por definición tenga mucho de imprevisible, hoy nos encontramos con formaciones y sucesos vinculares que, al menos en su fenomenología, se imponen como fenómenos novedosos. Novedades, a veces desconcertantes y en múltiples circunstancias perturbadoras, ya que nos descentran del mundo de vínculos para nosotros hasta ahora conocido, elementos extraños que se imponen como ajenos y que impactan nuestra mente. Los profesionales de Salud Mental se encuentran con un hacer entre sujetos, en donde las formas de vivir, de ver el mundo, de ver el futuro y de lidiar con el dolor, les exigen pensar su intervención a partir de ese descentramiento.

## **Familia homoparental**

---

Como sabemos, la homosexualidad ya fue retirada como patología por la Asociación de Psiquiatría Americana en 1973 y la Organización Mundial de la Salud ratificó esta decisión en 1974. No procede seguir sosteniendo postulados desechados por toda la comunidad científica y social, pero el tema es lo suficientemente complejo como para no abordarlo desde un concepto de homosexualidad unívoco.

La elección de objeto homosexual responde a una larga trayectoria de configuración del deseo con las vivencias angustiosas derivadas de haber podido ir más allá de las fantasías omnipotentes referentes al propio sexo, o haber quedado atrapado en un narcisismo primario que no ha permitido reconocer la alteridad del otro. En otras palabras: elección de objeto homosexual con el que poder establecer auténticas relaciones objetales (intercambio afectivo,

reconocimiento de la diferencia, ...) frente a elección de objeto homosexual desde un posicionamiento narcisista especular no diferenciado del sujeto, sin reconocimiento de la diferencia y/o diversidad.

En principio, una pareja homosexual podría configurar una familia homoparental enmarcada según diferentes composiciones, tales como:

Pareja homosexual de hombres con hijo varón

Pareja homosexual de hombres con hija

Pareja homosexual de mujeres con hijo varón

Pareja homosexual de mujeres con hija

Estas formas tan tipificadas adquieren un mayor nivel de complejidad en función del imparable avance de la tecnología, que posibilita actualmente engendrar hijos propios –biológicamente hablando– mediante fecundación asistida (caso de lesbianas), útero de alquiler o paternidad subrogada (caso de varones homosexuales) o hijos adoptados independientemente del sexo de los/as adoptantes. Y también cualquiera de estas combinaciones con varios hermanos/as. La familia homosexual, específicamente, podría configurarse también mediante el sistema de *co-parentalidad*, en el que gays y lesbianas que viven solos o en pareja se ponen de acuerdo para concebir un hijo que se criará entre las dos unidades familiares, la primera exclusivamente femenina y la otra, exclusivamente masculina, en este caso, según plantea A. Cadoret (7) la filiación se disocia de la alianza y la pareja genitora y conyugal no coinciden nunca.

La experiencia francesa en lo que ha sido publicado respecto a este tipo de configuración familiar, ha resultado ser complicada y compleja y es el tipo de familia que ha presentado más problemas a la hora de llevarla a la práctica. Vemos pues, que palabras-conceptos clave, como pueden ser: padre, madre, función (paterna, materna) no siempre están asignadas a las mismas representaciones de lugares familiares. ¿Las palabras padre-madre y masculino-femenino, fundamentan irrevocablemente la construcción del grupo familiar? Parece que las nuevas realidades sociales dicen que no.

Situados ante estas organizaciones familiares actuales, surgen reflexiones en torno a la pertinencia o no, de equiparar estos grupos familiares con la concepción clásica y tradicional de familia en la cultura occidental. Una familia con dos “padres” o dos “madres” dará lugar a diferentes aportes en la constitución psíquica de los hijos. Desde la clínica hemos observado que no es lo importante hablar de padre o madre, sino de función paterna o materna. Este

sesgo tiene tanto peso en la estructuración familiar que será más significativo el reparto de roles de la pareja que la propia configuración anatómica sexual. Es este uno de los factores en los que está comprometida la elección de objeto de la que hemos hablado más arriba.

La pareja adoptante homosexual se constituye exclusivamente sobre el vínculo de filiación y se establece uno “de derecho” que legitima socialmente la relación afectiva establecida con un menor que pasa a ser hijo en toda su legitimidad aún cuando no hay consanguinidad, dado que no ha sido engendrado por quien, impulsado por su deseo de parentalidad se ha constituido en padre y/o madre de ese niño o niña. La adopción supone establecer una filiación social que da sentimientos de hijo/a a quien no los tenía y, recíprocamente, sentimientos de padres a quien deseaba tenerlos.

La nueva legislación (1) equipara e iguala cualquiera que sea la constitución de la pareja para poder acceder a la paternidad, en este caso, adoptiva. Son parejas que han de ser valoradas social y psicológicamente en razón de su presunta idoneidad, en los mismos términos que las parejas heterosexuales.

Como ha quedado expuesto en la introducción, el factor prevalente en el proceso de exploración –proceso que viene marcado por la normativa legal– de las personas que se ofrecen como padres adoptivos, es la capacidad de sostener una función parental organizadora y estructurante para sus hijos, más que el condicionante biológico sexual.

## **Identidad y filiación**

---

El sentimiento de identidad constituye una experiencia subjetiva del *self*, que se inicia en la niñez y cuyo núcleo de formación se genera a partir de la imagen corporal (8) en un proceso que culmina en la adolescencia dentro de un contexto social determinado. La interacción específica y continuada de todos los elementos del entorno del niño durante la crianza, brindará al Yo un cierto estado de cohesión, el cual, como sustento de la identidad, se mantendrá dentro de ciertos límites que podrán experimentar alteraciones o pérdidas en ciertas circunstancias (9).

Los intercambios emocionales y afectivos que el bebé mantiene con el objeto madre, van creando, organizando y sosteniendo las bases de la identidad. Ésta

se construye en interacción con el objeto. M. Klein (10) fundamentaba este proceso en los mecanismos de Identificación Proyectiva (del bebé a la madre) y de Introyección (de la madre al bebé). Identificación Proyectiva es una fantasía por la que el bebé se introduce total o parcialmente en el interior del objeto (madre) para poseerlo y controlarlo. Introyección se refiere a los fantasmas provenientes del objeto-madre, que el bebé incorpora al interior del aparato psíquico. Es la importancia de lo vincular.

A lo largo de la vida, las distintas experiencias afectan y alteran el sentimiento de identidad, modificándolo de alguna manera, así pues, la identidad se va configurando y consolidando con sus modificaciones mediante la elaboración de todos estos procesos, experiencias y duelos (11).

La identidad es frágil y lábil en la infancia y la adolescencia, no se adquiere en un golpe de madurez, sino que es el resultado de un proceso de adquisiciones y renunciaciones; renunciaciones derivadas de elaboración de duelos de los distintos momentos evolutivos del desarrollo infantil, por ejemplo, el duelo por la pérdida de la bisexualidad en la infancia que da paso a la consolidación de la identidad sexual adulta bien sea ésta, homo o heterosexual. En casos patológicos y por fracaso en la elaboración de la propia subjetividad pueden producirse graves perturbaciones de la identidad o formaciones patológicas de la misma.

La familia homoparental se ve atravesada como cualquier otra configuración familiar por todo lo que concierne a la transmisión de factores constitutivos de construcción de la identidad, esta transmisión no puede hacerse por otra vía que no sea la del vínculo de filiación. Vínculo prevalente (12).

El vínculo de filiación, como sabemos, es el que se da entre los padres con los hijos. Además, le otorga al hijo pertenencia al conjunto familiar a través del apellido y del nombre que es una creación significativa. Los que ejercen de padres/madres son transmisores de valores, ideología, pertenencia de clase y de un modelo de relación que le asigna un lugar, el lugar de hijo. Lo que denominamos estructura familiar inconsciente constituye un nivel príncipes, profundo, inconsciente. Es donde reside el real significado que organiza y da forma a las diversas modalidades familiares. Estas producciones de la estructura familiar inconsciente son los nombres propios, las creencias familiares, los mitos, el tiempo y el espacio familiar (13).

La pareja homosexual presenta peculiaridades específicas y nos preguntamos cómo puede incidir esta circunstancia en la transmisión a los hijos de los

elementos necesarios para la construcción de la propia identidad sexual, ya sea ésta masculina o femenina.

El tema de la identidad, poco tiene que ver con “los roles de género”. Es decir, un hombre puede tener una identificación bien integrada con su sexo masculino (que parece lo esencial) y no sólo no renunciar a aspectos de “rol de género” atribuidos durante siglos a las mujeres, sino haber incorporado éstos en un desarrollo evolutivo armonioso.

### **Abordaje clínico y conclusión**

---

Al recibir en consulta a un grupo familiar homoparental con los acordes de los tiempos que nos habitan, seguimos manteniendo atenta nuestra escucha al sufrimiento emergente en el vínculo derivado de la fantasmática inconsciente familiar. La expresión del conflicto en lo manifiesto no tiene por qué alcanzar cotas cualitativas ni cuantitativas diferentes a las registradas en familias heteroparentales, pero desde la especificidad de constitución familiar de la que venimos hablando, no se debe dejar de lado que las fantasías primordiales sobre la escena primaria, necesarias para que el niño pueda acercarse a los enigmas de la sexualidad de los padres, podrían ser representadas en otro registro susceptible de producir algún nivel de alteración en el necesario presupuesto que permite la diferenciación entre lo femenino y lo masculino, puesto que la fantasía de la escena primaria aporta al niño la imagen de las figuras parentales fusionadas en una completitud bisexual (14).

En el mundo psíquico de la infancia, donde coexisten el odio y el amor en una corriente de investidura libidinal incesante sobre los objetos parentales, estos intercambios fantasmáticos contribuyen a erigir una imagen impactante generadora de angustia sobre la escena primaria. Estos enigmas que surgen en el psiquismo infantil no dejan de estar atravesados por la irrupción de la sexualidad adulta en la sexualidad infantil, ya que aquella va a ser fantaseada, adivinada y percibida en distintas proporciones desde la curiosidad infantil. La sexualidad parental en estas familias, imperativamente desvinculada de la procreación desde la propia biología, demandará una específica elaboración de los conflictos y ansiedades generados en función de esta disociación.

El profesional puede encontrarse en consulta como primera línea de defensa generalizada la de la negación, es decir, el tratamiento que las figuras parentales

se dan a su condición de tales, respecto a cómo han accedido a concebir y tener la prole. La evitación puede ser otro factor defensivo en el discurso psíquico de su relato sobre la historicidad familiar (por ej. los padres no quieren hablar de cuál fue la vía por la que se constituyó la familia).

La clínica que sostenemos es la que apuntala que la información compartida en el espacio terapéutico familiar debe permitir trabajar conjuntamente en la elaboración de la situación a través de dos mecanismos:

1. La “reverie familiar” donde las fantasías de cada uno pueden ser procesadas, discutidas y elaboradas conjuntamente.
2. La “novela familiar” (15; 16) concepto creado por Freud para designar fantasías mediante las que el sujeto modifica imaginariamente sus lazos con sus padres y en donde la generación de hijos pueda discutir abiertamente con la de padres, ejercientes de una parentalidad atípica.

Cuando las figuras parentales no son capaces de sostener una palabra portadora de un discurso suficientemente transmisor de la verdad revelada familiar, los padres pueden perder fiabilidad en su función de garantes, pudiendo darse el caso de que el espacio psíquico del hijo no quede discriminado del de los padres, quedando así atrapado en un pensamiento que no es el propio, en el peor de los casos en identificación letal, no pudiendo instaurar su libertad de interpretar con su propio psiquismo las verdades familiares y vinculares (17).

En la clínica actual el profesional terapeuta, desde un posicionamiento ético, no puede pretender tener respuestas a todas las diferentes y novedosas demandas que se presentan propias de los nuevos tiempos. Nos encontramos abocados a develar las apuestas inconscientes de estas consultas homoparentales interrogándose sobre el punto del contexto social desde donde se nutren fantasías relativas a la filiación con las creencias que intervienen en la concepción de los valores de los vínculos amorosos de los seres humanos (18).

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Ley 13/2005 de 1 de julio por la que se modifica el código civil en materia de derecho a contraer matrimonio. BOE. Num.157 de 2 de Julio de 2005.
- 2.- Glocer Fiorine L. Lo femenino y el pensamiento complejo. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2001.
- 3.- Kancyper L. Fantasías de ruptura con el sistema de la filiación. autoengendramiento, neoengendramiento, partenogénesis. [www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=147](http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=147).
- 4.- Mc Dougall J. Las mil y una caras de Eros: la sexualidad humana en busca de soluciones. Buenos Aires: Paidós, 1988.
- 5.- Monserrat A. Muñoz Guillén M.T. El abordaje terapéutico con familias adoptantes. Revista Sui Géneris, Universidad Autónoma de Nuevo León (México), 2014. 29 pp. 37-47.
- 6.- Monserrat A. Reflexiones sobre la familia. Psicoanálisis operativo. Buenos Aires: Atuel, 2005.
- 7.- Cadoret A. Padres como los demás, homosexualidad y parentesco. Barcelona: Gedisa, 2003.
- 8.- Freud S. Introducción al narcisismo. S. Freud. Obras Completas Volumen XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- 9.- Bick E. La experiencia de la piel en las relaciones de objeto tempranas. Int J Psychoanal 1968; XLIX: 2-3.
- 10.- Klein M. Envidia y gratitud. Obras Completas, Tomo III. Buenos Aires: Paidós, 1957.
- 11.- Grinberg L. y R. Identidad y cambio. Buenos Aires: Kargieman, 1971.
- 12.- Rotemberg E. Agrest B. Homoparentalidades. Nuevas familias. Buenos Aires: Lugar, 2007.
- 13.- Olmo C. del. Dónde está mi tribu. Maternidad y crianza en una sociedad individualista. s.l.: Clave Intelectual, 2013.
- 14.- Berenstein I. Puget J. Lo vincular. Clínica y técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós, 1997.
- 15.- Freud, S. La novela familiar del neurótico. Obras Completas, Volumen IX. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- 16.- Freud S. La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna. Obras Completas Volumen IX. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- 17.- Faimberg H. La transmisión psíquica entre generaciones. Buenos Aires: Amorrortu, 1985.
- 18.- Muñoz Guillén M.T. ¿Qué hacemos con los hijos? Violencia, parentalidad y parentificación. Revista Pensamiento Psicoanalítico. AAPIPNA, 2017.



## **6. ROLES PARENTALES EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.**

**Margarita Rullas Trincado.**

### **Introducción**

---

Las personas con trastorno mental grave (en adelante, TMG) tienen los mismos deseos de tener hijos que cualquier otra persona. La desinstitucionalización psiquiátrica, los nuevos fármacos y las nuevas intervenciones psicológicas y en rehabilitación psicosocial han ayudado a que las personas afectadas de un TMG puedan desarrollar su vida de una forma completa, incluyendo tener hijos y poder cuidar de ellos. En este capítulo trataremos de mostrar el trabajo en roles parentales que desde los servicios de atención a personas con trastorno mental grave se está realizando actualmente.

El trabajo con personas con trastorno mental grave tiene, entre otros, como objetivos la mejora en el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad, es decir, la recuperación de roles valiosos y significativos. Los roles fundamentales en nuestra sociedad son no sólo, pero estos ampliamente aceptados, el trabajo, tener vivienda propia, relaciones sociales satisfactorias, la pareja y el cuidado de los hijos/as. Así, se entiende la paternidad/maternidad como una experiencia vital, que nos define en un rol esencial y que en muchas ocasiones da significado a nuestra vida adulta. De esta forma, las personas con TMG tienen los mismos deseos de tener relaciones íntimas y crear una familia que cualquier otra persona (1). Sin embargo, hasta hace poco este es un rol que a muchos de los profesionales que trabajamos en este campo nos ha pasado inadvertido. De hecho, se ha atendido más a la repercusión que haya podido tener para el hijo el convivir con una madre con trastorno mental que cómo poder apoyar a ésta en el desarrollo óptimo de su hijo.

Dentro del campo de la salud mental durante muchos años no se ha dedicado atención a investigar el cuidado de los hijos como un rol significativo de las personas con TMG (2, 3, 4, 5, 6), sin embargo, lo que encontramos en nuestra labor diaria es que el cuidado de los hijos/as es una de las mayores demandas que estas personas tienen a la hora de establecer objetivos de recuperación.

De hecho, sí es un tema que ha preocupado a los clínicos, aunque la mirada ha estado más dirigida al impacto que ha tenido sobre el desarrollo de los niños el tener un padre o madre con un TMG o a las interacciones madre-hijo y no tanto a las necesidades de estos. Dentro de los estudios más significativos sobre el impacto de un TMG en el desarrollo de los hijos el primero más importante, fundamentalmente por el tamaño de la muestra, es el estudio realizado por la OMS (1977) donde se hace un seguimiento a 1200 hijos de padres/madres con esquizofrenia. En él se concluye que hay un alto porcentaje de episodios de ansiedad y agresividad en la muestra estudiada. En otro estudio se detecta que más del 50 % de los hijos sufren algún trastorno psicopatológico (7) existiendo un riesgo tres veces mayor de tener diagnósticos psiquiátricos en hijos de padres con esquizofrenia que en otros grupos de niños (8). En definitiva, hay una amplia bibliografía que concluye que los hijos de padres con TMG tienen mayor riesgo de sufrir problemas psicológicos (9, 10, 11, 12).

En un estudio más reciente (13) realizado con niños entre 0 y 4 años hijos de padres con esquizofrenia, trastornos afectivos y otras psicosis, comparados con un grupo control de hijos/as de padres sin diagnóstico de trastorno mental, no encuentran diferencias significativas en salud física y desarrollo evolutivo, excepto en un ligero retraso al comenzar a andar y en el lenguaje en los hijos de los padres con psicosis. Sin embargo, no muestran más hiperactividad, agresividad o problemas emocionales que los niños del grupo control. Sí hay diferencias significativas en mayor nivel de ansiedad y peor competencia social, así como en enuresis. Con respecto a problemas físicos, sólo se ha detectado que hay mayores problemas en la visión, que no se deben a peor atención o cooperación.

Con respecto al embarazo, algunos estudios demuestran que las mujeres diagnosticadas y tratadas con fármacos tienen menores niveles de estrógenos y menor fertilidad que mujeres de población general. Sin embargo, con los nuevos tratamientos antipsicóticos (neurolepticos de segunda generación) se ha visto aumentado el número de embarazos (14). Esto supone que hay una mayor probabilidad de embarazos no deseados, debido a efectos secundarios de la medicación (amenorrea) que pueden confundirse con una medida

anticonceptiva, junto con mayores oportunidades de contactos sexuales por la desinstitutionalización de esta población. La mayoría de las mujeres con esquizofrenia serán madres (15).

Profundizando en las causas de que los hijos de las personas con TMG tienen mayores probabilidades de tener problemas psiquiátricos, Emery (16) concluye que no están relacionadas directamente con la enfermedad o sintomatología específica, sino que los factores de alto riesgo tienen que ver con la presencia en la familia de hostilidad, agresiones o desacuerdos grandes en la pareja, elementos que no sólo se dan en familias donde vive una persona afectada de enfermedad mental.

Son muchos los autores en este nuevo siglo que, en la línea de Emery, están estudiando qué variables pueden probabilizar un buen clima familiar y por tanto un saludable desarrollo de los hijos de personas con TMG. En Reino Unido se hizo una revisión de los programas diseñados para dotar de habilidades a los padres/madres con TMG y vieron que trabajar las habilidades de crianza se perfilaba como un factor de protección para el desarrollo cognitivo, los trastornos de conducta y el riesgo de trastorno psiquiátrico en los hijos (17). Otros autores describen como factores predictores en madres también la estabilidad familiar, los soportes informales, tener una pareja estable, o una buena situación económica. Muchos de estos elementos no son precisamente con los que cuentan estas mujeres, muchas de ellas tienen hijos después de tener embarazos no deseados, abuso sexual, situaciones familiares adversas o mala situación económica (18,19).

Para terminar, y en la línea de buscar conductas más nucleares, concretas, que puedan ayudar a perfilar esos programas de habilidades de crianza que puedan mejorar la relación entre la madre/padre y el niño hay estudios que han investigado las interacciones concretas entre madre-hijo en etapas tempranas del desarrollo, concluyendo que se observa un contacto ocular reducido, poca estimulación, inhabilidad para detectar señales en el hijo, como cambios en el estado de ánimo, deseos, etc., desorganización en las rutinas, baja respuesta a las demandas así como un apego inseguro hacia la figura materna (20, 21).

Parece que dentro de las variables que se formulan como protectoras y que ayudan a un buen desarrollo de los hijos de padres/madres afectados por un trastorno mental grave el poder trabajar concretamente esas conductas, así como participar en programas de habilidades de crianza se definirían como elementos clave para una buena relación materno-filial.

En este capítulo nos centraremos en explicar cuáles son las necesidades de las personas con TMG en el cuidado de sus hijos, así como en desarrollar qué programas de intervención se están demostrando eficaces, para terminar, proponiendo una forma específica de abordar este tema.

## **Competencias parentales en personas con TMG**

---

Antes de entrar en los programas concretos de intervención vamos a pararnos a describir cuáles serían las competencias que se consideran deseables en cualquier persona cuando deciden ser padres. Aunque no entraremos a explicar en profundidad qué factores influyen en una parentalidad positiva, por no ser motivo de este capítulo, sí haremos alusión a algunos aspectos generales que nos ayudarán a entender cuáles serán las necesidades que los padres con TMG, como otros padres, tienen que atender en sus hijos en las primeras etapas. (22)

Hablamos de parentalidad positiva cuando esta contribuye a un ajuste emocional y social en el niño, a partir de atender sus necesidades en cada una de las etapas del desarrollo. Se considera un ambiente seguro cuando es capaz de proporcionar a los niños tres elementos: mantener sus hábitos y rutinas, tener un hogar tranquilo, sin conflictos y que los adultos de referencia expliquen sus emociones de forma comprensible. Sabemos que, en las primeras etapas, los niños son dependientes de la ayuda del adulto para conseguir más estabilidad, demuestran ansiedad ante la separación, y no diferencian bien los sentimientos.

Y para completar la terminología utilizada, podemos definir como competencia parental las habilidades de los padres para cubrir necesidades básicas de los hijos en cuanto a alimentación, vestido, alojamiento y ambiente estable y seguro. Ahondando más en esto, se pueden utilizar otros conceptos relacionados con una “parentalidad aceptable”, como son la expresión emocional positiva hacia el hijo, relación paterno-filiar con una orientación centrada en el hijo y el establecimiento por parte del padre/madre de límites, rutinas, predictibilidad y seguridad (23).

En general, cuando queremos evaluar los factores que influyen en la competencia parental de cualquier persona, fundamentalmente la evaluación

se centra en tres aspectos fundamentales, las características de los padres (factores de personalidad, historia familiar previa, experiencias de apego de los padres, expectativas, etc.), características de los hijos (prematuridad, necesidades especiales, temperamento, etc.) y las características propias del contexto (ingresos económicos, vivienda o relación con la pareja). Cuando el padre/madre tiene un TMG además de los anteriores debemos tener en cuenta otros aspectos añadidos (24). Así la guía de buenas prácticas para evaluar capacidades parentales de Gopfert y al., (24) nos recomienda fijarnos en los siguientes aspectos:

Por un lado, en la parentalidad, referida a las definiciones escritas previamente; en segundo lugar en la persona con TMG, focalizando en aspectos relacionados con su trastorno así como en la interferencia de éste en sus habilidades parentales; en tercer lugar en el otro padre o cuidador, evaluando tanto su compromiso parental como la percepción y actitud ante las dificultades de la persona afectada; en cuarto lugar en la relación entre ambas, sobre todo en la resolución de conflictos así como en el estilo comunicacional, En quinto lugar el foco estaría en los hijos y por último en el contexto (alojamiento, estresores ambientales, situación económica, redes de apoyo natural, o la calidad del ambiente en casa).

Además de lo anterior, otros estudios (25) sitúan otros parámetros como indicadores de buena parentalidad en personas con TMG. Elementos como habilidades previas al nacimiento del hijo como pueden ser la adaptación al embarazo, capacidad para seguir instrucciones, redes de apoyo informal o la red de profesionales que le atiende o habilidades cuando vuelve al domicilio (obtener y preparar comidas, cuidar la salud e higiene del niño, establecer una buena relación emocional con el bebé hasta la red de apoyos formales e informales que acuden al domicilio) pueden ser indicadores de la competencia parental de esa persona. En el apartado número 4 desarrollaremos más ampliamente este punto.

## **Necesidades y demandas en madres con Trastorno Mental Grave**

Muchas de las necesidades y demandas que tienen las madres con TMG son comunes a cualquier otro padre o madre; sin embargo, sabemos que con mayor probabilidad sus circunstancias pueden ser diferentes. Las mujeres con

trastorno mental grave tienen mayor probabilidad de ser víctimas de violencia de género (26), víctimas sexuales, mayor probabilidad de tener embarazos no deseados y parejas poco estables y tres veces más probabilidades de perder la custodia de sus hijos (27). Las necesidades de las mujeres con trastorno mental grave cuando son madres son varias y no sólo se deben al diagnóstico psiquiátrico sino también a las circunstancias contextuales en las que acontece ese nacimiento.

Cuando una persona o pareja tienen un hijo esto requiere de cambios y adaptaciones generales (cambios en la vivienda, ajustes en el empleo o en la conciliación de éste con el nuevo rol, administración económica, aprendizaje del cuidado del niño, o ajustes en la relación con personas del entorno). Las madres con TMG además de estos cambios tienen necesidad de otras adaptaciones a la nueva situación, relacionadas fundamentalmente con el tratamiento de su trastorno, como ajustes en la toma de medicación (algunos efectos secundarios pueden dificultar el cuidado de un bebé, una usuaria decía “si tomo esta pastilla para dormir puede que no me despierte por la noche cuando el bebé lllore”, etc.), la cobertura familiar en los momentos de crisis (por ejemplo, si tiene que ser hospitalizada) o el nivel de estrés que puede suponer el cuidado de un bebé.

En un estudio de diseño cualitativo realizado por Nicholson et. al. (28a) se exploró cuáles eran según las propias afectadas las necesidades y demandas que les suponía ser madres. Para ello se preguntó a madres y case Management cuáles eran las necesidades que tenían por el hecho de ser madres y qué pedían a los profesionales para solventarlas. Se detectaron necesidades en cuatro grandes áreas.

La primera estaba relacionada con el estigma de la enfermedad, las madres con TMG sienten ese rechazo incluso antes de estar embarazadas, incluso ellas mismas sienten su propio estigma, atribuyendo a su enfermedad e “incompetencia” cualquier problema común que pueda surgir en la crianza.

La segunda se refería a la dificultad que encontraban para diferenciar el estrés provocado por la crianza con el propio de padecer un trastorno mental. Analizaban la situación y el comportamiento de sus hijos enfatizando la perspectiva de su enfermedad, teniendo una visión parcial y sesgada de la misma.

En tercer lugar, sienten muchas veces incompatible el atender a su bebé con el cuidado y manejo del trastorno, tomando decisiones donde se prioriza uno u otro aspecto. Así, si priorizan el cuidado del hijo, dejan de tomar la

medicación o de acudir a las citas para poder estar más atentas y tener más tiempo. Sin embargo, también en otros casos, relataban el efecto contrario, cómo el tener que cuidar de un hijo era un fuerte motivador para centrarse en su recuperación y estar en las condiciones óptimas de cuidarlo.

El miedo a la pérdida de custodia es el mayor y más frecuente problema que comentan estas personas. Esto en muchos casos las lleva a dejar de acudir a los servicios socio-sanitarios, aumentando así el riesgo de esta pérdida. Las madres con trastornos psicóticos tienen mayor probabilidad de perder a sus hijos que las madres con trastornos afectivos (28a) y tres veces más que la población general.

Las madres que participaron en este estudio decían además que “los profesionales deben hacer un esfuerzo para comprender los aspectos más delicados de las relaciones entre las madres y sus familiares, y deben ayudar a desarrollar y mantener el mayor apoyo familiar y las mejores relaciones” (28b). La respuesta de la familia extensa a la maternidad de la persona con TMG contribuye al bienestar de la madre y de los hijos; por ser los miembros de la familia los soportes naturales, es necesario también atender a este aspecto de la crianza.

Aparte de estas necesidades, existen otras más nucleares relacionadas directamente con el trastorno que también requieren de nuestra atención. Nos referimos al manejo de síntomas como el aislamiento social, que puede impedir que el niño esté expuesto a distintos modelos de aprendizaje social en las primeras etapas de su vida, la suspicacia y la tendencia a la sobreprotección, la baja o inadecuada estimulación y experimentación en el bebé, el escaso contacto ocular o la expresión emocional del afecto, o dificultades para mantener de forma permanente relaciones con otras personas que podrían servir de apoyo en el cuidado. Todo esto puede llevar a la pérdida de confianza en la competencia como madre y/ o alejarse de su cuidado.

## **Programas de intervención**

---

En los últimos años ha habido un fuerte desarrollo de programas específicos de atención a padres y madres con TMG cuyos objetivos han ido dirigidos fundamentalmente a la prevención del abuso y abandono de los menores y a la mejora de las competencias en los padres.

Podemos ver la relevancia de este tema en la conferencia en Atenas de EUFAMI (Federación Europea de Asociaciones de Familiares) en 2005 que se centró específicamente en el cuidado de hijos por sus padres afectados. El título del Congreso fue “The forgotten children”. En las conclusiones de la Conferencia se hizo una Declaración con cuatro puntos:

1. Los servicios deben focalizarse en la familia al completo,
2. Las necesidades de apoyo comienzan pronto, desde la etapa prenatal y especialmente desde el primer año de vida,
3. El objetivo es ayudar a los padres a desarrollar habilidades de crianza y prevenir la salida del niño del domicilio. Una crianza de calidad por los padres con TMG es posible si los apoyos adecuados se dan de forma continua.
4. Los padres con TMG tienen los mismos derechos como ciudadanos que los demás padres. Eso lo corrobora la Declaración de los Derechos Humanos de las personas con Discapacidad que en su artículo 23 reconoce el derecho de las personas con discapacidad a fundar una familia, a decidir sobre el número de hijos que desean tener, a tener acceso a la información sobre la planificación familiar y reproducción y a mantener su fertilidad al igual que el resto de seres humanos y acaba diciendo que en ningún caso se separará a un menor de sus padres en razón de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.

Todo esto sugiere la necesidad de crear intervenciones adecuadas, con programas especiales y específicos que tengan en cuenta el papel de la madre, enseñando y potenciando el rol parental y que hagan de la maternidad un rol tan importante en la vida y susceptible de atención como el resto.

En el 80% de los padres con TMG a los que se les aplicó un test de habilidades para la vida que incluye el rol de padre, se vio que el acudir a tratamiento en programas de rehabilitación mejoró su capacidad de funcionamiento a la vuelta al hogar. Esto se corrobora en otros estudios que demuestran resultados significativos en grupos de entrenamiento en habilidades de crianza, medidos en la mejora de sintomatología de estrés, depresión y autoestima y en el ajuste marital, así como en el importante efecto que tiene conectar con otras personas en la misma situación (29, 30, 31, 32).

Los programas de intervención que se han visto eficaces con madres/padres con TMG se podrían encuadrar en cuatro tipos diferentes: programas



tradicionales de rehabilitación, grupos de soporte-educación para padres, programas a domicilio, basados en el modelo del case Management y programas residenciales.

Los servicios esenciales para la intervención sitúan como principal elemento el modelo de case Management, en los que la madre tiene un seguimiento que le proporciona soporte emocional y apoyo a la solución de problemas. Al ser un problema que requiere de muchos servicios de atención, es imprescindible que haya una buena coordinación entre los diferentes dispositivos implicados, apoyo al manejo en los momentos de descompensaciones psiquiátricas y que haya un profesional que lo coordine y que mantenga por lo menos un contacto semanal con la persona afectada.

Por otro lado, se ha demostrado eficaz, como estamos repitiendo a lo largo del capítulo, el apoyo y entrenamiento a los padres, tanto en grupos de entrenamiento en habilidades de crianza como grupos de apoyo, así como entrenamientos individuales en el domicilio, fundamentalmente cuando los niños son menores de cinco años. También se han demostrado eficaces las viviendas supervisadas, las terapias centradas en la relación madre-hijo, las intervenciones con las madres embarazadas y en el momento del parto, así como en los casos necesarios, intervenciones específicas para el niño.

Dentro de las variables implicadas, se han demostrado protectoras el funcionamiento cognitivo de la madre conservado, apoyos informales de calidad (familia, amigos, vecinos, etc.), la menor gravedad del trastorno, el no consumo de sustancias, no tener diagnóstico de trastorno de personalidad, la situación social y el que no haya necesidades especiales en los niños (prematuridad, discapacidad, enfermedades, etc.)

También se ha demostrado como variables moderadoras la disponibilidad de los recursos comunitarios, la organización, acceso a Servicios Sociales y Servicios de Salud Mental y la buena relación y coordinación entre los recursos. (33)

Se considera que cualquier programa tendría además que tener en cuenta combatir el estigma y todo el perjuicio que esto puede provocar, educar a todos los agentes formales implicados, disminuir la lista de espera y poder atender de forma prioritaria a ellas y a sus hijos si se detecta alguna anomalía y, por último, trabajar hacia la validación experimental de manuales estandarizados de programas de atención.

En resumen, según los estudios realizados el trabajo en roles parentales con personas con TMG para que sea eficaz debería trabajar el rol de madre incluido

en un proceso integral de rehabilitación psicosocial, por lo tanto incluirlo como un objetivo más de intervención dentro del Plan Individualizado de Atención, trabajar desde el modelo de case Management; además de las intervenciones individuales, realizar programas grupales focalizados en el apoyo y el entrenamiento específico en habilidades de crianza y priorizar el acceso a la salud mental cuando se detectan trastornos en los niños.

### **Programa de intervención para padres/madres con enfermedad mental grave. Experiencia de Centro de Rehabilitación Psicosocial. Comunidad de Madrid**

---

Para acabar, vamos a ilustrar lo explicado anteriormente con una experiencia llevada a cabo en CRPS de la Comunidad de Madrid desde hace más de 15 años. Como hemos estado explicando en el apartado anterior, la rehabilitación efectiva de los roles de crianza requiere un acercamiento comprensivo que incluye una variedad de lugares de tratamiento y de soporte social, atender al desarrollo de las habilidades y apoyos necesarios para criar a un hijo y compensar los ingresos psiquiátricos periódicos, y/o las inhabilidades producto del trastorno mental en el contexto de la crianza, soportes formales e informales, así como las habilidades en las demás áreas vitales (34).

La intervención que aquí vamos a exponer está enmarcada en los principios básicos de la rehabilitación psicosocial, que se resumen fundamentalmente en dos: la individualización, en el sentido de que las personas son únicas y por tanto necesitan de una intervención diseñada a la medida de cada uno de ellas y la contextualización, cada persona desarrolla su vida en contextos únicos, por lo que también tenemos que tener eso en cuenta para poder realizar nuestra intervención.

De esta forma, adquiere especial relevancia si la persona con TMG tiene los hijos a su cargo, o si tenemos que intervenir en situaciones especiales, como pueden ser la retirada de la custodia, si hay visitas programadas, si hay otro cuidador principal, con el que la usuaria convive o no, etc.

Lo que sí parece relevante es que la intervención en este tema es a largo plazo y que podríamos enmarcarla dentro de un programa de paternidad con apoyo (35,36), en la línea de los tan demostrados eficaces programas de empleo con apoyo o de viviendas supervisadas. (37,38)

Se propone una intervención específica en la recuperación del rol de padre/madre, incidiendo en cinco puntos: Manejo de la enfermedad y cómo disminuir su repercusión en la crianza, incorporar las habilidades de crianza como parte del repertorio conductual, promover la relación positiva entre madre e hijo, apoyar al crecimiento de los hijos y búsqueda de alternativas en la red de apoyo del usuario para los momentos de recaídas y/u hospitalizaciones.

Para planificar este programa primero se tendrían que tomar decisiones con respecto a la crianza, como las referidas al cuidado de la enfermedad o a las circunstancias familiares más favorables para las relaciones paterno-filiales (residencia, custodia o delegar el cuidado). Cuando la solución mejor para el niño es residir en otro lugar o con otra persona, también los profesionales tenemos un papel relevante, trabajando el impacto de la pérdida que le supone tanto a unos como a otros. Cuando el niño reside en otro domicilio, y es otro miembro de la familia extensa el que se hace cargo del cuidado, nuestra intervención puede ir dirigida a ayudar con la planificación de las visitas, entrenar pautas para mejorar la comunicación, así como pautas a los miembros de la familia para hacer partícipe a la madre de todo lo acontecido con su hijo.

Las habilidades de crianza se evalúan fundamentalmente a través o bien de cuestionarios autoaplicables (39, 40) o bien a través de cuestionarios observacionales que suelen aplicarse en el medio donde se desarrolla la vida de los niños, fundamentalmente en el domicilio (41). Las dificultades para las personas con TMG cuando se aplican los primeros son fundamentalmente que dan poca importancia a los problemas en el funcionamiento familiar y sobreestiman sus habilidades como padre. Con respecto a las escalas observacionales las mayores barreras que se encuentran son la naturaleza intrusiva de la metodología, así como el tiempo que se tarda en aplicarla.

Con respecto a las escalas de evaluación específicas para esta población tendríamos tres validadas en población con TMG.

Por un lado, la escala BMIS (Escala de Interacción Madre-Hijo de Bethlem), (42) escala de observación para medir las interacciones madre-hijo en un contexto psiquiátrico, desarrolladas para evaluar las competencias parentales de las mujeres cuando son madres y están ingresadas en las unidades Mother-baby de Reino Unido. Esta escala cuenta con 7 subescalas (contacto visual, contacto físico, contacto verbal, estado de ánimo, rutina diaria, riesgo en el bebé y condición del bebé).

Por otro lado, dentro del programa “Living with Under Fives Parenting Program”, se evalúan las competencias parentales en sesiones de observación semanales durante una sesión de juego entre el padre/madre con su hijo, cuando éste es menor de cinco años. Es una escala observacional con dos ítems últimos autoaplicables.

La última se trata de una escala autoaplicable, llamada Parent` Strengths and Goals (43). Se trata de un cuestionario de 27 preguntas relacionado con la crianza del hijo/a y el cuidado de sí misma en personas con TMG. Incluye una columna donde se deben señalar los ítems que consideran deficitarios en su repertorio conductual y desearía cambiar.

Para completar la recogida de información, se hace necesario hacer una evaluación funcional que recoja preguntas relacionadas con el ajuste marital, embarazo y parto, habilidades instrumentales relacionadas con el cuidado del niño, relación madre-hijo, cuidador principal y relación con él, manejo de contingencias, manejo de la enfermedad, estigma, relación con los apoyos informales, y evaluación del entorno a través de una visita a domicilio relacionado con la adaptación del entorno al niño y la prevención de accidentes domésticos.

El objetivo general de este programa es dotar a los padres de estrategias y habilidades específicas para facilitar la tarea de educar a sus hijos y afrontar las dificultades propias del desarrollo. En las intervenciones con padres de hijos menores de 5 años fundamentalmente se debe apoyar en la mejora de los cuidados básicos (aseo, alimentación, sueño, apego seguro), el seguimiento de las citas pediátricas, prevención de enfermedades comunes y de accidentes domésticos y fomentar las relaciones afectivas y la socialización, incorporando otros modelos de conducta. El contexto de intervención estará indicado por la evaluación previa hecha al diseño de la intervención, aunque es recomendable intervenir con hijos menores de tres años, no sólo en el centro de trabajo sino también en el domicilio conjuntamente con la madre y el niño, a través de técnicas de aprendizaje como el modelado o el moldeamiento, sobre todo para la mejora de competencias básicas de cuidado y de relaciones afectivas sanas.

El trabajo individual se completa con un programa grupal que consta de tres partes: una primera parte dedicada al cuidado y manejo del trastorno mental, desde el modelo de vulnerabilidad-estrés (44). En este apartado se hace especial hincapié en la crianza como un factor de mayor vulnerabilidad. Desde un modelo psicoeducativo se trabaja en la línea de ser competente en el manejo de la enfermedad, saber detectar pródromos, conocer variables de riesgo y/o

de protección, etc. Dentro de esta primera parte se dedican varias sesiones a dos temas que preocupan mayoritariamente a las madres con TMG. Por una parte, cómo poder explicar a sus hijos qué es la enfermedad mental y cómo le afecta a su hijo (45) y por otro lado, qué hacer con los niños en momentos de desestabilización. Para ello, durante la sesión se elabora un plan de crisis que incluye dónde estará el niño si su madre es ingresada y quién cuidará de él y evitar en esos momentos que el niño quede “en tierra de nadie”. Todo este trabajo es fundamental que se haga de acuerdo y con el consentimiento del cuidador principal, si es que lo hubiera, favoreciendo citas conjuntas para poder ir marcando objetivos específicos de trabajo de una sesión a otra.

La segunda parte del grupo, y la más amplia, es el desarrollo de un programa de escuela de padres al estilo de las que se puedan hacer en las Escuelas Infantiles, donde se trabaje fundamentalmente el manejo de contingencias en las conductas de los niños, así como cuidados básicos. Es importante la colaboración de pediatras, enfermeros, u otros agentes de salud de la zona que puedan dar una sesión sobre enfermedades comunes o prevención de accidentes domésticos y ayude a las madres a familiarizarse con estos profesionales.

El trabajo en manejo de contingencias está apoyado en un material organizado según los temas siempre de la misma forma: una primera parte donde se hace una aproximación teórica, en un lenguaje adaptado y evitando tecnicismos, que incluye dibujos, texto en mayúsculas resaltando ideas y frases-resumen destacadas a modo de recordatorio. Una segunda parte con un ejemplo ya resuelto y un tercer apartado a rellenar por el usuario con situaciones naturales que le permite realizar los ejercicios para reforzar el aprendizaje o hacer tareas en casa. Los temas de este apartado siguen la secuencia lógica de aprendizaje de manejo de conductas (aprender a definir conductas, aprender a observar, aplicación de refuerzo y/o castigo: refuerzo positivo, principio de Premack, retirada de atención, tiempo-fuera, castigo, moldeamiento y modelado).

Los objetivos que se plantean en este apartado son los siguientes:

- a. Que aprendan a definir conductas de forma específica (¿Qué quiero modificar?)
- b. Qué entiendan que la conducta es aprendida y como tal, puede modificarse.
- c. Que aprendan a observar esa conducta adecuadamente (¿Dónde lo hace, cómo, cuántas veces, por qué? ).

- d. Qué aprendan a determinar cuáles son los cambios que quieren hacer (¿Qué voy a hacer?): Desde aumentar la probabilidad de aparición de una conducta adecuada a disminuir la probabilidad de aparición de una conducta disruptiva e incluir en el repertorio del niño/a conductas o hábitos que no estaban previamente.
- e. Qué aprendan a aplicar técnicas sencillas (¿Cómo voy a hacerlo?). Técnicas como refuerzo, castigo, o modelado o moldeamiento. Este módulo finaliza con una serie de ejercicios prácticos en los que el usuario tiene que aplicar todo lo visto en el módulo mediante role-playing, supuestos prácticos, tareas para casa, etc. La tercera y última parte se dedica a informar sobre recursos educativos, sociales, culturales, de ocio o de otro tipo (ludotecas, campamentos, escuelas de música, actividades deportivas, etc.) de los municipios donde viven los participantes, que ayuden a que los niños puedan compartir espacios o bien con iguales o bien con sus padres en otros contextos diferentes a los habituales.

Con este tipo de intervenciones se observan mejorías en el padre/madre, como son el incremento de la vida independiente, la mejora en el manejo de la enfermedad, disminuyen las crisis y hospitalizaciones, mejoran las redes de apoyo, así como las habilidades de manejo de conductas en el niño, mejor conocimiento del desarrollo infantil y aumento de la empatía paternal hacia el hijo. Pero también se han estudiado efectos positivos tanto en el niño (mejora en el desarrollo, conductas más apropiadas a su edad, mejor ajuste escolar y mejor ajuste psicológico) como en los demás miembros de la familia (preservar o reestablecer una unidad familiar estable, disminuir la necesidad de que el niño salga del entorno familiar y prevenir problemas familiares) que redundan en una crianza de mayor calidad.

## **Conclusiones**

---

Como ocurre en otras áreas el ser padre es un área en la que muchas personas con TMG pueden fracasar si no se les incluye en programas de adquisición de competencias, en este caso parentales o de habilidades de crianza. Estos programas deben formar parte de una metodología que incluya estrechas y frecuentes coordinaciones con todos los recursos implicados para conseguir los objetivos propuestos, sin que esto lleve a duplicar las intervenciones.

Por otro lado, también es imprescindible implicar en este proceso a todos los agentes que conforman la red de apoyos informales encargados del cuidado del menor. Además del trabajo individual y familiar, la intervención en grupo ayuda a adquirir habilidades personales y a reconocer el nuevo rol, porque recuperar el rol parental repercute positivamente no sólo en la mejor visión de sí mismo, sino también favorece la recuperación en otras áreas vitales, como un efecto dominó.

Por último, estos programas no sólo son positivos para la recuperación del padre sino que el dotar a los padres de mejoras en las competencias parentales contribuye a la prevención de posibles trastornos en el desarrollo futuro de sus hijos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Caton CL, Cournos F, Dominguez B. Parenting and adjustment in schizophrenia. *Psychiatric Services*; 1999; Feb: 50(2): 239-43.
- 2.- Nicholson J, Henry AD. Achieving the goal of evidence-based psychiatric rehabilitation practices for mothers with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2003; 27(2):122-130.
- 3.- Anthony WA, Cohen M, Farkas M, & Gagne C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*, 2nd edition. Boston: Boston University; 2002.
- 4.- Caton CL, Cournos F, Dominguez B. Parenting and adjustment in Mowbray CT, Oyserman D, Bybee, D McFarlane P, Rueda-Riedle A. Life circumstances of mothers with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001; Vol 25 (2):114-123
- 5.- Nicholson J, & Blanch A. Rehabilitation for parenting roles for people with serious mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1994;18(1):109-119.
- 6.- Oyserman D, Mowbray CT, & Zemencuk JK. Resources and supports for mothers with severe mental illness. *Health & Social Work* 1994; 19(2):132-142.
- 7.- McNeil T, Kajj L (1987) Swedish High-Risk Study: sample characteristics at Age 6. *Schizophrenia Bulletin* 13:373-381
- 8.- Weissman MM, Leckman JF, Merikangas KR, Gammon GD, Prusoff BA. Depression and anxiety disorders in parents and children. Results from the Yale family study. *Archives of General Psychiatry*. 1984; 41:845-852.
- 9.- Barker L. and Maralani V. Challenges and Strategies of Disabled Parents: Findings from a National Survey of Parents with Disabilities. National Resource Center for Parents with disabilities at Through the Looking Glass, Berkeley, CA. 1997.
- 10.- Beardslee WR, Podorefsky D. Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: importance of self-understanding and relationships. *American Journal Psychiatry*. 1988 Jan;145(1):63-9.
- 11.- Goodman SH. Risk for Psychopathology in the Children of Depressed Mothers: A Developmental Model for Understanding Mechanisms of Transmission. *Psychological Review*. 1999; Vol. 106, No. 3: 458-490
- 12.- Oyserman D, Mowbray CT, Meares PA, Firminger KB. Parenting Among Mothers with a Serious Mental Illness. *American Journal of Orthopsychiatry* 2000; 70(3).
- 13.- Henriksson KM & McNeil TF. Health and development in the first 4 years of life in offspring of women with schizophrenia and affective psychoses: Well-Baby Clinic information. *Schizophrenia Research*. 2004;70(1), 39-48.
- 14.- McGrath JJ, Hearle J, Jenner L, Plant K, Drummond A, & Barkla JM. The fertility and fecundity of patients with psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavian*, 1999;99(6):441-446.



- 15.- Castle DJ, McGrath J, & Kulkarni J. Women and Schizophrenia. Ed. Cambridge: University Press. 2006
- 16.- Emery R, Weintraub S, & Neale JM. Effects of marital discord on the school behaviour of children of schizophrenic, affectively disordered, and normal parents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1982;10(2):215-228.
- 17.- Craig EA. Parenting programs for women with mental illness who have young children: a review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2004;38(11-12):923-928.
- 18.- Abel KM, Webb RT, Salmon MP, Wan MW, & Appleby L. Prevalence and predictors of parenting outcomes in a cohort of mothers with schizophrenia admitted for joint mother and baby psychiatric care in England. *Journal Clinical Psychiatry*; 2005;66(6):781-789.
- 19.- Nicholson J, Henry AD. Achieving the goal of evidence-based psychiatric rehabilitation practices for mothers with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*; 2003;27(2):122.
- 20.- Bosanac P, Buist A, Burrows G. Motherhood and schizophrenic illnesses: a review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 2003; 37(1):24-30.7.-
- 21.- Snellen M, Mack K, Trauer T. Schizophrenia, mental state, and mother—infant interaction: examining the relationship. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 1999;33(6):902-911.
- 22.- López F. Necesidades en la infancia y en la adolescencia: Respuesta familiar, escolar y social. Madrid; Editorial Pirámide; 2008.
- 23.- Hurley DJ, Chiodo MS, Leschied A, and Whitehead P. Correlates of a Measure of Parenting Capacity with Parent and Child Characteristics in a Child Welfare Sample. King's College, The University of Western Ontario London: Ontario; 2003.
- 24.- Goepfert M, Webster J, Pollard J, Nelki S. The assessment and prediction of parenting capacity: a community-orientated approach. *Parental psychiatric disorder: distressed parents and their families*. Cambridge: University Press. 1996; p 271–309.
- 25.- Nicholson J, Blanch A. Rehabilitation for parenting roles for people with serious mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1994;18(1):109-119.
- 26.- González Cases J, Polo Usaola C, González Aguado F, López Gironés M, Rullas Trincado M, Fernández Liria A. Prevalence and characteristics of intimate partner violence against women with severe mental illness: a prevalence study in Spain; 2014;Oct; 50(7):841-7.
- 27.- Barkla J, McGrath J. Reproductive, preconceptual and antenatal needs of women with schizophrenia. *Women and schizophrenia*. 2000.
- 28.- Nicholson J, Sweeney EM, Geller JL. Focus on women: Mothers with mental illness: I. the competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services*; 1998.
- 28B.- Nicholson J, Sweeney EM, Geller JL. Focus on women: Mothers with mental illness: II. Family relationships and the context of parenting. *Psychiatric Services*. 1998.

- 29.- Barlow J, Coren E, Stewart-Brown S. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003.
- 30.- Thomas L, Kalucy R. Parents with mental illness: Lacking motivation to parent. *International Journal of Mental Health Nursing*; 2003;12:153.
- 31.- Bassett H, Lampe J, Lloyd C. Living with under fives: A programme for parents with a mental illness. *British Journal of Occupational Therapy*; 2001;64:23-28.
- 32.- Nicholson J, Wolf T, Biebel K. Creating positive parenting experiences: Family Options. *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families*. Ed. Cambridge University Press. 2015.
- 33.- Nicholson J, Hinden BR, Biebel K, Henry AD, Katz-Leavy J. A qualitative study of programs for parents with serious mental illness and their children: Building practice-based evidence. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*; 2007; 34(4):395-413.
- 34.- Rullas Trincado M, Grande de Lucas A, Rodríguez Pedraza E. Habilidades de crianza en padres-madres con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP)*; 2004; núm. 18-19:14-19.
- 35.- Nicholson J, Deveney W. Why not support(ed) parenting? *Psychiatric Rehabilitation Journal*; 2009;33(2):79-82.
- 36.- Daryn D, Styron T, Davidson L. Supported Parenting to Meet the Needs and Concerns of Mothers with Severe Mental Illness. *American Journal Psychiatric Rehabilitation*; 2011; Apr; 14(2):137-153.
- 37.- Modini M, Tan L, Brinchmann B, Wang MJ, Killackey E, Glozier N, Mykletun A, Harvey SB. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *British Journal Psychiatry*; 2016;Jul; 209(1):14-22.
- 38.- Blanch A, Carling P, Ridgway P. Normal Housing with Specialized Supports: A Psychiatric Rehabilitation Approach to Living in the Community. *Rehabilitation Psychology*; 1988; Vol. 33 (1):47-55.
- 39.- Abidin RR. *Parenting Stress Index (3th Edition)*. Odessa: Psychological Assessment Resources. 1995.
- 40.- Johnston Ch, Mash EJ. A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*; 1998;18:167-175.
- 41.- Caldwell B, Bradley R. *Home Observation for Measurement of the Environment. Administration Manual*. Revised edition. 1984.
- 42.- Kumar R, Hipwell A. Development of a clinical rating scale to assess mother-infant interaction in a psychiatric mother and baby unit. *The Royal College of Psychiatrists*; 1996;169(1):18-26.

- 43.- Nicholson J, Henry AD. Achieving the goal of evidence-based psychiatric rehabilitation practices for mothers with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2003;27(2), 112-130. doi:10.2975/27.2003.122.130
- 44.- Zubin J, Spring B. Vulnerability. A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*; 1977; 86:103-126.
- 45.- Guía SANE No estás solo: una guía de SANE para los niños sobre la enfermedad mental. 2003. Disponible en: [www.who.int/mental\\_health/policy/.../WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/.../WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf)

## **7. HACERSE PADRES EN LA EMIGRACIÓN Y EN LA DIVERSIDAD CULTURAL.**

**Marie Rose Moro.**

### **Necesidad de una mirada benévola de la parentalidad en toda su diversidad cultural**

---

La cultura de la parentalidad representa para psicoanalistas, psicólogos, psiquiatras o neuropsiquiatras y también para los filósofos (1), profesores, educadores, políticos, el desafío del siglo XXI. Y sin embargo es el oficio más viejo del mundo, el más universal, el más complejo sin duda y quizás, incluso, el más imposible pero también el más plural (2, 3, 4). Lo importante, podríamos decir, es encontrar su propia manera de ser padre/madre, de transmitir el vínculo, la ternura, la protección de uno mismo y de los otros, la vida.

La parentalidad es una palabra extraña que hemos forjado en diferentes lenguas, estos últimos años, a partir de la palabra inglesa. Hemos hecho un neologismo en francés, como en español, en italiano y sin duda en otras muchas lenguas. En cierta forma es como si hubiéramos tomado conciencia recientemente del gran valor que todos los padres del mundo tienen entre las manos. También constatamos que algunos padres, demasiado vulnerables o en situaciones difíciles, a veces inhumanas, están tan ocupados en crear estrategias de supervivencia, en todos los sentidos del término, psíquicas o materiales, que están o en dificultad para transmitir, o no tiene otra opción que ofrecer la precariedad del mundo y sus complejidades. Por esta razón, es importante estudiar las situaciones de la emigración que producen en los padres, transformaciones y, a veces, rupturas, que complican el establecimiento de la relación padres-bebés si esta variable “emigración” no se tiene en cuenta. Además, las emigraciones se producen en todas las sociedades modernas,

múltiples y mestizas, y deben ser motivo de nuestra preocupación clínica. En el momento que tenemos en cuenta esta variable, se transforma el riesgo en potencialidades creativas tanto para los niños y sus familias como para los profesionales como mostraremos a partir de la experiencia francesa de acogida y cuidados de bebés (5). Comprender, cuidar y acoger mejor a los emigrantes y sus hijos en Europa, es el mayor reto de una prevención y una clínica precoz inscrita en la sociedad tal como es.

### **Componentes de la parentalidad**

---

No nacemos padre/madre, nos hacemos...La parentalidad se construye a partir de diversos componentes. Algunos son colectivos y pertenecen a toda la sociedad, cambian con el tiempo, unos son históricos, otros jurídicos, sociales, culturales. Otros son más íntimos, privados, conscientes o inconscientes y pertenecen a cada uno de los padres en tanto que persona y en tanto que futuro padre o madre, otros pertenecen a la pareja y a la propia historia familiar del padre y de la madre. Aquí entra en juego lo que se trasmite y lo que se esconde, los traumas infantiles y la forma en la que cada uno los ha podido tapar. Existen, además, otros factores que pertenecen más al niño y que son los que transforman a los progenitores en padres. Algunos bebés están mejor dotados que otros, algunos nacen en condiciones que favorecen la tarea de los padres, otros por sus condiciones de nacimiento (Prematuridad, sufrimiento neonatal, discapacidad física o psíquica...) tienen que vencer los obstáculos y desplegar múltiples estrategias, a menudo, costosas, para entrar en relación con un adulto atónito. El bebé, sabemos por los trabajos de Cramer, Lebovici, Stern, y muchos más, es un interlocutor activo de la interacción padres-niños y, a través de ésta, de la construcción de la parentalidad. Además, contribuye a la emergencia de lo maternal y de lo paternal en los adultos que están con él, que lo sostienen, alimentan y aportan placer, en un intercambio de actos y afectos que caracterizan los primeros momentos de la vida del niño.

Hay una y mil maneras de ser padre o madre como nos enseñan los sociólogos y antropólogos (6). Toda la dificultad reside en el hecho de dejar un espacio para que emerjan las potencialidades y para abstenernos de cualquier juicio sobre “la mejor manera de ser padre o madre”. Pero es un trabajo difícil ya que la tendencia natural de todo profesional es pensar que sabe más que los

padres, como ser con el niño, cuáles son sus necesidades, sus expectativas... Nuestro papel sería entonces no tanto como hay que ser, o, incluso, como hay que hacer, sino permitir que emerjan las capacidades parentales y apoyarlas. Entonces, los elementos sociales y culturales participan en la construcción de la función parental. Los elementos culturales tienen una función preventiva al permitir anticipar el devenir padre/madre y, si fuera necesario, dar un sentido a los acontecimientos cotidianos en la relación padres-niño y prevenir que se instale algún tipo de malestar.

Los elementos culturales se mezclan y se unen a los elementos individuales y familiares de manera profunda y precoz. Aunque creíamos haberlo olvidado, el embarazo, por su carácter iniciático, nos hace recordar nuestras pertenencias míticas, culturales, fantasmáticas. ¿Cómo protegernos en el exilio? ¿Cómo tener magníficos bebés? (6). Aquí no se puede anunciar el embarazo, allí hay que evitar comer algunos pescados o tubérculos que se reblandecen al cocerlos. Más allá, incluso, el marido no puede comer ciertos alimentos durante la gestación de su mujer... En otro lugar, hay que esconder sus sueños, interpretarlos y respetar las demandas que se hacen en el sueño ya que es el niño el que habla... Todos estos elementos, del orden de lo privado, en el exilio (No son compartidos por la sociedad), a veces, van en sentido contrario a la lógica externa de los cuidados médicos, psicológicos, sociales y culturales. Después viene el parto, momento técnico y público, se tiene al bebé en el hospital sin los suyos. Aquí también existen mil y una maneras de dar a luz, de recibir al niño, de enseñarle el mundo y, después, presentir sus cambios, a veces, su malestar. Todas estas “menudencias” reavivadas en situación de crisis, reactivan representaciones, a veces, dormidas o que creíamos superadas.

En nombre de una universalidad vacía y de una ética reduccionista, no integramos estas lógicas complejas, ya sean sociales o culturales, en nuestros dispositivos asistenciales y en nuestras teorizaciones. Apenas nos interrogamos sobre la dimensión cultural de la parentalidad, pero, sobre todo, no consideramos que estas formas de pensar sean útiles para establecer una alianza, para comprender, prevenir, tratar. Consideramos, sin duda, que la técnica está desnuda, sin impacto cultural y que es suficiente con aplicar un protocolo para que la actuación se realice correctamente.

Por lo tanto, como muestran diversas experiencias clínicas (2), estas representaciones compartidas son de una eficacia segura. Desde un punto de vista teórico, nos renuevan nuestra forma de pensar, nos obligan a

desplazarnos, a complejizar nuestros modelos y a desvincularnos de nuestros juicios precipitados. Pensar esta alteridad, significa permitir a estas mujeres vivir las etapas del embarazo y de la parentalidad de forma no traumática y familiarizarse con otras formas de pensar, otras técnicas... La emigración tiene como consecuencia esta necesidad de cambio. Ignorar esta alteridad, supone no solo privarse de este aspecto creativo del encuentro, si no, también, arriesgarse a que estas mujeres no sean incluidas en nuestros sistemas de prevención y asistencia. Es también obligarlas a un pensamiento y una vida en soledad. Para pensar necesitamos co-construir juntos, intercambiar, confrontar nuestras percepciones a las del otro. Si esto no es posible el pensamiento solo se apoya en él mismo y en sus propias sensaciones. Esta no confrontación puede, también, conducir a una rigidez, a un repliegue psíquico e identitario. Es el intercambio con el otro lo que me modifica.

### **Transparencia psíquica/transparencia cultural**

---

Sabemos que además de estas dimensiones sociales y culturales, las funciones maternas y paternas pueden afectarse por los acontecimientos del funcionamiento psíquico individual, por antiguos sufrimientos no mitigados que reaparecen de forma, a veces, brutal en el momento de construir su propia descendencia: Todas las formas de depresión del post-parto, incluso psicosis que conducen al sinsentido y a viajar sin rumbo. La vulnerabilidad de las madres, de todas las madres, durante este periodo es ya conocida y, en particular, teorizada a partir del concepto de transparencia psíquica (7), por transparencia, entendemos el hecho que en el periodo perinatal el funcionamiento psíquico de la madre es más legible, más fácil de captar que de costumbre. En efecto, las modificaciones del embarazo hacen que nuestros deseos, nuestros conflictos, nuestros cambios se expresen de forma más explícita. Por otra parte, reavivamos los conflictos infantiles que se reactivan, en particular las manifestaciones edípicas. Después el funcionamiento se hace opaco de nuevo. Esta transparencia psíquica es menos reconocible en los padres que sin embargo también atraviesan por múltiples turbulencias ligadas a reactivaciones de sus propios conflictos, a la puesta al día de su propia posición de hijo y al tránsito de hijo a padre. Los reviven y expresan más directamente

que de costumbre. El periodo perinatal permite una regresión y una expresión que son específicas.

El exilio no hace más que potenciar esta transparencia psíquica que aparece en los dos padres de manera diferente a nivel psíquico y cultural. A nivel psíquico, se expresa a través de la reactivación de conflictos y la exteriorización de emociones. A nivel cultural, a través del mismo proceso, pero aplicado a las representaciones culturales, a las diversas maneras de hacer y de decir propias de cada cultura. Todos estos elementos culturales que pensábamos que pertenecían a la generación precedente, se reactivan, se hacen de golpe importantes y preciosos; devienen vivos para nosotros. Proponemos entonces aquí la imagen de transparencia cultural para pensar y figurarse lo que atraviesan estos padres. La relación con la cultura de sus padres cambia y como consecuencia, también, cambia la relación con ellos.

### **Por una prevención precoz de los avatares de la parentalidad**

---

En esta realidad donde diferentes niveles interactúan entre ellos, la dimensión psicológica ocupa un lugar específico en términos de prevención y asistencia. La prevención, en efecto, comienza desde el embarazo, ayudando a las madres en dificultad para pensar el bebé que va a nacer, a investirlo, a acogerlo, a pesar de la soledad en la que viven, soledad social, pero sobre todo existencial. La cultura compartida permite anticipar lo que va a ocurrir, pensarlo, protegerse. Sirve de soporte para construir un espacio para el futuro niño. Las vicisitudes de esta construcción del vínculo padres-niño encuentran en la experiencia de grupo social los elementos nucleares que dan sentido y que en la emigración son difíciles de aprehender. Los únicos puntos que permanecen son el cuerpo y el psiquismo individual, el resto es inconstante y precario. Para los otros, las mujeres autóctonas en situación de ruptura social, también aisladas, se encuentran solas para hacer todo el trabajo de humanización del bebé propio de todo nacimiento –el niño es un extraño que hay que aprender a conocer y reconocer.

Durante el periodo perinatal son necesarios los ajustes entre la madre y el bebé, pero también entre el marido y la mujer. Los disfuncionamientos son posibles, a veces inevitables, pero, a menudo, transitorios si se interviene lo suficientemente a tiempo. Para esto hay que descubrirlos en expresiones



somáticas o funcionales, en demandas, a veces, difíciles de formular ya que no se sabe a quién dirigir las ni cómo hacerlo. Es necesario, entonces, aprender a reconocer el desconcierto y la duda de las madres emigrantes en las pequeñas quejas (quejas de orden somático, quejas en relación con el bebé, demanda de ayudas sociales, etc.). Es necesario, sobre todo, permitirles decirlo en su lengua, cuando sea necesario, con la intermediación de otras mujeres de la comunidad.

La prevención precoz se sitúa desde el inicio de la vida, periodo crucial para el desarrollo del bebé. Es también, en ese momento, cuando se construye el lugar del niño en la familia. Prevención en efecto, pero también asistencia. Las dificultades cotidianas con las familias emigrantes o desfavorecidas socialmente y sus hijos, nos obligan a cambiar nuestra técnica de atención psicológica, así como nuestra teoría, para adaptarlas a estas nuevas situaciones clínicas cada vez más complejas. Debemos de cambiar nuestras formas de hacer, pero también nuestras formas de pensar (8). Entonces, se trata de modificar su propio marco para acoger de forma adaptada estos niños y sus padres o, bien, derivar a una consulta especializada, si procede, en el marco de una red asistencial que permita las interrelaciones y las idas y venidas entre los espacios de prevención y de asistencia en una necesaria complementariedad.

Analicemos algunas etapas claves para la madre emigrante y su bebé.

### **Embarazo y parto en el exilio**

---

Tradicionalmente el embarazo es un momento iniciático en el cual la futura madre se apoya en las otras madres del grupo: Acompañamiento, preparación para las diferentes etapas, interpretación de sueños... (5). La emigración supone varias rupturas en este proceso de apoyo y de construcción de significado. Primero, una pérdida del acompañamiento por parte del grupo, del apoyo familiar, social y cultural y la imposibilidad para dar un sentido, culturalmente aceptable, a los diversos disfuncionamientos como la tristeza de la madre, el sentimiento de incapacidad, las interacciones madre-bebé disarmónicas ... Además, las mujeres se enfrentan a modos de intervención médicos que no respetan los medios de protección tradicionales. Estas prácticas médicas occidentales son, a veces, para estas mujeres, violentas, impúdicas, traumáticas, incluso "pornográficas" (algunas de mis pacientes han utilizado este término). He percibido de forma clara la importancia de la efracción vivida

por mujeres emigrantes embarazadas en los inicios de mi trabajo con ellas, me refero a mujeres emigrantes procedentes de regiones rurales del Magreb, del África negra, de Sri Lanka... Para las mujeres de origen urbano, estos procesos de tanta violencia, existen evidentemente, pero, sin duda, de forma menos explícita.

### **Cada día es una vida**

---

Veo a Médina, una mujer soninquea de Mali, derivada por una depresión post-parto con elementos aparentemente delirantes, que resultaron, después de una valoración transcultural, como la expresión cultural de una experiencia traumática. A pesar de lo singular de la revelación, no había delirio, solo había trauma. Médina es una hermosa mujer, alta y esbelta, con una mirada profundamente triste. En nuestro primer encuentro, está vestida con una túnica africana amarillo chillón y lleva una tela del mismo color alrededor de su pelo. Su cara grave está marcada por escarificaciones rituales: Una raya a nivel del mentón, dos rayas horizontales a nivel de pómulos y una pequeña raya vertical en la frente. Habla en soninqueo con una voz monocorde. De vez en cuando, las lágrimas fluyen por sus mejillas, ignorándolas, continúa hablando de lo incomprensible que ha sido para ella lo que la había pasado mientras que su hijo, Mamadou, estaba aún en su vientre. Ese día lleva a Mamadou en la espalda. Tiene dos meses y es su primer hijo: Es un niño muy pequeño, come mal, llora mucho, gime de forma dolorosa. No ha podido amamantarlo, mamaba muy débilmente del pecho y, por otra parte, Médina estaba convencida de no tener leche o al menos de no ser suficientemente nutritiva para su bebé. Está en Francia desde hace un año y vino para reencontrarse con su marido que vive aquí desde hace ocho años.

Hay momentos que pueden ser verdaderas efracciones culturales y psíquicas para estas mujeres rurales emigrantes. Pero antes de analizarlas, insistimos en el hecho de que lo que es violento es el mismo acto efectuado sin preparación. Estas intervenciones a nivel técnico están íntimamente vinculadas al contexto cultural y para los que no las comparten se convierten, de manera implícita, en verdaderos inductores de efracciones psíquicas. Las mujeres apenas pueden anticiparlas y representárselas. La decisión que se impone no es suprimírselas, eso sería totalmente intolerable tanto técnicamente como desde el punto de

vista de la salud pública. Privárselas sería excluirlas una vez más de nuestro sistema de salud y contribuir a su marginación social. Al contrario, se trata de actuar de forma que sean eficientes y alcancen realmente sus objetivos. Para adaptar nuestras estrategias de prevención y de atención, estamos obligados a pensar esta alteridad para que, lejos de ser un obstáculo para la interacción, sea una oportunidad para nuevos encuentros. ¿Cuáles son los momentos que pueden funcionar como posibles efracciones psíquicas para las mujeres emigrantes embarazadas? Retomemos, para describirlos, el recorrido de Medina tal y como ella lo cuenta.

### **El anuncio de embarazo**

---

Tradicionalmente, el embarazo debe de ocultarse el mayor tiempo posible o, al menos, se debe de hablar lo menos posible para no inducir la envidia de la mujer estéril, de la que no tiene hijo, de la que tiene menos niños, de la extranjera... Eso explica el miedo que tuvo Médina cuando va a ver a la trabajadora social para que la rellenara los formularios de “declaración de embarazo”. Al no sentirse protegida se sintió amenazada. Podría ocurrirla cualquier cosa, incluso ser “atacada con brujería” y perder el niño que llevaba. Este miedo la ha perseguido a lo largo de todo su embarazo e incluso cuando nace el niño continuaba aterrada: Este niño no está protegido y, en cualquier momento, podía irse de nuevo al mundo de los ancestros, es decir, morir.

### **El parto**

---

Después viene el parto, sola, sin intérprete, con la presencia casi obligatoria de su marido, un buen musulmán, que le hicieron entrar en la sala de partos por que las cosas iban mal. Se pensó hacer una cesárea, cosa que rechazó el marido aterrado. Finalmente esperaron un poco, tranquilizaron a Médina yendo a buscar a una mujer soninquea que se encontraba en el mismo servicio y que acababa de dar a luz. Entonces, como dice Médina, el niño ha querido salir solo. Sabemos ahora las consecuencias desastrosas de las cesáreas en mujeres emigrantes y la necesidad de respetar, siempre que sea posible, cuando la vida

del niño y de la madre no estén en juego, la lentitud del trabajo fisiológico de las mujeres del África negra.

Estas palabras, repetidas muchas veces desde entonces por otras mujeres emigrantes me han hecho reconocer la violencia de algunos actos médicos que pensábamos que eran, a priori, anodinos...

Médina tiene esta idea recurrente de que el niño que llevaba y que nació en esas condiciones no está protegido: Está en peligro y ella también. Aquí, la categoría “falta de protección de la madre y del niño” y su consecuencia cultural, la vulnerabilidad ante “un ataque de brujería”, es la que “hay que tener en cuenta”, si pensamos en la continuación del trabajo con Médina. En efecto, ella comienza a tranquilizarse a partir de los actos culturales que contribuyen a reconstruir esta efracción, esta protección fallida: Los padres han pedido a sus familias en su país que hicieran rituales de protección para Mamadou, el bebé, y de esta manera introducir al niño en la cadena de generaciones y en toda la familia. Al mismo tiempo, hemos elaborado con la madre su tristeza y su falta de apoyo, dando vida a representaciones culturales que habían perdido su sentido con el exilio y con los conflictos familiares, es decir, reconstruyendo parcialmente el bagaje cultural en el grupo terapéutico: Ella se había ido de su país sin el visto bueno de su padre, por lo cual su primer hijo no estaba protegido. Este trabajo de co-construcción de un significado cultural fue la primera etapa, la de la construcción del encuadre.

En un segundo tiempo, se abordaron las múltiples pérdidas de Médina. Su madre muere durante su nacimiento y fue criada por la co-esposa de su padre. Que, por otra parte, vive con dolor y mucha tristeza su partida. Fue separada de sus hermanas, lo que siente especialmente, sobre todo después de que una de ellas fallezca sin haber podido volver a verla... Con el soporte del grupo y con el encuadre propuesto, Médina va a elaborar su tristeza, a dar un sentido a todo lo que ocurrió durante el embarazo, por demasiado solitario y a construir un vínculo “seguro” con su hijo Mamadou. La protección del abuelo materno solicitada y obtenida por Médina es ahora eficaz.

En el plano preventivo, vemos a través de esta historia, y otras de la misma naturaleza, la necesidad de permitir a la mujer embarazada el tener una representación aceptable de lo que va a necesitar ella misma y su bebé sean cuales las dificultades y avatares que la ocurran. Sostener la parentalidad en sus diversidades es un proceso de acompañamiento y cuidados para co-construirse con los padres a partir de sus propios componentes para que, de esta

manera, ayuden a sus hijos a crecer en situación transcultural. Esto permitirá, también, prevenir las dificultades que podrían aparecer más tarde en el hijo de emigrantes, en especial en la escuela del país de acogida de sus padres. Lo que resulta difícil, de este trabajo de reconocimiento del otro son los mecanismos colectivos que le asignan una posición inferior, que jerarquizan sus historias, las lenguas y culturas, posición a la vez etnocéntrica y, a veces, racista en el plano sistémico y que hay que tomar conciencia tanto a nivel político como clínico; tomar conciencia para denunciar, transformar, mestizar... Estos mecanismos son en efecto transgeneracionales y nunca desaparecen de forma espontánea. Llamaremos a estos movimientos de rechazo del otro y de su alteridad, contra-transferencia cultural íntima y política en continuidad con Devereux (9).

### **¿Qué ocurre con los niños nacidos aquí?**

---

En Francia, para todos los niños de minorías, hijos de emigrantes, niños de adopción internacional, niños que recorren mundos y familias, niños emigrantes o viajeros, la cuestión escolar es esencial. Es ahí donde se va a jugar su lugar en la sociedad de acogida, es ahí donde se va a validar su inscripción: Somos niños de aquí, niños que construirán la sociedad francesa del mañana. Es pues un lugar crucial, iniciático, donde se va a establecer o a “fallar” el encuentro. Esto subraya lo importante del reconocimiento recíproco, del análisis de la situación sin a priori, de la comprensión que permitirá una acción adaptada (10). Pero más allá de esta constatación, querríamos mostrar que es necesario cambiar de perspectiva y que será beneficioso para todos los niños en la escuela, al menos es nuestra propuesta.

### **Niños de aquí venidos de fuera**

---

Ahora sabemos cuánto necesitan estos niños ser reconocidos por nosotros como niños de aquí que vienen de fuera, niños que a veces no dominan la lengua francesa cuando llegan al colegio pero que tienen una gran riqueza en la medida en que conocen otra lengua, incluso parcialmente, de otro

mundo, de otras formas de pensar y de hacer. De alguna forma niños hipermodernos en la medida en que su conocimiento no está estructurado por una referencia única si no por varias. La cuestión que se plantea para ellos es la de tener ganas de luchar por adquirir lo que necesitan en el colegio, de desearlo suficientemente para superar los obstáculos de una mirada poco comprensiva, a veces, excluyente. Cuando el francés es vuestra segunda lengua y los conceptos, las palabras, os son, a la fuerza, poco familiares, será necesario conquistarlos. Para ello será necesaria mucha determinación y deseo. Algunos niños lo consiguen y se nutren de este encuentro con los niños de la sociedad de acogida de forma tan armoniosa que obtienen grandes beneficios gracias a este viaje. Otros lo hacen, pero a un coste muy alto, con, como dirían los lingüistas, una hipercorrección de la lengua apropiándose de la lengua del otro, pero, a veces, con escaso ajuste en la medida, en la cual esta lengua les es extraña, incluidos sus conocimientos. Son los niños “más papistas que el Papa” los que se van a enganchar al colegio como, casi, única fuente de sus aprendizajes. Y, en fin, quedan los niños que se quedan en el umbral de esta escuela, y que son demasiado numerosos. Es por estos niños por lo que hay que actuar y por todos aquellos que no pueden coger lo que les es necesario en la escuela y en la sociedad.

### **Una escuela hospitalaria de la diferencia y de la multiplicidad**

---

La escuela es igual para todos, se percibe como única lo que hace que la adaptación de aquellos que se creen especiales, sea difícil y a veces dolorosa. La igualdad no puede ser solo una igualdad de principio, debe ser, en nuestras sociedades, una igualdad de hecho. Ahora conocemos los elementos que tenemos que tener en cuenta: Un reconocimiento de la lengua de los padres y de su viaje, una no jerarquía entre lenguas, una educación de profesionales, de los niños y de los padres en la diversidad, la creación de una verdadera comunicación transcultural que permita a cada uno ser, sin renunciar a lo que él considera importante, sin renunciar a su historia.

Esto ocurre en la escuela y en la sociedad con el hecho de cultivar el arte del encuentro, los mestizajes, el conocimiento mutuo, el intercambio. En fin, que todos puedan ser actores en su totalidad y no ser sometido a la mirada y al saber del otro.

## **Aceptar lo plural**

---

Nuestra sociedad está pasando de un modelo de pensamiento único a un modelo multifocal donde el saber debe ser compartido. Lo saben los hijos de emigrantes, que buscan el encuentro con el otro sin borrar lo que son, la historia de sus padres y el contexto transcultural que les conduce. O, al menos, que la mirada de la escuela hacia ellos no considere esta historia como negativa o sin interés. Es tan cierto como la marcas que esta historia son palpables en sus cuerpos, en sus pieles, en sus caras, en sus nombres, en sus lugares de vida, en sus padres... Estas marcas son al mismo tiempo coartadas para rechazar estos niños o para confinarlos en un lugar inferior sean cuales sean sus actos o sus deseos.

La escuela como la sociedad no es lo bastante deseable para estos niños de hoy, no se les asemeja lo suficiente, lo que hace que se aparten frecuentemente en una amargura que les hiere y no valora suficientemente sus competencias y creatividad. No tiene claramente en cuenta que estos niños son los niños del mañana y que la escuela tiene que darles el deseo de crecer y de apropiarse el saber para que la sociedad actual y, la futura, sean ricas en su diversidad.

Es hora de aprovechar esta oportunidad de mestizaje, de hombres y mujeres, de ideas, de miradas... Para ellos, para nosotros, para los niños del mañana. Es hora de que nuestra sociedad actual intente acercarse a esta multiplicidad compleja, nunca dada como un todo, ni de una sola vez, que llamamos identidad. Para nuestros niños la identidad no se construye de forma sencilla, es múltiple y compleja, sumando y es más un proceso que un estado. Nuestros niños tienen que conquistarla a veces sin el acompañamiento de la sociedad que les asigna un lugar demasiado simple o que no tiene en cuenta todos los parámetros.

## **Un casi nada, una ocasión favorable**

---

El niño singular es la ocasión favorable de Aristóteles, el que va a permitir que la escuela se abra a la diversidad y, a partir de ahí, a la sociedad y, ya que la escuela está inscrita en la sociedad, es, de alguna manera, una puerta para entrar. El éxito, lo sabemos, se sostiene con muy poco. Todos esos niños que

tienen que aprender a vivir en estructuras familiares múltiples, que tienen que atravesar lenguas y mundos, que tienen que inventarse formas para inscribirse en nuevas filiaciones, nos enseñan que, antes que nada, tener un niño y criarlo en una familia y en una sociedad es un acto cultural, profundamente cultural y, por ende, profundamente humano. Los niños de hoy y de mañana son seres que tienen que crecer en un mundo en movimiento y en mestizaje y, en consecuencia, son seres plurales y...mestizos. Es el momento adecuado para reconocerlos tal como son, con su complejidad y de cambiar nuestra mirada hacia ellos y hacia sus padres. Sería suficiente con muy poco. Un cambio de mirada, un reconocimiento de la diversidad de lenguas y de estructuras familiares, una representación de las nuevas filiaciones y de las mil y un maneras de ser padres, una feroz voluntad de escapar de los grandes y pequeños desprecios que van unidos a las diferencias y la jerarquía...



## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Gauchet M. L'enfant du désir. *Le Débat* 2004; (132) "L'enfant-problème": 98-121.
- 2.- Moro MR, Réal I, Baubet T, Consultation transculturelle en périnatalité. Une psychiatrie de liaison pour les bébés et leurs parents migrants. In: Bailly D. (Ed), *Pedopsychiatrie de liaison: Vers une collaboration entre pédiatres et psychiatres*. Rueil-Malmaison: Doin; 2005. p. 35-41.
- 3.- Rabain-Jamin J. La famille africaine. In: Lebovici S, Weil-Halpern F. (Eds), *Psychopathologie du bébé*. Paris: P.U.F.;1989. p. 722-7.
- 4.- Stork H, *Enfances indiennes. Etude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Paris: Paidos/Le Centurion; 1986.
- 5.- Moro MR. *Nos enfants demain. Histoires transculturelles*. Paris: Odile Jacob; 2010.
- 6.- Lallemand S, Journet O, Ewombe-Moundo E. et al. *Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et à Madagascar*. Paris: L'Harmattan; 1991.
- 7.- Bydlowski M. "La transparence psychique de la grossesse". *Études freudiennes* 1991; (32):2-9.
- 8.- Réal I, Moro MR. De l'art d'humaniser les bébés. *Clinique transculturelle des processus de socialisation précoce. Champ psychosomatique* 1998; (15): 31-44.
- 9.- Devereux G. (1967) *De l'angoisse à la méthode*. Paris: Flammarion; 1980.
- 10.- Moro Marie Rose *Les enfants de l'immigration. Une chance pour l'école. Entretien avec J et D Peiron*. Paris: Bayard; 2012.

**PARTE II**  
**LA PERINATALIDAD**

# 1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA ETAPA PERINATAL.

**Emma Noval Aldaco.**

**Laura Carral Fernández.**

## Introducción

---

En la etapa perinatal se ha descrito una mayor probabilidad de enfermedad mental. Aunque para la mayor parte de las mujeres es un momento de bienestar, una de cada cuatro embarazadas tiene un trastorno mental, y una de cada doce lo presenta por primera vez (1). Lo más estudiado han sido la depresión y la psicosis post-parto pero en las últimas décadas se ha prestado una mayor atención a los trastornos de ansiedad, observándose una alta prevalencia y rasgos específicos en este período.

Los datos actuales están limitados por la calidad de la evidencia científica disponible, ya que presentan deficiencias metodológicas y existe una gran variabilidad entre los estudios, por lo que no se pueden sacar conclusiones definitivas (2).

Existe una ansiedad normal, no patológica, relacionada con la nueva situación vital y la necesidad de acomodarse a las nuevas demandas. En ocasiones es más intensa, duradera y genera interferencias con la vida normalizada llegando a cumplir criterios para un diagnóstico clínico.

En este capítulo comenzaremos describiendo aspectos comunes derivados de la aparición de un trastorno ansioso en el embarazo o postparto como las tasas de prevalencia general, los factores de riesgo o sus consecuencias. A continuación, se describirán características específicas de cada trastorno para finalmente revisar los tratamientos más indicados, haciendo especial énfasis en la prevención.

## **Epidemiología**

---

Los datos sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad perinatal oscilan en rangos amplios e indican, en general, tasas elevadas. Los trastornos de ansiedad se diagnostican en el 4–39% de mujeres embarazadas, y en el 16% de las mujeres en el postparto, ascendiendo al 50% si se incluye la comorbilidad con depresión (1, 3). Se diagnostican el doble en mujeres que en hombres (3), y su inicio suele ser hacia el final de la tercera década (2), por lo que es probable que coincida con la edad reproductiva, bien en forma de primer episodio o reagudización de un trastorno previo.

Los trastornos de ansiedad perinatal pueden aparecer asociados a otros trastornos, como TCA, consumo de tóxicos o psicosis, pero la comorbilidad más frecuente y más estudiada es con los trastornos depresivos, tanto en población general como posparto. Los síntomas de ansiedad y depresión a menudo se solapan, por lo que hasta ahora era frecuente que bajo el término depresión postparto se incluyeran síntomas de malestar emocional de tipo ansioso. De hecho, la principal escala para detectar depresión perinatal, la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), incluye ítems de ansiedad, pánico o preocupación (4).

## **Factores de riesgo**

---

No se han establecido factores de riesgo específicos para el desarrollo de un trastorno de ansiedad perinatal, aunque las revisiones recogen algunos de modo recurrente. Se describe la presencia de situaciones estresantes en estos cuadros, como bajo soporte social o insatisfacción con la pareja (5). Diferentes estudios asocian la presencia de experiencias traumáticas previas con los trastornos de ansiedad perinatal (2, 3, 5), como el abuso en la infancia (6), historia de agresión sexual (2), un aborto previo (3) o violencia doméstica (7).

Algunas investigaciones relacionan rasgos de vulnerabilidad personal con un mayor riesgo para desarrollar sintomatología ansiosa en este período, entre los que destaca la historia previa de trastorno mental (2, 3, 5), pero también los rasgos de ansiedad general, bajo nivel educativo (6), rasgos neuróticos de personalidad (5) o presencia actual de otros trastornos de ansiedad o del estado

del ánimo (2). Se han descrito características específicas de la etapa como más proclives a aumentar el riesgo de un trastorno de ansiedad, como la presencia de un embarazo de riesgo o un parto prematuro. Un parto traumático es un claro factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático o una fobia al parto (5).

## Consecuencias

---

Los trastornos de ansiedad perinatal pueden tener consecuencias negativas en el desarrollo del feto, la vinculación madre-hijo y el crecimiento y desarrollo del niño (4). La variabilidad en los resultados de las diferentes investigaciones no permite establecer datos concluyentes, a pesar de lo cual se han descrito posibles consecuencias de estos cuadros. El hallazgo más consistente y replicado es que los trastornos de ansiedad prenatal aumentan el riesgo de depresión post-parto así como de otros trastornos de ansiedad en ese período, lo cual hace necesaria una pronta intervención (3).

Otras características que se han descrito en madres con un trastorno de ansiedad en este período son la dificultad para regular sus reacciones emocionales, menor involucración en el cuidado de sus hijos y dificultades con la lactancia (4). En ocasiones se da la evitación de contacto con el bebé, lo cual puede relacionarse con el miedo a hacerle daño en los casos de un trastorno obsesivo-compulsivo, mientras que en los cuadros de estrés postraumático el bebé puede ser un estímulo para reexperimentar un parto traumático (3). La ansiedad de la mujer en el embarazo y parto pueden conducir a consecuencias negativas en el bebé que en muchas ocasiones incrementan los niveles de ansiedad inicial de la madre, generándose una influencia mutua (8).

Las consecuencias obstétricas de los trastornos de ansiedad en el embarazo no están claras, aunque la prematuridad y el bajo peso al nacer son los hallazgos más nombrados en las revisiones (3). El estrés durante el embarazo puede alterar el funcionamiento del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), generando una elevación en las hormonas del estrés, principalmente el cortisol, que puede afectar la evolución del embarazo, ya que se ha relacionado con las consecuencias anteriormente señaladas (9, 10).

En cuanto al niño, se han descrito alteraciones en el desarrollo neurológico y evolutivo, un estilo de apego inseguro, tendencia a la inhibición (1) y

dificultades en el funcionamiento cognitivo, emocional, conductual o social (3). También se ha encontrado una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en hijos de padres con trastorno de ansiedad (4).

## **Trastorno de pánico**

---

El trastorno de pánico se caracteriza por la aparición de ataques de pánico repentinos, recurrentes e impredecibles, asociados con la preocupación persistente acerca de la posibilidad de tener futuros ataques de pánico. Los síntomas de los ataques de pánico suelen incluir falta de aliento, palpitaciones cardíacas, dolor en el pecho, mareos y miedo a perder el control o morir (11). A pesar de la variabilidad de procedimientos y metodología, los estudios señalan tasas de prevalencia para el trastorno de pánico durante el período perinatal relativamente consistentes que oscilan entre el 1,3% y el 2% (12-15).

En primer lugar y dado que el trastorno de pánico conlleva la aparición de síntomas físicos, resulta especialmente relevante el diagnóstico diferencial y un examen físico cuidadoso puesto que sus síntomas se pueden confundir con condiciones asociadas al embarazo como la preeclampsia, la disfunción tiroidea o la anemia (2). Los síntomas de pánico durante el período perinatal son iguales que los que se presentan en población general, aunque es frecuente que se interpreten de modo diferente, ya que durante el embarazo puede considerarse que son una señal de que le puede estar sucediendo algo malo al feto (16). Los ataques de pánico recurrentes pueden ocasionar cambios negativos en el estilo de vida, por ejemplo, en forma de mayor aislamiento, que la mujer vive con malestar emocional y preocupación por la posible repercusión de su problema en sus hijos (17).

Existen muy pocos datos acerca de los factores de riesgo o predictores del trastorno de pánico perinatal y provienen de estudios retrospectivos, que no permiten esclarecer una posible relación causal. Un gran número de estudios se centran en la relación entre la lactancia y destete y los síntomas de pánico, con resultados contradictorios. La relación más replicada es que la lactancia protegería o disminuiría los síntomas y su cese coincidiría con su exacerbación, pero se necesitan estudios prospectivos controlados para determinar su papel (18-20).

Los datos acerca del inicio del trastorno de pánico en el periodo perinatal se basan en estudios retrospectivos y vienen a señalar el posparto como periodo de riesgo de inicio del trastorno (21). Los estudios sobre cómo afecta el periodo perinatal a un trastorno de pánico preexistente son también escasos y se basan en datos retrospectivos y estudios de caso. Aunque hay hallazgos contradictorios, la evolución más frecuentemente encontrada es un patrón de mejoría en los síntomas de pánico durante el embarazo, seguido por un empeoramiento durante el período postparto (18, 20, 22). Los datos sugieren que la gravedad de los síntomas previos al embarazo puede ser el mejor predictor del curso perinatal del trastorno de pánico para la mayoría de las mujeres (2).

## Fobia específica

---

La fobia es un miedo o ansiedad intensa ante un objeto o situación específica, que se evita, que es desproporcionado al peligro real que supone, y que es persistente en el tiempo, generando malestar o deterioro funcional (11). Las fobias más habituales en la etapa perinatal son la tocofobia o miedo intenso al parto, la emetofobia o fobia a los vómitos y la fobia a la sangre o inyecciones (23).

En la población general es el trastorno de ansiedad más frecuente, con una prevalencia vital aproximada de 8.7% (24). Hay pocos datos sobre este cuadro en la época perinatal, pero se ha descrito una prevalencia de fobia a la sangre e inyecciones en una población de embarazadas del 7% (10), y una prevalencia de la tocofobia en el embarazo del 6-10% (25). Las mujeres con fobia a la sangre e inyecciones tienen más riesgo obstétrico ya que se ha relacionado con la aparición de contracciones prematuras, preeclampsia, miedo al parto, parto prematuro o cesárea programada (10).

La tocofobia ha recibido mayor atención, se trata de un fenómeno complejo que necesita un abordaje multidisciplinar, y puede tener importantes secuelas sobre la morbilidad de la madre, el desarrollo neurocomportamental del niño y la petición de una cesárea programada (25). El miedo intenso al parto suele manifestarse mediante pesadillas, quejas físicas y dificultad de concentración (26), incrementándose los síntomas durante el tercer trimestre (27). El origen del miedo al parto suele ser el miedo al dolor, aunque también aparecen otros

miedos asociados como morir durante el parto, que el bebé tenga daños físicos o malformaciones, dudas sobre su propia incompetencia, intolerancia a la incertidumbre, catastrofización del miedo o falta de confianza en el personal médico obstétrico (27). La principal estrategia de evitación es la petición de cesárea programada y la evitación del propio embarazo, pudiendo en casos graves llegar a poner fin a un embarazo deseado. La razón más frecuente para solicitar una cesárea programada entre mujeres que ya han tenido hijos es un parto previo complicado o un inadecuado control del dolor (26, 28).

La tocofobia puede ser primaria, cuando el miedo al parto es anterior al embarazo, o secundaria, cuando el miedo y evitación se desarrollan tras un evento obstétrico traumático en un embarazo previo. Lo más habitual es que surja tras un parto traumático, pero también puede ocurrir tras uno normal, aborto o pérdida, pudiendo llegar a desarrollarse un trastorno de estrés postraumático (27). El miedo al parto se asocia con miedo al dolor en general, rasgos de ansiedad y depresión, y son reseñables los casos de abuso sexual en la infancia que emergen o se reactivan en este momento dando lugar a este cuadro (29).

Existen escalas específicas para valorar el miedo al parto, la más utilizada es la Wijma Delivery Expectancy-Experience Questionnaire, W-DEQ (30), y posteriormente se ha desarrollado la Fear of Birth Scale, FOBS (31).

Las principales consecuencias que se han descrito en este cuadro son un mayor uso de analgésicos durante el parto, elección de cesárea programada, experiencia negativa del nacimiento y malestar emocional en forma de ansiedad, irritabilidad o síntomas de estrés postraumático (5).

## **Trastorno de ansiedad generalizada**

---

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por la presencia de preocupación en relación con una diversidad de sucesos que resulta difícil de controlar por el individuo y provoca malestar e interferencia en su funcionamiento. Aparecen manifestaciones somáticas relacionadas con estados mantenidos de vigilancia y tensión como inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fatigabilidad, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño (dificultad para dormir o mantener el sueño o sueño poco reparador)



(11). A diferencia de las fobias específicas o del trastorno de pánico, en el TAG la ansiedad no se limita a ningún estímulo en particular, la persona responde ante señales internas cognitivas y/o somáticas y a señales externas de amenaza muy sutiles y de amplio rango de contenidos (32).

El TAG perinatal tiene una prevalencia del 8,5% -10,5% durante el embarazo y del 4,4% -10,8% después del parto (6, 8). A pesar de la importancia de sus consecuencias en las pacientes, es a menudo infradiagnosticado. Su diagnóstico en el embarazo puede resultar complicado porque los síntomas físicos asociados a la ansiedad generalizada pueden ser entendidos o considerados como normales en el embarazo y el postparto. Por otro lado, distinguir las preocupaciones normales relacionadas con el embarazo y las preocupaciones patológicas también puede dificultar el diagnóstico de TAG perinatal. Las preocupaciones sobre las molestias físicas, los problemas para desenvolverse en las actividades diarias, sobre los cambios corporales y sobre todo, sobre la salud del feto o la anticipación de un parto doloroso son comunes en el embarazo de cualquier mujer (2, 33). Estas preocupaciones y las de las mujeres con TAG se diferencian por su grado de intrusividad, recurrencia, consumo de tiempo y cualidad irracional. Si estos síntomas de preocupación persisten durante un período de tiempo prolongado pueden causar deterioro funcional en todos los ámbitos de la vida de la madre (8).

Los estudios específicos sobre consecuencias del TAG en la madre y el lactante son escasos. Las mujeres con tendencia a preocupaciones recurrentes muestran menor sensibilidad e interacción con los bebés, lo cual puede conllevar que los niños sean más inhibidos y propensos a mostrar bajo tono emocional (34, 35). La preocupación patológica parece consumir los recursos cognitivos/atencionales (36) y una de las consecuencias podría ser una menor atención a las necesidades del bebé.

## **Trastorno Obsesivo Compulsivo**

---

Las clasificaciones internacionales han venido incluyendo el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) dentro de la categoría de los trastornos de ansiedad, aunque la nueva versión americana le confiere una entidad propia. El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes que

se viven como intrusos y que la persona intenta suprimir o neutralizar. Las compulsiones son conductas o actos mentales repetitivos que se realizan como respuesta a una obsesión para prevenir un daño o disminuir la ansiedad, aunque no exista una conexión lógica o resulte excesiva; son acciones voluntarias a las que intentan resistirse sin éxito. Esto genera unos altos niveles de malestar e interferencia en los principales ámbitos vitales (11).

El TOC en esta etapa presenta unas cualidades específicas, como la frecuente rapidez con que se instaura en contraste con el habitual inicio progresivo, y la sintomatología específica de este período. En el embarazo son más frecuentes las obsesiones relacionadas con el miedo a la contaminación, y como estrategias de control disfuncionales de estos pensamientos aparece la evitación de contaminantes, el lavado de manos y rituales de limpieza. Los contenidos obsesivos en el postparto hacen referencia al miedo a hacer daño al bebé de forma intencionada o accidental, apareciendo evitación del bebé, evitación situacional de estímulos relacionados con la obsesión (cuchillos, bañarle), compulsiones manifiestas (comprobación) o encubiertas (rituales mentales, neutralización, oraciones) para intentar neutralizar la obsesión o prevenir la temida catástrofe (4, 37).

Es habitual que las personas que sufren un TOC lo oculten durante mucho tiempo antes de solicitar atención clínica por miedo a ser juzgadas o a la opinión que los demás puedan tener. Esto es más evidente en la etapa perinatal, dado que es un período de supuesto bienestar y por el propio contenido de las obsesiones, ya que temen que no se les considere capaces de hacerse cargo de sus hijos de forma apropiada (38, 39).

Los pensamientos intrusivos son un fenómeno habitual en población general (40). Los modelos cognitivos sugieren que la mayoría de adultos presenta pensamientos intrusivos molestos, los cuales reflejan las preocupaciones e intereses actuales de la persona (40), motivo por el que se entiende la aparición de obsesiones y compulsiones a nivel subclínico en forma de preocupación por el bienestar o seguridad del bebé (3, 37). Muchos estudios describen el embarazo y parto como principales eventos vitales que desencadenan o exacerbaban un TOC (41).

Las cifras de prevalencia varían debido a las diferencias entre los estudios, por lo que deben ser tomadas con cautela. En líneas generales se describe una mayor prevalencia de TOC en embarazo y postparto (3, 4), con una tasa estimada del 2,7% en comparación con 1,2% en población general (42).

Es habitual la presencia de síntomas depresivos en los cuadros de TOC perinatal, período donde es frecuente la comorbilidad entre ambos trastornos (43). Rachman en su trabajo de 1997, señala una estrecha relación entre TOC y depresión, con pensamientos disruptivos y alteraciones anímicas que se retroalimentan (44). Es importante diferenciar las ideas obsesivas de las rumiaciones propias de los cuadros depresivos y de los contenidos cognitivos que aparecen en la psicosis posparto para realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

Según Abramowitz, las ideas obsesivas son egodistónicas, se experimentan como inaceptables y discordantes con la persona, remiten a miedos o posibles desastres en un tema específico y la persona siente miedo de poder actuar conforme a ellas, por lo que hace grandes esfuerzos por neutralizarlas o evitar situaciones o estímulos relacionados, no asociándose a riesgo de cometer un daño. Las rumiaciones depresivas son ideas pesimistas generales, sobre uno mismo, el futuro o el mundo, que la persona vive como concordantes con su situación real. Los síntomas psicóticos son egosintónicos, consistentes con la vivencia de la persona, por lo que no hay una resistencia a que aparezcan, y se asocian con un riesgo de comportamiento agresivo de actuar conforme a sus ideas. Además, en la psicosis aparecen otros síntomas como alucinaciones, alteraciones del comportamiento, afecto o lenguaje (39).

Se han postulado diferentes teorías etiológicas del TOC en el período perinatal. Las teorías evolutivas lo entienden como un mecanismo adaptativo, ya que provoca que los padres estén más vigilantes y puedan proteger al bebé de cualquier potencial daño, aumentando así su supervivencia. Las teorías biológicas postulan que las fluctuaciones hormonales (progesterona, estradiol, oxitocina) durante el embarazo y postparto podrían disregular el sistema serotoninérgico y dopaminérgico generando así la sintomatología obsesiva, si bien ha tenido resultados inconsistentes (39). Hay evidencia de hombres sanos que desarrollan sintomatología TOC coincidiendo con el embarazo o nacimiento de su hijo lo cual hace pensar en factores no solamente biológicos sino también ambientales (45).

Fairbrother y Abramowitz aplican la teoría cognitivo-conductual al TOC perinatal, basándose en el hallazgo de que todos los padres y madres tienen miedos y pensamientos intrusivos sobre un posible daño de su bebé. Personas vulnerables o con una situación actual estresante incrementada por un aumento de responsabilidad debido a la crianza malinterpretan estos pensamientos

normales como muy amenazantes y preocupantes, lo cual genera ansiedad y lleva a la preocupación obsesiva y a la necesidad de reducirla mediante rituales, que al reducir la ansiedad se ven reforzados y a su vez potencian las ideas intrusivas en una retroalimentación mutua. La ocultación mantiene los síntomas (46), ya que confirma sus temores y no puede comprobar lo común que es tener estos pensamientos y por tanto desactivarlos (47).

### **Trastorno de Estrés Postraumático**

---

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se ha venido considerando en las clasificaciones internacionales como un trastorno de ansiedad, pero la nueva versión americana le confiere una entidad propia. Se caracteriza por la presencia de síntomas intrusivos, tales como recuerdos o sueños angustiosos, con episodios reiterados de reexperimentación del trauma, la evitación de estímulos asociados al trauma y una respuesta de alerta que suele traducirse en hipervigilancia, alteración del sueño, sobresaltos o comportamientos irritables. Además, aparecen alteraciones del estado de ánimo asociadas al acontecimiento traumático como miedo, embotamiento emocional o incapacidad para experimentar emociones positivas.

Los síntomas aparecen tras un trauma, que el DSM define como “cualquier evento que suponga una amenaza de muerte o graves daños para la integridad física de uno mismo o de otros, cuando la respuesta individual está marcada por el miedo extremo, la indefensión o el horror”. De esta manera, las clasificaciones internacionales han pasado de poner el foco de atención en el estresor traumático a priorizar la respuesta emocional de la persona (11).

Durante el embarazo el cuadro puede ser desencadenado en las mismas circunstancias que en la población general, además de los eventos ansiógenos propios de esa etapa como las complicaciones en la gestación. Lo más frecuente es que se desarrolle como consecuencia de un parto traumático, que ocurre en aquellos casos en que se produce una amenaza vital para el bebé o la madre, y ésta lo haya vivenciado con miedo extremo o indefensión. Bydlowski ya lo denominó neurosis traumática postobstétrica en los años 70 (48).

Cheryl Beck describe un perfil clínico donde los síntomas más frecuentes en un TEPT postparto son la reexperimentación frecuente del parto, sensación de extrañamiento o desconexión de la realidad, alteración en la vinculación con el bebé, necesidad reiterada de relatar su experiencia y buscar información sobre ella, que puede llegar a ser obsesiva, e irritabilidad hacia su entorno cercano y especialmente hacia los profesionales (49). Las características del parto que favorecen que se vivencie como traumático son el dolor, la falta de control durante el proceso, un alto intervencionismo obstétrico, complicaciones en la madre o el bebé y la calidad de los cuidados y apoyo percibidos por parte del personal sanitario (2, 3).

Los síntomas suelen alcanzar una intensidad máxima entre las cuatro y seis semanas tras el parto y posteriormente suelen ir disminuyendo, pero en algunos casos persisten durante meses o años (2).

Los estudios muestran un amplio rango de prevalencia, que va desde el 0% al 7,9% (3), que Ayers fija en 3,17% (50). Estas cifras se verían aumentadas si añadimos rasgos del trastorno que no llegan a conformar el cuadro clínico completo. Callahan y colaboradores han desarrollado el Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire, instrumento específico para valorar los síntomas de estrés postraumático asociados al parto (51).

Algunos estudios muestran la mayor probabilidad de desarrollar TEPT tras una interrupción del embarazo o pérdida, también en hombres. La edad gestacional (cuanto más avanzado el embarazo mayor malestar), edad materna, bajo nivel de educación y trauma físico o sexual previo son factores de riesgo para el desarrollo de TEPT tras una pérdida (52).

Ayers (53) propone un modelo de diátesis-estrés en el inicio y mantenimiento de un TEPT, donde describe factores de vulnerabilidad en el embarazo (problemas psicológicos previos, trauma o abuso sexual previo y ansiedad), que interactúan con factores de riesgo en el parto (nivel de intervención y complicaciones en el parto, miedo percibido, alta emoción negativa, escaso apoyo y disociación), y de mantenimiento en el postparto (estrés, afrontamiento inadecuado y escasos apoyos).

Es muy importante el papel de los apoyos durante el parto, incluidos los profesionales, ya que pueden influir en la percepción del mismo, sirviendo como prevención o desencadenante de un TEPT, ya que el apoyo percibido durante el parto se asocia con una menor probabilidad de TEPT (54).

## **Tratamiento**

---

No se han realizado estudios controlados de tratamiento en los trastornos de ansiedad perinatal que permitan establecer cuál es el abordaje más eficaz en cada caso (2). En general las guías clínicas aconsejan las intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas durante el periodo perinatal, en particular la terapia cognitivo-conductual (TCC), mientras que el uso de fármacos debería ser reservado únicamente para aquellos casos más graves y refractarios (55).

La psicoterapia debe ser el tratamiento de elección de los trastornos de ansiedad en el embarazo y postparto debido a su eficacia y seguridad. La TCC ha demostrado su efectividad en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la población general con tasas de mejoría estimadas entre el 34% y el 68% (56). También ha mostrado su eficacia en el tratamiento en la etapa perinatal del trastorno de pánico (Robinson et al 1992), fobia perinatal (1), TOC (4) y TAG (57). Las limitaciones para el uso de la TCC son la disponibilidad de terapeutas experimentados, la gravedad del trastorno y la necesidad de realizar “tareas para casa” o exponerse a situaciones temidas.

En los últimos años se vienen investigando las terapias basadas en mindfulness, ya que se han obtenido resultados clínicos y estadísticamente significativos de mejoría en el embarazo, tanto en población no clínica (58-60) como en cuadros de ansiedad perinatal (25, 61).

La farmacoterapia está indicada en los casos más graves o que no se benefician del abordaje psicoterapéutico, siendo necesario valorar los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico durante el embarazo y lactancia. Si bien los tratamientos con medicamentos tienen riesgos potenciales, deben ser sopesados frente a los riesgos de la ansiedad materna no tratada y sus consecuencias para el bebé en desarrollo (8). Los ISRSs han sido los fármacos que más efectivos se han mostrado en este período, siendo su uso generalizado en la práctica clínica, mientras que es desaconsejable el uso de benzodiazepinas por los efectos adversos descritos en el feto (1).

En caso de que fuese necesario un ingreso hospitalario se recomienda la admisión de madre y bebé para preservar la vinculación en este crucial momento, siendo preferible las unidades postparto que las unidades de hospitalización de salud mental.

Dadas las especiales características de la etapa perinatal cobran una especial importancia las intervenciones enfocadas en la prevención como son el apoyo, la expresión emocional o psicoeducación, dirigidas a abordar los miedos y preocupaciones y posibilitar una experiencia positiva del embarazo y parto. En este sentido, es de especial importancia el manejo del personal sanitario, ya que si es vivido como un apoyo puede prevenir complicaciones de una forma sencilla y poco costosa. Olza recomienda ser cuidadosos en la transmisión de información, dando toda la necesaria, permitir la toma de decisiones de la mujer en todos los aspectos posibles, permitir la expresión emocional, evitar un intervencionismo innecesario facilitando un parto lo más natural posible, evitar la separación madre-bebé y dar una atención cálida y cercana, adecuada a las necesidades de cada momento (62).

En los casos en que acontece un parto traumático se proponen intervenciones de prevención basadas en el debriefing, que implica la expresión emocional sobre el evento traumático para facilitar su integración, favoreciendo así recursos de afrontamiento adecuados (2). En esta misma línea, Olza propone que la intervención se base en una escucha empática, que no minimice y facilite la psicoeducación y expresión emocional en un contexto terapéutico. Este tipo de intervenciones se desaconsejan de forma rutinaria, reservándose para los casos que presentan una entidad clínica. Lo que sí se recomienda en todos los casos es facilitar que la mujer pueda hablar de su experiencia en el parto, así como de los cuidados recibidos durante el proceso (55).

Las intervenciones psicoeducativas podrían ser efectivas, por lo que sería interesante incluirlas en los protocolos generales dada la alta prevalencia de la sintomatología ansiosa en la etapa perinatal (3). En el caso de las ideas obsesivas, y dada su frecuencia de aparición en este período, sería conveniente desarrollar intervenciones psicoeducativas para que las madres conozcan que es frecuente presentar pensamientos intrusivos y puedan utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas, así como con los profesionales sanitarios para así favorecer una pronta y adecuada intervención.

---

## **Conclusiones**

Los síntomas de ansiedad son frecuentes en la etapa perinatal. Los estudios reflejan esta etapa como de mayor riesgo para el desarrollo o empeoramiento de

un trastorno de ansiedad, los cuales son predictores de una posible depresión postparto. Las vivencias y situaciones propias de esta etapa condicionan la fenomenología de los diferentes cuadros de ansiedad, que presentan características específicas en este período. El tratamiento de elección es el psicoterapéutico, teniendo una particular importancia el apoyo percibido, lo que hace especialmente relevante el papel de los profesionales sanitarios como uno de los factores a tener en cuenta para la prevención de estos trastornos y así evitar sus posibles consecuencias negativas tanto en la madre como en el hijo.

Aunque en los últimos años ha aumentado el interés en este campo, la elevada prevalencia de estos cuadros justifica una mayor investigación con rigor metodológico para afianzar los conocimientos en este ámbito. Es necesario delimitar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de un trastorno de ansiedad en esta etapa para así implementar estrategias de prevención efectivas, y desarrollar herramientas y protocolos de screening que puedan ser utilizados en los controles sanitarios rutinarios. Se necesitan protocolos de intervención empíricamente validados y es conveniente clarificar el impacto de estos cuadros en el desarrollo del niño y en la relación materno-filial para poder abordarlo de forma efectiva. También se necesita ampliar el foco a áreas hasta ahora menos atendidas como la reproducción asistida, las características de estos trastornos en los hombres o las pérdidas perinatales.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Marchesi C, Ossola P, Amerio A, Daniel BD, Tonna M, De Panfilis C. Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. *Journal of affective disorders*. 2016; 190:543-50.
- 2.- Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*. 2006; 67(8):1285-98.
- 3.- Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*. 2014; 75(10):e1153-84.
- 4.- Abramowitz JS, Meltzer-Brody S, Leserman J, Killenberg S, Rinaldi K, Mahaffey BL, et al. Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms. *Archives of women's mental health*. 2010; 13(6):523-30.
- 5.- Takegata M, Haruna M, Matsuzaki M, Shiraishi M, Okano T, Severinsson E. Antenatal fear of childbirth and sense of coherence among healthy pregnant women in Japan: a cross-sectional study. *Archives of women's mental health*. 2014; 17(5):403-9.
- 6.- Buist A, Gotman N, Yonkers KA. Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *Journal of affective disorders*. 2011; 131(1-3):277-83.
- 7.- Kendall-Tackett KA. Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. *Trauma, violence & abuse*. 2007;8(3):344-53.
- 8.- Misri S, Abizadeh J, Sanders S, Swift E. Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment. *Journal of women's health*. 2015; 24(9):762-70.
- 9.- Lilliecreutz C, Laren J, Sydsjo G, Josefsson A. Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016; 16:5.
- 10.- Lilliecreutz C, Sydsjo G, Josefsson A. Obstetric and perinatal outcomes among women with blood- and injection phobia during pregnancy. *Journal of affective disorders*. 2011; 129(1-3):289-95.
- 11.- APA. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Barcelona: Masson; 2014.
- 12.- Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of anxiety disorders*. 2005; 19(3):295-311.
- 13.- Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcésche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2004; 19(8):459-63.

- 14.- Smith MV, Rosenheck RA, Cavaleri MA, Howell HB, Poschman K, Yonkers KA. Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatric services*. 2004; 55(4):407-14.
- 15.- Wenzel A, Gorman L, O'Hara MW, Stuart S. The occurrence of panic and obsessive compulsive symptoms in women with postpartum dysphoria:a prospective study. *Arch Women Ment Health*. 2001; 4(1):5-12.
- 16.- Weisberg RB, Paquette JA. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*. 2002; 12(1):32-6.
- 17.- Beck CT. Postpartum onset of panic disorder. *Image--the journal of nursing scholarship*. 1998; 30(2):131-5.
- 18.- Northcott CJ, Stein MB. Panic disorder in pregnancy. *The Journal of clinical psychiatry*. 1994; 55(12):539-42.
- 19.- Villeponteaux VA, Lydiard RB, Laraia MT, Stuart GW, Ballenger JC. The effects of pregnancy on preexisting panic disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 1992; 53(6):201-3.
- 20.- Klein DF, Skrobala AM, Garfinkel RS. Preliminary look at the effects of pregnancy on the course of panic disorder. *Anxiety*. 1994; 1(5):227-32.
- 21.- Sholomskas DE, Wickamaratne PJ, Dogolo L, O'Brien DW, Leaf PJ, Woods SW. Postpartum onset of panic disorder: a coincidental event? *The Journal of clinical psychiatry*. 1993; 54(12):476-80.
- 22.- George DT, Ladenheim JA, Nutt DJ. Effect of pregnancy on panic attacks. *The American journal of psychiatry*. 1987; 144(8):1078-9.
- 23.- Patel RR, Hollins K. Clinical report: the joint obstetric and psychiatric management of phobic anxiety disorders in pregnancy. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 2015; 36(1):10-4.
- 24.- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005; 62(6):617-27.
- 25.- Billert H. Tokophobia--a multidisciplinary problem. *Ginekologia polska*. 2007; 78(10):807-11.
- 26.- Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2003; 82(3):201-8.
- 27.- Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate medical journal*. 2003; 79(935):505-10, quiz 8-10.
- 28.- Rondung E, Thomten J, Sundin O. Psychological perspectives on fear of childbirth. *Journal of anxiety disorders*. 2016; 44:80-91.

- 29.- Lukasse M, Vangen S, Oian P, Schei B. Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: a longitudinal study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2011; 90(1):33-40.
- 30.- Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 1998; 19(2):84-97.
- 31.- Haines H, Pallant JF, Karlstrom A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*. 2011; 27(4):560-7.
- 32.- Borkovec TD, Inz J. The nature of worry in generalized anxiety disorder: a predominance of thought activity. *Behaviour research and therapy*. 1990; 28(2):153-8.
- 33.- DiPietro JA, Ghera MM, Costigan K, Hawkins M. Measuring the ups and downs of pregnancy stress. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 2004; 25(3-4):189-201.
- 34.- Stein A, Craske MG, Lehtonen A, Harvey A, Savage-McGlynn E, Davies B, et al. Maternal cognitions and mother-infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder. *Journal of abnormal psychology*. 2012; 121(4):795-809.
- 35.- Arteche A, Joormann J, Harvey A, Craske M, Gotlib IH, Lehtonen A, et al. The effects of postnatal maternal depression and anxiety on the processing of infant faces. *Journal of affective disorders*. 2011; 133(1-2):197-203.
- 36.- Zink DN, Ojeda C, Hernandez M, Puente AE. Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder. In: Noggle C, Dean R, editors. *The Neuropsychology of Psychopathology*. New York: Springer Publishing Company; 2013. p. 243-60.
- 37.- McGuinness M, Blissett J, Jones C. OCD in the perinatal period: is postpartum OCD (ppOCD) a distinct subtype? A review of the literature. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2011; 39(3):285-310.
- 38.- Belloch A, Del Valle G, Morillo C, Carrio C, Cabedo E. To seek advice or not to seek advice about the problem: the help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009; 44(4):257-64.
- 39.- Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: a review of the literature. *Journal of anxiety disorders*. 2003; 17(4):461-78.
- 40.- Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour research and therapy*. 1978; 16(4):233-48.
- 41.- Maina G, Albert U, Bogetto F, Vaschetto P, Ravizza L. Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): the role of pregnancy/delivery. *Psychiatry research*. 1999; 89(1):49-58.

- 42.- Challacombe FL, Salkovskis PM, Woolgar M, Wilkinson EL, Read J, Acheson R. A pilot randomized controlled trial of time-intensive cognitive-behaviour therapy for postpartum obsessive-compulsive disorder: effects on maternal symptoms, mother-infant interactions and attachment. *Psychological medicine*. 2017; 47(8):1478-88.
- 43.- Challacombe FL, Salkovskis PM, Woolgar M, Wilkinson EL, Read J, Acheson R. Parenting and mother-infant interactions in the context of maternal postpartum obsessive-compulsive disorder: Effects of obsessional symptoms and mood. *Infant behavior & development*. 2016; 44:11-20.
- 44.- Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behaviour research and therapy*. 1997; 35(9):793-802.
- 45.- Abramowitz J, Moore K, Carmin C, Wiegartz PS, Purdon C. Acute onset of obsessive-compulsive disorder in males following childbirth. *Psychosomatics*. 2001;42(5):429-31.
- 46.- Newth S, Rachman S. The concealment of obsessions. *Behaviour research and therapy*. 2001; 39(4):457-64.
- 47.- Fairbrother N, Abramowitz JS. New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behaviour research and therapy*. 2007; 45(9):2155-63.
- 48.- Bydlowski M, Raoul-Duval A. Un avatar psychique meconnu de la puerperalite: la nervrose traumatique pos-obstericale. *Perspectives Psychiatriques*. 1978; 4:321-8.
- 49.- Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nursing research*. 2004; 53(4):216-24.
- 50.- Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological medicine*. 2016; 46(6):1121-34.
- 51.- Callahan JL, Borja SE, Hynan MT. Modification of the Perinatal PTSD Questionnaire to enhance clinical utility. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*. 2006;26(9):533-9.
- 52.- Daugirdaite V, van den Akker O, Purewal S. Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: a systematic review. *Journal of pregnancy*. 2015;2015: 646345.
- 53.- Ayers S. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2004; 47(3):552-67.
- 54.- Garthus-Niegel S, Ayers S, von Soest T, Torgersen L, Eberhard-Gran M. Maintaining factors of posttraumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, two-year follow-up study. *Journal of affective disorders*. 2015; 172:146-52.
- 55.- National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London: UK: NICE; 2014.

- 56.- Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole S, Huibers M, Berking M, Andersson G. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2014; 34(2):130-40.
- 57.- Austin MP, Frilingos M, Lumley J, Hadzi-Pavlovic D, Roncolato W, Acland S, et al. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *Journal of affective disorders*. 2008; 105(1-3):35-44.
- 58.- Duncan LG, Bardacke N. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period. *Journal of child and family studies*. 2010; 19(2):190-202.
- 59.- Dunn C, Hanieh E, Roberts R, Powrie R. Mindful pregnancy and childbirth: effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. *Archives of women's mental health*. 2012; 15(2):139-43.
- 60.- Vieten C, Astin J. Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives of women's mental health*. 2008; 11(1):67-74.
- 61.- Goodman JH, Guarino A, Chenausky K, Klein L, Prager J, Petersen R, et al. CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of women's mental health*. 2014; 17(5):373-87.
- 62.- Olza I. El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. *Cuadernos de medicina psicosomática*. 2010; 96:35-41.

## 2. LA DEPRESIÓN PERINATAL.

**Agustín Béjar Trancón.**

La depresión es un problema psicopatológico central en el periodo perinatal. Conocida desde antiguo<sup>1</sup>, es una de las dolencias clásicas en la historia de la psiquiatría, expresión de un sufrimiento que inquietó y estimuló el estudio de la psicopatología de este periodo y el interés práctico de la medicina y la psicología por comprenderla y tratarla. La depresión perinatal es, así, una entidad propia, en relación a los procesos emocionales de esta etapa vital del acceso a la parentalidad, que se cruza con el desarrollo precoz del bebé y la importancia del vínculo inicial para el crecimiento emocional sano.

La parentalidad, aunque optativa, es una etapa del desarrollo. El pasar a tener estatuto de padres con la llegada de los hijos (de forma más marcada con el primer hijo) es una etapa de crisis, en el doble sentido de creación o apertura a algo nuevo y también de inestabilidad y riesgos. Se suma la confluencia de la “crisis biológica” para la mujer que también suponen embarazo, parto y puerperio, con la propiamente psicológica, es decir, lo que significa de cambios o maduración en la forma de verse, ver al otro y situarse ante el mundo y las relaciones con los demás.

La depresión perinatal, ante y post-parto, es uno de los principales problemas de salud por su prevalencia (en torno al 15% de parturientas) y sus consecuencias. Tradicionalmente difícil de detectar, con múltiples condicionantes socio-culturales, debe ser un objetivo preferente para las políticas sanitarias, ya que es uno de los ámbitos donde una atención apropiada (prevención secundaria y terciaria) conllevaría una prevención primaria de futuras dolencias en la mujer, los hijos y la familia en conjunto.

---

<sup>1</sup> En el siglo XIX la “locura puerperal” es propuesta por Esquirol como ejemplo de trastorno. En obstetricia por esa época se describe la “disforia del tercer día”.

Se dispone de un amplio abanico de medidas de intervención, con buenos resultados y efectividad cada vez más perfilada, por lo que adquiere importancia fundamental la divulgación general y en el ámbito de los profesionales sanitarios, para facilitar su reconocimiento, por la propia mujer afectada de entrada (también por el entorno y profesionales), en conflicto con una ideología interiorizada que la enfrenta al dilema de no sentirse “buena madre” si experimenta sentimientos penosos en ese momento.

Así pues, en el amplio rango desde lo leve al moderado-grave, nos encontramos con trastornos perinatales sobre los que hay gran consenso, y dentro de estos, con un predominio de los cuadros afectivos depresivos puerperales, desde la disforia post-parto o blues del parto hasta las depresiones post-natales. En gran imbricación con estos están los trastornos de ansiedad perinatales, que también podrían clasificarse a lo largo de un continuo, desde el estado de mayor vulnerabilidad de la embarazada, en el rango de la normalidad, a los trastornos de ansiedad más constituidos, que han sido desarrollados más específicamente en el capítulo precedente.

## **Trastornos depresivos en el embarazo**

---

El conocimiento aumentado en este campo en las últimas décadas permite entender mejor la importante relación que hay entre el estado mental de la mujer y el hombre, ya desde el embarazo, y el establecimiento del vínculo con su bebé, así como el desarrollo de técnicas terapéuticas y experiencias que han mostrado su utilidad en favorecer ese ajuste padres-bebé esencial para las relaciones tempranas. Esto es relevante también socialmente, como muchos movimientos sociales y profesionales defienden: el cuidado adecuado perinatal es una transformación en términos de salud y desarrollo.

El sufrimiento emocional materno puede detectarse mejor. Hay evidencia de que el malestar emocional, la ansiedad, depresión y estrés maternal en el embarazo puede afectar el neurodesarrollo del feto, y eso afectaría a la sintonía inicial básica madre-bebé, al vínculo en el que se apoya la salud global del bebé, que es así influido doblemente, pues también repercute en aumentar la dificultad de la madre en su sensibilidad, sintonía y ajuste a esa evolución del vínculo temprano. El desarrollo a largo plazo se compromete.

### Los afectos en el embarazo. El ánimo deprimido.

Síntomas de ansiedad y ánimo deprimido son frecuentes en el embarazo, incluso más frecuentes en último trimestre que en el postparto (1). En el extremo leve del continuo puede ser más difícil diferenciar entre ansiedad y ánimo deprimido. De igual forma la expresión somática de problemas afectivos puede presentarse como la sintomatología de lo que más adelante puede evolucionar y constituirse en un trastorno depresivo perinatal. Así, se instauran cuadros depresivos (depresión pre-parto) que se continúan con los más típicos de depresión post-parto (DPP). Detectar esos cuadros y las posibilidades de tratamiento en embarazo es un área de intervención prometidora.

Estos cuadros, más estudiados clínicamente e investigados en las últimas décadas, serían un exponente de cómo todo el proceso psicológico del acceso a la parentalidad (y el biológico de las adaptaciones del embarazo) está jugando un papel en crear las condiciones para la posibilidad de una DPP. Es decir, no sólo, como se conocía, la transformación brusca que supone el parto para la mujer (con la urgencia vital biológica que es el parto y el inicio del contacto con el bebé real), sino también la forma en que está elaborando la vivencia previa, los procesos psicológicos y conflictos que se comienzan a jugar en esta crisis de maduración (2) con el embarazo. La mujer revive los conflictos infantiles, especialmente los que remiten a las primeras relaciones e identificaciones con su madre. Habrá una identificación doble predominante (3): con su propia madre y con el hijo futuro. Es decir, la embarazada estará más atenta a su propia historia personal, cuyos conflictos infantiles pueden reactivarse, como si la forma en que pudiera ir dando cabida en su mente al bebé que tendrá y la madre que será, pasase por recordar y reelaborar la niña que fue con la madre que tuvo. Esas fantasías le permitirán ir construyendo imágenes del bebé que espera, como forma de prepararse internamente para recibir y relacionarse con el bebé real, tras el parto. Ese paso del “bebé imaginario”, sus ideas y emociones muy influidas por sus vivencias infantiles, con los conflictos asociados, al “bebé real”, que tendrá que ir reconociendo en su individualidad y diferencia además de en sus similitudes, implicará también una tarea de elaboración crucial para la mamá (y de efectos cruciales para el bebé), un proceso que podemos comparar a un duelo que en ocasiones podrá complicarse.

La conclusión es que la atención a este síndrome será una pieza fundamental en el abordaje clínico ya durante el embarazo, además con un sentido preventivo de la posibilidad de una depresión post-parto.



## **La Depresión pre-parto**

---

La dificultad de detección y por tanto de tratamiento de las mujeres con DPP, es lo que ha estimulado muchas investigaciones en las tres últimas décadas dirigidas a detectar con la mayor prontitud aquellas mujeres vulnerables, pues el trastorno afectivo ya durante el embarazo se vio como uno de los factores más importantes en la instauración del cuadro postnatal, como en estudios en que el 50% de pacientes diagnosticadas en el periodo post-parto tenían su inicio en el embarazo (4). En un estudio posterior de Manzano y cols. (5) vieron que, de las que tuvieron depresión postparto, 2/3 presentaban este cuadro en el tercer trimestre de embarazo.

Se propone que esa dificultad de detección, lo “encubierto” de la misma, es potenciado como consecuencia de la ideología social predominante (6), que induciría a una imagen sociocultural de la maternidad: “una madre no tiene derecho a tener problemas o sentimientos de este tipo”. Este factor incidiría también en la depresión pre-parto, que se encubriría, incluso si la imagen sociocultural sí admite más sentimientos “extraños” o de “sensibilidad aumentada” en la embarazada, entre ciertos límites, como también la alusión a los cambios psicológicos (“antojos”, sentimientos de temor) durante el embarazo. Los sentimientos de preocupación serían más tolerados y hasta esperables aquí (en relación con el parto, por ejemplo). Pero eso también puede contribuir a un cierto encubrimiento de sentimientos depresivos más intensos o con manifestaciones atípicas, como sucede con la expresión somática, predominante en muchos de estos cuadros, que pueden pasar desapercibidos si no hay sensibilidad a los aspectos mentales de la patología obstétrica médica. Por ello Manzano y cols. (5) la definen también como una depresión encubierta, que sería de diagnóstico relativamente sencillo por las manifestaciones de sentimiento de soledad, auto-reproches, auto-desvalorización, ansiedad, trastornos del sueño, junto a problemas somáticos como picores o dolores de espalda. Otro factor que dificulta el diagnóstico es que los síntomas se solapan con los de embarazo, como por ejemplo los trastornos de apetito y sueño, cambios de peso, anergia, irritabilidad aumentada o humor lábil. Sería la tristeza y desesperanza lo más distintivo de la depresión, junto a la reincidencia de ideas negativas o ideación suicida.

Los casos leves, con depresión menor, serían pues muy frecuentes, variando según los estudios, pero pudiendo llegar al 26% (7). Los casos no sólo de

síntomas depresivos, sino de presentación de cuadros de “depresión mayor” son más infrecuentes, si bien un meta-análisis encontró entre un 7% y 12% de depresiones en embarazo, aumentando del primero al tercer trimestre (8). Las dificultades para la identificación y ayuda también se han mostrado, como el estudio de Smith (9) en el que solo se identificaron el 26 % de casos conocidos de depresión pre-natal durante el seguimiento en embarazo y, de estos, sólo el 2% de las pacientes fueron derivadas a tratamiento.

En el trabajo referido de Manzano y cols. (5) las mujeres presentaban más factores de estrés, como vivencia difícil de embarazo, menos actividad, sentimiento de limitación en sus movimientos. Otros factores influyentes eran la presencia de acontecimientos desgraciados en la familia, separaciones o dificultades emocionales, así como bajo estatus socio-económico. La importancia de la detección en esta etapa para prevenir la DPP y sus consecuencias perjudiciales también para el bebé, en un momento tan crítico como es ese periodo, llevó a estos autores a realizar una escala predictiva de detección en el embarazo de posible depresión post-parto, un sencillo test diagnóstico (cuestionario de Ginebra, DAD-P), con una escala de 9 preguntas, que ha sido validada también en nuestro país y que permitiría identificar al grupo de mujeres (un 15% de embarazadas) con este cuadro, de las que la mitad desarrollarían depresión post-parto. También se ha utilizado para valorar la depresión pre-parto la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), el principal instrumento de despistaje de la depresión post-parto.

Las consecuencias que acarrea estos cuadros pueden ser variadas. Así, una actitud de no buscar adecuado cuidado prenatal que potencialmente conduce a problemas médico-obstétricos (ej. diabética que no busca ayuda por su depresión en embarazo). Los propios síntomas pueden dificultar el proceso del embarazo, como el insomnio, trastorno del apetito o el aumento de peso. La falta de sentimiento en relación al feto en crecimiento puede ser un síntoma especialmente preocupante, reflejo de dificultades importantes en el futuro. Además, la depresión pre-natal se asocia a aborto espontáneo, sangrado gestacional y parto prematuro o riesgo de pre-eclampsia (10).

La depresión pre-natal se puede perpetuar en el periodo de postparto con los problemas esperados de obstáculo en las relaciones tempranas, automedicación o abuso de sustancias, así como aumento de intentos de suicidio. Eso está comprobado y es una de las causas más importantes de muerte materna.

Contribuye en estos casos la edad de la joven, multiparidad, historia de abuso de sustancias y bajo estatus socioeconómico.

Además de los efectos sobre la mujer, hay estudios que muestran la conexión entre estos cuadros en el embarazo y su impacto en el desarrollo posterior de los niños. Por ejemplo, estudios (11) que mostraron como la ansiedad y depresión perinatal tiene un impacto en aumento de conductas externalizadas de los niños (agresión, déficit atención, hiperactividad, conductas desafiantes y de oposición).

### **Evolución de la depresión pre-natal**

---

Pese a su variabilidad, conviene distinguir dos grupos (7), uno en que desaparece tras el nacimiento, constituido por mujeres que no suelen tener antecedentes psiquiátricos, que se sentirían aliviadas tras el parto y que mostrarían un estilo de embarazo donde cobra relieve la necesidad de control de lo que las rodea (7,12), es un estilo en el que la incertidumbre se tolera mal, con mayor ansiedad anticipatoria que se resuelve habitualmente tras el parto. El otro grupo lo formarían mujeres en las que la depresión se mantendrá, evolucionando a DPP, mujeres que presentan con frecuencia antecedentes depresivos.

### **Perspectiva terapéutica**

---

En definitiva, podemos resumir que la depresión pre-natal tiene una incidencia al menos semejante a la de la depresión post-parto, de las cuales la mayoría se inician ya en el embarazo (como también la ansiedad es un predictor considerable de depresión post-natal).

Fundamental para la clínica es la ventaja del fácil acceso en esta etapa y la buena respuesta habitual a la atención. Precisamente, como planteábamos más arriba, aunque también en el embarazo se encubra, hay ciertas condiciones que hacen más fácil la búsqueda de ayuda que en el post-parto. La solicitud de cuidados en general de la embarazada y su entorno contribuye a ello. La medicalización del embarazo, en la medida en que además la sintomatología

somática puede ser la puerta de detección a estos cuadros, puede ser una vía en lugar de un obstáculo, contando, claro está, con la adecuada formación de los profesionales. Obstetras, matronas, además de la población, son un objetivo de esta información y sensibilización. A la vez, si se tiene en cuenta lo que hemos expuesto sobre la crisis del desarrollo que supone el embarazo, con mayor movilidad de las identificaciones, o el carácter de “transparencia psíquica” de la embarazada, apunta a lo favorable que puede ser esa etapa para un enfoque psicoterapéutico breve y otras medidas de apoyo. En cuanto a niveles de intervención tendríamos:

- 1.- Una sensibilización y atención especial, del personal sanitario y parasanitario y del entorno social, a la dificultad psicológica específica de este periodo, es un primer paso fundamental en la prevención y atención en los distintos grados. Se trata de medidas básicas de información que pueden orientar sobre situaciones que precisen una mayor vigilancia o investigación.
- 2.- Ante la presentación de estos cuadros, incluso en sus formas leves (un 25% de embarazos aproximadamente), la necesidad de intensificar el acompañamiento. Esto se puede potenciar desde la atención sanitaria al embarazo, así como con las intervenciones para el desarrollo sano (cursos de preparación al parto que incorporen sistemáticamente la atención a los aspectos emocionales). También ante la detección de los cuadros somáticos referidos, la indicación de mayor apoyo psicológico y social.
- 3.- Intervención desde, o en coordinación, con profesionales de Salud Mental ante los cuadros con depresión clara en el embarazo (3-12%) (7). En estos casos, las intervenciones psicoterapéuticas (muy bien recibidas en esta etapa) están indicadas, incluso su intensificación en la medida en que ya existieran antecedentes o patología afectiva previa en tratamiento. La intervención psicofarmacológica será preceptiva en algunos casos, si bien con el condicionante del cuidado de la salud fetal, lo que precisamente aconseja, aún más, intensificar las medidas no farmacológicas.
- 4.- Habrá casos donde el complemento farmacológico no puede ser relegado. Eso es siempre en medicina una decisión que debe buscar el equilibrio entre el beneficio y el riesgo, aquí para los dos individuos implicados, la mujer y el feto. Evitando las decisiones extremas

y sesgadas, considerando que no hay ninguna posición libre de riesgo, lo que es muy claro, en este terreno, es la importancia de la individualización de cada caso, siendo esa una de las recomendaciones fundamentales, junto a una estrecha vigilancia del camino emprendido.

### **La Depresión post-parto**

---

Volviendo a los procesos psicológicos que subyacen al acceso a la parentalidad, con el embarazo, podemos considerar el parto como la última etapa del mismo. Los últimos momentos del embarazo y el parto son especialmente difíciles.

El parto es un momento de urgencia biológica y psíquica, con características en nuestra especie que lo convierten en especialmente problemático (aspectos estructurales y anatómicos en relación a la bipedestación, estructura de la cadera femenina y el volumen craneal del feto). A pesar de los exitosos avances médicos, con una reducción de la morbi-mortalidad perinatal nunca antes alcanzada, sigue siendo una “prueba de estrés” en la que no es descartable un desenlace fatal (13). Esto explicaría además muchas de las reacciones que suscita. En los días que preceden al parto, pueda haber angustias de muerte, como si el nacimiento de alguien pudiera comportar la muerte de otro, o miedos de muerte del niño. Estas preocupaciones y fantasías pueden darse en la madre y su entorno, también en los profesionales. Estaría así presente un conflicto central que envuelve todo el proceso: el que se da entre la amenaza de destrucción y la conservación del niño (14).

Tras el parto, la mujer podrá reafirmarse en su integridad corporal y su capacidad, pero también podrá confrontarse con fantasías de fracaso, déficit e inadecuación, así como fantasías e ideas de culpa y castigo presentes en el embarazo, que pueden alimentar la continuidad de temores sobre la salud del niño, incluso con un bebé sano.

El parto desencadena en la mujer angustias de pérdida, en relación a la pérdida del estado de embarazo y la satisfacción de deseos infantiles que implicaba. Puede representar la pérdida del niño interior, de la unión simbiótica prenatal. De forma central implicará el conflicto entre la renuncia al “niño deseado” (niño imaginado) en contraste con el “niño real” (de otro

sexo o de todas formas diferente del imaginado). Esto implica el duelo que supone descubrir que no se es la “madre ideal” que se habría deseado ser. Junto a esto, también el parto representa para la mujer una nueva seguridad y una nueva tarea: la creación de una relación con el niño ahí fuera ya, proceso de vinculación entre madre y recién nacido en un contexto de gran dependencia del que tendrá que evolucionar a la autonomía e independencia.

Este es el contexto psicológico de fondo en el que podrá aparecer la psicopatología depresiva del post-parto, nuevamente yendo de lo más leve a lo grave, un continuo donde clásicamente se han descrito dos entidades:

### **El blues del parto**

---

Se caracteriza por su transitoriedad y levedad y cursa con síntomas de baja intensidad, un estado emocional de especial sensibilidad, tristeza o irritabilidad, cansancio, ansiedad e insomnio limitado a las dos semanas tras el parto. Destaca el contraste entre ese estado, incluso con decepción-desilusión, y la expectativa previa de la mujer de un estado anímico más alegre en los días siguientes al parto (en consonancia con la expectativa social predominante). No es raro que el entorno banalice la situación. La frecuencia es muy alta, 30–50% de las parturientas, por lo que se puede situar en un continuo con la normalidad. Suele evolucionar bien en los primeros días (1-2 semanas).

El fondo de vulnerabilidad emocional y fisiológica sería la razón para este cuadro, potenciado por la influencia social. Se aunarían el plano biológico (con los cambios hormonales y el estrés físico de parto y puerperio) y psicológico junto a las influencias sociales. En el plano psicológico, en relación con el “trabajo de embarazo” que ha tenido que realizar y aboca a su desenlace (confrontación entre niño “imaginario” y “real”, duelo por el embarazo). Otro aspecto emocional subyacente en la madre son sus fantasías y expectativas para realizar esa nueva función que es la crianza, la nueva responsabilidad de cuidado del bebé y la capacidad de sintonizar y establecer el vínculo con él. Se trata ahí de la constitución de la “preocupación maternal primaria” de Winnicott (15), y hace referencia a una reorganización cognitivo-emocional de la mujer, que se va a volver extremadamente sensible para adecuarse a la relación con su hijo recién nacido, que empieza antes del parto y se prolonga las primeras semanas. El “decaimiento” de la madre se potenciaría como efecto

también de esa transformación y sensibilidad, lo que explicaría su prevalencia. Podríamos considerar al blues como una exacerbación de esa preparación para entrar en la especial relación de intimidad con el niño, base para el desarrollo posterior.

Si el cuadro es más intenso y se extiende más de 8-10 días podemos estar ante una incipiente depresión postnatal. Estos casos pueden requerir una intervención especializada. Mujeres con historia previa de depresión mayor requerirían mayor monitorización, o si se juntan otros factores de riesgo, pues entonces este cuadro “leve” podría ser el inicio de recaída en un episodio depresivo clínico.

### **La Depresión post-parto (DPP)**

---

Es ya clásica la descripción precisa de los psiquiatras Cooper, Cox, Kumara y O'Hara del cuadro de depresión post-parto. También es interesante la crítica de algún autor, como Byldowsky (16), de la denominación de “depresión”, pues no es sólo un cuadro específicamente de trastorno del humor. Según esta autora se refiere al conjunto de malestares psíquicos moderados, pero crónicos, que afecta a algunas parturientas. Pero hay que reconocer que la presentación habitual es un síndrome depresivo típico, con tristeza, anhedonia, ideas de sin sentido de vida, ansiedad, si bien en algunas pacientes se da un cuadro más complicado, aparte de que la amplia difusión del término facilita el primer objetivo a conseguir: su reconocimiento. Los síntomas son más duraderos que en los blues, de mayor intensidad también.

Como los síntomas son los típicos depresivos, es la sensibilización sobre las particularidades de esta etapa vital lo que va a permitir la especificación del diagnóstico. Un inicio de depresión en el primer año tras el parto se considera DPP desde un punto de vista clínico. Un factor particularizador es, el inicio de la depresión temporalmente en las semanas siguientes al parto. Esto está en relación con que a menudo los síntomas son desencadenados por el inicio de la lactancia, o la vuelta de la menstruación si la lactancia no se prolonga mucho de forma completa. En cuanto a la prevalencia, es bastante estable, en torno al 12-15 % de parturientas.

Entre los factores de riesgo específico destacan una historia previa de DPP (un 30-50% de riesgo de recaída), también de depresión pre-natal y los

blues del parto (17). Como en toda la patología depresiva, los antecedentes familiares y sobre todo personales de depresión son un factor importante. Otros factores importantes de riesgo son también las pérdidas previas de embarazo o aborto, así como embarazo en adolescentes. Por último, la discontinuación de tratamiento farmacológico antidepresivo puede provocar también episodios de recaída en mujeres con depresión previa que seguían ese tratamiento hasta el embarazo.

Entre los factores de riesgo psicosocial se incluyen, de forma señalada, la falta de pareja o apoyo social o familiar, la historia de maltrato, embarazo no buscado o el nivel sociocultural (por el sesgo de la asociación de estigma con buscar ayuda profesional, así como mayor dificultad de acceso a recursos).

### **Causas, detección, evolución y consecuencias**

---

Las causas de la DPP afectarían también a las dos vertientes, biológica y psicológica, que inciden en la vulnerabilidad en esta etapa, y que contribuyen a las características epidemiológicas y clínicas de estos procesos. Por otro lado, también comentamos cómo factores sociales e ideológicos y culturales pueden estar en el trasfondo. Desde una visión más amplia se ha criticado la visión muy centrada en lo más biológico, como Bydlowsky (16), así como otros autores, aludiendo a posiciones culturales que apoyarían argumentos filosóficos feministas (6), según los cuales, la adaptación de la mujer a sus nuevos roles sociales, con el acceso a la maternidad, supone un conflicto de identidad respecto a los roles previos.

Estas distintas causas no son excluyentes, sino complementarias. En el plano psicológico, como vimos, el nacimiento hace revivir a la pareja joven, sobre todo a la madre, los momentos conflictivos de su primera infancia, conflictos que pueden exacerbarse en la mujer con DPP y contribuir a su inicio o mantenimiento. Estos conflictos pueden ser mayores en estas mujeres en relación a vivencias previas desfavorables y la vulnerabilidad que reflejan los factores de riesgo. En estas mujeres con frecuencia hay un predominio de la ambivalencia en el vínculo en construcción con el bebé, lo que permite entender las dificultades para la función de contención maternal. Así, mujeres con carencias precoces se verán en dificultades en embarazo y post-parto para hacer sin problemas “su parte”



en el proceso de vinculación, así como aquellas madres que se encuentren ante niños que, por diversas razones, como temperamento o condiciones médicas como prematuridad, presentan más dificultades para la sintonía en las relaciones precoces (18). El niño puede ser visto parcialmente como representante de una imagen amenazadora ya desde el embarazo, y eso acentuarse más tras el parto. La forma de defenderse ante fantasías tan difíciles de conciliar con sus imágenes positivas y la búsqueda de vinculación sería el estado depresivo. Estas mujeres experimentarán más dificultad para el equilibrio entre esos aspectos implicados en la relación con su bebé. Sus propias dificultades derivadas de sus primeras experiencias estarían ahí en juego, dificultando la vinculación más fluida y con seguridad con su hijo, que permita una estructuración psíquica más estable y adecuada sociabilidad y regulación emocional.

Estas características se suman a la dificultad para las propias mujeres de reconocerlo como un problema por el que pedir ayuda, tendiendo incluso a culparse de lo que experimentan. Muchas veces la detección se producirá como consecuencia de la exploración de otra patología en el hijo. Es decir, que serán los síntomas del bebé los que reflejarán el malestar materno: problemas digestivos, dificultades de sueño, gritos y llantos excesivos son los signos precoces más frecuentes. Esta circunstancia puede permitir detectar la amplitud del problema y dirigir entonces hacia un tratamiento relacional y de la madre en muchos casos.

También, a veces, la depresión post-parto es banalizada, confundiéndola con los blues del postparto. Al contrario, puede ser un obstáculo para el diagnóstico de la DPP la comparación con la psicosis puerperal. Esta es más rara, afecta aproximadamente al 0,1-0.2 % de mujeres, en las 4 semanas siguientes al parto y puede presentarse con alucinaciones, agitación, delirios y cambios de humor bruscos (19). Es frecuentemente un cuadro en el contexto de un trastorno bipolar.

Una conclusión básica de todo esto es la urgencia de intervenir con las mujeres en dificultad, primero por ellas (y ellos, padres con DPP) y su sufrimiento, y a la vez porque el bebé no espera.

Estudios recientes efectivamente muestran que un 10 % de los padres pueden deprimirse en el post-parto (20,21). Podemos poner en paralelo las dificultades psicológicas de estos hombres y la influencia social sobre la expectativa del rol paterno. En todo caso, es evidente la repercusión de esta clínica sobre los padres, el niño y fratria, si la hay, la familia en su conjunto.

### La detección precoz

La detección precoz de la patología perinatal es pues fundamental para el beneficio tanto de la madre, como para reducir el impacto sobre el bebé y su desarrollo saludable. Como en la mayor parte de problemas clínicos, la entrevista clínica es irremplazable por cualquier otro método. Teniendo en cuenta los factores de riesgo se han elaborado entrevistas semiestructuradas que recogen los ítems más importantes a explorar: -historia personal de depresión en periodo perinatal o fuera de él; - historia familiar de depresión o trastornos de ansiedad; -factores estresantes; -cambios vitales recientes físicos o emocionales; -satisfacción o discordia marital, -calidad de las relaciones; -sistema de apoyo familiar; - Historia de patrones de sueño .Las propias pacientes pueden racionalizar o interpretar síntomas como el cansancio en función de los cuidados del bebé, evitando consultar y buscar recursos adecuados. El problema aquí es la idealización del nacimiento y la maternidad.

En cuanto a los instrumentos de diagnóstico se han desarrollado varios, pero la Edinburgh Postnatal Depression Scale, desarrollada por Cox, Holden y Sagovsky en 1987 (EPDS) (22) es la más extendida y validada en muchos países, permite su reconocimiento a partir de la semana 7<sup>a</sup>-8<sup>a</sup> y consta de 10 ítems, que requieren poco tiempo para completar. Se puede repetir en distintos intervalos y también se ha usado para diagnóstico de la depresión pre-parto.

### Evolución y consecuencias de la DPP

A falta de un entorno acogedor y atento el malestar corre el riesgo de alargarse en el tiempo. A veces sigue un curso poco claro, dura meses y si no se reconoce puede evolucionar a la cronicidad, convirtiéndose en una circunstancia dolorosa que influye en la vida del recién nacido. Una adecuada detección es un aspecto crucial.

Respecto de las consecuencias de la DPP, el vínculo requiere la participación de los dos en la diada y las madres deprimidas son menos capaces para realizar su contribución. Aquí es de interés la reacción depresiva experimental ideada por Tronick, un modelo experimental paradigmático de las interacciones entre la madre deprimida y su bebé, pidiendo a madres bloquear su implicación en la interacción, quedando sin hablar y con rostro inexpresivo (still-face) y explorando entonces la reacción del niño. Estos, primero sonríen brevemente,

después se giran y lloran o miran a la madre con inquietud. Obtenía así un ejemplo, a mínima, de la interferencia en el desarrollo de las relaciones que puede ejercer la depresión.

Tanto la depresión severa (apáticas, retirada emocional, no respuesta a su bebé) como la moderada (irritabilidad, fatiga, tristeza) pueden bloquear a la madre en esa función. Aparecen sentimientos de culpa y un sentimiento de inadecuación y desvalorización. La ansiedad también es muy frecuente (puede serlo más que lo depresivo) en el postparto e interfieren con la relación. Una amplia investigación documenta actualmente el comportamiento de las madres deprimidas. Aparte del hecho, en los casos más graves, de que la depresión severa y la manía pueden precipitar una psicosis y, con ello, un riesgo aumentado de negligencia, abuso, e incluso, en el extremo, suicidio e infanticidio (casos relativamente raros pero obviamente de importancia en cuanto a la detección e intervención), se dispone de estudios en que se observa cómo mujeres con DPP sonríen menos, tienen menor contacto visual con los bebés, y los bebés a su vez responden a eso con evitación del contacto y la mirada, así como una menor expresión de afecto positivo. Las madres hablan menos a los bebés y sus patrones vocales difieren de los de las madres no deprimidas. Hay una reducción también del contacto y las caricias al bebé. Se ha visto cómo los bebés de madres deprimidas muestran más conductas táctiles hacia sí mismos, se tocan más, en lo que parece un mecanismo compensatorio. Además, hay menos reciprocidad en el diálogo conjunto de alternancia de turnos, en la expresión de afecto y conducta (23). Este empobrecimiento del vínculo en estas circunstancias puede conllevar la aparición posterior de un trastorno reactivo del apego, semejante al visto en niños con carencias importantes. También puede contribuir a cuadros depresivos infantiles precoces. Aunque no sea lo habitual, la DPP afecta a algunas mujeres en el segundo semestre tras el parto, cuando el apego y funciones nacientes de simbolización se han constituido, lo que supone en los hijos de estas mujeres con DPP tardías un riesgo de depresión infantil, a pesar de un vínculo inicial seguro (24). La vulnerabilidad a la patología psicósomática en estos bebés también se ha observado mayor (asma, cólicos).

Hay una abundante literatura sobre los efectos de la depresión parental (incluida la DPP) sobre los niños en cualquier edad, con un claro aumento en el riesgo de trastorno afectivo en los hijos de estos padres. Está claro también que el tratamiento adecuado de los progenitores tiene un efecto positivo sobre los niños.

Además, estas situaciones pueden generar efectos en la constitución de la personalidad del niño y en las condiciones de vulnerabilidad, que no se manifiestan claramente en el bebé, pero pueden condicionar negativamente su desarrollo, con efectos en otras etapas. Pero los efectos pueden dejar su huella en otros miembros de la familia, como por ejemplo hijos previos. En un periodo tan sensible (también para el hijo mayor que se enfrenta al hecho del nacimiento de un bebé) este malestar, que abarca a toda la familia, hace más necesaria y preferente la atención a la mujer.

### **Intervención terapéutica en la DPP**

---

La depresión perinatal, ante y post-parto, es uno de los principales problemas de salud en este periodo. Es uno de los ámbitos donde una atención apropiada conllevaría una prevención primaria para la mujer, los hijos y la familia en conjunto. Se abre así un campo interesantísimo de transformación directa e indirecta de las condiciones de salud mental de una amplia población y para la prevención.

Un primer nivel, preventivo, es una adecuada atención socio-sanitaria a esta etapa del acceso a la parentalidad. La intervención en el embarazo de los casos seleccionados en los niveles que señalamos antes con el seguimiento oportuno después. Las actividades preventivas directas se basan en los abordajes psico-sociales: acompañamiento de la púérpera, grupos de jóvenes padres (muchas veces en continuidad con los de preparación al parto), o visitas domiciliarias. De todas formas, se carece aún de estudios que corroboren la efectividad preventiva para la DPP de estos métodos, destacándose también la importancia de la atención individual, mejor aceptada (7). Sí ha mostrado más solidez el efecto del seguimiento domiciliario prolongado, como recoge un estudio realizado por el National Health Service en Gran Bretaña (citado en 7).

En el nivel de la prevención secundaria, con mujeres con DPP diagnosticada, la primera línea de intervención será la basada en los métodos psicoterapéuticos.

Hay que distinguir la patología psiquiátrica, presente previamente, sobre todo los antecedentes depresivos, uno de los factores de riesgo de depresión

peri-natal. En mujeres con patología depresiva previa y actual en embarazo, en las que hubo que discontinuar el tratamiento farmacológico, es otro factor añadido de riesgo de recaída, por lo que es importante una estrecha monitorización perinatal de estas mujeres.

Para la DPP propiamente dicha se han propuesto diversas estrategias terapéuticas que tienen en común proponer a la mujer la intervención de un interlocutor estable y el seguimiento lo antes posible en cuanto el diagnóstico esté asegurado, continuando durante varios meses como mínimo. En algunos casos se tratará de intervenciones simples en las que las madres expresarán su ambivalencia respecto al bebé, se desligarán de imágenes maternas internas rígidas e idealizadas, y desarrollarán la narración que ha acompañado su embarazo para favorecer la elaboración de sus dificultades. Se pueden obtener en este periodo buenos resultados con medios limitados. La escuela de Ginebra de psiquiatría infantil ha desarrollado una modalidad de psicoterapia breve centrada en la parentalidad (de 4 a 10 sesiones) que ha mostrado resultados muy prometedores, tanto en su uso preventivo con mujeres de riesgo como en el terapéutico (7,25).

En algunos casos será necesario implementar tratamiento farmacológico. Se dispone además de fármacos bastante seguros, siendo algunos compatibles con la lactancia natural. No es el lugar de una contraposición medicación-terapia, sino precisamente el lugar de una valoración responsable que permita al paciente y profesional elegir el balance e ir adoptando la mejor estrategia para detectar problemas y que más favorezca las condiciones de salud de madre y bebé, presentes y futuras. Esto tiene implicaciones en la provisión de servicios.

Abogamos por la importancia de un seguimiento psicoterapéutico y consultas de apoyo a la parentalidad en la mayor parte de los casos. En algunos, será adecuado un tratamiento farmacológico ligero con psicoterapia. En otros, la intervención psicoterapéutica específica dará pie a continuar una intervención psicoterapéutica más prolongada y de objetivos más amplios. Individualizar cada caso es, como siempre en psicoterapia, fundamental.

Tabla: Resumen factores de riesgo en la DPP (Depresión Post-Parto).

- Historia de depresión previa. DPP en parto previo. Disforia premenstrual.
- Depresión pre-natal. Ansiedad elevada en embarazo.
- Historia familiar de depresión.
- Quejas somáticas y complicaciones obstétricas. Separación madre-bebé en postparto inmediato.
- Factores sociales como precariedad, soledad, falta de compañero o de apoyo del entorno, vuelta precipitada al trabajo, destete.
- Condiciones particulares en torno al nacimiento, prematuridad, hospitalización del neonato.
- Antecedente de muerte neonatal o fetal, duelo patológico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1- Heron J, O'Connor TG, 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 (1), 65-73.
- 2- Bibring GL. A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1961; 16:9-23.
- 3- Pines D. Pregnancy and motherhood: Interaction between fantasy and reality. *Br J Med Psychol* 1972;45:333-43.
- 4- Gotlib IH, Whiffren VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (2), 269-274.
- 5- Manzano J, Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E. El síndrome de depresión preparto. Un nuevo concepto. Resultados de una investigación sobre los signos precursores de la depresión post-parto. En Manzano J (Ed) *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Necodisne, Madrid, 2001, pg. 123-132
- 6- Rojas Castillo MG (Ed.). *Perinatal Depression*, Rijeka: InTech; 2011. Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/perinatal-depression>
- 7- Nanzer N. *La depresión postparto. Salir del silencio*. Octaedro, Barcelona, 2015, pg.63
- 8- Bennet HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR (2004) Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetric and Gynecology*, 103 (4), 698-709.
- 9- Smith MV, Rosenheck RA, Cavaleri MA, Howell HB, Poschman K, & Yonkers KA (2004). Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public sector obstetric clinics. *Psychiatric Service*, 55(4), 407-414.
- 10- Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000;95(4):487-90.
- 11- Cornsweet C. Prelude to parenthood: the impact of anxiety and depression during pregnancy. In: *Perinatal Depression*, Rojas Castillo MG (Ed.), Rijeka: InTech, 2011. p. 19-38.
- 12- Ammaniti M, Candelori C, Pola M, Tambelli R. *Maternité et grossesse. Étude des représentations maternelles*. Paris: PUF, 1999.
- 13- Béjar A, Prego R. Estudio de la parentalidad (En *Psiquiatría perinatal y del niño de 0-3 años* León F, Prego R (Coord)) Ed. AEN Digital y SEPYPNA. Madrid 2015. Cap. 2 p. 23-46.
- 14- Breen D. Fantasia e realtà in gravidanza nel periodo postnatale. In: Ammaniti M, ed. *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1992. p. 35-46.

- 15- Winnicott DW. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Paidós, 1999.
- 16- Bydlowski M. La deuda de vida (Itinerario psicoanalítico de la maternidad). Madrid: Biblioteca Nueva/Asociación Psicoanalítica de Madrid, 2007.
- 17- Misri S, Joe K. Perinatal mood disorders: an introduction. In: Stone SD and Menken AE. Perinatal and postpartum mood disorders (Perspectives and treatment guide for the health practitioner). New York: Springer, 2008. p. 65-82.
- 18- Papousek. Importancia del desarrollo precoz para la psiquiatría del recién nacido y del niño pequeño. En: Manzano J (Ed). Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos. Madrid: Necodisne, 2001. p. 61-74.
- 19- Cohen LS (1998). Pharmacologic treatment of depression in women: PMS, pregnancy, and the postpartum period. *Depression and Anxiety*, 8 (Suppl. 1), 18-26
- 20- Edhborg M, Lundh W, Seimyr L, Widstrom AM (2003). The parent child relationship in the context of maternal depressive mood. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 211-216.
- 21- Paulson JF, Dauber S, Leferman JA (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, 118 (2), 659-668.
- 22- Cox JL, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150: 782-6.
- 23- Righetti-Veltama M, Bousquet A, Manzano J. Impact of postpartum depressive symptoms on the mother and her 18-month-old. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2003, 12: 75-83.
- 24- Chase-Brand J. Effects of maternal postpartum depression on the infant and older siblings. (in Stone SD and Menken AE. Perinatal and postpartum mood disorders (Perspectives and treatment guide for the health practitioner). Springer, New York 2008. Chap 3, pp 41-64.
- 25- Nanzer N, Sancho A, Righetti-Veltama M, Knauer D, Manzano J, Palacio F. Effects of a brief psychoanalytic intervention for perinatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2012;15:259-68.



### **3. EL DUELO PERINATAL: ENTRE OLVIDADO Y DESAUTORIZADO.**

**Ana Pia Lopez Garcia de Madinabeitia.**

Cuando el deseo de tener descendencia se cristaliza en una gestación real, la mayoría de las personas se proyectan en el futuro con el hijo deseado sin ni siquiera contemplar la posibilidad de que la gestación no tenga un final feliz con el nacimiento de un hijo vivo y sano. Cuando la gestación se malogra o nace un bebé con un compromiso vital que termina con su muerte los progenitores se quedan confundidos, perplejos, desconcertados y en una situación que en muchas ocasiones no tiene explicación. Tras la pérdida arranca una reacción de duelo gestacional o perinatal que les aboca a una crisis vital de la que les costará remontar mucho tiempo y esfuerzo.

Para la Organización Mundial de la Salud, el periodo perinatal es el comprendido entre la semana 22 de la gestación y los 7 primeros días de vida del neonato (1). Cuando se habla de duelo perinatal se amplía ese período desde la concepción hasta el primer año de vida por lo que se incluyen otras pérdidas gestacionales como el embarazo ectópico, el aborto espontáneo, la interrupción voluntaria de la gestación por motivos de salud del feto o de la mujer, o la reducción fetal en embarazos múltiples (2).

Brier considera que un embarazo malogrado supone “la pérdida de una relación más simbólica que real, construida por la imaginación del que está en duelo, y basada en sus necesidades y deseos” (3). Se trata en palabras de Irving G. León de “un duelo proyectivo, penando por los deseos, esperanzas y fantasías sobre lo que casi fue y ahora, ya nunca será” (4).

La pérdida durante el embarazo o al poco tiempo del nacimiento de un bebé genera un duelo que no recibe el correspondiente permiso social para sentirlo y expresarlo. Se considera un “duelo desautorizado” pues se produce tras una pérdida que no puede ser abiertamente reconocida, expresada en público, y que

no recibe el apoyo debido por la red social (5). Si no se reconoce la vida y la personalidad del feto, tampoco la muerte y el correspondiente derecho al duelo de los progenitores.

Alice Lovell considera que tras una pérdida de embarazo existe una “jerarquía de la pena”, es decir, que socialmente y en especial en el ámbito sanitario se considera que cuanto más temprana sea la pérdida, menor será la intensidad y duración de la reacción de duelo (6).

Hasta la década de los 60 del pasado siglo, las secuelas psicológicas y psiquiátricas de estas pérdidas suscitaban poco interés para los investigadores. Actualmente son numerosas publicaciones sobre el tema, pero como van dirigidas hacia pérdidas gestacionales concretas (aborto, aborto inducido, mortinato), resulta difícil llegar a conclusiones generales sobre sus consecuencias en el equilibrio mental de los afectados.

En lo que respecta a trastornos del ánimo, existen una amplia mayoría de artículos que estudian la relación entre aborto espontáneo y depresión. En general, son artículos que estudian a las mujeres y se habla de un riesgo de depresión 4 veces mayor tras una pérdida perinatal (7). Por su parte, Lok (8) hablaba de entre un 10 y un 50% de riesgo de depresión tras haber sufrido un aborto espontáneo. Varios autores recogen que los síntomas depresivos de las primeras semanas están relacionados con antecedentes depresivos y añaden que, la falta de recursos sociales, la ambivalencia hacia el feto, un escaso apoyo social, no tener otros hijos, disponer de una información escasa y haber tenido pérdidas gestacionales previas pueden ser también desencadenantes de reacciones depresivas (9-12).

No menos relevantes son los factores sociales y culturales que tiñen de significado la pérdida del embarazo según las creencias de los progenitores y el grupo sociofamiliar y cultural al que pertenezcan.

En cuanto a la repercusión del aborto inducido, Cogle (13) considera que puede ser un factor de riesgo de depresión durante los 8 años siguientes. Tanto tras un aborto espontáneo como tras uno inducido, se recomienda la evaluación y seguimiento de la mujer para detectar síntomas depresivos de forma precoz y si aparecen derivarlos a Salud Mental para su tratamiento (10-11).

Los trastornos de ansiedad son menos frecuentes, se observan en unos índices elevados durante los primeros 4 a 6 meses tras el aborto y luego van decayendo (14). La ansiedad se considera más limitante que la depresión y afecta más a las mujeres que a los hombres (15). Los trastornos por ansiedad se hacen más presentes ante un nuevo embarazo y durante el curso del mismo (16).

El aborto inducido se relaciona con un mayor riesgo de uso de sustancias como alcohol, tabaco y cannabis en mujeres jóvenes entre 15 y 27 años (17). En un estudio se observó dos meses después de la pérdida un mayor uso de ansiolíticos y de alcohol tanto en mujeres como en varones, y especialmente elevado en varones tras la muerte súbita del bebé (18).

Sobre la aparición de síntomas postraumáticos o de trastorno por stress postraumático apenas existen publicaciones. Engelhard (19) apunta un 25% de trastorno por stress postraumático además de comorbilidad con depresión. Por su parte Gold y colaboradores (7), mencionan un riesgo 7 veces mayor de síntomas postraumáticos tras una pérdida perinatal y que pasados 9 meses las mujeres tenían elevados niveles de malestar con una limitada necesidad de tratamiento, por lo que se hacía necesaria la monitorización en el tiempo de los síntomas persistentes.

En cuanto a la necesidad de tratamiento, en un estudio de 2014 con 88 mujeres, el 79,5% fueron tratadas con antidepresivos indicados por sus obstetras durante la primera semana tras el parto y el 22,5% con ansiolíticos e hipnóticos. Los tomaron sin que hubiera constancia del diagnóstico de depresión dado el escaso tiempo transcurrido y por tiempo prolongado. Se confirma que los antidepresivos no sólo no ayudan si se trata de un duelo y no de una depresión, sino que pueden ser perjudiciales si se produce un síndrome de discontinuación y ante futuros embarazos (20).

Hemos tenido en cuenta todas estas consideraciones para crear un programa de atención y tratamiento a mujeres y parejas tras la pérdida del embarazo o del neonato que pretende servir de ayuda para que sientan el reconocimiento y validación de la pérdida sufrida y su derecho al duelo. Así mismo se orienta a la detección precoz de las posibles complicaciones que pueden aparecer y a la intervención temprana para paliar el sufrimiento y las consecuencias emocionales que puedan afectar a la mujer en futuros embarazos.

### **El programa “brazos vacíos”**

---

El Programa “Brazos Vacíos” se creó en 2004 por iniciativa de uno de los entonces cuatro Centros de Salud Mental (CSM) existentes en Vitoria-Gasteiz, de la Red de Salud Mental de Álava, organización integrada en Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. A partir de 2014 solo hay dos CSM en la ciudad.

El programa trata a personas usuarias procedentes tanto de la interconsulta de Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava (HUA) sede Txagorritxu, en Vitoria-Gasteiz, como a las derivadas por los obstetras que han tratado a la mujer ingresada, y también a las derivadas por sus médicos de Atención Primaria, por los ginecólogos de los Centros de Atención a la Mujer, vinculados a Osakidetza en Álava y Condado de Treviño (Burgos), cuya atención de Salud Mental corresponde a Álava. Todas ellas vienen acompañadas del informe correspondiente, explicando los motivos para la derivación a Salud Mental.

Este programa de tratamiento del duelo perinatal aporta un abordaje desde Enfermería especializada en Salud Mental en el ámbito comunitario, con un enfoque dirigido hacia la validación de un tipo de pérdida diferente, devaluada por la sociedad actual y vivida a veces con gran secretismo y un escaso apoyo social que, a diferencia de otros duelos, lo convierte en un duelo “menor” y a los que lo sufren en dolientes de “segunda categoría”. Se denomina “Brazos Vacíos” para describir gráficamente la situación de soledad y añoranza en que quedan estos padres frustrados y toma su nombre de una de las primeras publicaciones sobre el tema: “Empty Arms”, de Sherokee Ilse (21) autora americana que tras sufrir varias pérdidas perinatales quiso ayudar a otros progenitores en circunstancias similares relatando sus vivencias y orientando sobre cómo afrontarlas.

Es un programa transversal que pretende la coordinación y colaboración entre niveles asistenciales (hospital y comunidad) y entre especialidades (Ginecología, Obstetricia, Neonatología, Atención Primaria y Salud Mental) para optimizar la atención.

Este seguimiento está apoyado en la amplia bibliografía sobre el duelo perinatal, principalmente en inglés, que insiste en la importancia del acompañamiento a los progenitores tanto durante el ingreso hospitalario (22), como tras el alta (23) e incluso durante el siempre delicado siguiente embarazo (24).

El Programa tiene dos objetivos fundamentales:

- Un objetivo general:

Captar de forma temprana a los progenitores que han sufrido la pérdida perinatal, validarla y acompañarles en el duelo, el intervalo intergenésico y durante el siguiente embarazo y puerperio

- Varios objetivos específicos:

Contextualizar la pérdida y evaluar su repercusión sobre los distintos aspectos de su vida: la pareja, otros hijos, familiares, entorno socio-laboral, etc.

Orientar en la reorganización y afrontamiento de la vida cotidiana.

Minimizar la posible morbilidad psiquiátrica desencadenada por la pérdida o intervenir de forma precoz si ésta se presenta.

Si hay un embarazo, evitar el tratamiento farmacológico y la exposición del feto a psicofármacos.

El primer contacto con el programa es la recepción por la enfermera especialista en Salud Mental (ESM) responsable del mismo en la Consulta de Acogida, que suele ser el reencuentro con el medio sanitario tras el alta hospitalaria. Se tiene en cuenta el tiempo transcurrido desde la pérdida, así como el motivo de derivación y la expectativa de ayuda.

La cita se reserva a nombre de la mujer y, si acude acompañada, su pareja decide si desea atención en el CSM como acompañante o como usuario. En este último caso se abre historia clínica a ambos. De este modo se reconoce la importancia que esta pérdida puede tener para el varón, tema de creciente impacto en la bibliografía sobre la materia (25) y su derecho al duelo, como la madre. De este modo se eliminan las desigualdades de género que en este caso serían desfavorables para los varones. La pareja de la mujer no siempre es un varón, sino otra mujer.

La consulta de acogida deberá ser realizada con la menor demora posible para validar la pérdida y autorizar el duelo. Su duración es de una hora. Será una entrevista cargada de emociones en la que se recogerán aspectos específicos como:

Tipo de pérdida: aborto espontáneo, interrupción voluntaria embarazo (IVE), muerte ante/intraparto, semanas de gestación, curso del embarazo, fecha prevista de parto, pérdidas de embarazo previas.

Satisfacción con la atención sanitaria recibida durante el proceso: comunicación de la muerte, posibilidad de participar en la toma de decisiones durante el proceso, manejo de síntomas físicos y emocionales, comunicación de lo sucedido entre el equipo y entre los distintos niveles asistenciales (Hospital, Atención Primaria).

Contacto con el cuerpo del feto/bebé: si lo vieron, cogieron en brazos, recuerdos materiales recopilados en el hospital.

Autorización de necropsia y destino de restos fetales. Rituales y maneras de recordar al hijo perdido.

Recuperación física de la mujer tras el parto, problemas de salud, tratamiento actual y próximas citas médicas.

Síntomas: respuesta emocional a la pérdida.

Antecedentes psiquiátricos personales y familiares. Reacción a pérdidas significativas previas.

Genograma de ambos miembros de la pareja, relaciones sociales y laborales y repercusión de la pérdida sobre el entorno de ambos.

Impacto de la pérdida gestacional/neonatal sobre los otros hijos.

Destino de las pertenencias del bebé: cuna, regalos, ropitas, juguetes, etc.

Plan de futuro: Información sobre posible recurrencia, impacto sobre fertilidad futura y deseo de un nuevo embarazo.

La entrevista se realiza conjuntamente con la mujer y su pareja, reservando un tiempo a solas con cada uno de ellos para que puedan hablar de la situación con mayor libertad, sin sentirse condicionados por la repercusión que la expresión de sus emociones pueda tener sobre el otro.

Las mujeres tienden a culparse, si han hecho algo mal para que la gestación se malogre, se sienten frustradas y además de la pena por lo que pudo ser y ya nunca será, sienten rabia hacia sí mismas por su incapacidad para gestar un hijo sano hasta el final del embarazo. La rabia también puede dirigirse hacia su pareja porque no le ve tan afectado como ella, hacia el equipo a quien considera incompetente e incluso hacia el feto/bebé por morir a pesar de cumplir todas las recomendaciones médicas y un seguimiento estrecho del embarazo. Se añade la soledad e incompreensión en que se encuentran y llegan a sentir vergüenza por no cumplir las expectativas propias y de los demás de convertirse en madre.

Tras explicar las características del Programa es conveniente conocer la expectativa de ayuda de los progenitores. Se entrega un tríptico informativo bilingüe euskera/castellano sobre el programa “Brazos Vacíos” con información básica sobre el mismo.

Después de la Consulta de Acogida, la ESM presenta el caso en reunión al psiquiatra jefe de servicio, que asigna el caso a un psiquiatra consultor referente para el Programa. La consulta siguiente será conjunta con la misma ESM a cargo del Programa y el psiquiatra consultor. En ella se tiene en cuenta además de la evolución del duelo en relación con el tiempo transcurrido tras la pérdida, si hay elementos que hagan sospechar un trastorno psiquiátrico añadido al duelo o si la sintomatología justifica un abordaje farmacológico, realización de informes, etc.

Las consultas de seguimiento posteriores se realizan por la ESM; el psiquiatra intervendrá siempre que se considere necesario según la evolución, la

sintomatología y a petición del propio paciente. Las entrevistas de seguimiento son largas y de frecuencia variable y pueden ser presenciales o telefónicas. Estas últimas son especialmente útiles como llamadas de confort alrededor de la espera de resultados de pruebas médicas o en el seguimiento no presencial durante el siguiente embarazo porque resultan muy ágiles al tiempo que transmiten respaldo y disponibilidad. Además, se realizan frecuentes reuniones de actualización de los casos entre el psiquiatra consultor y la ESM responsable del programa.

En las consultas de seguimiento de duelo perinatal, haya embarazo tras pérdida o no, se profundiza en aspectos relevantes recogidos desde la consulta de acogida y la conjunta con el psiquiatra. La tarea propuesta entre una y otra consulta es variada. Puede tratarse de la elaboración de un libro de recortes con recuerdos sobre el embarazo o el bebé, una cajita con recuerdos materiales (ecografías, chupete, pulsera identificación, huellas de manos y pies, fotos), escribir un obituario en prensa, pensar en un ritual de despedida, dar un destino a las cenizas, escribir un diario sobre sus emociones.

Siempre se deben plantear tareas de menor a mayor dificultad emocional y de manera personalizada pues lo que resulta útil y de ayuda para unos padres, puede no ser acertado para otros. Tareas tan aparentemente sencillas como ser capaz de permanecer en presencia de mujeres gestantes, coger en brazos a un bebé o volver a frecuentar la compañía de amistades pueden resultar muy costosas en estas circunstancias y exponerse a ellas supone todo un avance en el proceso de duelo. Se sugieren lecturas críticas de libros y otros documentos, así como el apoyo en recursos de Internet y la ayuda mutua entre afectados (Anexo 1).

Hemos observado que las mujeres necesitan hablar con detalle de su historia, buscan el apoyo de otras mujeres que hayan experimentado algo similar y les gusta leer sobre el tema y buscar apoyo en grupo de afectados. Los varones se ven desbordados por la pena de la mujer y la preocupación por su bienestar se impone a la expresión emocional de su propio duelo. La rabia que sienten se dirige hacia el personal sanitario en busca de respuesta a lo sucedido. Se vuelcan en el trabajo, el deporte o actividades que les distraigan de la pena que lleva en secreto porque no se ve autorizado por sí mismo, ni por los demás para exteriorizarla.

En el caso de las parejas de mujeres lesbianas, la respuesta de la llamada “madre social” (no biológica) ante la pérdida de embarazo es muy similar a la

del varón en la pareja heterosexual. Trata de mantener la serenidad frente a su pareja y otras personas del entorno y guarda la tristeza para momentos privados en solitario (26).

Uno de los elementos que aparecen tras una pérdida perinatal es el plan de futuro en el que se incluye el deseo de un nuevo embarazo. Aunque lograrlo parece a muchos la panacea para aliviar la pérdida anterior, algunas parejas lo viven como una pesadilla por motivos diversos. Si la pérdida ha sucedido a una edad avanzada, el embarazo ha sido fruto de numerosos tratamientos de reproducción asistida o la salud de la madre es un riesgo añadido, el duelo será de mayor intensidad porque a lo ya perdido se añade en este caso otro duelo más: el duelo por la infertilidad.

Si se logra un nuevo embarazo, a la mitad del mismo se pide a la mujer y a su pareja que registren en diferentes hojas las preocupaciones con el embarazo actual y en relación con el embarazo perdido. Una manera de conocer sus inquietudes es que ambos miembros realicen el registro de forma individual y, luego, en la consulta se intercambien los registros y hablen sobre ellos.

Toda la información clínica sobre la evolución queda recogida en la historia electrónica única del sistema informático Osabide Global del Servicio Vasco de Salud / Osakidetza.

## **Resultados**

---

El número de casos (pérdidas) tratados entre enero 2004 y septiembre 2016 ha ido aumentando claramente con el paso de los años: de 2 casos en 2004 hasta un máximo de 21 casos en 2014. Se ha tratado a 175 progenitores afectados por 135 pérdidas de embarazo o neonato. Fueron 130 mujeres distintas entre 19 y 43 años. Cinco de ellas repitieron contacto en el programa por pérdidas repetidas. Además, se trató a 40 varones con edades entre 28 y 46 años. Hay que añadir los 27 varones y 1 mujer que acudieron como parejas de las mujeres, acompañándolas en algunas consultas.

La presencia de los varones, que al principio del Programa resultaba anecdótica, ha ido aumentando con el paso de los años, siendo en 2013 la más elevada con 13 varones tratados como usuarios del CSM. Consideramos importante destacar su creciente presencia puesto que sufren, como las mujeres, por la pérdida del hijo esperado, aunque manifiestan su duelo de



distinta manera. Estos estilos diferentes de afrontar el duelo se convierten a veces en motivo de distanciamiento y malestar entre la pareja que puede incluso llevarles a la ruptura, especialmente tras muerte fetal anteparto (27).

Las mujeres y los varones desarrollan un apego con el feto en gestación diferente y también el duelo tras la pérdida del embarazo lo es. Las reacciones de los varones son menos intensas y duraderas que en la mujer. No pueden sucumbir a ellas porque eso supondría dejar de cuidar de la mujer (28). Deben aparentar fortaleza y ocultar sus sentimientos de luto y de rabia (29); sin embargo, también necesitan ser reconocidos como dolientes pues su confianza en la vida y en el orden natural se pone a prueba con la muerte del hijo (30).

Hemos observado que los varones que acuden como acompañantes e incluso aquéllos que acuden como usuarios del CSM tienen una escasa permanencia en el programa. Aluden a motivos laborales o una favorable evolución al poco de iniciarse el seguimiento y consideran innecesario seguir acudiendo al CSM, aunque la mujer lo siga haciendo. Esto es congruente con Beutel (31) que observa que los hombres se apenan con menos intensidad y durante menos tiempo que su mujer, lloran menos y sienten menos necesidad de hablar sobre lo sucedido.

Si hay un nuevo embarazo y es seguido en el CSM, algunos varones acompañan a la mujer durante el seguimiento del mismo y se implican en la manifestación de preocupaciones por escrito, como lo hace ella. Cuando se produce el nacimiento del siguiente hijo, algunos varones reaparecen en la consulta que se realiza semanas después del parto con la mujer y el bebé para presentarse como una familia y para despedirse ambos por el alta médica de la mujer.

Aunque el Centro de Salud Mental Salburua es un dispositivo comunitario para usuarios mayores de 16 años, no por ello dejamos de interesarnos por la repercusión sobre otros hijos narrada por los progenitores. Son los “dolientes olvidados e invisibles” (32). Los hermanos reaccionan a la pérdida del bebé tanto por el hermano esperado que ya no vendrá, como por esos padres en duelo que les resultan desconocidos, absortos en su pena. Crenshaw (33) considera que el niño se resiste a reconocer su duelo por temor al descontrol emocional y porque percibe a los padres como “no-disponibles”, ni receptivos para escuchar su aflicción. De este modo inhiben la expresión de su duelo para no dar más preocupación a su familia. Saben que algo malo ha ocurrido, pero ni lo comprenden, ni se atreven a pedir explicaciones.

Cuando los niños no son informados de la verdad, dan rienda suelta a sus fantasías, que pueden ser incluso peores que la realidad. Es importante que participen en la despedida al hermano y que se fomente la creación de recuerdos materiales como fotos, gorrito, pulsera de identificación, ecografías que evoquen su recuerdo y faciliten las conversaciones familiares (34). Es imprescindible aclarar a los niños que la muerte del bebé no tiene nada que ver ni con sus pensamientos ni con su conducta. También necesitan oír de sus padres que la tristeza de éstos, por la muerte del bebé, no significa que le quisieran más que a sus hijos vivos.

Además de un hermanito, pierden su estatus de “hermano mayor” (35). Resulta conveniente que se comunique la pérdida gestacional en el colegio para que el niño se sienta acogido y respaldado en un ambiente protector pues es en la escuela donde puede manifestarse el duelo por el hermano perdido a través de unos malos resultados académicos, peleas con compañeros o faltas de respeto al profesor. La lectura de libros adaptados a cada edad ayuda al niño a comprender que el duelo es algo natural y supone una manera de iniciar la conversación sobre un tema siempre delicado.

No hay manera sencilla de contar a los niños que su hermano, por cuya llegada estaban tan excitados, ya no va a venir. Es fácil caer en socorridas mentiras como “está dormido”, “es un ángel, una estrella”, “se lo ha llevado Dios”. Los niños pueden coger miedo al sueño o pensar que si se ha ido puede regresar como un fantasma.

Es imprescindible decir la verdad de la muerte y lo que supone dejando la puerta de la comunicación abierta para que el niño, en su curiosidad, pregunte por detalles que habrá que responder honestamente y sin adornos. De todos modos, hay que adaptar la respuesta a la edad, orden entre los hermanos, sexo, personalidad y recursos internos del niño.

Por otro lado, en cuanto a los antecedentes psiquiátricos personales de los usuarios tratados en el programa, tenían historia previa en la Red Salud Mental de Araba 34 de las 130 mujeres, mientras que entre los varones eran 7 de los 40. Hay que aclarar que los antecedentes psiquiátricos registrados tenían que ver con trastornos de ansiedad o dificultades escolares en la infancia o adolescencia y no con trastornos mentales graves.

La Figura 1 refleja el número de casos por tipo de pérdida, siendo más numerosos con 53 casos los abortos espontáneos entre 5 a 26 semanas de gestación. Se añaden 35 pérdidas debidas a interrupciones voluntarias del

embarazo por problemas ligados al feto como síndromes de Down, Patau, Edwards, Turner, Klinefelter, Conradi, Dandy-Walker, o malformaciones graves; o a la madre, como cardiopatía o varios tipos de cáncer. También ha habido 29 pérdidas de embarazo entre 30 a 41 semanas por muerte fetal ante o intraparto.

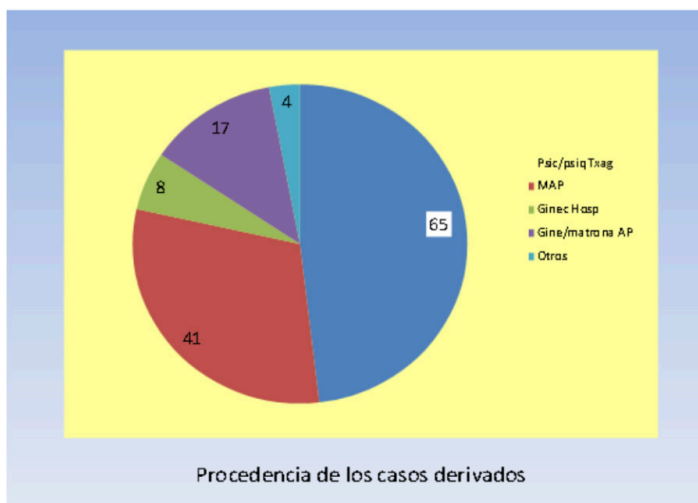
Finalmente fueron 16 las pérdidas por muerte de neonatos. Se trató además a dos mujeres embarazadas de nuevo tras haber perdido la primera gestación y que después de lograr un hijo sano en otro embarazo seguido en el programa, la preocupación por el embarazo en curso le hizo contactar de nuevo con el programa.

Figura 1



Del total de 135 casos atendidos (pérdidas), 65 fueron derivados por el servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Alava (HUA) sede Txagorritxu, 41 casos por su Médico de Atención Primaria, 17 casos por ginecólogo y matrona de Atención Primaria, 8 casos por su ginecólogo hospitalario y 4 tuvieron otras procedencias (Figura 2).

Figura 2



Aunque en los últimos años han aumentado las derivaciones desde Atención Primaria y ginecólogos de Centros de Salud, la mayor parte de los usuarios derivados proceden del HUA Txagorritxu, donde se producen los partos.

La estancia en el programa se prolonga si hay un nuevo embarazo durante el seguimiento pues se sigue a las mujeres/parejas durante el mismo y unos tres meses más para ver evolución tras el nacimiento y durante el puerperio y prevenir o detectar de forma precoz la aparición de trastornos psiquiátricos.

En ninguno de los 44 embarazos que hemos seguido a lo largo de estos años ha sido necesario tratar con fármacos a la mujer embarazada. Cuatro mujeres fueron incorporadas a los grupos de aprendizaje de técnicas de relajación durante 10 semanas consecutivas.

Estas gestaciones que suceden durante el duelo por la pérdida anterior están marcadas por la angustia y dos preocupaciones fundamentales: los movimientos fetales y la presencia de latido cardíaco fetal. Se vive el embarazo, en palabras de Denise Côté-Arsenault, “con un pie dentro y otro fuera, con temor a vincularse con el feto, por si también se pierde, como el anterior” (36) y se pierde la inocencia. Otra autora que escribe sobre estos embarazos es Joann O’Leary, que alude a las tareas emocionales que la mujer debe afrontar durante la nueva gestación: el miedo a que aparezcan nuevos problemas, convivir con la evitación

del apego con el feto, superar la resistencia a cerrar el duelo por una lealtad mal entendida hacia el hijo perdido, lograr apegarse al bebé en gestación y hacer el duelo por la maternidad perdida como una parte de sí misma (37)

### **Otros aspectos del programa**

---

El comienzo del programa coincidió con un momento de mayor sensibilización por parte de las matronas de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud hacia el duelo perinatal que se manifestó con la demanda de formación continuada y de guías de actuación para facilitar unos cuidados más acordes con las necesidades emocionales de las personas afectadas.

Pedían, además, una orientación para el autocuidado, por el compromiso emocional asociado y una formación en la gestión del duelo propio. Durante estos años se han impartido numerosos cursos sobre Duelo Perinatal para profesionales sanitarios relacionados por parte de la ESM a cargo del programa. Además de la formación en duelo perinatal dentro de la Comunidad Autónoma del País Vasco, también hemos colaborado en la formación de matronas de otras comunidades como Galicia, Cantabria, Valencia y Madrid. Hemos simultaneado la asistencia a progenitores con la docencia sobre duelo perinatal a profesionales sanitarios; por lo que ha sido posible transmitir a estos las inquietudes y áreas de mejora propuestas por los usuarios para lograr unas guías de actuación en el manejo hospitalario de la muerte perinatal.

Desde las asociaciones de apoyo al duelo perinatal como Umamanita y El hueco de mi vientre se han interesado por el programa y han solicitado nuestra colaboración y orientación profesional para crear redes de apoyo para progenitores afectados por la pérdida perinatal. Igualmente se han recibido consultas de profesionales que piden información, orientación sobre seguimiento de casos, creación de grupos de apoyo, bibliografía y supervisión de trabajos de fin de carrera sobre el duelo perinatal. También ha habido interés en prensa y radio y se han difundido varias entrevistas.

Han contactado algunas mujeres y parejas de fuera de la provincia de Álava, afectados por una pérdida perinatal, que solicitaban información sobre la posibilidad de incorporarse al programa y orientación sobre recursos de apoyo en sus lugares de residencia.

## **Conclusiones**

---

Durante los casi 13 años de desarrollo del Programa Brazos Vacíos hemos tenido ocasión de darnos cuenta de lo que sirve a las mujeres y sus parejas y lo que no y de aprender con ellos y de ellos.

El número creciente de casos derivados al programa Brazos Vacíos y de las personas en duelo perinatal, por el feto en gestación o el bebé perdido, tratadas en el mismo, hablan de mejor difusión del programa y de una mayor eficacia en la captación de casos debido a una relación cada vez más fluida entre organizaciones sanitarias, niveles asistenciales y especialidades médicas.

Según Kristen Swanson, “las parejas necesitan la validación de la importancia de su experiencia, una guía para manejarse con la pérdida e información sobre cómo cuidar el uno del otro” (38). Este es nuestro propósito final y agradecemos a aquellas mujeres y parejas que confiaron en nuestro programa y que además nos permitieron acompañarles en el siguiente embarazo, lo que constituye en sí mismo un “Programa dentro de otro Programa”.

El programa “Brazos Vacíos” fue calificado como “Buena Práctica” del Sistema Nacional de Salud en la Estrategia de Atención al parto y Salud Reproductiva en la Convocatoria 2015 y recibió un diploma acreditativo del Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad el 1 de junio del 2016.

### Anexo 1. Algunos libros y páginas web recomendados

When a baby dies. Psychotherapy for pregnancy and newborn loss, de Irving G. Leon. Yale University 1990.

The anthropology of pregnancy loss. Comparative studies in miscarriage, stillbirth and neonatal death. Editado por Rosanne Cecil. Berg 1996.

Brazos Vacíos. Sobrellevando el aborto espontáneo, el nacimiento de un bebé muerto y la muerte infantil, de Sherokee Ilse, Ed. Wintergreen 1999.

La cuna vacía. El doloroso proceso de perder un embarazo, de M<sup>a</sup> Angels Claramunt y otros. Ed. La esfera de los libros, 2009.

Cuando la cigüeña se pierde. Guía para padres que han sufrido la interrupción de un embarazo, de Angeles Doñate y Patricia Pozo. Ed Oceano Ambar, 2010.

Las voces olvidadas, de Mónica Álvarez y otros. Editorial Ob Stare, 2012.

Nadie sabe de nosotros, de Simona Sparaco. Ed Salamandra, 2014.

Morir cuando la vida empieza. Conocer y despedir al hijo al mismo tiempo, de Silvia López y María Teresa Pi-Sunyer. Ed. Círculo Rojo, 2015.

La huella de Mikel. Historia de un duelo perinatal, de Leire Ordax. Ed. Uno, 2016.

Perinatal and pediatric bereavement in nursing and other health professions, de Beth Perry Black (ed.). New York: Springer, 2016.

[www.umamanita.es](http://www.umamanita.es)

[www.eraenabril.org](http://www.eraenabril.org)

<http://www.redelhuecodemivientre.es/>

<https://www.uk-sands.org/>

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- WHO. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. Geneva: WHO, 2006.
- 2.- Kowalski K. Perinatal loss and bereavement. En: Sonstegard L, Kowalski K, Jennings B, editores. *Crisis and Illness in Childbearing (Women's Health)*, vol 3. New York: Grune and Stratton, 1987; p. 25-42.
- 3.- Brier, N. Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *J Womens Health*. 2008; 17: 451- 464.
- 4.- Leon IG. *When a Baby Dies: Psychotherapy for Pregnancy and Newborn Loss*. New Haven: Yale University Press, 1990.
- 5.- Doka K, editor. *Disenfranchised grief. New directions, challenges and strategies for practice*. Champaign (Illinois): Research Press, 2002.
- 6.- Lovell A. The changing identities of miscarriage and stillbirth. Influences on practice and ritual. *Bereavement Care* 2001; 20: 37-40.
- 7.- Gold KJ, Leon I, Boggs ME, Sen A. Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. *J Womens Health (Larchmt)* 2016; 25: 263-9.
- 8.- Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21: 229-47.
- 9.- Neugebauer R, Kline J, Shrout P, Skodol A, O'Connor P, Geller PA. Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage. *JAMA* 1997; 277: 383-8.
- 10.- Klier CM, Geller PA, Neugebauer R. Minor depressive disorder in the context of miscarriage. *J Affect Disord* 2000; 59:13-21.
- 11.- Athey J, Spielvogel AM. Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. *Prim Care Update Ob Gyns* 2000; 7: 64-69.
- 12.- Beutel M, Deckardt R, von Rad M, Weiner H. Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents, and course. *Psychosom Med* 1995; 57: 517-26.
- 13.- Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. *Med Sci Monit* 2003; 9: CR105-12.
- 14.- Geller PA, Klier CM, Neugebauer R. Anxiety disorders following miscarriage. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 432-8.
- 15.- Cumming GP, Klein S, Bolsover D, Lee AJ, Alexander DA, Maclean M, Jurgens JD. The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. *BJOG* 2007; 114: 1138-45.
- 16.- Armstrong D, Hutti M. Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998; 27: 183-9.



- 17.- Pedersen W. Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: a population-based longitudinal study. *Addiction* 2007; 102: 1971-8.
- 18.- Vance JC, Najman JM, Boyle FM, Embelton G, Foster WJ, Thearle MJ. Alcohol and drug usage in parents soon after stillbirth, neonatal death or SIDS. *J Paediatr Child Health* 1994; 30: 269-72.
- 19.- Engelhard IM, van den Hout MA, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 62-6.
- 20.- Lacasse JR, Cacciatore J. Prescribing of psychiatric medication to bereaved parents following perinatal/neonatal death: an observational study. *Death Stud* 2014; 38: 589-96.
- 21.- Ilse S. Brazos Vacíos. Sobrellevando el aborto espontáneo, el nacimiento de un bebé muerto y la muerte infantil. Maple Plain, MN: Wintergreen, 1999.
- 22.- Gold KJ, Dalton VK, Schwenk TL. Hospital care for parents after perinatal death. *Obstet Gynecol* 2007; 109: 1156-66
- 23.- Heazell AE, Leisher S, Cregan M, Flenady V, Frøen JF, Gravensteen IK, de Groot-Noordenbos M, de Groot P, Hale S, Jennings B, McNamara K, Millard C, Erwich JJ. Sharing experiences to improve bereavement support and clinical care after stillbirth: report of the 7th annual meeting of the International Stillbirth Alliance. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92: 352-61.
- 24.- Lee L, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Women's decision making and experience of subsequent pregnancy following stillbirth. *J Midwifery Womens Health* 2013; 58: 431-9.
- 25.- Campbell-Jackson L, Bezance J, Horsch A. "A renewed sense of purpose": Mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14:423.
- 26.- Wojnar D. Miscarriage experiences of lesbian couples. *J Midwifery Womens Health* 2007; 52: 479-85.
- 27.- Gold KJ, Sen A, Hayward RA. Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss. *Pediatrics* 2010; 125: e1202-7.
- 28.- Badenhorst W, Riches S, Turton P, Hughes P. The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006; 27: 245-56.
- 29.- McCreight BS. A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Social Health Illn* 2004; 26: 326-50.
- 30.- Samuelsson M, Rådestad I, Segesten K. A waste of life: fathers' experience of losing a child before birth. *Birth* 2001; 28: 124-30.
- 31.- Beutel M, Willner H, Deckardt R, Von Rad M, Weiner H. Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: results from a longitudinal study. *J Psychosom Res* 1996; 40: 245-53.

- 32.- Packman W, Horsley H, Davies B, Kramer R. Sibling bereavement and continuing bonds. *Death Stud* 2006; 30: 817-41.
- 33.- Crenshaw D. The disenfranchised grief of children. En: KJ Doka, editor. *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Champaign, IL: Research Press, 2002; p. 293-306.
- 34.- O'Leary JM, Gaziano C. Sibling grief after perinatal loss. *J Prenat Perinat Psychol Health* 2011; 25: 173-93.
- 35.- Avelin P, Erlandsson K, Hildingsson I, Rådestad I. Swedish parents' experiences of parenthood and the need for support to siblings when a baby is stillborn. *Birth* 2011; 38: 150-8.
- 36.- Côté-Arsenault D, Bidlack D, Humm A. Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2001; 26:128-34.
- 37.- O'Leary JM, Thorwick C. Impact of pregnancy loss on the subsequent pregnancy. En: Woods JR, Esposito-Woods J, editors. *Loss during pregnancy or in the perinatal period*. Pitman, NJ: Jannetti, 1997; p. 431-63.
- 38.- Swanson KM, Chen HT, Graham JC, Wojnar DM, Petras A.. Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: a randomized controlled clinical trial of couples-focused interventions. *J Womens Health (Larchmt)* 2009; 18: 1245-57.

## 4. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL PERIODO PERINATAL.

**Roque Prego.**

### Introducción

---

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son cuadros clínicos frecuentes y de curso crónico que tienen tres formas fundamentales de expresión: La Anorexia Mental, la Bulimia y los comportamientos hiperfágicos bulímicos (BED), siendo con mucho las formas mixtas las más frecuentes, un 50 %.

Esta patología va a necesitar un abordaje multidisciplinar, en la mayoría de los casos en forma ambulatoria, pero en los casos más graves en medio hospitalario. Sus consecuencias son importantes y van a afectar a la esfera somática, a la psiquiátrica y a la esfera socio-familiar.

Los TCA afectan con más frecuencia a adolescentes y jóvenes adultas que están en edad de procrear. Pero las consecuencias de estas patologías a nivel biológico, en especial, la amenorrea y la anovulación, van a producir una inhibición de la sexualidad y de la fertilidad.

Al mismo tiempo, una revisión de la literatura nos muestra que la mayoría de los estudios se centran más en la nosología y en los cambios de la sintomatología durante el embarazo y el postparto y menos en otros aspectos que tienen que ver con el deseo de tener un hijo, de ser madre o en la representación de sí misma como madre y del futuro niño.

En todo caso, en los últimos años se ha producido un aumento del interés de estas patologías en el embarazo y en la maternidad, en relación, sobre todo, con un mayor acceso de estas mujeres al embarazo y a la maternidad gracias a los tratamientos de fertilidad y de reproducción asistida.

El aumento de la prevalencia de los TCA, sobre todo de las formas subclínicas y el incremento de embarazos en estas pacientes supone sin lugar a dudas un importante problema de salud pública que obliga a crear programas específicos de prevención, detección y tratamiento de los posibles trastornos del desarrollo en el niño y de la parentalidad.

En este capítulo abordaremos esta situación clínica centrando la exposición en 4 ejes fundamentales. Por una parte, nos interesaremos en la prevalencia de estos trastornos en las mujeres embarazadas y su evolución en el periodo perinatal. Después centraremos la exposición en la vivencia y experiencia de embarazo y los cambios y transformaciones corporales y su impacto en la sintomatología TCA. La morbilidad obstétrica es otro de los puntos importantes para finalizar con el impacto de este trastorno en la parentalidad y en el propio desarrollo del niño.

### **Epidemiología de los TCA en la etapa perinatal**

---

La mayoría de los estudios sobre prevalencia de los TCA durante el embarazo y el postparto parten de extrapolaciones de los índices de TCA en la población general en edad fértil. El hecho de que sean patologías que tienen tendencia a negarse y a ocultarse supone una gran dificultad para cualquier investigación. Al mismo tiempo, los cambios producidos en la última revisión del DSM nos indica que existe una alta probabilidad de que haya un claro aumento de su prevalencia.

En un estudio de Chizawsky y cols. (1) publicado en 2006 se señala que hasta en un 3 % de mujeres embarazadas se puede diagnosticar un TCA clínicamente activo, pasando a un 15 % en las formas subclínicas.

En un estudio chino, citado por Lamas C, y cols. (2), sobre 359 mujeres jóvenes chinas, se encuentra una prevalencia de Bulimia del 8,4% durante el embarazo y del 19% en toda la etapa perinatal. En las sociedades occidentales la prevalencia de la anorexia mental es de aproximadamente el 0,5-1%, del 1-4 % en la Bulimia y del 3% para las formas BED. Si nos centramos en las formas subclínicas la prevalencia en occidente es de 2-5 veces más frecuente. Si lo extrapolamos a la edad fértil de las mujeres nos encontramos cifras de aproximadamente del 5% para las formas clínicas y del 15% para las formas subclínicas.

En otro estudio realizado en el seguimiento de embarazos en Atención Primaria nos muestra que el 23,4% de las embarazadas tenían altas puntuaciones en el test de actitudes alimentarias (EAT-40) y donde la historia previa o actual de un TCA (15%) representa un factor de riesgo casi 15 veces mayor (3).

## **TCA y embarazo**

---

El embarazo supone para todas las mujeres un periodo de transformación corporal, de cambio a nivel generacional y de identidad.

Para la mayor parte de las embarazadas estos cambios suponen una verdadera crisis madurativa que obliga a poner en marcha mecanismos de adaptación y a una preparación al establecimiento vincular y a devenir madre. Para otras, estos cambios suponen una importante desorganización psíquica, relacional y afectiva.

En las mujeres con TCA estos cambios y transformaciones, a nivel corporal, en la fisiología y en la psicología, pueden representar una gran dificultad para integrar la imagen corporal y en la relación con la alimentación. Para estas mujeres el embarazo supone una etapa de gran fragilidad psíquica.

¿Cómo evoluciona la sintomatología TCA en el embarazo? En general se admiten dos formas evolutivas predominantes:

Una parte de embarazadas con TCA tienen una mejoría de los síntomas y las preocupaciones en relación con los cambios corporales. Sobre todo, en cuadros de Bulimia y en mujeres con antecedentes de TCA. Bulik y cols. (4) estima que en un 78% de mujeres embarazadas tuvieron una remisión de síntomas en TCA subclínicos, 39% en BED, 49% en Bulimias con vómitos y en 29% de Bulimias sin vómitos. Esta disminución puede estar relacionada con una verdadera preocupación por la salud y bienestar del bebé y por una mejor aceptación del aumento de tamaño corporal, sobre todo abdominal durante el embarazo.

Por otra parte, en gran parte de los casos, esta mejoría da paso a un importante empeoramiento de la sintomatología en el postparto, en relación con las modificaciones corporales y con preocupaciones sobre el aumento de peso y la imagen corporal con un aumento del control de peso a través de la alimentación.

En otro grupo de embarazadas lo que se va a producir es un empeoramiento de la sintomatología TCA, sobre todo en mujeres con una sintomatología activa en el inicio del embarazo. Este agravamiento de la sintomatología supone un aumento importante de la morbilidad fetal y obstétrica en relación directa con la restricción de la ingesta, los vómitos, el uso de laxantes y el incremento del ejercicio físico, síntomas diana en los TCA

Otro aspecto importante a tener en cuenta y estudiado por Micali y cols. (5), se refiere a la morbilidad psiquiátrica de las mujeres embarazadas con TCA. En su estudio sobre 12.188 embarazadas entrevistadas, 1096 tenían antecedentes de Episodios Depresivos Graves (EDG) y, de entre éstas, 169 tenían antecedentes de Anorexia, 199 de Bulimia y 82 de formas mixtas.

A las 18 semanas de embarazo la prevalencia de ansiedad era del 3,7% del grupo de mujeres con antecedentes de EDG, 10,4% en este grupo y que además tenían antecedentes de TCA y del 16,9% en el grupo con antecedentes de EDG y un TCA activo y del 12,1% en el grupo con antecedentes de TCA.

En cuanto a la Depresión, a las 18 semanas de embarazo la prevalencia era del 13,9% en el grupo con antecedentes de EDG, el 18,4% en este grupo más antecedentes de TCA, el 40,5% en el grupo de antecedentes de EDG y TCA activo y el 34,3% en el grupo solo con antecedentes de TCA.

### **Morbilidad obstétrica y postparto en los TCA**

---

Aunque algunos autores señalan que las complicaciones en el embarazo de madres con antecedentes de Bulimia o Anorexia Nerviosa no son muy diferentes a la población general, la mayor parte de los estudios señalan que la existencia de un TCA durante la gestación puede generar complicaciones importantes tanto fetales como obstétricas.

Podemos destacar diversas situaciones clínicas que por su frecuencia y gravedad nos parecen significativas.

Koube S y cols. (6) señalan por ejemplo una mayor frecuencia de hiperémesis gravídica, de anemia y poco incremento de peso en mujeres con TCA activo. Además, serían más frecuentes los problemas metabólicos debidos a malnutrición materna, por ejemplo, en el metabolismo del cortisol, aumentando sus niveles en el feto, que sería responsable de una mayor frecuencia de bajo peso al nacer y de una importante dificultad en la

regulación neurohormonal del estrés que podría afectar al desarrollo posterior intelectual del niño.

Carmichael (8) obtiene también una alta frecuencia de anomalías en el cierre del tubo neural en el desarrollo fetal, en mujeres con una importante restricción de la alimentación en el primer trimestre del embarazo. En mujeres con sintomatología purgativa pueden aparecer con más frecuencia importantes desequilibrios electrolíticos responsables de abortos y bebés prematuros (9).

Diversos estudios muestran también una clara correlación entre partos prematuros y pérdidas prenatales en mujeres con un TCA activo en relación directa con el peso de la madre antes del embarazo, la intensidad de la sintomatología TCA e incluso con el incremento del peso durante el embarazo.

Los nacimientos prematuros y el bajo peso al nacer son más frecuentes en embarazos de mujeres con TCA activo. Un estudio inglés (10) sobre 3511 díadas madre-bebé muestra que en las madres con IMC bajo antes del embarazo y con un escaso incremento ponderal durante el mismo, presentaban una mayor frecuencia de partos prematuros (1,1-40,6) en comparación con embarazos de madres con peso normal (1,6-8,0) y con embarazos de madres con sobrepeso (0,7-3,5). En un estudio retrospectivo, Morgan (11) compara 122 mujeres embarazadas con un diagnóstico de Bulimia presente con 82 mujeres embarazadas con antecedentes de bulimia; la tasa de partos prematuros en las primeras fue del 23% y del 8% en las segundas.

En general, estos estudios nos indican como factores determinantes en la aparición de una importante morbilidad obstétrica y de partos prematuros, bajo peso al nacer y malformaciones fetales, los cuadros activos a nivel sintomatológico en mujeres con TCA, el poco incremento ponderal durante el embarazo y el peso preconcepcional, además de particularidades y especificidades según el tipo de patología activa. Estos datos nos parecen particularmente importantes a la hora de la intervención preventiva y nos señalan la importancia de una actuación específica para estas pacientes que llegan al embarazo con una mayor frecuencia.

Capítulo aparte merece el estudio del postparto en las mujeres con TCA ya que es un momento de especial importancia por los cambios hormonales y físicos y por el establecimiento de primeras relaciones y vínculo, fundamentales en el desarrollo psicoafectivo del niño.

Existe un amplio consenso en la literatura en afirmar la existencia de una mayor frecuencia en el empeoramiento clínico en los TCA, ya sean activos o

antiguos, en particular en los casos de Bulimia con recaídas en más de 2/3 de los casos (9).

Parece también más frecuente que en la población general la tendencia a elegir una alimentación natural del bebé, aunque también tienen un acceso a la lactancia con más dificultad y, ésta es, con más frecuencia insuficiente o se abandona de forma más rápida.

Este empeoramiento clínico puede ser un importante factor de riesgo para la Depresión postparto (DPP) llegando a cifras de más del 30% según los estudios, cuando la prevalencia en la población general no sobrepasa el 15-20% (12).

En el estudio mencionado anteriormente de Morgan (11) además del aumento de la frecuencia de los partos pretérmino, nos señala una prevalencia de DPP en mujeres con Bulimia Nerviosa activa clínicamente del 36% y del 21% en los casos de antecedentes.

Como elementos implicados en este agravamiento clínico y el aumento de la sintomatología ansio-depresiva en el postparto de las mujeres con un TCA, podemos destacar una mayor sensibilidad a los cambios hormonales del parto y el postparto, una mayor co-morbilidad de la patología TCA y un peor soporte familiar y mayor fragilidad ante las diferentes manifestaciones emocionales y conductuales de malestar del Recién Nacido.

## **TCA, parentalidad y desarrollo del niño**

---

En general, los estudios realizados sobre las funciones parentales en madres con TCA se han centrado sobre todo en las dificultades en torno a la alimentación del bebé y el niño pequeño, ya sea sobre el aspecto físico del niño, ya sea sobre el comportamiento y el crecimiento estatura-ponderal.

Los aspectos que parecen más importantes se dirigen fundamentalmente hacia las características de la interacción, del vínculo o en la toma de conciencia de la madre del desarrollo global del niño.

Parece determinante, entonces, el papel que juega la propia sintomatología del TCA de la madre en el presente y la interferencia que pueda ejercer en el desarrollo de las funciones parentales. Pero existen otros factores que también van a jugar un papel importante como son, el apoyo familiar y social, las



comorbilidades a nivel psiquiátrico del TCA y si existen, las complicaciones neonatales u obstétricas.

En todo caso, a pesar de todos estos factores, las investigaciones nos muestran de forma clara las dificultades interactivas de las pacientes con TCA en paralelo con problemáticas ansio-depresivas y con un verdadero sufrimiento y malestar (13,14).

Las primeras dificultades que aparecen en las madres con TCA en lo que se refiere a las funciones parentales tienen que ver directamente con la alimentación del niño. Ya hemos visto anteriormente como después de un importante deseo de la madre de una lactancia natural se producían, en la mayoría de los casos, una rápida retirada y abandonos precoces. Comportamientos rígidos de la madre o tendencia a acortar los tiempos de alimentación en contextos poco placenteros para ellas, explican estos abandonos tempranos cuando en general se esperan experiencias agradables, lúdicas y alegres en el intercambio en el tiempo de alimentación.

Todo lo relacionado con la comida va a suponer un importante factor de estrés y malestar que pueden producir importantes frustraciones en la esfera alimentaria de estos niños (15). La tendencia en estas madres a controlar los hábitos alimenticios y de dependencia de los niños puede prolongarse incluso hasta la adolescencia y puede ser la causa de importantes conflictos. Según Stein (16), cuanto más bajo sea el IMC materno mayores son los conflictos entorno a la alimentación de estos niños y después de estos adolescentes.

Las preocupaciones excesivas en relación con el aspecto físico y el peso de los niños es otra característica frecuente en las madres con TCA, sobre todo si se trata de niñas, mostrando las madres, a menudo, su malestar por el aspecto, el apetito y las exploraciones y apetencias alimentarias de los niños. Incluso, algunos estudios muestran cómo los hábitos alimenticios impuestos por estas madres llegan a producir retrasos estatura-ponderales sin causa orgánica demostrada (17).

Las madres con TCA pueden tener importantes dificultades en el modo de relacionarse y en el establecimiento de un patrón interactivo estable y estructurado para el bebé y el niño pequeño. De esta forma, están descritas dificultades en la interacción en relación con una mayor necesidad de control de estas madres que pueden ser intrusivas, autoritarias y con poca sensibilidad para reconocer los momentos de malestar de su hijo.

Según Koube (18), el 92% de madres con TCA tienen importantes dificultades en la interacción con su bebé a los 3 meses en comparación con un grupo control que tenía un 13% de madres con esta dificultad.

Estas dificultades interactivas, en las primeras relaciones, se acompaña con frecuencia de un importante sentimiento de insatisfacción en el rol parental. Woodside y al. (19) en un estudio con 12 madres con TCA, la mitad se había distanciado de sus hijos y en 2 de ellas se había producido un abandono. Otros estudios en mujeres con bulimia mostraban una importante discontinuidad en la relación con rupturas, con frecuencia durante los periodos de vómitos (20).

Nos parece importante señalar como la presencia de patología tipo TCA en periodo perinatal es un importante factor de riesgo tanto a nivel obstétrico como neonatal con frecuentes dificultades para el establecimiento vincular en las primeras relaciones y, en consecuencia, supone un claro factor de riesgo para la aparición de psicopatología en los niños durante los primeros años e incluso en la adolescencia. Así, son relativamente frecuentes los estudios, a pesar de las dificultades metodológicas, que señalan una mayor prevalencia, en hijos de madres con TCA, de depresión, de trastornos del vínculo, de problemas de socialización y del comportamiento. Prevalencia más importante en el caso de las niñas en comparación con los niños.

Micali y cols. (21) realizaron un seguimiento de un grupo de niños de madres con TCA haciendo una evaluación a los 7, 10 y 13 años, obteniendo un riesgo de trastorno emocional de casi 2 veces más, en todas las evaluaciones, en relación con un grupo control de la población general. Este mismo autor, utilizando modelos de regresión logística y lineal, identifica 3 factores de riesgo que parecen más importantes en la aparición o no de problemas emocionales: La ansiedad y la depresión materna durante el embarazo y la presencia de síntomas del trastorno de alimentación también durante el embarazo. Curiosamente, el factor "patología TCA" durante toda la vida no pareció tener un gran efecto directo sobre la aparición de psicopatología en los hijos.

En general, todos los estudios sugieren un impacto significativo, de un TCA en la madre, en el desarrollo de sus hijos, sobre todo cuando existe un empeoramiento post-natal de la sintomatología TCA, un aumento de la frecuencia de la depresión post-parto y la presencia de distorsiones interactivas precoces.

## Conclusiones

---

Los TCA en el periodo perinatal son actualmente un frecuente objeto de estudio al estar afectadas en su mayoría adolescentes y mujeres jóvenes en edad fértil. Aunque históricamente las dificultades para procrear, por las frecuentes alteraciones biológicas con una importante inhibición del deseo sexual y en la ovulación, han sido casi la norma, nos enfrentamos hoy a un claro aumento de estas patologías en el acceso al embarazo y a la crianza, gracias a los importantes avances en los tratamientos de fertilidad y de reproducción asistida.

Aunque es difícil de cuantificar, al ser patologías con frecuencia negadas y ocultadas, todos los estudios indican un claro aumento de su prevalencia durante el embarazo, post-parto y en todo el periodo perinatal. Esto supone un importante problema de salud pública y la necesidad de incrementar su detección, diagnóstico e intervención terapéutica de claro matiz preventivo para la morbilidad obstétrica, fetal y la morbilidad psiquiátrica y del desarrollo del niño.

En lo que se refiere a estos últimos aspectos la mayoría de los estudios muestran que estas patologías, y no solo en sus antecedentes, producen con más frecuencia que en la población general la existencia de una mayor prevalencia de embarazos de riesgo, partos prematuros y recién nacidos con bajo peso. Al mismo tiempo, nos muestran post-partos con un incremento importante de la sintomatología TCA, cuando una parte importante de estas pacientes habían mejorado durante el embarazo y nos muestran una mayor prevalencia de Depresión y Ansiedad post-parto.

En lo que se refiere a la función parental también la mayor parte de los estudios coinciden en la descripción de una mayor vulnerabilidad y fragilidad de estas mujeres, centrandó las dificultades de la función materna en la alimentación de sus bebés, en su aspecto físico y en procurar un verdadero disfrute mutuo alrededor de la alimentación de su hijo.

Estas dificultades en la parentalidad son la causa de importantes problemas en la vinculación y en las primeras relaciones con el bebé. Son madres descritas con frecuencia como intrusivas y controladoras que suelen acortar los tiempos de alimentación y tienen dificultades para el reconocimiento y la respuesta de los momentos de malestar emocional de sus hijos.

Todas estas dificultades si no son detectadas ni tratadas correen el riesgo de crear un mayor riesgo de morbilidad psiquiátrica tanto en el bebé y el niño pequeño como en la adolescencia, como ya nos han mostrado algunos estudios de seguimiento a largo plazo de estos niños.

No cabe duda que esta situación que ya hemos calificado de verdadero problema de salud pública, nos obliga a un tener una importante preocupación en los programas de salud mental perinatal y a un incremento de la intervención específica, que será preventiva y curativa, por medio de Equipos Interdisciplinarios sensibilizados y formados en la relación TCA y parentalidad y sus consecuencias en el desarrollo del niño.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Chizawsky L, Newton M. Eating disorders. Identification and treatment in obstetrical patients. *AWHONN Lifelines* 2006;10(6): 482-88.
- 2.- Lamas C, Nicolas I, Alvarez L, Hoffman M, Buisson G, Gerardin P, Pham-Scottet A, Corcos M. Troubles des conduites alimentaires maternels en periode perinatale: un enjeu de prevention des troubles precoces du developpement et de la parentalite. *EMC Psychiatrie*. Volume 11 > 4 > octobre 2014.
- 3.- Behar R. *Medicas UIS* vol. 26 n° 1. Bricanamanga Jan/Apri. 2013.
- 4.- Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Knoph Berg C, Torgensen L, Magnus P, et al. Patterns of remission, continuation and incidence of broadly define eating disorders during early pregnancy in the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Psychol Med* 2007; **37**:1109-18.
- 5.- Micali N, Simonoff E, Treasure J. Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: the effect of eating disorders and past depression. *J Affect Disord* 2011; **131**:150-7.
- 6.- Kouba S, Hallstrom T, Lindholm C, Hirschberg AL. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol* 2005; **105**:255-60.
- 7.- Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Pediatr Scand* 1988; **77**:611-7.
- 8.- Carmichael SL, Shaw GM, Schaffer Dm, Laurent C, Selvin S. Dieting behaviors and risk of neural tube defects. *Am J Epidemiol* 2003; **158**:1127-31.
- 9.- Andersen AE, Ryan GL. Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. *Obstet Gynecol* 2009; **114**:1353-67.
- 10.- Schieve LA, Cogswell ME, Scanlon KS. Prepregnancy body mass index and pregnancy weight gain: associations with preterm delivery. The NMIHS Collaborative Study Group. *Obstet Gynecol* 2000; **96**:194-200.
- 11.- Morgan JF, Lacey JH, Chung E. Risk of postnatal depression, miscarriage and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. *Psychosom Med* 2006; **68**:487-92.
- 12.- Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of post-natal depression: development of the 10-item Edimbourg postnatal depression scale (EPDS). *Br J Psychiatry* 1987; **150**:782-6.
- 13.- Franko DL, Blais MA, Becker AE. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2001; **158**:1461-6.
- 14.- Lai BP, Tang CS. The negative impact of maternal bulimic symptoms on parenting behavior. *J Psychosom Res* 2008; **65**: 181-9.
- 15.- Micali N, Simonoff E, Treasure J. Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *J Pediatr* 2009; **154**:55-60.

- 16.- Stein A, Wooley H, McPherson K. Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. *Br J Psychiatry* 199; **175**:455-61.
- 17.- McCann JB, Stein A, Fairburn CG, Dungen DB. Eating habits and attitudes of mothers of children with non-organic failure to thrive. *Arch Dis Child* 1994; **70**: 234-6.
- 18.- Kouba S, Hällström T, Hirschberg AL. Early maternal adjustment in women with .
- 19.- Woodside DB, Shekter-Wolfson L. Parenting by patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Inf J Eat Disord* 1990; **9**: 303-9.
- 20.- Lacey JH, Smith G. Bulimia nervosa: the impact on mother and baby. *Br J Psychiatry* 1987. **150**: 777-81
- 21.- Micali N, De Stavola B, Ploubidis GB, Simonoff E, Treasure J. The effects of maternal eating disorders on offspring childhood and early adolescent psychiatric disorders. *Int J Eat Dis* 2013. (epub Nov 12).
- 22.- Micali N, Stahl D, Treasure J, Simonoff E. Childhood psychopathology in children of women with eating disorders: understanding risk mechanisms. *J Child Psychol Psychiatry* 2014; **55** (2): 124-34.

## **5. LA PSICOSIS PERINATAL.**

**J. Martin Maldonado-Duran MD.**

**Kenia Gomez PhD.**

**Prakash Chandra MD.**

**Teresa Lartigue PhD.**

**Juan Manuel Saucedo-Garcia MD.**

**Manuel Morales-Monsalve MD.**

El marido de una mujer de veinticinco años llama al servicio de Obstetricia de un hospital general. Su esposa tuvo su bebé hace tres días y fue dada de alta ayer. El niño nació por parto normal, a término y es totalmente sano. El esposo, quien ha estado en la casa con su pequeña familia, observa que su esposa se mantiene hablando constantemente y oye que “el bebé está llorando” casi todo el tiempo, aunque en realidad éste esté durmiendo. Ella se siente aterrada porque cuando lo va a atender, ve al bebé ensangrentado como si alguien lo hubieran herido, y sólo con mucha dificultad se da cuenta de que está bien. La señora no ha podido dormir adecuadamente por la constante preocupación y cuando trata de descansar se imagina que hay demonios en la habitación, que la asustan y podrían lastimarla a ella y al bebé. Es una mujer religiosa, cristiana. Todo esto es totalmente inusual en la conducta de esta nueva madre que hasta ahora había sido totalmente normal, y que esperaba con ansia el nacimiento del hijo. El nuevo padre, preocupado, no se atreve a dejarla a solas con el nene, pues ella se asustaba por las imágenes mencionadas y él teme que lo pudiera lastimar, pues no manifiesta una conducta normal.

La viñeta anterior es un caso relativamente típico de “psicosis postparto”. Con frecuencia se trata de una presentación clínica alarmante para la familia de la paciente, y para esta misma, además de requerir atención urgente por el peligro de que la mujer actúe de modo impredecible, errático, tiene un

riesgo de suicidio (1) y que pudiera en algunos casos resultar en descuido del bebé o en hacerle daño debido a la percepción de éste como un ser maligno o peligroso (2). Es importante que el clínico de salud mental esté familiarizado con la presentación clínica de estos trastornos, su diagnóstico diferencial y las intervenciones de tratamiento que han de instituirse de inmediato.

## **Introducción**

---

El estado de embarazo, el trabajo de parto, dar a luz y la atención de un neonato son todos procesos naturales, que sin embargo representan un reto para la fisiología de la madre, por el número de cambios fisiológicos de todo el proceso, así como para el neonato, que pasa de una existencia acuática a terrestre (3). Simplemente el proceso de dar a luz puede ser muy dramático y acompañarse de un número de peligros que aún en muchos países significan una tasa relativamente alta de mortalidad perinatal (por complicaciones del parto como el sangrado excesivo, accidentes cerebrovasculares, shock con coagulación intra-vascular diseminada y procesos infecciosos entre muchos otros). El puerperio requiere una vigilancia médica estrecha por la posibilidad de sangrado, infección, retención de productos de la gestación, y accidentes cerebrovasculares. Todos estos eventos pueden tener consecuencias negativas para la vida psíquica y emocional de la mujer, del compañero y de otros familiares cercanos.

Aún en condiciones ideales, el embarazo, el parto y el puerperio requieren un número de sacrificios, sobre todo por parte de la nueva madre, que ponen a prueba su capacidad de adaptarse y su resiliencia ante una situación nueva y un número de cambios que son dramáticos.

La transición hacia la parentalidad también requiere de múltiples ajustes mentales y emocionales, entre los cuales está el de “nacer” como madre (y el nuevo padre también nacer como tal), atender un ser muy frágil y totalmente dependiente, cuya supervivencia está totalmente en manos de sus cuidadores, sobre todo la nueva madre. Entre más factores de estrés, tensiones y dificultades emocionales previas existan al arribar a todos estos cambios, será mayor el riesgo de un desajuste en la conducta o las emociones de la nueva madre (y también del nuevo padre). En este capítulo nos enfocamos en las alteraciones más graves en el funcionamiento mental de la mujer, su diagnóstico oportuno



y la institución de un manejo terapéutico lo más pronto posible para evitar complicaciones en la mujer y el bienestar del neonato.

## Historia

---

Desde hace muchos siglos, claramente desde las épocas de la medicina griega, han reconocido que la mujer puede sufrir alteraciones en su conducta y funcionamiento mental durante el embarazo y el puerperio, sobre todo la depresión grave y psicosis. Louis Victor Marcé (4,5) fue el primer médico que en 1858 describió en forma de un tratado especializado las alteraciones psicóticas asociadas con el parto, o la psicosis puerperal, el tratado se denominó “*Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet*” [Tratado de las psicosis de las embarazadas, parturientas y de las que amamantan, y consideraciones medico legales sobre el tema]. Desde entonces en varias “escuelas de psiquiatría” de diferentes países se ha descrito la psicosis puerperal como si fuera una condición definible estrictamente.

## Definición

---

Los términos “psicosis puerperal” o “psicosis post-parto” sugieren un trastorno específico asociado uniformemente con condiciones relacionadas con el proceso de parto y sus consecuencias varias semanas después de éste. Actualmente el Manual de Diagnóstico y Estadística V de EE.UU. no reconoce tal trastorno. Desde luego que sigue existiendo un estado psicótico que se aprecia en la etapa postparto pero no se considera ya como un trastorno definido y con una fenomenología o pronóstico específicos, como un trastorno separado de otros estados psicóticos. Generalmente se le considera como asociado con los trastornos del estado de ánimo. En la nosología internacional, la clasificación internacional de enfermedades versión 10, sí reconoce una psicosis post-parto pero su fenomenología es similar a la de otros estados psicóticos.

Entonces podría decirse que lo más específico de la psicosis post-natal es su presentación después del nacimiento de un hijo o hija, y la necesidad de

reconocerla, diagnosticarla oportunamente e instituir un tratamiento lo más pronto posible. La mujer presenta fenómenos alucinatorios, puede tener ideas delirantes y no aprecia la realidad total o parcialmente, con lo que podría ponerse en peligro ella y a su bebé.

A continuación, describimos varios “estados psicóticos” que pueden observarse en el período postnatal.

### **Estados psicóticos asociados con la Perinatalidad. Enfermedad mental pre-existente**

---

Una mujer con una enfermedad mental grave, tal como esquizofrenia, o un trastorno de tipo delirante y paranoide (de persecución, erotomanía, de grandeza o un delirio somático) puede embarazarse. De hecho, la frecuencia de nacimientos en mujeres con trastornos mentales graves de esa naturaleza ha aumentado como resultado de las reformas de salud mental implementadas en muchos países. Esto ha significado el cierre de muchos hospitales psiquiátricos que anteriormente servían como verdaderos asilos para pacientes que no podrían funcionar y sostenerse económicamente por sí mismas en la comunidad y que al ser dadas de alta, no reciben tratamiento y viven en las calles. Uno de los problemas más importantes al final del embarazo en estas mujeres es determinar la capacidad de la madre para atender al bebé con un mínimo de cuidados y la posibilidad de que reciba tratamiento y asistencia continuados en un programa de salud mental comunitaria.

Tal mujer, con un estado psicótico crónico como en la esquizofrenia, o con un trastorno delirante, reaccionará de un modo sui generis al estado de gravidez y al nacimiento del bebé. Un problema frecuente es que no haya tenido cuidados prenatales, que tenga desconfianza del sistema de salud, temor a ser hospitalizada y de que el bebé pudiera ser removido por considerarse que su estilo de vida errático pondría en peligro al recién nacido. Afortunadamente en muchos grupos culturales de Latinoamérica, Asia, el Medio Oriente, y de Europa la familia provee cuidados sustitutos para el bebé y acoge a la madre, por lo menos proporcionando un mínimo de cuidados a ambos. Esto no siempre sucede en países como EE.UU. donde la mujer psicótica puede vivir “en la calle” por años.

En esos casos hay que valorar cuidadosamente la disposición de la madre para participar en un tratamiento y para atender al neonato con un mínimo de capacidades, de preferencia con el apoyo o la vigilancia de familiares o un compañero. Las intervenciones se describen al final del capítulo.

### **Psicosis asociada a una Depresión grave o melancólica**

---

Múltiples investigadores han asociado la psicosis postnatal con los trastornos del estado de ánimo, sobre todo de tipo bipolar. Sin embargo, en este apartado nos referimos a un estado de depresión grave que tiene manifestaciones psicóticas. La mujer muy bien puede haber presentado con anterioridad episodios de depresión mayor y tener antecedentes de varias hospitalizaciones psiquiátricas debido a ideas suicidas, intentos de auto-dañarse o de suicidio, o por un estado psicótico previo. Cuando la depresión es grave, la paciente puede tener delirios nihilistas, de que nada vale la pena, de que todo es fútil, que su vida está destruida y nunca será feliz, que el niño sólo vendrá a sufrir a este mundo y por lo tanto más valdría que muriera para protegerlo de tales experiencias negativas.

La madre puede tener un número de ideas delirantes correspondientes a ese estado de ánimo, por ejemplo “estar muerta por dentro” o estar convencida de que una parte de ella haber muerto ya, o de no existir realmente en este mundo. Puede sentirse la persona más perversa que haya existido, o la peor pecadora, o que su hijo es un “hijo del demonio” o “el anticristo”, entre otras muchas posibilidades de ideas delirantes. Puede haber alucinaciones, sobre todo de naturaleza auditiva, que le digan a la paciente que es una pecadora, mala, la peor persona del mundo, que no merece vivir, acusarla por previas transgresiones que la atormentan constantemente, etc.

En el estado melancólico, la depresión es más acentuada durante las horas matutinas y en la noche la paciente suele sentirse mejor. El cuadro clínico incluye síntomas neurovegetativos tales como falta de apetito, pérdida de peso, insomnio o somnolencia excesiva sobre todo durante el día, falta de energía, anhedonia y lo que Fuchs (6) ha descrito como estados de hiperincorporación, es decir que lo que normalmente las personas hacen sin dificultad con su cuerpo, en estos estados constituyen verdaderos retos, tales

como levantarse de la cama, vestirse, darse un baño, hacer cualquier actividad cotidiana, etc.

Es importante reconocer la naturaleza crónica de este trastorno, lo cual fácilmente se lograría al obtener una historia detallada de las dificultades de la mujer, de preferencia contando con otros informantes, como su esposo u otros parientes que la conozcan. Debe de ser tratada con un enfoque que se dirija a los síntomas depresivos, y los psicóticos, generalmente con un medicamento neuroléptico. Esto además de medidas de apoyo emocional, de observación estrecha y ayuda con el cuidado del recién nacido, además de intervenciones psicoterapéuticas. En los casos más graves, de ideas suicidas persistentes o inminentes, o que no responden a los medicamentos, puede utilizarse la terapia electroconvulsiva (7), la estimulación cerebral profunda en los casos resistentes a todo otro tratamiento (8) y pueden requerir de hospitalización.

### **Psicosis post-parto**

---

La psicosis postnatal, se presenta con relativa frecuencia, sobre todo en un servicio especializado en salud mental perinatal. Su incidencia se ha estimado tradicionalmente en uno a dos de cada 1000 nacimientos (2).

La presentación clínica generalmente es a los pocos días de nacido el bebé, sobre todo cuando ha habido antecedentes de un trabajo de parto complicado, difícil, traumático o muy prolongado. Generalmente ocurre durante las primeras cuatro semanas post-parto.

La privación del sueño en la mujer es un factor predisponente importante (9) y no debe subestimarse la importancia del sueño en la mujer hacia el final del embarazo y después en la recién parida (10). A veces, cuando el trabajo de parto es muy prolongado, la mujer puede pasar hasta unas 48 horas casi sin dormir. Luego, con el arribo del neonato, su sueño puede hallarse interrumpido por las necesidades inmediatas del niño o niña, y por la tensión normal que muchas mujeres experimentan una vez que el pequeño ha nacido.

Entre los temores más comunes está que el bebé deje de respirar, que muera súbitamente, que pudiera ahogarse si vomitara, que ocurra alguna complicación inesperada, tal como una baja de temperatura, o que el bebé sea sofocado y no pueda respirar, entre otras.

A veces, con la mejor intención el personal de enfermería en un hospital “amigo del bebé” insiste en que el bebé esté en todo momento junto a la madre. Ésta podría desear que se llevaran al recién nacido a un cunero para ella poder dormir ininterrumpidamente al menos unas horas, y no atreverse a pedirlo por sentirse culpable o por temor a que el personal o sus familiares piensen que no pone la prioridad en las necesidades del neonato. Sin embargo, el personal ha de tener en cuenta que la nueva madre puede necesitar un período de sueño ininterrumpido para recuperarse de los rigores del parto.

Entre los factores predisponentes está el antecedente de dificultades del estado de ánimo anteriormente, tratarse del primer parto, mayor número de factores de estrés, una predisposición genética o familiar y cambios hormonales (1). Es importante el antecedente de adicción a drogas, tales como las anfetaminas, la cocaína y sobre todo los alucinógenos como la fenciclidina, LSD y otros que pueden confundir al clínico.

Entre más factores de estrés esté enfrentando la mujer y más dificultades en el estado de ánimo tenga, mayor será la posibilidad de que todos los cambios tanto fisiológicos, morfológicos y las necesidades del bebé contribuyan a que se sienta asustada, abrumada, o literalmente aterrada al pensar que podría quedarse a solas a cuidar a su hijo o hija. Si además de esto hay otros factores de tensión adicionales, por ejemplo, si el bebé tuviera alguna complicación de salud, o si hubiese dificultades matrimoniales, económicas, de acceso a servicios, pobreza, etc., esto la hará más vulnerable a presentar síntomas psicóticos.

El cuadro clínico es muy variable, pero generalmente es observado por los que están allegados al paciente, o, a veces, por ella misma al notar que sus percepciones del bebé son distorsionadas. Puede imaginarse al bebé muerto, ensangrentado, descuartizado, deformado o como si estuviera enfermo a pesar de que éste esté sano. Puede pensar que el bebé es malo, un acusador, perseguidor, un castigo de Dios, alguien que la va a atormentar y hacerla sentirse culpable toda la vida. Cuando el bebé llora, la madre puede percibirlo como gritos, acusaciones, ruidos intolerables que la torturan. Es posible la presencia de otras alucinaciones auditivas, como oír que el bebé está llorando aun cuando no es así, o que el neonato ya habla, o está poseído por algún espíritu, y le hace acusaciones o reproches. Otra posibilidad son las alucinaciones visuales, como ver al bebé como un niño malo, atacándola, poniéndola en peligro o potencialmente matándola. A veces la mujer se imagina que hay demonios a su alrededor, ángeles malos, fantasmas, o que el bebé será atacado por esas

presencias temidas. Una paciente vista por nosotros, de religión islámica que era una inmigrante de Irak, veía al neonato rodeado de “ángeles malos” que en esa religión son parte de la vida cotidiana pero no son visibles, y que habitan en la casa y combaten a los ángeles buenos que también viven allí.

La paciente a veces concluye que el bebé es un impostor, que no es el niño que ella acaba de parir, sino que fue cambiado por otro, o que en realidad no tuvo ningún hijo y este niño es de alguien más. Hay múltiples posibilidades en cuanto a creencias delirantes: que el niño es el mesías, el anticristo, el demonio mismo, la reencarnación de un pariente odiado, que el bebé es capaz de planear acciones en contra de su madre, etc.

Un peligro a tener en cuenta es que la mujer podría actuar en consecuencia respecto a estos delirios e intentar matar al bebé cuando éste es parte de su sistema delirante. El infanticidio es una de las complicaciones más graves que hay que tener en mente en estos casos, además de la seguridad de la paciente misma (10). En otros casos ella puede intentar salvarlo de sufrir en esta vida haciendo que muera de una vez.

En las descripciones más antiguas en la literatura, de hace varias décadas, se hacía énfasis en un estado de perplejidad en la mujer, mostrarse como extrañada o perdida en su entorno, y aún en un estado de confusión mental pero no de naturaleza orgánica, así como síntomas Schneiderianos de psicosis tales como que sus pensamientos están siendo transmitidos por radio o televisión, o le están siendo insertados en la mente (11) pero esto se ve más raramente en la actualidad en que se dispone de más medios para diagnosticar un desbalance electrolítico, o alguna otra alteración metabólica, en cuyo caso se diagnosticaría como un estado de delirium.

El clínico de salud mental debe hacer una evaluación cuidadosa del estado mental actual de la paciente. Esto incluye su nivel de orientación al medio ambiente, su estado de conciencia, su capacidad para el pensamiento lógico, la memoria, el juicio, si hay introspección respecto a su problema, y sus ideas respecto a lo que le está sucediendo. Se evalúan sus planes sobre cómo cuidará al bebé, cómo resolverá problemas y además qué piensa ella del bebé, de su esposo y de su familia.

La psicosis varía en cuando al nivel de gravedad. Puede mejorar rápidamente a medida que la mujer descansa, o bien empeorar por tener que enfrentar además otros factores de estrés, si se siente abrumada con la transición a la parentalidad, si no tiene ayuda o apoyo psicosocial, cuando

se encuentra sola o si la critican sus parientes y la hacen sentirse inadecuada o culpable.

Una parte muy importante es la observación directa, por parte del clínico, de la interacción entre la madre y el neonato. Hay que investigar si ella planea amamantarlo, pues eso puede cambiar la posibilidad de usar ciertos psicofármacos (12). Pero lo más importante es ver cómo lo sostiene, si detecta el malestar en el bebé, cómo reacciona ante estas conductas del recién nacido, si manifiesta ternura y conductas inconscientes de cuidado materno hacia el neonato. Una mujer puede hablar de sentirse muy abrumada y asustada, y a pesar de ello mostrar gran paciencia y ternura hacia su bebé. Por el contrario, si hay signos de alarma, como enojarse cuando el pequeño se mueve o llora, tratarlo en forma brusca e impaciente, hacerle reproches, gritarle, insultarlo, tratarlo como si fuera un ser malvado, esto sugiere que no podrá por el momento hacerse cargo del niño, al menos no por sí sola. Es necesario indagar qué piensa respecto al bebé, cómo se siente cuando lo sostiene en brazos o el niño llora o “pide” ser alimentado, etc. Estas atribuciones y la capacidad de proporcionar cuidado, o lo opuesto, son elementos a tomar en cuenta para diseñar el plan de tratamiento (13).

## **Intervención clínica**

---

El tratamiento requiere una observación estrecha de la nueva madre. Esto puede conseguirse en un medio hospitalario psiquiátrico, sobre todo cuando hay peligro para ella o para el bebé, o la mujer es incapaz de contener su conducta. En cambio, si la paciente tiene algún grado de introspección, puede cooperar en su tratamiento, no es agresiva y no está muy agitada, puede ser tratada en forma ambulatoria y mantenerse en su casa, siempre que haya la posibilidad de observación constante por parte de su esposo, familiares u otros cuidadores, para que ella no esté sola como única responsable del bebé, pueda descansar y si es necesario haya acceso a servicios de urgencia si se produce un empeoramiento.

Debe decirse que al detectar los fenómenos psicóticos la situación debe tratarse como urgente, y el clínico de salud mental debe hacer una valoración cuidadosa de los elementos descritos y hacer una recomendación de si la paciente debe ser hospitalizada, qué otros estudios hay que realizar o si se puede tratar en su casa o la casa de sus padres u otros parientes en forma temporal.

El clínico debe informar al compañero de la paciente, y si es posible, a otros familiares inmediatos sobre el diagnóstico y naturaleza del problema, sus recomendaciones, la necesidad de observación constante y el pronóstico relativamente bueno del trastorno por lo general.

Los factores que indican mayor peligro, son los antecedentes de trastorno del estado de ánimo grave (por ejemplo, trastorno bipolar), con períodos de marcada agitación, y si el bebé es parte de un sistema delirante en la mujer. Se estima que en tales casos el riesgo para la mujer es de 25% de que presente una recaída postparto. También tener el primer bebé, que éste sea una niña, y que haya complicaciones postparto, sobre todo prematuridad del bebé (14).

Una de las medidas terapéuticas, que es crucial, consiste en que la mujer pueda dormir por un período de horas ininterrumpido, descansar y que no tenga la principal responsabilidad con el recién nacido. A veces, con sólo una o dos noches de sueño ininterrumpido el cuadro mejora notablemente. De hecho, algunos clínicos recomiendan el uso de medicamentos benzodiazepínicos durante un corto plazo para que la paciente pueda dormir (12). También el uso de un neuroléptico aún a dosis bajas, durante la noche, puede “calmar la mente” de la paciente, disminuir las alucinaciones y favorecer que duerma.

Es importante sensibilizar al esposo, compañero y a otros cuidadores del estado mental de la recién parida, su sensación de sentirse abrumada y de su necesidad de apoyo emocional, cuidados especiales y sentirse valorada y comprendida, no culpabilizada o estigmatizada. Hay que tranquilizar a la paciente y sus cuidadores sobre el pronóstico generalmente favorable de este trastorno y la respuesta usualmente favorable al tratamiento.

La paciente suele responder a una intervención psicoterapéutica, en la primera fase sólo de apoyo emocional y de resolver problemas, empatía y escuchar sus preocupaciones, en combinación con los medicamentos, principalmente neurolépticos. En muchos casos de aparición por primera vez y sin antecedentes de problemas psicóticos anteriores, sin quedar síntomas de psicosis en la mayoría de los casos. Sin embargo, en casos de trastorno bipolar que se exacerbó con el nacimiento del hijo, puede haber recaídas en el futuro (15), así como en aquellos en que la mujer ha tenido previos episodios psicóticos no asociados con el parto, o tiene otra enfermedad preexistente como esquizofrenia. Esto se observó en un estudio de seguimiento de treinta años en Suecia (15). Se ha estimado que el riesgo de recidiva es de aproximadamente 50% en el parto siguiente (16).



Generalmente no se recomienda que la mujer que toma medicamentos antipsicóticos amamante al recién nacido, aunque en el “mundo real” algunas mujeres lo hacen sin que haya notables efectos conductuales en el bebé, sobre todo si las dosis son bajas (17). Los estudios incluyen sólo unas cuantas series de bebés expuestos a neurolépticos a través de la leche materna. Se considera “aceptable” el uso de quetiapina y olanzapina, y puede ser utilizado el risperidol y el haloperidol.

Para tratar los síntomas psicóticos conviene usar un neuroléptico a la dosis más baja posible que sea eficaz para eliminar la gran ansiedad, tensión, alucinaciones y creencias delirantes, por ejemplo, el risperidol, ziprazidona, olanzapina, quetiapina y aún el haloperidol. Puede además requerirse un medicamento que favorezca que la mujer pueda dormir durante la noche, por ejemplo, melatonina, clonidina, ciproheptadina o aún trazodona. Estos medicamentos por lo general no se usarán a largo plazo. Si la paciente está muy deprimida, debe considerarse más tarde añadir un antidepresivo inhibidor de la re-captación de la serotonina. La sertralina puede utilizarse, aunque la paciente esté amamantando. Si no es así, el escitalopram y medicamentos similares pueden ser útiles.

En cuanto al uso a más largo plazo, una vez que el cuadro psicótico ha remitido, el clínico habrá de valorar los antecedentes y situación “real” de cada mujer, y sugerir por ejemplo después de unos dos o tres meses empezar a reducir la dosis de neuroléptico y observar la respuesta de la paciente. Los medicamentos que favorecen el dormir pueden sólo ser necesarios a corto plazo. Los antidepresivos pueden requerirse a más largo plazo, varios meses y después valorar disminuir la dosis o discontinuar el medicamento, si la paciente ha mejorado y además hay apoyo psicosocial.

Deben instituirse medidas psicoterapéuticas para ayudar a la mujer y su familia a hacer frente a la situación específica que enfrenta. Debe promoverse que aquélla no se sienta culpable por sus síntomas, que se “normalicen” o validen sus temores y sentimientos y que se explore su origen. Aunque casi toda mujer se sienta un tanto asustada por la responsabilidad del cuidado del bebé, se requiere entender qué significa para cada paciente en particular el parto, el convertirse en madre, y lo que ella se imagina que representa el cuidado de un recién nacido, etc. Algunas mujeres durante este trabajo terapéutico revelan su sensación de “vacío” al no tener al bebé in útero y tienen una sensación de vacío o pérdida. Al no estar más embarazada, puede que pierda ese “status especial”

y que otras personas no la traten con tanta deferencia y consideraciones como cuando estaba encinta.

Muchas mujeres tienen temor de ser “malas madres” o de maltratar al bebé, sentimiento que generalmente es infundado cuando la mujer está preocupada por ello. Hemos encontrado que es útil combinar sesiones individuales con otras en que esté presente su pareja. Para el marido o compañero es útil entender cómo se siente la mujer. Esto le ayudará a sentir empatía hacia ella y el terapeuta puede darle sugerencias de cómo responder a su pareja, ayudarla y validar sus sentimientos o reacciones. Es claro que también el hombre puede sentirse asustado, tenso, deprimido, incierto y que se beneficie de poder hablar de sus emociones con el terapeuta.

Con frecuencia se observa que, al sentirse comprendida, al tranquilizarla sobre el buen pronóstico del problema, y al subrayar la necesidad de que la ayuden en esta fase de su vida, disminuyen mucho sus temores, la sensación de fracaso y la mujer poco a poco se siente menos abrumada, asustada y va asumiendo las funciones de cuidado del bebé paulatinamente.

En algunos países europeos, desde hace décadas, como en el Reino Unido, Francia, Alemania y otros (18), así como en Australia, hay unidades hospitalarias “madre-bebé” en que la mujer que presenta un trastorno psiquiátrico grave puede ser contenida en el servicio de internamiento de salud mental junto con su bebé (19). Allí, el personal puede asumir, si es necesario, muchos de los cuidados al neonato, observar continuamente a la mujer recién parida, y evaluar su estado emocional, mental y su capacidad práctica para atender al bebé. Un factor terapéutico adicional es que hay otras mujeres que también se encuentran en una situación parecida y esto la hace sentir menos estigmatizada o “enferma”.

En tales servicios madre-bebé el personal hospitalario podrá evaluar si la mujer podría representar un peligro para el bebé, ya sea por negligencia o por verlo con hostilidad, celos, agresión, como un objeto sexual, etc. En algunos programas, como en Australia, el esposo puede quedarse en el medio hospitalario también durante la noche, sobre todo los fines de semana y participar así en el tratamiento. Se sabe que muchos hombres cuya esposa está con gran tensión, ansiedad o depresión, sufren ellos también de estos problemas. En tales centros a veces se utilizan instrumentos de evaluación que pueden ayudar al personal clínico a sistematizar sus observaciones y permiten además de hacer posible más tarde comparar los datos de las distintas pacientes en un período determinado. Uno de los más utilizados es la Lista síntomas de la Sociedad Marcé (20).

## Trastornos delirantes durante el periodo perinatal

---

Aunque estos estados no tienen un sitio particular en la clasificación de trastornos emocionales y conductuales, es útil hacer una breve descripción de algunos que se ven en la clínica perinatológica y que es necesario reconocer oportunamente y tratarlos. Se trata de trastornos en los que no hay una fenomenología abrumadora de agitación o depresión, ni riesgo de suicidio o de que la mujer se haga algún daño. Tampoco hay alucinaciones ni incoherencia o conducta desorganizada o errática en la mujer que requiera que se la contenga en un medio hospitalario. La principal manifestación es un delirio más bien limitado a un tema o asunto que asume las características de una convicción falsa que no puede abandonar a través del razonamiento o presentando evidencia objetiva a la paciente. Quienes la rodean (el compañero y otros familiares) no la comparten con ella ni son parte de una creencia cultural. Se observan ocasionalmente, y se trata de una forma de enfrentar una situación problemática o abrumadora. Se describen algunas situaciones observadas por nosotros.

### “Robo de un hijo”

La mujer cree haber tenido gemelos, cuando en realidad sólo tuvo un hijo o hija. En este caso, ella puede anhelar tener más hijos de un solo embarazo y se le presenta su hijo o hija, se imagina que de alguna manera ella fue anestesiada, o distraída a propósito por el personal médico, que está coludido contra ella, para así poder ocultarle un “segundo bebé”, el cual, objetivamente, no existe pero que ella insiste le fue robado por el personal, alguna enfermera o médico específicamente y demanda que se le restituya de inmediato. La paciente se pone hostil, puede quejarse con las autoridades del centro médico, y amenazar con acciones legales, aun cuando su esposo o compañero y otros familiares traten de razonar con ella de que no fue así, que no tuvo gemelos. Ella puede concluir que todos están conspirando contra ella. En tal estado, no puede gozar del bebé que sí tiene en sus brazos. Se trata de un fenómeno delirante pues la mujer no puede ser convencida de lo contrario e insiste en que “ella sabe mejor que nadie lo que sucedió” en el momento del parto o poco después.

### “Cambio de bebé”

La mujer que recién tuvo su bebé tiene la convicción inalterable de que el médico o alguna enfermera cambiaron a su “verdadero hijo” por otro, y el que le han entregado a ella es hijo de otra persona. Con frecuencia el bebé que en realidad parió tiene alguna característica indeseable para ella, o en su cultura. La mujer entonces concluye que en realidad su hijo verdadero tiene características más atractivas o que ella anhela. En algunos grupos culturales, como en Latinoamérica, así como en la India, China, muchos otros países asiáticos, las madres desean, ante todo, tener un hijo varón, más valorado que las niñas, y la mujer y su familia estarían más complacidas si ella hubiera dado a luz a un hombrecito. Al anunciarse lo contrario, la nueva madre puede estar, al principio, muy decepcionada, triste y luego llegar a la conclusión delirante. Lo mismo puede ocurrir si el bebé tiene la piel “demasiado oscura” cuando se desea tener un bebé lo más “blanco posible”, o cuando tiene alguna malformación tal como labio o paladar hendido, falta de algunos dedos o miembro, deformación de la cabeza o tortícolis congénita, o alguna malformación cardíaca. Es posible que a pesar de que en la actualidad algunas características o trastornos se pueden diagnosticar desde la etapa fetal por medio de ultrasonido los futuros padres tengan más tiempo para procesar la realidad. Sin embargo, aun así, la mujer puede concluir que el ultrasonido es falso, que el técnico o médico se equivocó o que la están engañando.

Una paciente vista por nosotros informó que estaba convencida que iba a tener una niña a pesar de la evidencia contraria en el ultrasonido. Dijo que había tenido un sueño en el que Dios le había revelado que tendría por fin su anhelada niña pues ya tenía dos niños varoncitos anteriores. A pesar de lo que habían dicho los médicos, ella ya tenía preparado el cuarto del futuro bebé con decoraciones para niña, había comprado abundante ropa de niña, y estaba convencida de que Dios le haría “un milagro” de tener una niña, pues después de todo “Dios puede hacer lo que sea su voluntad, inclusive un milagro”. Al explorar más el deseo tan ardiente de tener una hija, la paciente reveló sus fantasías de infancia, pues siempre había querido tener una niña para vestirla “como una muñequita” y pensaba que su esposo iba a ser más amable con ella si le “daba una hija”. No podía ser convencida de la realidad y al tener otro varoncito mostró gran frustración y sospechaba que la habían engañado para frustrar su buena suerte, luego estando convencida de ello.

En otros casos evaluados por nuestro equipo, la madre de un niño con una malformación revela su convicción de que en realidad tuvo un niño sano y “alguien le cambió” el bebé por el que ahora está en sus brazos.

## Diagnóstico diferencial

---

La mayoría de los casos de psicosis postnatal se consideran relacionados a un trastorno del estado de ánimo, bipolar o “cicloide” (21,22) y que la psicosis actual puede ser un agravamiento de tal trastorno (2).

Un trastorno que debe distinguirse de la psicosis postparto es el delirium postnatal. Éste no es propiamente una psicosis, sino una alteración grave del estado mental de la paciente, que la hace perder contacto con la realidad y que tiene un substrato claramente metabólico-orgánico y requiere de un tratamiento inmediato en el medio hospitalario. El delirium tiene una mortalidad alta y sólo trata sobre todo remediando la causa del delirio y tratando sus síntomas, conteniendo y estabilizando a la paciente. Por desgracia en el medio Latinoamericano y de otros países pobres, como África y muchos países asiáticos es todavía frecuente que haya una mortalidad elevada que se asocia con la maternidad, debido a sangrado, desbalance electrolítico, infecciones debidas al parto o la cesárea, y otras causas de índole orgánica. El delirium es sólo una de las manifestaciones de tales trastornos, es un síndrome con diversas etiologías y manifestaciones y que tienen en común la pérdida del contacto con la realidad, desorientación y con frecuencia agitación psicomotriz.

En un servicio de atención obstétrica, se puede pedir consulta al psiquiatra porque una paciente recién parida presenta una conducta anormal, habla de modo incoherente y esté fuera de la realidad, concluyendo el obstetra que está “psicótica”. El clínico al evaluar a tal paciente, de preferencia con un familiar que esté al tanto de la conducta normal de la mujer, nota que ésta tiene cambios en su estado mental, no está orientada respecto al tiempo, al lugar donde se encuentra, o quién es ella o los que la rodean. Puede mostrar perplejidad, no saber quiénes son los que la rodean ni donde está. Podría experimentar alucinaciones visuales, ver animales, presencias que la asustan, u oír voces que la amenazan y otros ruidos intensos. Se muestra agitada, tiene cambios en los signos vitales, y puede auto-dañarse inadvertidamente.

Habrá de intervenirse de inmediato, pues de no ser contenida, podrá atacar a alguien, dañar al bebé, salirse de la sala de hospitalización, o tirarse por una ventana (23).

El tratamiento farmacológico incluye sedantes de acción inmediata, incluso por administración intramuscular, tales como el lorazepam o el diazepam. Se utilizará también un medicamento neuroléptico para tratar los síntomas alucinatorios y la agitación psicomotriz grave. Es esencial determinar la causa del delirio, que puede ser un proceso infeccioso (24), fiebre, disequilibrio electrolítico, los efectos de una hemorragia intensa, etc. Al remediarse este problema los síntomas que causal el delirium no volverán a presentarse.

Otros trastornos que se han reportado incluyen el hipertiroidismo como causa de psicosis postparto (25), y también una encefalitis (26) un accidente cerebrovascular (27). Estos últimos se observan con mayor frecuencia en casos de complicaciones durante el parto, tales como hemorragia subaracnoidea después de la perforación de la duramadre en la anestesia epidural. También se han observado casos de trombosis venosa cerebral, y de angiopat  postparto, que se ha descrito en mujeres adictas a la cocaína y consiste en el espasmo de una arteria cerebral de calibre mediano, entre otros. Aunque estos casos sean más raros, la fenomenología se acompaña de hallazgos médicos adicionales a los que hay que estar alerta y no atribuir todos los síntomas a causas psicológicas.

## **Prevención**

---

Este apartado se refiere a la vigilancia estrecha e intervención en mujeres que tienen ya antecedente de trastorno bipolar o que después de un parto anterior han tenido episodios psicóticos (28), pues se sabe que est n en un riesgo más elevado de presentar un nuevo episodio de psicosis después de otro nacimiento. La literatura no es concluyente en cuanto a qué se debe hacer. Claro que hay qué incluir los deseos de la paciente y su familia a este respecto y balancear el riesgo de utilizar medicamentos, por ejemplo, durante el embarazo tales como el litio o los medicamentos antipsicóticos, o esperar después del parto habiendo prevenido a la paciente y su compañero de que podrá haber una recaída e intervenir lo más pronto posible entonces.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Tschinkel A, Harris M, Le Noury J, Healy D. Postpartum psychosis: two cohorts compared, 1875–1924 and 1994–2005. *Psychol Med.* 2007. Vol. 37. No. 4. 529-36.
- 2.- DiFlorio A, Smith S, Jones I. Postpartum psychosis. *The Obstetrician & Gynaecologist.* 2013. Vol 15. 145-50.
- 3.- Maldonado-Duran J. Martin. La conducta del recién nacido normal. En. Maldonado-Duran JM. *Salud Mental Perinatal.* Washington DC. Panamerican Health Organization. 2011.
- 4.- Marce LV. *Traite de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouches et des nourrices.* J.B: Bailliere et Fils. Paris. 1858.
- 5.- Trede K, Baldessarini RJ, Viguera AC, Bottero A. 2009. Treatise on insanity in pregnant, postpartum, and lactating women (1858) by Louis-Victor Marcé: a commentary. *Harvard Rev Psychiatr.* 2009. Vol. 17. No. 2. 157-65.
- 6.- Fuchs T, Schlimme JE. Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective. *Curr Opin Psychiatry.* 2009. Vol. 22. No. 6. 570-5
- 7.- Lawson A, Dalfen A. Examination of a four -step treatment algorithm for postpartum psychosis. *Evidence Based Mental Health.* Feb. 2016. Vol. 19. No.1. 25.
- 8.- Mayberg HS, Lozano AM, Voon V, McNeely HE, Seminowicz D, Hamani C et al. Deep-brain stimulation for treatment resistant depression. *Neuron.* March 2005. Vol. 45. 651-60.
- 9.- Spinelli MG. Postpartum psychosis: detection of risk and management. *Am J Psychiatry.* April 2009. Vol 166. No 4. 405-8.
- 10.- Sharma V, Mazmanian D. Sleep loss and postpartum psychosis. *Bipolar Disord.* 2003. Vol. 5. 98-105.
- 11.- Protheroe C. Puerperal Psychoses: a long term study 1927-1961. *Br J Psychiatry.* 1969. Vol. 115. 9-30.
- 12.- Sharma V. Pharmacotherapy of postpartum psychosis. *Expert Opin Pharmacother.* 2003. Vol. 4. No. 10. 1651-8.
- 13.- Norlander Y, Bergink V, Van den Berg MP. Perceived and observed mother-child interaction at time of hospitalization and release in postpartum depression and psychosis. *Arch Womens Ment Health.* 2008 Vol. 11 49-56.
- 14.- Di Florio, Arianna et al. "Perinatal episodes across the mood disorder spectrum." *JAMA Psychiatry.* 2013. Vol. 70. No. 2. 168-75.
- 15.- Nager A, Szulkin R, Johansson SE, Johansson LE, Sundquist K. High lifelong relapse rate of psychiatric disorders among women with postpartum psychosis. *Nord J Psychiatry.* 2013. Vol. 67. 53-8.

- 16.- Fallgatter AJ, Schnizlein M, Pfuhlmann B, Heidrich A. Klinische Aspekte der Wochenbett psychosen [Aspectos clínicos de las psicosis post-parto]. *Nervenarzt* 2000. Vol. 73. 680-5.
17. Klinger G , Stahl B , Fusar-Poli P , Merlob P. Antipsychotic drugs and breastfeeding. *Pediatric Endocrinology Reviews*. 2013. Vol. 10. No. 308-17.
- 18.- Cazas O, Glangeaud-Freudenthal NMC. The history of mother-baby units in France and Belgium and of the French version of the Marce checklist. *Arch Womens Ment Health*. 2004. Vol. 7. No. 1. 53-8.
- 19.- Glangeaud-Freudenthal NMC, Barnett BEW. Mother-baby inpatient psychiatric care in different countries. Data collection and issues. Introduction. *Arch Womens Ment Health*. 2004. Vol. 7. 49-51.
- 20.- Turmes L, Appelt S, Lier-Schehl H, Kramer M, Norra C. Die Deutsche version der Marce-Clinical-Checklist als Basisdokumentation für stationäre Mutter-Kind-Einheiten [La version alemana de la lista de síntomas clínicos Marce como base de documentación en unidades hospitalarias Madre-bebé]. *Psychiat Prax*. 2015. Vol. 42. 90-5.
- 21.- JL,van Hulst AM. Classification of postpartum psychosis: a study of 250 mother and baby admissions in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica* . 1991. Vol. 84, 3, 255–61
- 22.- Pfuhlmann B, Strober G, Franzek E, Beckmann H. Differenzierte diagnostic, verlauf und ausgang postpartaler psychosen [Diagnóstico diferencial, curso clínico y resultado de la psicosis post-parto]. *Nervenarzt*. 2000. Vol. 71. 386-92.
- 23.- Brockington IF. Infective delirium. *Arch Women's Ment Health*. 2007. Vol. 10. 129-30.
- 24.- Brockington IF. Parturient delirium and stupor. *Arch Women's Ment Health*. 2007. Vol. 10. 33-4.
- 25.- Dahale AB, Chandra PS, Sherine L, Thippeswamy H, Desai G, Reddy D. Postpartum psychosis in a woman with Grave's disease: a case report. *Gen Hosp Psychiatr*. .2014. Vol. 36. E761-8.
- 26.- Koksal A, Baybas S, Mutluay b, Altunkaynak Y. Keskek A. A case of NMDAR encephalitis misdiagnosed as postpartum psychosis and neuroleptic malignant syndrome. *Neurol Sci*. 2015. Vol. 36. 1257-8.
- 27.- Brockington IF. Cerebral vascular disease as a cause of postpartum psychosis. *Arch Womens Ment Health*. 2007. Vol. 10. 177-8.
- 28.- Bergink V, Bouvy PF, Vervoort JSP, Koorengel KM, Seegers E, Kushner SA. Prevention of postpartum psychosis and mania in women at high risk. *Am J Psychiatry*. 2012. Vol. 169. 609-615.



## **6. LA INTERVENCIÓN DESDE SALUD MENTAL EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGIA.**

**Remei Tarragó Riverola.**

Nuestra colaboración desde la Fundación Eulalia Torras de Beá en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona se inició en el año 2000. Anteriormente, con el Dr. Francesc Cantavella, habíamos iniciado el soporte psicológico en la UCIN del Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona desde el año 1985 incorporando la pasación del Test de Brazelton a los bebés prematuros.

La prematuridad es una de las circunstancias neonatales con mayor incremento en los últimos años. Actualmente un 10% de los nacimientos requiere de atención en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). La mayoría son bebés de menos de 37 semanas de gestación o de un peso inferior a 2000 grs.

En Cataluña, donde existe uno de los índices de natalidad más bajo de Europa, nos encontramos ante un incremento muy importante de la prematuridad, así como de nacimientos de bebés con bajo peso para la edad gestacional. Las principales causas de este incremento son:

Los tratamientos de reproducción asistida.

El incremento de partos múltiples.

La edad de las madres, cuya media en nuestra experiencia es de 34 años y con un índice elevado de mayores de 40 años.

Vemos que los tres puntos se encuentran estrechamente correlacionados.

La demanda desde los profesionales de la Unidad consistía en cómo ayudar a los padres a acercarse a su hijo que se encuentra, en muchas ocasiones, en situaciones de mucho riesgo.

Enseguida entendimos que el trabajo desde Salud mental en la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) iba a ser básicamente ayudar a

establecer el vínculo padres-niño, a elaborar los múltiples duelos que aparecen desde el momento del nacimiento del bebé (duelo del hijo fantaseado, del parto imaginado, sensación de vacío al tener que dejar a su hijo en la UCIN...) y ayudar a la elaboración de las culpas que sienten, especialmente las madres, frente al nacimiento de su bebé antes de tiempo.

Los objetivos que nos marcamos para la comprensión de la dinámica en la UCIN fueron:

Observación del bebé para conocer sus necesidades.

Soporte a los padres a través de entrevistas, grupo de padres y seguimiento al alta, siempre con el objetivo de ayudar a establecer una buena vinculación con el hijo que entendemos como indispensable para su evolución al mismo tiempo que realizar un trabajo de detección y derivación, si precisa.

Trabajo conjunto con los profesionales de la Unidad que nos permita la reflexión y el análisis de situaciones difíciles y dolorosas, donde el manejo de las ansiedades y la capacidad de elaborarlas será básico para el buen funcionamiento del equipo.

## **El trabajo con el bebé**

---

La inmadurez fisiológica de estos bebés hace necesaria, en la mayoría de los casos, de una larga hospitalización y por tanto una intervención de alta tecnología médica.

En el momento del nacimiento el bebé prematuro pierde el “medio” que conocía y que es necesario para su desarrollo. Esta situación genera ansiedades importantes. La observación y comprensión de las características y competencias del bebé a través de la aplicación del test de Brazelton y de una minuciosa observación en distintos momentos y situaciones del día, nos ha permitido detectar señales de bienestar, dolor u otras necesidades, que al ser interpretadas permite ofrecer al bebé lo que él necesita para poder disminuir dichas ansiedades primarias y como consecuencia conseguir la disminución del estrés causante de muchas dificultades y empeoramientos.

También vemos muy importante señalar que un gran número de niños que han sido hospitalizados desde el nacimiento y, algunos durante mucho tiempo, evolucionan psicológicamente sin problemas. No podemos asociar las dificultades y el dolor sufrido por un niño a un obligado desarrollo patológico

posterior. El peligro de tal suposición es etiquetar al prematuro y a su entorno de población patológica. Sabemos que la mayoría de los niños prematuros no tendrán problemas, principalmente si se realiza un trabajo desde la Unidad de Neonatología que contemple la globalidad del niño y la atención muy próxima a la familia. No obstante, somos conscientes de que la situación vivida por el bebé y la familia, obliga a ambos a realizar un sobreesfuerzo para compensar la ruptura inicial del vínculo. Este hecho podrá ser o no compensado por su entorno, pero nunca borrado, aunque no exista la memoria del mismo.

Desde sus inicios, la Unidad de Neonatología del Hospital de “Sant Pau“, ha sido pionera en la consideración de que su objetivo no es la atención exclusiva al niño, sino la atención al niño manteniendo, dentro de lo posible, el vínculo con su entorno natural, su familia.

Actualmente el concepto de Cuidados Centrados en el Desarrollo, es una forma de trabajo que se ha ido implantando a partir de la comprensión de las necesidades del niño y de su familia. Esta filosofía solo es posible aplicarla desde un trabajo pluridisciplinar.

La sensibilidad y el esfuerzo de las personas que trabajan en la UCIN hacen posible las actitudes a favor del crecimiento de los niños y la adaptación de los padres que se encuentran en un medio tan inhóspito como es una UCIN.

La influencia que tiene el personal de la UCIN sobre la evolución del niño y el bienestar de los padres ayudando a que el vínculo entre ambos quede lo menos dañado posible, nos hace pensar en la necesidad de un trabajo de equipo que permita la elaboración de las ansiedades propias de una labor tan altamente estresante y que requiere, a su vez, la máxima calma en la toma de decisiones.

La función de los profesionales de la psicología en la unidad es, como hemos dicho al inicio, esencialmente, la de ayudar a los padres a encontrar formas de relación adecuadas a las características de su hijo que les permita reestablecer un vínculo que se ha alterado en el momento del nacimiento y, a nivel de equipo, dar soporte a los profesionales para poder realizar dicha tarea con coherencia.

Nos encontramos también con la peculiaridad de desarrollar nuestra actividad en un Hospital donde existe una Unidad de Reproducción Asistida. Esta situación hace que una gran parte de los niños prematuros a los que atendemos procedan de dicha unidad, lo que supone que son fruto de un difícil proceso donde la técnica puede aportar novedades psicológicas en la

parentalidad que tendremos que asistir y entender. Por ejemplo, madres que han concebido a partir de una FIV (Fecundación In Vitro), óvulos o semen de donantes, madres solas...

Anteriormente a este embarazo la pareja ha tenido que elaborar el duelo de no poder procrear a partir del acto sexual. Difícilmente la pérdida de la parentalidad y la procreación biológica habrán sido atendidas suficientemente desde el lado emocional. El duelo de la infertilidad, como lo define la psicóloga Nuria Camps, es “un duelo de duelos, en el que nadie se conmueve ni acompaña en su elaboración”.

Cuando estos padres tienen a su hijo nos encontramos con unas cifras que nos inquietan: Mortalidad del 10%, necesidad de ingreso en una UCIN de un 15%, partos múltiples de un 20%... Todo ello nos lleva, a menudo, a procesos en los que los padres tienen que hacer frente a situaciones de difícil comprensión.

¿Qué sucede cuando el bebé nace prematuro?

Cuando el bebé nace prematuramente, la interacción precoz entre él y su madre se interrumpe de forma dramática. La empatía cenestésica descrita por Spitz, que implica la comunicación profunda entre el inconsciente materno y el cuerpo del bebé queda bloqueada por la puesta en marcha de mecanismos de disociación y negación masivas. En esta relación entran en juego sensaciones de equilibrio, tensiones, posturas vibraciones, contacto, ritmo... que si se interfieren va a dificultar a la madre la posibilidad de constituirse en una barrera contra los estímulos excesivos y ayudar a su bebé a establecer sus ritmos endógenos.

Por otro lado, la interrupción de la gestación provoca en los padres un golpe catastrófico por el cambio brusco, por lo inesperado.

En las madres de bebés prematuros la interrupción de la gestación, con la consecuente depresión reactiva, que suele aparecer en los momentos de descompensación del bebé interfiere en las funciones maternas y en la capacidad de identificar las necesidades de su hijo.

Paralelamente a estas circunstancias sabemos que la visión Aristotélica del lactante como un ser desprovisto de cualquier conocimiento al que describía como “la pizarra virgen”, la tenemos que reemplazar, en la actualidad, por la visión de este niño capaz de entrar en relación, de reconocer su lengua materna, la voz de su madre o de su padre, el olor de la madre, el tono corporal, su estado anímico, un niño que nos muestra sus preferencias, su capacidad de atención, etc.

Se han descrito, a lo largo de las últimas décadas del siglo XX desde la neurología y la psicología evolutiva, las competencias del bebé que nos muestran la existencia de una capacidad yoica descrita ya por Klein (1) en el ámbito del psicoanálisis.

Cramer, desde un modelo biológico, relacionado con la teoría de la evolución, describe al niño con unas capacidades comunicativas a través de sus vocalizaciones expresión facial etc., favorecedoras de la vinculación con los objetos primarios y la posibilidad de reconocimiento afectivo. Para Cramer, la teoría biológica-evolucionista ha desarrollado evidencias que ilustran, en su conjunto, una preadaptación del niño a la interacción con un entorno humano tales como la reciprocidad, la sincronía, la preferencia por una gestalt visual de la cara, la voz femenina y el olor materno; datos que ilustran la existencia de una predisposición biológica innata dirigida hacia la vinculación humana al servicio de la supervivencia.

Lebovici en su libro “El lactante, su madre y el psicoanalista” considera que el estudio de la dinámica madre-bebé debe de hacerse a partir de la teoría de las interacciones y plantea que la madre recibe acciones de su bebé a partir de las cuales se hará madre porque el bebé ha actuado sobre ella. El niño inviste a la madre, pero también la crea, la hace madre. Brazelton lo explica como una reacción biunívoca en la que los padres crean al niño pero que el niño también los hace padres.

Bion introduce en su teoría sobre el desarrollo de la mente la idea de un elemento pre-conceptual. Entendiendo que el desarrollo de la mente humana no se da únicamente por la introyección de los elementos externos, sino que la mente humana tiene un desarrollo propio basado en la pre-concepción. Si estamos de acuerdo con este concepto podemos decir que el bebé no es exactamente aquello que se pone dentro de él, sino que tiene una constitución y una personalidad determinadas, tiene unas preconcepciones que deberán desarrollarse. Este concepto nos ayuda a entender la variabilidad de respuestas del bebé, porque cada bebé es único y totalmente diferenciado de otro.

Si bien es cierto que las ambivalencias se dan en todos los embarazos, el nacimiento sin dificultades importantes vuelve a narcisizar a la madre en el momento en el que le entregan a un bebé sano, que la tranquiliza y la gratifica.

En la unidad de neonatos nos encontramos constantemente con madres que sienten que no han podido aguantar más a su bebé, que lo han dotado de una vida demasiado frágil.

## **El trabajo con los padres**

---

Cuando el nacimiento se precipita en un entorno de urgencia, cuando el mundo médico no puede tranquilizar a la madre, cuando el bebé está realmente en peligro, la realidad confirma el fantasma, surgiendo el trauma. En el momento del nacimiento las madres se sienten culpables y muy a menudo viven a su hijo como un perseguidor, ya que es la causa de sus sentimientos de culpa.

El trabajo con los padres empieza en el momento del ingreso del niño en la UCIN. En algunos casos antes del nacimiento del niño cuando la madre ingresa por amenaza de parto prematuro. Fijamos unas entrevistas en las que nos hablarán de sus ansiedades y del traumatismo que representa enfrentarse a la realidad. Es necesario hacer espacio a la simbolización para que los padres puedan seguir imaginando a su hijo, para que no se convierta únicamente en la imagen de los monitores, sondas, gramos de peso, etc...sino que sea un niño, que sea su hijo.

Las madres que tienen un hijo prematuro y es necesario retirarlas al niño inmediatamente del parto porque está en una situación de riesgo, se ven inmersas en un sentimiento de culpabilidad tan violento que se cuestionan todas sus referencias. El tiempo se para y los días pasan al ritmo de las constantes de su bebé. No podemos olvidar que cuando nace un niño prematuro nos encontramos frente a unos padres que también lo han sido prematuramente.

Cuando el bebé nace a menudo preguntan: ¿Cuándo será su cumpleaños, el día que nació o el día que salga de la incubadora? Nos expresan el sentimiento de continuidad del embarazo sin ellas, en una incubadora que incuba en su lugar al niño que ellas no han sabido retener. Lo que entra en juego en este sufrimiento es la incapacidad de investir libidinalmente a su hijo. ¿Cómo ubicar a este niño en una posición ideal? ¿Cómo puede este niño que sufre tanto ser creador de una madre capaz para la crianza?

Si observamos detenidamente a un niño prematuro veremos a un bebé con características muy diferentes, tanto por su apariencia física como por sus patrones de conducta.

Si estas características son impactantes, no son menos importantes las dificultades que presentan en la manifestación de dos de las conductas innatas creadoras del vínculo, la succión y la sonrisa. Igualmente son bebés con menos

capacidad de alerta y respuesta frente a los estímulos externos, cuando existe respuesta, ésta es débil y difícil de ser interpretada por los padres. Entendemos pues, la dificultad en la que se encuentran los padres para establecer un vínculo sano.

Cuando nos encontramos frente a un niño prematuro vemos como los padres se sienten desorientados, no saben reconocer las respuestas de su hijo y nos encontramos muy a menudo con preguntas como ¿sufre? El bebé que nace prematuro no es un ser insensible al que su sistema sensorial no le permite sentir el mundo circundante. Ya no es posible pensar que el recién nacido no sufre, incluso se piensa que sufre mucho. Se le supone hipersensible ya que la inmadurez de su equipamiento neurobioquímico no le permite aún la puesta en marcha de sistemas inhibidores del dolor.

Los médicos deben adaptar sistemas analgésicos al peso y fragilidad de estos bebés prematuros.

Estos conocimientos han llevado a la creación de las unidades intensivas específicas y la formulación de infinidad de preguntas. ¿Cabe el riesgo de que el bebé sufra?, ¿estará sobre o subestimulado?, ¿los padres deberían permanecer dentro de la Unidad?, ¿es conveniente que los niños estén en colchones de agua, hacerles masaje, cambiarlos de posición, establecer protocolos de succión no nutritiva, para estudiar sus reacciones?

La idea de reproducir en la incubadora, el medio intrauterino, es decir, hacer como si no hubiese nacido ¿es la más adecuada para la evolución y madurez del recién nacido, o, por el contrario, debemos enfrentarnos a la realidad que supone la prematuridad?

Nos encontramos ante un bebé que no ha podido adquirir un equipamiento de base, que según Julián de Ajuriaguerra, es un equipamiento de carácter innato e inconsciente que prepara a los dos protagonistas del encuentro postnatal, la madre y el hijo, hacia un encuentro favorecedor del desarrollo emocional y cognitivo.

¿Qué pasa cuando se rompe el impulso vital hacia la relación, la simbolización y la concienciación? Sabemos que, si se dan determinadas lesiones neurológicas, vulnerabilidad genética, un traumatismo físico o psicológico inicial, una madre deprimida o que rechaza a su bebé por la herida narcisística que le supone pueden suponer un fracaso importante de la capacidad de contención materna en las ansiedades más arcaicas, provocando en el bebé una psicopatología de carácter más o menos visible.

Si nos planteamos cual es la función de los profesionales de la salud mental en una UCIN vemos como a lo largo del tiempo hemos ido descubriendo la importancia de crear un espacio donde la palabra y la escucha sean posibles, un espacio flexible, en función de quien sea el interlocutor y en las circunstancias en las que se encuentra.

Es importante ser el interlocutor del niño, expresando, a través de nuestras observaciones, en qué momento se encuentra según su color, sus gestos, el tono, el estado de conciencia etc...que el niño va mostrando.

Sabemos que esto ayuda a los padres a reafirmar sus intuiciones, sus propias observaciones e interpretaciones sobre el estado de su bebé y, por lo tanto, les ayudará a recuperar su función parental a “ser sus padres” a pesar de todo y en las circunstancias en las que se encuentran.

## **El trabajo con los profesionales**

---

En estos primeros momentos es cuando los padres establecen un vínculo muy especial con las personas que están a su alrededor: Neonatólogos, enfermeras, psicólogos, etc.

Nos planteamos el trabajo con los profesionales de la UCIN desde la importancia que entendemos que tiene la relación padres-niño-profesional para la buena evolución de cualquier proceso y especialmente en un ingreso hospitalario que, a menudo, puede ser largo y cargado de ansiedades.

No es fácil entender que la madre, los padres no son los protagonistas principales de la crianza de su hijo desde el inicio de la vida. “No le he dado yo la vida” decía la madre de un gran prematuro en una entrevista- Y ¿Quién? Le pregunté- Pues ellos, refiriéndose a los profesionales, - si no hubiesen estado allí estaría muerto, pero me da mucha rabia pensar que es un bebé del hospital. Hasta que no salgamos de aquí no será mi bebé. Ahora no es la prolongación de su propia vida; el bebé carece de vida autónoma ya no depende de ella sino de la técnica.

Es interesante subrayar que el fantasma de los científicos coincide con el de las madres: “hacer todo como si este bebe no hubiese nacido aún”. Es evidente que esta actitud corresponde a una negación defensiva frente al sufrimiento que supone la duda la fragilidad y la impotencia. La idea de reproducir en la incubadora, el medio intrauterino, es decir, hacer como si no hubiese nacido



¿es la más adecuada para la evolución y madurez del recién nacido, o, por el contrario, debemos enfrentarnos a la realidad que supone la prematuridad?

El bebé ya no está en el vientre de su madre, y no es posible hacer como si nada hubiese sucedido. Esta allí, evidentemente más vulnerable, hipersensible a los estímulos dolorosos y sin posibilidad de poner en marcha un sistema de protección anti estímulo. El niño está suspendido entre la vida y la muerte pudiendo perder el equilibrio en cualquier momento. No podremos ayudarlo simulando “como si no hubiese nacido”. Algunas madres, por el contrario, sienten aún al niño en su interior, incluso durante tiempo después del parto. Este bebé que ya está fuera, es vivido, entonces, como un extraño, que todos le presentan como su hijo.

Estos movimientos del bebé que siguen existiendo como una huella viva del paso por su cuerpo, imposibilitan la toma de conciencia del parto, estas huellas tienen un valor de negación de la pérdida.

Debemos comprender la gran dificultad de los padres para investir a un bebé que durante semanas se debate entre la vida y la muerte.

Existen muertes anunciadas, que obligan a los profesionales a preparar a las familias. Las familias inician un proceso de duelo que para algunos supone un alivio, para otros, un agobio dependiendo de su capacidad para hacer frente a lo incierto, de su posibilidad de encarar el futuro con este bebé y de su capacidad para asumir su culpa por haber perdido la esperanza por su propia creación.

¿Qué efecto tendrá el paso de un bebé por la incubadora? ¿Se convertirá en un trauma? ¿En un mito familiar? Pensamos que se puede prevenir esta situación intentando, por parte de los profesionales, ayudar a elaborar tanto dolor, permitiendo a los padres expresar sus problemas, sus dudas, sus ambivalencias en una relación tan paradójica.

Es imprescindible un trabajo de apoyo para evitar sobrecargas patógenas que dificultan la relación entre el bebé y sus padres. Este trabajo lo realiza el personal sanitario y el trabajo de elaboración debe llevarse a cabo también con su ayuda.

Toda esta labor es muy dura y, en ocasiones, existe el riesgo de fragilización del equipo ante esta constante elaboración.

Cuando las noticias son alarmantes y vemos a los padres sumidos en la desesperación, debemos luchar contra nuestro propio deseo de que el bebé muera. Debemos luchar contra la cólera que los padres han hecho nacer en

nosotros ante las limitaciones médicas actuales y no cuestionar el trabajo de los médicos y enfermeras, no tomar partido contra ellos frente a la decisión de mantener con vida a un bebé sobre el que pesan serias dudas sobre su futuro como persona normal.

Debemos mantenernos neutrales ante los sentimientos de los padres, pero mostrarnos activos, en ciertos casos, para poder realizar nuestro papel de apoyo.

Es preciso aceptar que, a veces, sólo somos los receptores de las cóleras y de las lágrimas y las dificultades que comporta dicha situación tan generadora de ansiedad en el trabajo cotidiano.

No podemos olvidar al hablar de las ansiedades que rodean cualquiera de estas situaciones, las ansiedades propias del profesional que será quien se haga cargo de la evolución del niño y del grupo familiar.

Es importante transmitir una información ponderada y consciente que pueda hacer soportables los sentimientos de quiénes la reciben y pueda tolerar las reacciones que se puedan producir.

Esta posibilidad del profesional para transmitir la situación o el diagnóstico del niño, dependerá de la capacidad adulta de sentirse afectado por el dolor y la pérdida que este implica. Es importante que exista la posibilidad de identificarse con la familia afectada, incluso con el mismo niño, pero de forma temporal y parcial para no perder la capacidad de análisis que le permitirá diferenciarse, aunque siga sintiendo dolor y tristeza.

Si es posible para el profesional tener estos sentimientos sin quedarse inmerso en ellos, tendrá lugar una situación de empatía que favorecerá la sensibilidad necesaria para percibir el tipo de sentimientos y sensaciones que conmueven a los padres, podrá respetarlos y utilizar dichos sentimientos para dinamizar la situación de impasse que se produce delante de la noticia tan difícil de aceptar.

El dolor mental, la tristeza y el duelo, son sentimientos de los que tendemos a huir, y es posible que el profesional pueda minimizar una situación o retrasar la comunicación de un diagnóstico, o crear falsas expectativas que darán lugar a unas fantasías de los padres a las que será muy difícil que renuncien más tarde cuando la realidad sea ya ineludible.

Si el profesional puede tomar conciencia de sus resistencias a aceptar lo doloroso y comprometido de la situación y se responsabiliza de su tendencia a negarla, será una experiencia que le permitirá entender y tolerar que también los padres se sientan inclinados a negar, deformar o minimizar el mensaje

recibido, e incluso tener reacciones de enfado hacia las personas que comunican el diagnóstico.

Si existe esta empatía de la que anteriormente hablábamos el profesional no sentirá la necesidad de defenderse ante estas reacciones de los padres, sino que podrá realizar una labor de contención que permitirá pensar y encontrar recursos que modifiquen, en la forma posible, la situación real, ayudando a valorar los pequeños avances a los que en ocasiones damos poco valor y que en la experiencia sabemos que pueden tener un alcance imprevisible.

Entender, acompañar, anticipar, ayudar a simbolizar el dolor y a elaborarlo serán, en parte, las funciones que desde una UCIN deben acompañar a la técnica más sofisticada para conseguir que aquel bebé logre vivir, nosotros, los profesionales debemos luchar para que lo haga con unos padres suficientemente sanos, que le permitan una evolución y que puedan confiar en sus capacidades de crianza para ayudarlo en su crecimiento personal.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Klein, M. (1923). El desarrollo del niño, *Int J. Psychoanal.*, 4:419-474.
- 2.- Anna Freud (1980). *El Psicoanálisis y la crianza del niño*, ed. Paidós Barcelona
- 3.- Mario Marrone (2001). *La Teoría del Apego: un enfoque actual*, ed. Prismática Madrid
- 4.- C.Mathelin (2001), *Clinica psicoanalítica con bebés prematuros*, ed. Nueva Visión Buenos Aires.
- 5.- T.Berry Brazelton, Bertrand Cramer (1993) *La relación más temprana*,ed. Paidós Barcelona
- 6.- Silvia Lopez, Maria Teresa Pi-Sunyer (2015) *Morir cuando empieza la vida*, ed. Círculo Rojo Barcelona.

## 7. LA PSICOTERAPIA PADRES-BEBÉ.

### Pascual Palau Subiela.

#### Introducción

---

La construcción de sentido conlleva siempre la huella de un sentido compartido con el otro.

Los padres y aquellas figuras significativas que rodean al niño, imprimen un sentido en todos los campos de la experiencia de éste, el cual se nutre de ello cuando produce sus propias matrices de significación.

Las psicoterapias padres-bebé constituyen, junto a las consultas terapéuticas y las aproximaciones grupales, una de las principales modalidades terapéuticas en perinatalidad y pequeña infancia. Estas terapias parten del principio de que la mayor parte de los trastornos de la pequeña infancia pueden ser considerados desde la dimensión relacional, es decir, teniendo un origen en la relación o produciendo consecuencias sobre la relación. Los disfuncionamientos en las interacciones padres-niño están a menudo presentes mucho antes de que un determinado trastorno se manifieste en el bebé o en el niño pequeño (9).

En su origen, estas terapias concernían esencialmente a las madres y su bebé, y podían estar limitadas en el tiempo (terapias breves), estando indicadas sobre todo en los trastornos de la relación madre-bebé y en los trastornos funcionales leves. Lo que excluía a los niños que presentaran síntomas mayores o un trastorno del desarrollo, así como a los padres que padecieran una patología psiquiátrica. Las terapias madre-bebé eran y aún son, un tratamiento de elección para las depresiones maternas perinatales (2-13). Progresivamente, las terapias madre-bebé se han vuelto tratamientos padres-bebé, ya que los padres participan en ellos por iniciativa propia o porque son convidados. Estas terapias pueden ser propuestas a familias muy

carenciadas, con múltiples problemas y a los padres psicóticos y con otros trastornos graves (17,9). El terapeuta se encuentra frecuentemente ante una familia entera, y una experiencia con un abordaje sistémico le resultará muy útil (6).

Como señala Francisco Palacio (15) en su libro “La práctica de las psicoterapias padres-bebés”, las psicoterapias conjuntas madre-padre-bebé permiten descubrir cómo la madre y el padre interpretan a su bebé y cómo este último va a organizarse en función de esa dotación de sentido externo, haciéndolo suyo para producir sus propios recuerdos y sus modelos de interpretación, e influir, a su vez, sobre ellos.

La intervención psicoterapéutica padres-bebé se esfuerza en descifrar esa producción de sentido que procede del encuentro y de la interpenetración interactiva de los psiquismos de los padres y del niño, con sus propias circunstancias psicosociales y transgeneracionales.

El estudio de las interacciones tempranas permite constatar una continuidad entre la experiencia compartida madre-padre-bebé/niño, y las representaciones desarrolladas en el bebé/niño.

Numerosos estudios han relacionado las experiencias de los tres primeros años de vida, junto a predisposiciones genéticas, con los trastornos psicopatológicos que aparecen durante el desarrollo posterior. La hipótesis, de que las relaciones de apego precoces son importantes y que el mecanismo mental que regula la expresión del genotipo individual está intrínsecamente ligado a las relaciones establecidas con las primeras figuras cuidadoras proviene de estudios sobre la interacción gen/entorno, incluido el apego, y los 3 locus genéticos implicados en la psicopatología (7,10).

Si la psicopatología perinatal e infantil se centra en esencia sobre la noción de enfermedad de la interacción, la cuestión es no sólo tomar en cuenta los disfuncionamientos del bebé o de quienes asumen sus cuidados, sino también y sobre todo, de ocuparnos de la patología del vínculo que los une, es decir de lo que sucede entre ellos (8,4).

Noción de vínculo que nos lleva a enlazar las dimensiones intrapsíquica e interpersonal, y a subrayar que para el bebé no existe una representación de sí que no sea en interacción con el otro, así como no existe en él una representación del otro que no sea en interacción con él, como lo planteaba Daniel Stern (21) con su concepto de representaciones de interacción generalizadas.

Sabemos que cuando los estados afectivos no son reconocidos por los cuidadores o se perciben como amenazantes, pueden ser defensivamente expulsados de la conciencia del bebé y/o experimentados como no válidos, o pobremente diferenciados. Esta tendencia a excluir o negar estados afectivos interfiere con el desarrollo psicológico porque los afectos son centrales para la organización de la experiencia de sí mismo y porque el compartir mutuamente los estados afectivos ayuda a establecer un sentido interno de relación emocional (21).

En ese contexto las psicoterapias conjuntas, que incluyen el trabajo psíquico de un tercero situado en la interface de las interacciones que se juegan entre el bebé y los padres, favorecen muy en particular la apertura del doble movimiento de interiorización y de especularización que sostiene el pasaje del registro interpersonal al registro intrapsíquico (8).

A lo largo de las últimas cuatro décadas ha quedado evidenciado que las representaciones juegan un papel poderoso y prevalente para el entendimiento de la relación padres–niño, tanto normal como patológica.

## **Influencias patógenas y efectos secundarios**

---

En la interacción padres-bebé, los padres filtran y regulan el intercambio creciente, aunque relativamente limitado, del bebé con el mundo. En los comienzos las influencias patógenas pueden llegar de cualquier parte, aunque no producirán un impacto en el bebé más que cuando afectan la diada o la triada que prodiga los cuidados (22).

Ante esta ley general formulada por Daniel Stern, debemos de señalar la importancia que, según nosotros, tiene el poder comprender y diferenciar la naturaleza de los primeros factores que alteraron el estado emocional del bebé, con el fin de no confundirlos con los efectos que éstos produjeron tanto en el bebé como en sus padres. Efectos secundarios, frecuentemente derivados de una progresiva complejización del trastorno inicial, al añadirse las alteraciones experimentadas por los padres y recombinarse con las del bebé.

En ciertos casos, la activación de una hiperreactividad psiconeurobiológica automática secundaria, desencadenada por la exposición continuada a un malestar somatoemocional intenso, experimentado a lo largo de las primeras semanas o meses de vida del bebé, derivado de una o de varias de las fuentes estimulares primarias como son la sensorialidad, el propio cuerpo o el estado

emocional del otro, puede exponer al bebé a una experiencia altamente estresora y, por tanto, generar en él una experiencia traumática que podrá afectar tanto a su persona como a la de sus cuidadores (16).

En una mente que busca, desde el comienzo de su vida, el sentido de su experiencia para, con ello, intentar obtener cierta percepción de control que le permita ir desarrollando unos recursos intrapsíquicos y comportamentales útiles para la autorregulación sensorial y emocional, así como para restaurar y proteger su homeostasis, la percepción de un comportamiento propio alterado, de manera tan persistente como inesperada e imprevisible en sus inicios e inextinguible después, puede generar un estado de desconcierto, impotencia e indefensión de naturaleza traumatógena, a pesar de una posición parental adecuada (16).

## **La Interacción**

---

La interacción puede definirse como la acción recíproca de dos fenómenos y supone como mínimo la acción de una persona y la respuesta por parte del que recibe la acción.

Desde esta perspectiva, la relación entre un bebé/niño y su entorno puede concebirse como un conjunto de procesos bidireccionales en los que el lactante no se encuentra únicamente sumiso a las influencias de dicho entorno, sino que contribuye activamente a modificarlo. Así pues, el entorno y el lactante se influyen mutuamente en un proceso continuo de desarrollo y cambio (18).

Las interacciones precoces que se generan en el contexto de la vida cotidiana, como por ejemplo en la comida, el cambio de ropa o el baño tienden a constituir formatos compuestos por una sucesión previsible de acciones e intercambios que se repiten día a día sea cual sea el lugar preciso, el momento de la jornada o el lugar utilizado, e incluso la identidad del cuidador.

La repetición de estos aspectos invariables permite al lactante elaborar un modelo interno (un esquema, una representación), no únicamente de la rutina en cuestión, sino también de un saber-hacer en la interacción interpersonal. Estos modelos internos, precozmente construidos, activados en cada nuevo encuentro, permiten al lactante anticipar, interpretar y reaccionar a las situaciones.

Si estos esquemas de “estar con el otro” pueden modificarse a lo largo del desarrollo y en función de las experiencias, parece sin embargo que los primeros intercambios dejan una huella tan indeleble como inaccesible a la conciencia (18)



## La comunicación triádica muy temprana

---

En la Unidad de Investigación del Centro de Estudio de la Familia, del Instituto Universitario de Psicoterapia de la Universidad de Lausanne, bajo la dirección de Elisabeth Fivaz-Depeursinge, estudios longitudinales sobre la comunicación a tres en el triángulo padre-madre-bebé/niño, a través del Juego Trilógico de Lausanne (LTP), desde el embarazo hasta los 5 años, han demostrado que la familia tiende a desarrollar un estilo de alianza estable, que va desde la cooperación que permite alcanzar un objetivo común, como es el compartir placer en el momento del juego, hasta el conflicto, en el que uno u otro interfiere con sus acompañantes, o incluso puede resultar excluido del trío.

La manera en que la pareja de padres se sostiene o se interfiere en la relación con el niño, desempeña un papel preponderante en el desarrollo de la interacción a tres, aunque también el bebé contribuye a ello desde el comienzo gracias a su competencia en comunicar con ambos padres a la vez. Una competencia que sólo se hace claramente visible en el contexto de la tríada, y se diferencia a partir de la intersubjetividad primaria y secundaria, hasta las fases moral/simbólica y narrativa, favoreciendo el desarrollo social y la teoría de la mente del niño, aunque puede verse perturbada en las situaciones de alianzas problemáticas.

El reciente descubrimiento en torno a la capacidad del bebé para interactuar, desde que nace, con más de una persona a la vez, permite hablar de una alianza familiar y de una comunicación triangular inicial, en la que cada uno de los integrantes desempeña un papel activo<sup>1</sup>.

Esta comunicación triangular innata o precoz, que señala la capacidad del bebé para interactuar con ambos padres a la vez, se diferencia del supuesto

---

<sup>1</sup> - A los 3 meses, en el estadio de la intersubjetividad primaria, el bebé comunicará a tres directamente mediante la percepción y la acción. Sus señales son todavía muy dependientes del contexto y no-conscientes, como todo lo que ocurre en el ámbito; primario.

- Hacia los 9 meses, en el estadio de la intersubjetividad secundaria, puede utilizar su capacidad triangular intencionalmente (fijar un objetivo y utilizar diversos medios para lograrlo) en referencia a acontecimientos o a terceros.

- A los 18 meses, en el estadio simbólico moral, puede comenzar a utilizarla de forma simbólica, mediante las palabras y los juegos de "como si", y ponerla al servicio de las emociones morales.

clásico sobre el desarrollo, que merece ser revisado, según el cual el bebé comienza primero por interactuar a dos y sólo después a tres (5).

## **Desarrollo de las psicoterapias**

---

Globalmente, las psicoterapias conjuntas padres-bebé/niño, se han desarrollado en varias direcciones principales: las psicoterapias conjuntas de inspiración psicoanalítica, las guías del desarrollo, la clínica del apego y las aproximaciones transculturales.

Los trabajos de John Bowlby sobre los “Modelos Operantes Internos” (MOI) o “Internal Working Models” (IWM); de Selma Fraiberg sobre las fantasías parentales; de Serge Lebovici sobre el bebé “imaginario” y “fantasmático”; de Joseph Sandler sobre el “rol de la relación internalizada”; de Daniel Stern con el concepto de sincronía afectiva y de representación de interacciones generalizadas; de León Kreisler, señalando que la interacción manifiesta padres-bebé/niño, implicada en las patologías psicósomáticas infantiles, es sostenida por una dimensión fantasmática; junto a las valiosas aportaciones de otros clínicos e investigadores, han establecido las bases para el actual desarrollo de las intervenciones psicoterapéuticas tempranas de la interacción padres-bebés/niño/feto.

## **Ámbitos de intervenciones psicoterapéuticas padres-niño/bebé/feto**

---

Habiendo comprendido que los desórdenes relacionales precoces son predictivos del malestar psíquico posterior, es por lo que desde hace 40 años se ha venido potenciando una dinámica de estudio de las interacciones cuidadores-bebé/niño y promoviendo las intervenciones psicoterapéuticas de la interacción, así como la evaluación de su eficacia a corto y largo plazo.

Hoy en día las intervenciones terapéuticas que tienen como fin el cuidado de la salud mental infantil y parental, encuentran su aplicación en muy diversos entornos clínicos y situaciones particulares. Entre las distintas intervenciones posibles, podemos señalar las intervenciones psicoterapéuticas en medicina fetal, las consultas terapéuticas perinatales, las intervenciones psicoterapéuticas

en neonatología, las consultas terapéuticas infantiles, las psicoterapias en los bebés y niños afectados de trastornos psicósomáticos, las psicoterapias madre-bebé a domicilio, las intervenciones psicoterapéuticas padres-bebés en el hospital, la hospitalización conjunta madre-bebé, la psicoterapia individual del niño/a, las psicoterapias padres-bebés, y los efectos terapéuticos de la evaluación mediante la escala neonatal de Brazelton.

Aunque todas ellas se aplican en unos campos y con unas modalidades de intervención preventiva y terapéutica muy importantes que merecen todo nuestro interés, en esta exposición sólo nos ocuparemos de abordar algunas de las características de varios modelos centrados en la psicoterapia breve padres-bebé/niño.

Las psicoterapias breves padres-bebé se han revelado particularmente eficaces en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos funcionales (del sueño, de la alimentación etc.), del comportamiento (lloros permanentes, crisis de cólera, agresividad, retraimiento) y del apego, aunque el modelo temporal de aplicación difiere según el modelo teórico y el objetivo terapéutico: algunas terapias breves plantean un seguimiento periódico a largo plazo que permite reiniciar, en caso necesario, una nueva intervención ante la reaparición de dificultades a lo largo del desarrollo del niño o de la parentalidad, mientras que otras dan por concluido su trabajo al finalizar satisfactoriamente la primera y única intervención psicoterapéutica.

## **Aproximaciones terapéuticas en la psicoterapia padres-niños**

---

Para Daniel Stern (22), las diferentes aproximaciones terapéuticas giran en torno a dos aspectos fundamentales: el primero depende principalmente de la perspectiva teórica que el terapeuta tiene sobre la realización de las condiciones del cambio y concierne al objetivo teórico, que es el elemento o aspecto fundamental que el terapeuta desea ver cambiado.

El segundo aspecto concierne al modo de acceder al Sistema Clínico<sup>2</sup> para obtener el cambio. La «puerta de entrada al sistema», que él consideraba el

<sup>2</sup> Para Daniel Stern el sistema clínico está compuesto por los siguientes elementos interdependientes: Bact, Brep, Mact, Mrep, Pact, Prep, Tact, Trep. Siendo Bact (actividad del Bebé); Brep (representaciones del Bebé) y M=Madre; P=Padre; T= Terapeuta.

Según su concepción, dichos elementos interdependientes se encuentran en un estado dinámico de influencia mutua. Si la terapia cambia uno de los elementos, ello tendrá un impacto sobre todos los demás elementos del sistema.

punto central de la técnica clínica, se refiere a aquello sobre lo que se centra la mayor parte de la atención terapéutica, puesto que permite entrar en el sistema interactivo y representacional. Aunque el modo de acceder al sistema y el objetivo teórico no tienen por qué ser idénticos.

En este sentido podemos intentar modificar las representaciones pesimistas poco realistas que una madre o un padre tiene de su hijo, señalándole, en el contexto de la interacción producida en la sesión, las capacidades reales del hijo observado, o bien hablando y analizando el origen de sus representaciones pesimistas (22).

Podemos pues distinguir dos tipos de aproximaciones terapéuticas.

- 1º.- Aquellas cuyo objetivo principal es obtener un cambio en las representaciones de los padres.
- 2º.- Aquellas que buscan modificar el comportamiento interactivo observable.

Las diferentes entradas al sistema para las aproximaciones que buscan cambiar las representaciones de los padres son:

- Las representaciones de los padres, como puerta de entrada y como objetivo teórico.
- El comportamiento del lactante.
- La interacción padres-niño.
- Las representaciones del terapeuta.
- Las representaciones del lactante (tal como son imaginadas por el terapeuta).

Para las aproximaciones que buscan modificar el comportamiento interactivo, las entradas al sistema son:

- El comportamiento interactivo de la madre/padre.
- La integralidad de la red de las interacciones familiares.

Sea cual sea su objetivo clínico, interesa especialmente conocer el modo en el que cada uno de los dos modelos intenta acceder al sistema clínico, considerándolos complementarios entre sí.

### **Aproximaciones que buscan cambiar las representaciones de los padres**

Escuela de San Francisco

El programa de intervención de Alicia Lieberman y Jere Pawl (11), herederos de Selma Fraiberg y continuadores del programa que ésta inició en San Francisco

(citados por Stern (22), es uno de los muchos que se inspiran en el psicoanálisis y que, en el ámbito de los programas de salud mental infantil, desarrollan adaptaciones específicas ajustadas a las características de las poblaciones tratadas.

El objetivo de esta psicoterapia es el de «liberar a los niños de las alteraciones experimentadas en el ámbito de la interacción con los padres, cambiando las representaciones que los padres tienen de sí mismos y del niño. Tomemos el ejemplo de una madre constantemente enfadada, que rechaza a su hijo de 22 meses y cuya madre desarrolló un fuerte rechazo hacia la niña, que ahora es la madre, porque consideraba la maternidad como una situación que impedía llegar a ser alguien importante en la vida (22).

Es en este sentido en el que una madre, atrapada en la identificación infantil con una madre rechazante, que tiende a repetir con su hijo la experiencia vivida con aquella, en el que se considera que las representaciones de los padres pueden resultar patógenas.

La premisa básica de esta psicoterapia es que hasta que la madre no puede reconocer su identificación con su propia madre y las consecuencias producidas por las representaciones compartidas con ella, su comportamiento no puede cambiar.

Subrayemos que Lieberman y Pawl también contemplan la contribución del bebé en la producción del cuadro clínico, hasta el punto de conceptualizar la relación padres-bebé como «el paciente», y no sólo a los padres con su propio mundo representacional.

Cabe destacar que, en ese contexto en el que las representaciones de los padres siguen siendo el objetivo principal de su actividad terapéutica, el proceso más significativo para favorecer el cambio de las mismas es «la experiencia correctora del apego desarrollada en la relación terapéutica» (23). Esta concepción del proceso de cambio da tanta importancia a la creación y mantenimiento de una alianza terapéutica óptima, como a la creación de las condiciones de la transferencia/contratransferencia que favorezcan una nueva y mejor experiencia de sí de los padres, en la relación con los demás y sobre todo con el bebé/niño.

### Escuela de Ginebra

Consideremos ahora el objetivo teórico de la psicoterapia breve madre-bebé de la Escuela de Ginebra, de orientación psicoanalítica y representada por Bertrand Cramer y Francisco Palacio (Ginebra), muy influenciada por

los autores de la Escuela Francesa Serge Lebovici, León kreisler, Michel Fain, Michel Soulé (Paris), y por Selma Fraiberg (Michigan).

En sus primeros desarrollos, su objetivo terapéutico es la red de representaciones desde la cual la madre interpreta y reacciona al comportamiento de su hijo, ya que presupone que las representaciones patógenas tienen que ver con conflictos no resueltos provenientes de la infancia de ésta y que estas representaciones, articuladas como temas conflictuales, resultan activadas y actuadas en la interacción presente con el niño.

El objetivo terapéutico es la articulación comprensiva entre las temáticas conflictuales infantiles de la madre/padre (recuerdos y representaciones), los conflictos actuales centrales, y la interacción madre-niño. Esta aproximación considera a la interpretación, que liga el pasado al presente y las representaciones de la madre con sus propias interacciones con el niño, como la fuerza esencial del cambio. Con ella se procura despejar las zonas de parasitación que persisten entre el mundo interno del padre/madre y el del niño, con el fin de permitir el inicio o la evolución de sus respectivos procesos de individuación. Así pues, a diferencia de la aproximación anterior, las experiencias emocionales correctoras como la empatía, etc., aunque útiles son consideradas accesorias.

### La evolución de la escuela de Ginebra

La evolución de la escuela de Ginebra, que incluye actualmente a autores como Nathalie Nanzer y Dora Knauer, entre otros, denomina hoy en día su modelo de aproximación terapéutica con el nombre de Psicoterapia Centrada en la Parentalidad (PCP) (14) y ofrece una concepción terapéutica amplia, que abarca los diferentes tiempos de la parentalidad y promueve la atención de los padres, niños/as, bebés y fetos.

Los beneficiarios de la Psicoterapia Centrada en la Parentalidad (14) son:

- El adulto, mujer u hombre, que sufre en su parentalidad (independientemente de que haya una dificultad en el niño).
- En caso de incapacidad para concebir un niño.
- Durante la gestación.
- En la relación con un niño recién nacido.
- Los padres con un hijo que sufre.
- La díada padres-niño en dificultad relacional.

## **¿Psicoterapia breve o de duración indeterminada?**

---

### Modelo breve

Para la escuela de Ginebra el modelo breve de psicoterapia comprende una media de 6 a 10 sesiones. Apunta no sólo a reducir el síntoma sino también a efectuar cambios estructurales en relación a ciertos conflictos intrapsíquicos bien delimitados y por tanto focalizables, en los que la conflictualidad intrapsíquica parental, organizada de manera neurótica, se desplaza y se manifiesta a un nivel interpersonal en la relación con el niño.

### Modelo de duración indeterminada

El modelo de duración indeterminada está indicado cuando los criterios para una PCP breve no se cumplen y la conflictualidad parental comporta una parte narcisista más importante en la que las defensas usadas por el paciente son de naturaleza arcaica, difícilmente movilizables y los aspectos depresivos son más difíciles de abordar. En ese contexto la pre-transferencia hacia el terapeuta puede estar teñida de negatividad y de proyecciones negativas, de desconfianza, de reproches y de temor (14).

## **Aproximaciones que buscan modificar el comportamiento interactivo observable, como puerta de entrada al Sistema Clínico de Stern**

---

Las aproximaciones que focalizan su intervención sobre el comportamiento manifiesto de la madre/padre suponen que existe un alto grado de reciprocidad entre el comportamiento interactivo de los padres y del bebé (22). En consecuencia, el objetivo esencial de estas terapias es la interacción o la relación (24), y no sólo el comportamiento de la madre.

Debido al hecho de que se intenta cambiar el comportamiento manifiesto de los padres, éste se convierte en el principal objetivo terapéutico, al mismo tiempo que entrada al sistema clínico.

### 1.- La psicoterapia de la Guianza interactiva

Una de las diversas aproximaciones terapéuticas que pertenecen a este modelo es la llamada «Guidance Interactive» de Susan Mc Donough,

desarrollada actualmente en Ginebra por Sandra Rusconi. Se trata de una aproximación que ha demostrado su eficacia en el tratamiento de los trastornos padres-bebé y ha sido objeto de estudios de evaluación de su eficacia terapéutica, comparada con el modelo terapéutico de la Escuela de Ginebra, a la que nos hemos referido antes. De sus resultados hablaremos después.

Al igual que sucedió con el programa de intervención de Alicia Lieberman y Jere Pawl (11), la aproximación terapéutica de Susan Mc Donoug inició su aplicación atendiendo a madres y niños de riesgo especialmente desfavorecidos y, al igual que sucedió con la aproximación de Alicia Lieberman y Jere Pawl, la prioridad y primer problema a resolver de la Guianza Interactiva fue establecer y mantener una alianza terapéutica. Con el fin de asegurar esta alianza positiva, diferentes personas pertenecientes al sistema familiar o no, pero con influencias marcadas sobre él, pueden ser invitadas a participar. En ésta misma línea el terapeuta empleará todos los medios razonables y necesarios para obtener o conservar la alianza terapéutica: visitas a domicilio, enseñanza, consejos, ayuda practica e intervenciones por parte de otros intermediarios.

Con todo ello se intenta alcanzar el objetivo mayor que es el reforzamiento positivo de los comportamientos parentales que resultan buenos, oportunos o simplemente adecuados, ayudándoles a identificar su potencial positivo en las video-grabaciones obtenidas a partir de sus interacciones con el bebé y visionadas después de un tiempo corto de interacción.

Así pues, se solicita a los padres o al padre/madre y al niño, que interactúen en un intervalo temporal de entre 5 a 15 minutos (el modo preciso de la interacción depende de la edad del bebé y de la naturaleza del problema), mientras son filmados e inmediatamente después el terapeuta y la familia observan la video-grabación. Los comportamientos identificados como significativos se convierten en tema de trabajo terapéutico. Esta técnica contiene las ventajas de poder visionar o revisar las secuencias interactivas que han sido focalizadas, gracias a las posibilidades de parar, ralentizar o recuperar la imagen.

Este modelo de trabajo terapéutico sobre los comportamientos manifiestos característico de la «Guanza interactiva» intenta por todos los medios preservar una alianza terapéutica positiva. En ese sentido, el terapeuta no interactúa con el bebé para proponer unos modelos de comportamiento a la madre/padre, ya que podría dañar su confianza en ellos mismos y destruir la consideración que tienen por su aliado el terapeuta, y se podría correr el riesgo de convertirlo en un rival feliz o en un educador mejor o más experimentado.



Progresivamente, a medida que aumenta esta modalidad de trabajo, la utilización del video disminuye y aumenta la facilidad para hablar de la interacción observada, objeto central de esta aproximación.

Este trabajo con la videograbación sobre las interacciones relacionales, permite el acceso a aspectos del funcionamiento psicológico propio que escapan al autoconocimiento del paciente, y sobre aspectos del sí mismo para el que no tiene representaciones construidas, ni discurso. Se considera que, trabajando estos aspectos, en este caso a través de la video intervención, se está trabajando sobre los procesos psíquicos del paciente y ayudando a su estimulación y reorganización.

## 2.- La aproximación psicoterapéutica del Juego tríadico de Lausanne (Suiza).

Como decíamos al inicio de esta exposición, los estudios confirman que, en las condiciones normales de una familia nuclear, el proceso de desarrollo de la triada comienza desde el nacimiento, paralelamente al desarrollo de la diada.

Perspectiva que modifica la visión psicoanalítica tradicional, según la cual el tercero ha sido considerado como un elemento necesario para la socialización en sentido amplio, que abre la diada madre-bebé.

### **Etapas de intervención en el Juego Tríadico de Lausanne:**

La primera etapa de la intervención terapéutica del Juego Tríadico de Lausana consiste en establecer una alianza terapéutica positiva que ofrezca seguridad a la familia respecto a la situación y a los procesos terapéuticos en los que se la introduce, etapa en la que el terapeuta observa la configuración de las interacciones entre los miembros de la familia y él mismo.

En la segunda etapa se crea un encuadre físico, esencial para la observación sistemática de las interacciones que se desarrollan en un tiempo determinado.

En el encuadre o sistema que ha creado el grupo de Lausanne, el bebé es colocado en una silla para bebés sobre una mesa y los padres se colocan de una y otra parte del bebé, formando las tres personas un triángulo equilátero. Se solicita a los padres interactuar durante una secuencia que comporta varias fases: por ejemplo, la madre interactúa con el bebé y el padre observa; el padre interactúa con el bebé y la madre observa; los tres interactúan al mismo

tiempo y así seguidamente. Este encuadre permite al terapeuta observar sistemáticamente y comparativamente, no sólo la configuración de los tres miembros de la familia durante cada una de las fases, sino también los paternos (patrones) que utilizan para establecer las transiciones entre una y otra fase.

Cuando se ha iniciado la alianza terapéutica y el terapeuta se encuentra en el momento de observar las configuraciones interactivas características que prevalecen en la familia, es cuando puede cambiar las interacciones de los miembros de la familia.

Esta es la tercera y última etapa de esta aproximación terapéutica, cuyo objetivo es cambiar las interacciones familiares y no a los miembros de la familia. Por esta razón, esta terapia se encuentra enmarcada en las aproximaciones centradas sobre los comportamientos manifiestos.

### **La evaluación en la intervención psicoterapéutica de niños pequeños**

La evaluación, que nos guía en nuestra elección de una opción terapéutica y en el posterior estudio de su eficacia, es un tiempo necesario y delicado de la intervención psicoterapéutica con niños pequeños puesto que el estudio del desarrollo y del funcionamiento psicoafectivo y psicosomático del bebé requiere pensar en términos diádicos o tríadicos en el contexto de la interacción.

La evaluación debe de ser representativa del funcionamiento habitual del niño en la diada o triada y puede requerir, en ciertos casos, efectuar una parte de la evaluación en el domicilio.

La evaluación de la psicoterapia permite una comparación a corto plazo (antes/después del tratamiento) y, si es posible, a medio y más largo plazo, y puede considerarse una necesidad que debe llevarse a cabo de manera sistemática para:

- Definir y organizar las acciones de prevención y de intervención durante la infancia.
- Organizar los programas de formación de los profesionales.
- Organizar la política social y la distribución de los fondos públicos y privados de los seguros sociales.

En general se distinguen dos tipos de evaluaciones que corresponden a los dos aspectos principales de la investigación en psicoterapia (19):

La primera se refiere a la evaluación del efecto o eficacia de las psicoterapias, con el fin de responder a la pregunta: «¿Qué tratamiento, para qué paciente, para qué terapeuta?, o sea ¿qué funciona y para quién? (20).

La segunda contempla la evaluación del proceso terapéutico (12) con el fin de intentar identificar lo que es terapéutico en la psicoterapia y determinar los factores de cambio específicos (número de sesiones, intervenciones – clarificación, interpretación) y no específicos (escucha, empatía, alianza terapéutica).

Estas evaluaciones deben basarse en diversas fuentes de información y describir:

- a) El tratamiento, describiendo cuidadosamente el formato del tratamiento (contenido, duración y número de sesiones, tipo de intervenciones, formación de terapeutas), así como demostrar, particularmente para los niños, que solo el tiempo que pasan con ellos no es suficiente para sanar al niño.
- b) El paciente, evaluando aquellas características (criterios de indicación) que el paciente debería poseer para beneficiarse del tratamiento (síntomatología, modo de funcionamiento, tipo de defensas, nivel intelectual). En el caso de los niños pequeños, hay que incluir una evaluación del medio familiar, de la relación padres-hijos, de las interacciones y del desarrollo del niño.
- c) El clínico, evaluando las características del clínico (formación, edad, sexo, estilo cognitivo, experiencias, supervisión).

### **¿Cómo evaluamos?**

---

Mediante la utilización de instrumentos sistemáticos (clasificaciones diagnósticas, escalas o cuestionarios validados) que facilitan la comparación (antes y después del tratamiento) y la confrontación con: situaciones tratadas, lista de espera, diversas formas de terapia etc. Entre estos instrumentos se encuentra la clasificación diagnóstica DC: 0-3R (actualizada y ampliada en 2016 con la DC: 0-5 TM (3), que se ha revelado como una herramienta extremadamente útil.

## 1.- Algunas evaluaciones y sus resultados

### **Resultados obtenidos entre Ginebra y Michigan hasta 1990**

Hace 25 años se publicaron los resultados de un trabajo dirigido por Bertrand Cramer, Daniel Stern y Cristiane Robert-Tissot (1), que intentaba evaluar el nivel de eficacia de dos aproximaciones psicoterapéuticas breves centradas en la pequeña infancia. La primera, de la que partió la iniciativa, era la psicoterapia madre-bebé del grupo de Ginebra, y la segunda, con la que la primera iba a ser comparada, era la psicoterapia de la Guianza Interactiva, practicada inicialmente en Providence (Rhode Island), posteriormente en Ann Arbor (Michigan).

La muestra del estudio fueron 80 familias de nivel social relativamente modesto, con niños de entre 6 meses y dos años y medio, que eran derivados por los servicios pediátricos por presentar esencialmente problemas psicofuncionales (alimentación, sueño, apego, comportamiento) que no remitían con la ayuda ofrecida hasta entonces.

### **Diferencias**

Ambas aproximaciones centradas en la psicoterapia madre-bebé, diferían en torno a varios puntos de vista importantes.

El objetivo psicoterapéutico del grupo de Ginebra era modificar las representaciones de la madre; mientras que para el grupo de Michigan se trataba de modificar el comportamiento manifiesto de la madre. Ambos grupos estaban compuestos por terapeutas muy entrenados en su técnica.

### **Objetivo**

El objetivo era evaluar los cambios surgidos en las representaciones y en los comportamientos interactivos manifiestos de la madre a lo largo de la terapia, así como el comportamiento del bebé y los síntomas que habían conducido al tratamiento, con una cantidad máxima de 10 sesiones y una frecuencia semanal.

### **¿Cuál fue el resultado?**

Poco importaba desde dónde había entrado el tratamiento en el sistema, desde dónde aplicaba su actividad clínica o qué elemento había sido

teóricamente elegido para conseguir su modificación. Si alcanzaba el objetivo determinado y limitado, el tratamiento transformaba todos los elementos del sistema. Es decir que el propio sistema distribuía los efectos locales a través de la integralidad del sistema, de manera que la finalidad de las dos aproximaciones era la misma y toda diferencia inicial acababa siendo borrada (21).

Para llegar a esas conclusiones fueron evaluados las representaciones maternas, el comportamiento interactivo y los síntomas del niño.

Los resultados no revelaron ninguna diferencia significativa entre los dos grupos tratados. Todas las medidas de evaluación indicaban una mejoría relacionada con el tratamiento recibido, mientras la modificación global de los comportamientos manifiestos, las representaciones y los síntomas no era sensiblemente mayor con uno u otro tratamiento.

### **Resultados obtenidos en Ginebra hasta 2005**

Aunque he iniciado estas reflexiones sobre la evaluación de la eficacia de las psicoterapias madres-bebe, partiendo de los resultados publicados en los años 1990 y 1997, es interesante señalar que éste programa de investigación comparativa sobre los tratamientos psicodinámicos y tratamientos de guianza interactiva<sup>3</sup>, prosiguió hasta el 2005 y abarcó un total de 250 nuevos casos de consultas de niños de 2 a 36 meses y más de 150 tratamientos (19).

#### **2.- Síntesis**

La síntesis de todos estos años de investigación, que requirió de un largo trabajo de intercambios y de reflexión de ambos equipos, así como entre clínicos e investigadores, se podría resumir del siguiente modo:

Aunque la comparación de las dos terapias ha revelado unos efectos globales positivos similares, con la terapia psicodinámica se aprecia una mejoría muy

<sup>3</sup> Este programa de investigación fue apoyado por cuatro subvenciones del Fondo Nacional Suizo para la investigación científica: a) Resultados de una psicoterapia breve madre-niño para el tratamiento de Trastornos Funcionales en la Infancia (n=75, de 2 a 30 meses) de 1987 a 1992. b) Proceso terapéutico en psicoterapias breves madre-niño (n= 40 sesiones) de 1992 a 1996. c) Seguimiento en la preadolescencia (n= 53) de 1996 a 2000. d) Precursores, tratamiento y evolución de los Problemas de Conducta tempranos (n=70, de 18 a 36 meses) de 1999 a 2004.

Dirigido por el Profesor Bertrand Cramer, que contaba con la colaboración de clínicos e investigadores experimentados: F.Palacio-Espasa, D. Knauer, J. P. Bachmann, S. Rusconi Serpa, M. de Muralt, etc.

importante de las representaciones maternas y de la estima de sí, y con la Guianza interactiva se aprecia una mejoría muy importante de la sensibilidad materna y de las interacciones (19).

## **Conclusiones**

---

En este capítulo hemos visto que uno de los denominadores comunes de todas las psicoterapias breves presentadas es la consideración de que los síntomas preocupantes o trastornos que presentan los bebés y los niños, sea cual sea la combinación inicial de factores implicados en su origen o en su posterior recombinación, requieren ser tratados considerando siempre las transacciones multidireccionales que se producen entre el tejido representacional y sus manifestaciones comportamentales, en el seno de la vida interactiva, emocional y cognitiva, de la triada o de la diada.

La práctica clínica perinatal e infantil, que tiene como objetivo reducir el sufrimiento psíquico y favorecer el mejor desarrollo posible, requiere considerar, de manera esencial, la complejidad de los intercambios psíquicos intersubjetivos, tanto intergeneracionales como transgeneracionales, que enmarcan las manifestaciones de ese sufrimiento, sea cual sea, de manera subyacente, la etiología plurifactorial.

Así pues, múltiples desordenes psicopatológicos, de etiologías diversas, incluidos los trastornos definidos como trastornos del neurodesarrollo, pueden resultar beneficiarios directos de un abordaje psicoterapéutico que ayude a mejorar la vida psicoafectiva de los miembros implicados en un sufrimiento que afecta a todos.

El objetivo de lograr una sólida formación y una integración profesional complementaria de las diversas aproximaciones psicoterapéuticas, que no olviden la evaluación de los resultados y su eficacia, debe de ir a la par con el objetivo de ofrecer a los padres una guía que explicita los diversos beneficios y limitaciones de cada una de ellas, para que éstos puedan elegir en conocimiento, entre los diferentes métodos o modelos disponibles.

## Resumen

---

La psicopatología perinatal se centra, en esencia, sobre la noción de patología de la interacción, desde la época de la concepción hasta los 30 meses de vida del bebé, y toma en cuenta los disfuncionamientos del bebé y de quienes asumen sus cuidados. La manera en que la pareja de padres se sostiene o se interfiere en la relación con el niño, desempeña un papel preponderante en el desarrollo de la interacción a tres, aunque también el bebé contribuye a ello desde el comienzo. Las psicoterapias padres-bebé, modelo de intervención sobre el que se profundizará en este capítulo, se han revelado particularmente eficaces en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos, del comportamiento, de la autorregulación y del apego del bebé y niño pequeño, aunque su aplicación difiere según el modelo teórico y el objetivo terapéutico. Este capítulo aborda, de manera comparativa, las aproximaciones terapéuticas que buscan cambiar las representaciones de los padres, así como las que buscan modificar el comportamiento interactivo. Así mismo, expone algunos aspectos relevantes en el campo de la evaluación en la intervención psicoterapéutica de bebés y niños pequeños, puesto que la evaluación, que guía en la elección de una opción terapéutica y en el posterior estudio de su eficacia, es un tiempo necesario y delicado de la intervención psicoterapéutica.

**Palabras clave:** psicopatología perinatal, Psicoterapia padres-bebé, evaluación, interacción.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Cramer B, Robert-Tissot C, Stern D.N, Serpa Rusconi S, De Mural M, Besson G, Palacio-Espasa, F, & al. Outcom evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report, in *Infant Mental Healt Journal*, 11 (3), 1990: p.278-300.
- 2.- Cramer B. Are post-partum depressions a mother-infant relationship disorder? *Infant metal health journal* 1993;14(4):283-97.
- 3.- DC:0-5TM. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Chilhood.2016
- 4.- Favez N, Frascarolo F, Keren M, & Fivaz-Depeursinge E. Principles of Family Therapy in Children. In *Handbook of Infant Mental Health*; 2012, Ch. 29. Charles H. Zeanah Jr. MD (Editor).
- 5.- Fivaz-Depeursinge F. El juego triádico de Lausanne. Documento académico del Máster Oficial Universitario en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil de la Universidad de Valencia-Asmi Waimh-España; 2014.
- 6.- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warners A. The Primary Triangle: A developmental systems view of mothers, fathers and infants. New York: Basic Books;1999.
- 7.- Fonagy P. Développement de la psychopathologie de l'enfance à l'âge adulte: le mystérieux déploiement des troubles dans le temps, in *La psychiatrie de l'enfant*. Ed. Presses Universitaires de France;2001/2 – 442. P. 333-369.
- 8.- Golse B, Moro MR. Le développement psychique précoce. De la conception au langage. Ed. Elsevier Masson; 2014.
- 9.- Guedeney A. Petite enfance et psychopathologie. Ed. Elsevier Masson; 2014.
- 10.- Guedeney A, Mintz, A.-S. & Dugravier R. Risques développementaux chez le nourrisson de la naissance à 18 mois. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Psychiatrie/Pédopsychiatrie*; 2007; 37- p.195-A-20.
- 11.- Liberman AF, Pawl JH. Infant-parent psychotherapy in C. Zeanah (edit), *Handbook of Mental Health*, New York, Boston, Guilford Press; 1993: p. 427-442.
- 12.- Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J. & all. Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes. New York: Basic Books; 1988.
- 13.- Milgrom J, Martin PR, Negri LM. Treating post-natal depression. A psychological approach for healt care practitioners. Chichester: John Wiley and Sons; 1999.
- 14.- Nanzer, N. Manuel de Psychothérapie centrée su la parentalité. Paris. Ed. Fil Rouge. Presses Universitaires de France; 2012.
- 15.- Palacio F. La pratique des psychothérapies mères-bébés. Études cliniques et techniques. Ed. Presses Universitaires de France; 1993.



- 16.- Palau P. Sufrimiento emocional perinatal compartido: estrés en el bebé. Efectos de los mecanismos de adaptación y defensa primarios. Vulnerabilidad psicosomática y psicopatológica. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia; 2016.
- 17.- Rabain D, Aidane E, Couëtoux F, Marie P, Mazet P. Le travail avec des bébés et leurs parents au sein d'une unités spécialisées. In: Angel P, Mazet P, Editors. Guérir les souffrances familiales. Paris: Presses Universitaires de France; 2004.
- 18.- Robert-Tissot C. & Rusconi Serpa S. Interactions du nourrisson avec ses partenaires. Encyclopédie de Médecine et de Chirurgie (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS; 2000. P Psychiatrie, 37-190-B, 8 p.
- 19.- Robert-Tissot C. Evaluación de las intervenciones psicoterapéuticas en los niños. Texto académico facilitado por la autora en el Máster oficial Universitario en Psicología y Psicopatología de la Universidad de Valencia y Asmi-Waimh España; 2012.
- 20.- Roth AB, & Fonagy P. What works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. New York: The Guildford Press; 1996.
- 21.- Stern DN. The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books; 1985.
- 22.- Stern DN. La constellation maternelle. Ed. Calmann Lévy; 1997.
- 23.- Stern DN. Les formes de vitalité. Psychologie, arts, psychothérapie et développement de l'enfant. Daniel N. Stern, Odile Jacob; 2010, 220 p.
- 24.- Sameroff, AJ. Les troubles des relations précoces selon l'approche Développementale; 1989. Trad. C. Ragon-Ganovelli, Paris, P.U.F; 1993.

**PARTE III**  
**ESTUDIO DEL NIÑO DE 0-3 AÑOS**

# 1. COMPETENCIAS DEL BEBÉ.

**Margarita Alcamí Pertejo.**

**Encarnación Mollejo Aparicio.**

## 1. Introducción

---

Sabemos que el recién nacido es un ser vulnerable pero como plantea Brazelton es a la vez “competente y organizado de forma compleja” (1). En contraste con lo que se pensó durante muchos años, debemos concebir al recién nacido como un ser activo, que muestra una enorme capacidad para responder a los estímulos y, al mismo tiempo, es capaz de inhibir sus respuestas ante aquella estimulación que sobrepasa su capacidad de asimilación. Se trata de un organismo social, capaz de interactuar con su entorno y de provocar en sus cuidadores el tipo de atención necesaria para su adaptación (1).

El más complejo de todos los órganos del cuerpo humano es el cerebro. Para crear el cerebro un pequeño grupo de células precursoras deben dividirse, desplazarse, especializarse, conectarse y crear una red neuronal especializada que forma unidades funcionales. Esto requiere naturaleza y crianza (2).

Desde el nacimiento a los dos años, las interacciones y el vínculo entre el niño y los cuidadores primarios son un importante catalizador para el desarrollo cognitivo, lingüístico, socioemocional y comportamental. Pero en el período embrionario y fetal comienza ya el desarrollo de las competencias del bebé. Y sabemos que en cada estadio de desarrollo se deben recibir los estímulos precisos para poder alcanzar el siguiente estadio pues si no los siguientes sistemas a desarrollar se verán afectados.

## 2. Desarrollo de competencias en el útero

---

Tras la concepción tiene lugar una rápida diferenciación y desarrollo del cerebro del feto. La mayor parte de la neurogénesis (el nacimiento de las

neuronas) se lleva a cabo en el útero durante el segundo y tercer trimestre. Durante el primer trimestre el desarrollo del feto estará sobre todo marcado por el material genético recibido. Aunque la influencia genética sigue operando a partir de entonces van a ser las sensaciones y experiencias que recibe el feto lo que determina la conectividad, formación y mielinización cerebral. “El crecimiento en tamaño y la mielinización del cerebro comienza en el último trimestre de embarazo y continúa principalmente hasta los 18-24 meses de vida. Supone un crecimiento acelerado que sabemos depende de la experiencia que recibe” (3, 2).

La plasticidad cerebral del niño los primeros años de vida es aceptada por las diferentes corrientes teóricas, desde las más psicológicas a las más biologicistas. Hoy sabemos que la plasticidad provocada por las modificaciones epigenéticas no se queda limitada a estadios embrionarios del desarrollo, sino que ocurren a lo largo de toda la vida. Diferentes exposiciones a toxinas, alimentos, hormonas, estrés e interacciones sociales, ejercerán efectos a largo plazo en el desarrollo cerebral.

Además, cada área cerebral tiene su propio “programa” de desarrollo. El proceso de neurodesarrollo será más activo en diferentes áreas cerebrales en momentos diferentes; por ello cada zona tiene períodos críticos o sensibles para organizar experiencias (4).

La madre es parte de la experiencia esencial que necesita el organismo en desarrollo. Ya en el útero, el feto presenta neuroconductas mediadas por el desarrollo del sistema límbico que le aseguran bienestar. Los sentidos se desarrollan en un orden preestablecido por la naturaleza: tacto, olfato, gusto, audición y visión (3). No nos extenderemos en el fascinante mundo del desarrollo de los sentidos y de la capacidad propioceptiva pero sí recordaremos que el feto puede sentir bienestar, pero también dolor y estrés.

Una de las preocupaciones actuales es el conocimiento del desarrollo de las áreas cerebrales implicadas en el estrés. Schore (5) ha centrado muchos de sus estudios en relación con el desarrollo temprano del hemisferio derecho del infante ya que tiene conexiones profundas con el sistema límbico y el sistema nervioso autónomo y es dominante para la respuesta al estrés.

Sabemos que el estrés que vive la madre durante el embarazo afecta al feto a través de la liberación de los glucocorticoides maternos. Una exposición excesiva al estrés durante el embarazo podría “programar” el cerebro del recién nacido de forma adversa, incrementando el nivel basal y de respuesta de su eje hipotálamo hipofisario adrenal (HHA). Algunas estructuras cerebrales como el

hipotálamo o la hipófisis pueden quedar programadas para la vida adulta en algunas semanas críticas del tercer trimestre del embarazo (6).

“Probablemente el feto en el tercer trimestre no recuerda que pasó, pero, si cómo se sintió, está teniendo sus primeras memorias, no narrativas, pero si emocionales, que le están ayudando en su crecimiento” (3).

### **3. Desarrollo de competencias en el parto**

---

El parto es un evento neurobiológico en el que el niño participa. El parto es la situación más estresante que le ocurre al bebé. El paso de la cabeza del bebé por el canal del parto se acompaña de una liberación masiva de catecolaminas. Este estrés es beneficioso y necesario para los recién nacidos pues la activación del sistema nervioso simpático es imprescindible para los cambios que supone la vida extrauterina (respiración, circulación sanguínea...). Días previos al parto se inician cambios hormonales (prolactina, oxitocina) que no solo provocan el trabajo de parto, sino que van a propiciar un estado de “alerta tranquila” en el recién nacido al nacimiento, que dura unas dos horas. De forma natural el “estrés del parto” se resuelve tras el nacimiento por una estimulación vagal producida por el contacto piel con piel y la succión temprana (3).

La existencia de altos niveles de oxitocina intracerebral, presumiblemente va a quedar grabado como una intensa sensación amorosa dado el efecto en la memoria de los también elevados niveles de catecolaminas cerebrales en la criatura recién nacida.

No solo “con el contacto piel a piel la madre regula la temperatura corporal del bebé le ayuda a conservar energía y a estabilizar el equilibrio ácido-base, a ajustar la respiración, el llanto y a despertar las maniobras de búsqueda del alimento. A su vez, el bebé despertaría o regularía la atención que precisa de su madre para que le facilite los cuidados, el inicio y mantenimiento de la lactancia”. Los beneficios demostrados del “contacto piel con piel” tras el parto son los que han llevado a implementar esta estrategia de salud a nivel universal (7).

### **4. Competencias en el recién nacido**

---

#### **4.1. La individualidad de las competencias**

El bebé es competente porque tiene la capacidad de utilizar sus aptitudes sensoriales y motrices para actuar o tratar de actuar sobre su entorno. Para

que el bebé sea completamente competente es esencial su integridad física, en cuanto a normalidad fenotípica y que todas sus funciones vitales se demuestren adecuadas (función cardíaca, respiratoria, capacidad de succión, funciones neurológicas, etc.). Por ello, cualquier tipo de patología médica compromete la evolución global armónica del recién nacido (8).

Entre un lactante y otro existen diferencias individuales extremadamente importantes como su grado de actividad motriz, la reactividad ante los estímulos, la competencia para discernir las señales recibidas y, sobre todo, la capacidad de excitabilidad o de apaciguamiento, como la irritabilidad y consolabilidad (9). Estas características son también determinantes en las vivencias que los padres experimentan cuando realizan los acercamientos y cuidados al niño.

#### 4.2 Dibujo de las competencias del bebé con la escala NBAS

La Escala NBAS (Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal) (NBAS Neonatal Behavioral Assessment Scale) constituye la sistematización de un examen clínico muy detallado del neonato. Cuando se publicó por primera vez en 1973 (10) todavía se creía que el neonato era un receptor pasivo ante los estímulos ambientales. Actualmente nadie se sorprende de las palabras de Brazelton mientras se confeccionaba la escala “nos quedamos impresionados por la habilidad del recién nacido para interactuar con su entorno y también por su capacidad para tratar de forma selectiva los estímulos ambientales” (1).

Inicialmente fue creada para investigación, como instrumento empírico para valorar el comportamiento del neonato dentro del contexto dinámico de la relación niño-cuidador. Consideraban que la evaluación en el período neonatal solo daba una visión instantánea en el continuo de la adaptación durante el embarazo, el parto y el nuevo ambiente. Se podía valorar las características innatas y respuestas innatas que el entorno intrauterino ya había configurado. Sin embargo, exámenes repetidos demostrarían mejor las capacidades para enfrentarse al mundo cuando el niño empieza a integrarse y a beneficiarse de la estimulación ambiental.

Esta escala se ideó pues con el objetivo de ayudar al clínico en la evaluación del recién nacido. En contraste con el modelo médico de evaluación clásico, es una evaluación interactiva en la que el clínico ayuda al niño a conseguir su mejor actuación y poner en marcha sus recursos organizativos. No hace hincapié en la patología. Sin dejar a un lado la valoración neurológica describe una

amplia variedad de conductas, incluyendo competencias y potencialidades, así como, también áreas de dificultad o desviación. Se busca conocer la capacidad organizativa del neonato frente a los estímulos que se le van ofreciendo.

La NBAS se puede utilizar sin ningún tipo de adaptación en niños a término y puede aplicarse hasta el final del segundo mes de vida. Añadiendo los ítems suplementarios también se puede utilizar en niños prematuros aparentemente sanos (menos de 37 semanas de gestación) y para ellos, según como sea el grado de inmadurez, la aplicación es posible hasta las 48 semanas de edad posconcepcional.

No nos extenderemos en este texto en la descripción de dicha escala (que animamos a conocer y familiarizarse con ella especialmente a los profesionales que trabajan con el recién nacido), sino que nos centraremos en los conceptos novedosos que aportaron y que nos permiten sistematizar las competencias del bebé.

#### **4.2.1 Dimensiones funcionales de la conducta neonatal**

Podemos distinguir 4 dimensiones funcionales de la conducta neonatal. El recién nacido debe realizar una tarea integradora de forma jerárquica: La regulación autónoma precediendo a la motora, luego la función de regulación de estado y, finalmente, las funciones sociales interactivas.

4.2.1.1. Sistema nervioso autónomo: supone la integración de las funciones básicas del organismo como regulación de la respiración y temperatura. Se hace evidente por la presencia o ausencia de temblores y sobresaltos o la labilidad del color de la piel.

4.2.1.2. Sistema motor: tendremos en cuenta el tono muscular del niño, la madurez motora, el grado de actividad, el nivel de integración de movimientos (actividades mano-boca; movimientos defensivos) y los reflejos.

4.2.1.3. Sistema regulador del estado. Es la capacidad del neonato para modular sus estados de conciencia. Los mecanismos implicados son: habituación (protección ante los estímulos redundantes y perturbadores mientras duerme), apaciguamiento (capacidad para ser consolado por los padres) y autotranquilización. Se valora a través de agrupaciones de ítems: habituación; organización del estado: valora cómo el neonato se organiza para responder a los estímulos externos, teniendo en cuenta el tiempo que necesita para reacciones o irritarse; regulación del estado: recursos que utiliza

el neonato para consolarse y recuperarse ante la estimulación creciente que le supone el examen.

4.2.1.4. Sistema social interactivo: Atención/interactividad evalúa el grado de alerta y la respuesta a estímulos animados e inanimados, visuales y auditivos. Cuando el neonato consigue un equilibrio en los anteriores sistemas ya está preparado para mantener una interacción social, prestando atención a los estímulos de su entorno.

El interés no es solo reconocer el estado de los sistemas autónomo, motor, estado de conciencia y atención social del niño, sino conocer la manera en que estos sistemas interactúan unos con otros y llegan a integrarse durante el período neonatal.

#### **4.2.2. Estados de conciencia**

Las reacciones y capacidad organizativa del niño se han de relacionar con su estado de conciencia. Se distinguen 6 estados, 2 de ellos corresponden al sueño y 4 a estados de vigilia. (Tabla 1)

Las observaciones del estado se consideran el punto de partida de todas las otras observaciones que se realizan. La prueba se inicia valorando el estado de conciencia del neonato observando la conducta espontánea y las respuestas a acontecimientos espontáneos que ocurren en el contexto. Se parte pues de la descripción del “estado inicial” antes de que se empiece la estimulación de la prueba. Al final del examen se anotan también los dos, a lo máximo tres, estados predominantes dentro de los que el niño se ha comportado. Tener una idea del rango y variedad de estados y cantidad de tiempo que ha permanecido en cada uno aporta una descripción muy importante sobre el neonato.

#### **4.3.- El entorno como regulador de las competencias del bebé**

En la distribución jerárquica de la actividad integradora que debe realizar el bebé existen dimensiones donde la respuesta del entorno y especialmente el cuidador resultan determinantes.

Según Brazelton (1) en la capacidad del recién nacido para asimilar los estímulos tempranos del entorno, encontramos ciertas agrupaciones de habilidades, como orientación (la capacidad del bebé para atender a estímulos visuales, auditivos y a la calidad global de sus estados de alerta), regulación y



organización del estado que tienen más posibilidades de mejorar a lo largo del tiempo en un entorno adecuado. Otras agrupaciones como la motricidad y los reflejos que revelan la función del tronco cerebral, podrían cambiar menos en respuesta a estímulos del entorno. Y respecto a la regulación del sistema nervioso autónomo este autor considera es más indicativa de reguladores internos y posiblemente no refleje la influencia de los estímulos del entorno.

## **5. La comprensión de las competencias del bebé como forma de abordaje terapéutico**

---

Como se ha ido señalando a lo largo del presente libro las intervenciones en la relación temprana padres-hijo constituyen una parte fundamental del ámbito de la salud mental infantil. En este contexto, el período neonatal es considerado un “punto clave” para intervenir con las nuevas familias y apoyarlas en su transición hacia la paternidad. Si bien con el nacimiento de un hijo, el sistema familiar atraviesa un período de desorganización y desequilibrio y por lo tanto supone un estado de mayor vulnerabilidad, también implica un estado de mayor receptividad lo que supone un terreno “fértil” para las intervenciones (11).

Al mismo tiempo, es sabido que mientras más temprano podamos dar apoyo a la relación padres-hijo, mayor fuerza tendrá el efecto en el desarrollo del niño (12). Ejemplo de ello es la evolución de la propia escala NBAS, que fue ideada en su origen como examen clínico detallado del neonato, y que los profesionales encontraron su gran utilidad al emplearla como forma de intervención y trabajo con los padres ya que se comparte con ellos la mirada del evaluador sobre la conducta del niño, intentando demostrar las capacidades y limitaciones interactivas del bebé y enseñando a los padres la mejor forma de vincularse con su hijo durante ese período (11).

El perfil basado en la NBAS registra las conductas que son significativas en las interacciones padres-hijo. La experiencia de que las características de los padres son muy importantes por la influencia que ejercen en sus propias concepciones sobre la conducta del neonato, y el hecho de que esas percepciones tienen una gran probabilidad de influir en los cuidados del niño hizo plantearse a los clínicos que recabar información sobre esas percepciones también tenían interés dentro de la práctica clínica. Por ello Wolke y St James-

Roberts (13) elaboraron un instrumento Mother and Baby Scales MABS (14) que incluyen una serie de subescalas para evaluar las reacciones emocionales negativas del neonato y su conducta de alerta, así como las percepciones de los padres sobre la seguridad que tienen en sí mismos en los cuidados de su hijo. Escala que se administra antes de administrar la NBAS delante de uno o ambos padres.

El objetivo de la utilización clínica de MABS y NBAS busca identificar los principios generales sobre el cuidado del recién nacido: 1. Aprender a observar a su hijo recién nacido; 2. Diseñar un plan de actuación que favorezca a su hijo, teniendo en cuenta sus características individuales; 3. Evolucionar con su hijo: él cambiará y usted necesitará cambiar sus pautas educativas en consonancia con su desarrollo (1).

La aplicación clínica de estas escalas se muestra especialmente adecuada en los niños que nacen con algún factor de riesgo (15). En ellos la habilidad para mantener la organización de su conducta y de sus funciones fisiológicas suele estar afectada. Con frecuencia son bebés fácilmente hiperestimulables que reaccionan con conducta de desconexión, de inhibición intencionada o con conductas hiperreactivas lo que deja a los padres con sensación de rechazo y desaliento lo que limita aún más sus respuestas interactivas a un niño ya de por sí difícil de regular.

## **6. Conclusiones**

---

El conocimiento de las características individuales de un bebé, y en especial, de aquellos que tienen dificultades en su desarrollo, nos puede permitir trabajar con los padres o cuidadores las formas de acercamiento y estimulación más adecuadas para las características del bebé (16).

Más allá del empleo de una escala tan específica como la NBAS todos los profesionales que trabajan en el cuidado del neonato deben estar sensibilizados a la importancia de reconocer sus competencias, pero también sus vulnerabilidades. En las evaluaciones y en las actuaciones profesionales que se realizan con el neonato tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria se ofrecen múltiples situaciones en que podemos trabajar con las familias en el reconocimiento de las competencias de su bebé y sus propias habilidades como cuidadores para potenciar el desarrollo de su hijo.

En este tipo de evaluaciones los profesionales deben ser especialmente sensibles a las expresiones de los padres, tanto verbales como no verbales, ya que éstas nos muestran las preocupaciones subyacentes. Generalmente encontraremos dos categorías de preguntas o preocupaciones en los padres: las referidas a la “normalidad” de su hijo y las que reflejan preocupaciones sobre sus propias capacidades como padres. Los sentimientos paternos se han de conocer y valorar. En las familias de neonatos de bajo riesgo puede ser suficiente dar una información sobre las características normales del período neonatal, así como acerca de las diferencias conductuales entre neonatos. En la atención a recién nacidos de riesgo puede ser necesario que los examinadores traten los problemas concretos y planifiquen la intervención, a través de su seguimiento, con los servicios o dispositivos más adecuados para la familia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Brazelton TB, Nugent JK. Escala para la evaluación del comportamiento neonatal. Barcelona: Paidós Ibérica;1997.
- 2.- Perry BD. Childhood Experience and the Expression of Genetic Potential: What Childhood Neglect Tells Us About Nature and Nurture. Disponible en <http://www.feralchildren.com>
- 3.- Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia. Informes, estudios e investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- 4.- Perry BD, Pollard RA, Blakley TL, Baker WL, Vigilante D. Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation and Use-dependent Development of the Brain How States become Traits The ChildTrauma Academy. Disponible en <http://www.childtrauma.org/>
- 5.- Schore AN. Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*. 2000; 2: 23-47.
- 6.- Olza I. La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna durante el embarazo en el neurodesarrollo infantil. En: *Maternidad gozosa y entrañable*. Pressas Universitarias de Zaragoza; 2006.
- 7.- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane) *The Cochrane Library* 2007, Número 4.
- 8.- Bea N. Primeras relaciones, base del desarrollo. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc* 1998; 26:131- 50.
- 9.- Domínguez M. Cruz FV. Abelleira M. Amado A. Fernández M. Desarrollo evolutivo de los neonatos: utilidad clínica de la escala Brazelton (NBAS). *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho, 2009
- 10.- Brazelton TB. Neonatal Behavioral Assesment Scale. *Clinics in developmental medicine* No. 50. Londres: Spastics International Medical Publications; 1973.
- 11.- Martínez M, Costas C, Botet F, Fornieles A. Efectos de una intervención temprana basada en la escala de Brazelton sobre las percepciones maternas. *Subjetividad y procesos cognitivos* 2004: 143-70.
- 12.- Brazelton TB, Cramer B. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós; 1993.
- 13.- Wolke D, St. James-Roberts I. Maternal affective-cognitive processes in the perception of newborn difficultness, Kohnstamm, G. A. (comp.) *Temperament discussed: Temperament and development in infancy and childhood*, Lisse, Holanda: Swet & Zeitlinger; 1986. P. 27-34.
- 14.- Wolke D. Las percepciones de los padres utilizadas como guías de las sesiones clínicas con la NBAS, Brazelton TB. y Nugent KJ. Escala para la evaluación del comportamiento neonatal, Barcelona: Paidós; 1997.p.149-58.

- 15.- Lizarazo JP, Ospina JM, Manrique FG. Propiedades psicométricas de la escala NBAS aplicada a recién nacidos prematuros o con bajo peso. Rev. Cienc. Salud Bogotá 2012 Jan/Apr; vol.10 no.1.
- 16.- Mollejo E, Alcamí M. Competencias del bebé. Desarrollo y evaluación del niño En: León L, Prego R. (coordinadores). Asociación Española de Neuropsiquiatría. Psiquiatría Perinatal y del niño de 0-3 años. Madrid; AEN digital; 2015. p. 63-73.

Tabla 1.- Estados de conciencia (NBAS)

	Sueño	Actividad	Reacción a estímulos
Estado 1	Profundo, con respiración regular, ojos cerrados	Sin actividad espontánea, sacudidas o movimientos espasmódicos a intervalos bastante regulares.	
Estado 2	Ligero, con ojos cerrados; movimientos rápidos de los ojos, bajo párpados cerrados.	Nivel bajo de actividad, con movimientos fortuitos y sobresaltos.	La respiración es irregular hay movimientos de succión
Estado 3	Soñoliento o semiobnubilado; los ojos pueden estar abiertos, pero fluctuantes, con mirada apagada y párpados pesados con algún pestañeo	Variable, con fluctuaciones y sobresaltos moderados de vez en cuando	Reacciona a los estímulos sensoriales pero la respuesta a menudo es retrasada y con frecuencia se presenta un cambio de estado tras la estimulación
Estado 4	Alerta. Mirada brillante		Parece dedicar toda su atención a la fuente de estimulación; los estímulos perturbadores pueden desviarlo, pero la respuesta va algo retrasada. La actividad motora es mínima

	Sueño	Actividad	Reacción a estímulos
Estado 5	Ojos abiertos	Considerable actividad motora con descargas de movimientos en las extremidades y, a veces, unos escasos sobresaltos.	Reactivo a los estímulos externos con aumento de los sobresaltos o actividad motora. Breves vocalizaciones de excitación
Estado 6		Alto nivel de actividad motora	Llanto intenso, es difícil calmarlo a través de la estimulación

## **2. EFECTOS DE LA INTERACCIÓN PADRES-HIJOS EN EL PSIQUISMO DEL NIÑO.**

**Edith Bokler Obarzaneck.**

**Ana I. Perales Contreras.**

### **1. Introducción**

---

Consideramos la interacción entre un bebé y su figura de apego como una suma de acontecimientos dinámicos, en un determinado espacio y tiempo, y en donde ambos, aun desde sus asimetrías, se determinan recíprocamente por los actos, pensamientos y sentimientos que despliegan en la relación. La interacción organiza, desde su influencia recíproca y en continuo movimiento, las condiciones de estabilidad y cambio que el desarrollo madurativo del infante y su entorno necesitan para construirse, ya sea como la persona que llegará a ser, ya sea en la madre o padre en que se llegará a convertir. Esa díada o tríada vincular única hará que cada hijo inaugure una nueva y original maternidad y/o paternidad.

Los campos donde está interacción se despliegan son los comportamientos, representaciones y afectos que en su articulación irán construyendo el psiquismo del bebé. Aspectos cognitivos y afectivos se irán entramando con aquello que la herencia dispone, y el entorno íntimo y social propone. Y será en esa relación, en el “haciéndose interactivo” (1) que la estructuración del psiquismo irá adquiriendo su singularidad. Un camino, que según señala Kaes, lleva al bebé desde el “hacer al pensar” (1), de lo “coafectivo a lo copensado” (2).

La elaboración que el bebé hace de esas relaciones afectivas es la que dará lugar a su propia trama afectiva. Trama que Carballo designó como urdimbre afectiva (3) y que unifica lo afectivo y lo cognitivo, lo epistémico y lo emocional,



corteza y sistema límbico. Para Barraquer el eje que moviliza esta trama es el emocional, y los momentos más significativos de ese recorrido se corresponden con los tres organizadores de Spitz: la “sonrisa social”, la “angustia del octavo mes”, y finalmente el “no” (4).

## **2. Participantes de la interacción**

---

Los miembros de esa interacción son el bebé y “el hombre y la mujer -a quienes parentaliza-” (5). Un bebé, que en nuestra sociedad actual es entendido como un bebé riqueza, un bebé inversión o un bien escaso, y que se encuentra atravesado por multiplicidad de realidades y significaciones socioculturales y económicas, según sea su lugar de nacimiento (5). Y junto a él, esa madre y/o padre que con sus coincidencias y divergencias interactivas participarán de la construcción de un vínculo que dará lugar a la “transmisión psíquica o “producción intersubjetiva de la psique” (1), dentro de una familia o grupo que le donará lenguaje y modelos de experiencias corporales, experiencias intersubjetivas, tradiciones, valores, historia, afecto como herencia psíquica, y lo inter y lo transgeneracional (1).

Es importante señalar que la familia actual y las nuevas redes extrafamiliares (5), en continua evolución, dan a unas relaciones cambiantes, per se, una complejidad añadida, ya sea por sus nuevas conformaciones (familias monoparentales u homosexuales) o por su carácter sustitutorio en las actuales condiciones sociolaborales (incorporación a jardines de infancia desde las primeras semanas de vida). En estos últimos hace su aparición la “función materna ampliada o madre grupo” (6). Acceder precozmente a una sustitución cuando aún los sentimientos de seguridad-inseguridad, presencia-ausencia, placer-catástrofe no están establecidos y donde la capacidad en la institución (guarderías, en este caso) de querer, o la disponibilidad de la permanencia de los adultos es relativa, pone en riesgo el proceso de integración psíquica del lactante. Tabora y Daher plantean “...no significa lo mismo cuidar un hijo que cuidar a un niño” (6). Las autoras señalan que los proyectos de trascendencia de una madre o de una cuidadora, por más experta que sea, son muy diferentes a la hora de hacer y dejarse hacer en el vínculo (6). Todos los protagonistas se ven forzados a una sobreadaptación dado lo prematuro de la separación.

### **3. Construyendo el psiquismo del niño**

---

Partimos del conocimiento que previo a la concepción, existe ya un patrimonio genético (5) y social operando. El fenómeno de la parentalización se pondrá en marcha a través de la confluencia entre los cuidados maternos y las representaciones mentales que tanto la madre como el padre han construido, junto a aquellos aspectos que el bebé aporta desde sus facultades y potencialidades. Ambos dinamizan y cualifican el proceso psíquico de la parentalidad (5).

Desde la teoría del Apego, esa interactividad concretada en la conducta de apego de Bowlby (7), dará expresión a esa necesidad innata de contacto somático y psíquico con la madre, esperando encontrar un movimiento recíproco en ella (2). Es cada vez mayor la evidencia que el sistema de apego regula aquellos estados internos en espera de una autonomía que se producirá a medida que las funciones psiconeurobiológicas maduren. Pero además debemos considerar que el recién nacido asimilará, según Macías Rocha, el escenario fantasmático materno (su deseo de maternidad y su relación con las identificaciones parentales), a través de canales de comunicación articulados sobre esas estructuras interrelacionales (8).

### **4. Reflexiones previas sobre la interacción desde los primeros meses hasta los tres años**

---

El bebé para Lebovici necesita una madre con “anticipaciones creadoras” (9) para convertir sus “capacidades precoces...en desempeños reales” (9). Es en este espacio de encuentro-desencuentro donde el bebé desplegará las estructuras cognitivas y afectivas que darán origen a sus capacidades plenas de memoria, atención, autoestima, etc. Si el desencuentro o el desacuerdo afectivo exceden las distorsiones aceptables y necesarias que un bebé tolera, su organización intrapsíquica y sus adaptaciones al entorno se vuelven limitadas y hacen su aparición comportamientos de evitación o congelamiento motriz que acotan y estrechan su interactividad y todo lo que ello conlleva (10).

Pero si todo sucede dentro de un marco normal, el recién nacido introyectará los cuidados maternos primarios a través del desarrollo del

incremento progresivo de un interesado contacto visual, auditivo y muscular con la realidad externa, y de su capacidad para la evocación.

Para Golse, la madre pasa de un primer tiempo, en el que es “objeto continente” a convertirse en “objeto interno contenido” (11) para así poder ejercitar su propia función de contención desde dentro del bebé. Y es en el juego entre la presencia o ausencia del objeto materno donde se despliegan los procesos de simbolización. “Simbolización primaria” que se corresponde a las figuraciones corporales del encuentro (protorepresentaciones) y “simbolización secundaria” que da paso de lo corporal a las representaciones mentales a través de la evocación del objeto ausente (11).

Según Lebovici la identificación primaria entre el bebé y la madre es la fuerza del desarrollo de operaciones de pensamiento (12) que se encuadra y sostiene dentro de un vínculo asimétrico. Para Pinol la asimetría permitirá al bebé, a través de la barrera de paraexcitación que ofrece su madre, ir transformando su pensamiento indiferenciado (13). Sin esa barrera sus percepciones no podrán poner en funcionamiento las funciones reguladoras y creativas del primer año. Funciones que están destinadas a la detección, evaluación, asimilación, inscripción y transformación de experiencias que son las protorepresentaciones del primer semestre. Protorepresentaciones (13) que se transformarán en evocaciones y recuerdos en el segundo semestre.

Mencionamos qué en el recorrido del desarrollo, “el motor”, lo energético pertenece al mundo de los afectos, de lo interaccional, en tanto la estructura se corresponde a la esfera cognitiva, y entre ambas forman una trama. Los tres organizadores de Spitz (4), antes mencionados, constituyen las marcas de esa trama: la “sonrisa social” a los tres meses, consecuente con el aprendizaje primero de un no-yo y testimonio de su inmersión en la díada; la “angustia en el octavo mes” frente a la ausencia materna, y que abre al bebé al mundo de las relaciones objetales completas y al principio de realidad, y finalmente el “no” alrededor de los quince meses que habla de la capacidad para identificarse con las frustraciones que suponen las prohibiciones parentales (3).

Los logros observables a lo largo de estos años en los que el bebé irá modificando esa trama se concretan en su motricidad, sus ritmos fisiológicos, su reacción de acercamiento-alejamiento frente a los estímulos, su adaptación a situaciones nuevas, la intensidad y calidad de sus reacciones emocionales, la capacidad simbólica, la resistencia a la atención o la distracción, su lenguaje y su capacidad de establecer vínculos.

El cuadro de estadios del desarrollo de Wallon (14) resume de manera certera la relación entre los logros de cada etapa anudados a la impronta del modo de interacción de cada niño con su entorno. Habla de un primer estadio impulsivo y emocional, de 0 a 1 año, que él nombra como “centrípeto” o de edificación del sujeto y de un segundo estadio sensorio-motor y proyectivo, de 1 a 3 años, que designa como “centrífugo” o de establecimiento de relaciones con el mundo. Dentro de cada uno de ellos existen subestadios. Wallon considera fundamental la relevancia de colocar los cimientos de una construcción psíquica que luego se abrirá al mundo. Los subestadios correspondientes a estas edades resumidos a partir del desarrollo de Clanet y otros son (14):

Estadio impulsivo y emocional

- 0 a 2-3 meses. Estadio impulsividad motriz pura. Predominio de las reacciones puramente fisiológicas (espasmos, crispaciones, gritos).
- 3 a 9 meses. Estadio emocional. Aparición mímica (sonrisa). Preponderancia de expresiones emocionales como modo dominante de relación niño-entorno.
- 9-12 meses. Comienzo sistematización de los ejercicios sensorio-motores.

Estadio sensorio-motor y proyectivo

- 12 a 18 meses. Período sensorio-motor. Comportamiento de orientación e investigación. Exploración del espacio circundante, ampliado por la locomoción. Inteligencia de las situaciones.
- 18 meses a 2-3 años. Estadio proyectivo. Imitación, simulacro, actividad simbólica, lenguaje, representación. Aparición inteligencia representativa discursiva.

En relación con el desarrollo motriz y la interacción Levin plantea (15) siguiendo a Coriat que “... los movimientos voluntarios del primer año de vida se han estructurado sobre las huellas dejadas por el reflejo arcaico, solo que ahora se hace evidente el componente experiencial, emocional y volitivo”. Lo interesante de su planteamiento en relación con la estructura y desarrollo psicomotor es que la caída de los movimientos automáticos, su pérdida o silencio es la condición previa para que retornen transformados en gestos significantes, para que efectúen el paso de lo motriz a lo psicomotriz, para que cada niño haga del cuerpo su instrumento (15). Similar recorrido ocurre en el ruido-balbuceo; primero, su relación con la succión, luego el balbuceo

prelingüístico o lalación, más tarde un tiempo de silencio que prepara para la articulación de fonemas, hasta llegar a los sonidos-significantes (15).

#### 4.1 Efectos de la interacción durante el embarazo y en el desarrollo fetal

La complejidad de la construcción de la parentalidad durante el embarazo y posparto ha dado lugar al reconocimiento de un estado que Bydlowski ha denominado transparencia psíquica de la perinatalidad (16), momento de extrema sensibilidad e importante movilidad psíquica en el que movimientos progresivos de identificación de la futura madre con su propia madre, para poder cuidar de su hijo, confluyen con movimientos regresivos, en los que identificada con su bebé, necesita o rememora los cuidados que recibió como hija.

Los efectos posnatales de la experiencia sensorial fetal son comprobables a través de nuevas técnicas. En esa experiencia in utero existe una continuidad de percepción que tras el nacimiento le permite al bebé reconocer estímulos y que tiene efectos estructurales que contribuyen al funcionamiento y ajuste de los sistemas sensoriales y a su vez, efectos comportamentales de orientación, de sensibilidad, y de preferencias de estimulación que se modulan con los propios procesos de la maduración, facilitando la instalación del vínculo filial por la continuidad de esas percepciones fetales-neonatales (2).

De entre todos los sistemas es el auditivo el que tiene descripciones más detalladas, en tanto que el olfato, el gusto, el equilibrio y el tacto cuentan con observaciones parciales. Las reacciones a la intensidad de los estímulos acústicos, así como a la frecuencia y a la estimulación estudiada mediante observación del cambio de las respuestas cardíacas y de los movimientos reflejos, permiten conocer las respuestas interactivas de un bebé sometido al ambiente sonoro endógeno y exógeno y preanuncian efectos específicos de comportamiento en el período posnatal. Los bebés son especialmente sensibles a la prosodia de la voz materna que le hablaba durante el embarazo, las comprobaciones se relacionan con ritmos de succión más o menos fuertes, en tanto existan o no discrepancias. Del mismo modo músicas conocidas o desconocidas, producen o no calma, y más adelante producirán detención o incremento del llanto o agitación (2).

Durante el desarrollo embrionario estas experiencias sensoriales quedarán inscritas como “memoria implícita” al igual que lo harán tras el nacimiento, las primeras experiencias preverbales y simbólicas. Según Squire (17), la

memoria implícita incluye «una heterogénea colección de habilidades, hábitos y disposiciones que resultan inaccesibles al recuerdo consciente, y sin embargo han sido moldeadas por la experiencia, influyen sobre nuestra conducta y nuestra vida mental, y son una parte fundamental de quienes somos». Memoria disponible desde el comienzo de la vida, donde están implicadas partes del cerebro y que no precisan de un procesamiento consciente tanto para su codificación ni para su recuperación como recuerdos.

#### 4.2. Efectos de la interacción en el primer año de vida

El baño “somatosensorial” que recibe el bebé a través de los cuidados es transformado en patrones de actividad neuronal que poco a poco van influyendo en el desarrollo de su cerebro. Perry (18) plantea que son las experiencias de un cuidado sensible, enriquecedor, con su carácter nutricional que hacen que el potencial genético para el desarrollo del vínculo y el apego se despliegue. Él insiste en que cada experiencia debe llegar en el momento adecuado, debido a que existen en el neurodesarrollo periodos críticos o sensibles para la organización de esas experiencias.

Las interacciones cara-a-cara entre madre y niño pueden ser consideradas como un campo de entrenamiento para la puesta en funcionamiento de la intersubjetividad primaria y para la construcción de un espacio dialógico interior (19). Los altos niveles atencionales que los lactantes co-construyen con sus padres en el transcurso de las interacciones cara-a-cara, aceleran la madurez de las habilidades relacionales del niño y constituyen el ambiente más adecuado para la madurez neurobiológica de los sistemas de regulación y del cerebro social (20).

La intersubjetividad primaria, propia del primer semestre, es la capacidad para compartir e intercambiar estados afectivos en la díada del apego a través del contacto visual, sonrisa, vocalizaciones, movimiento de manos, brazos, gestos, etc.,

Como plantea Trevarthen (21) es la intersubjetividad primaria la que hace del contacto interpersonal, a través de la coordinación sincrónica y contingente, la fuente de la verdadera reciprocidad que inaugura el camino a la intersubjetividad secundaria que se despliega en el segundo semestre.

A partir de los tres meses de edad, hay un ajuste progresivo del mecanismo de “contingencia perfecta” (una experiencia de control causal, la capacidad

de detectar que una actividad corporal guarda una relación sistemática con un hecho externo: piernas en movimiento que agitan un móvil sobre la cuna) hacia algo menos perfecto. A partir de los cinco meses el niño muestra una clara preferencia por las interacciones no-contingentes (las relacionadas con el ambiente, imperfectas) (22). El niño pasa de las interacciones diádicas, generalmente contingentes, a las triádicas, mayormente no contingentes. Al finalizar el primer año, hay un desarrollo de la atención compartida madre-hijo hacia objetos externos que representa esa piedra angular en el desarrollo de la actividad mental del niño, y es una de las expresiones más potentes de la intersubjetividad secundaria (21).

Paralelo al desarrollo del interés por el rostro humano y la reciprocidad está asociado el interés específico por las vocalizaciones y verbalizaciones que produce el adulto cuando se encuentra junto a él y que son de suma importancia para la aprensión del lenguaje (23). El lenguaje que el adulto dirige a un niño es diferente según su edad. Hay un “lenguaje niño-directo” que es específico y automáticamente producido por los adultos cuando se encuentran ante un lactante que no habla, y que es absolutamente diferente del “lenguaje adulto-directo” (24). Tiene características rítmicas específicas, tipo lento-ágil (adagio-andante), melódicas y prosódicas independientes a la lengua utilizada (25). Tal como lo describe Golse (26) la entrada en el lenguaje simbólico verbal se realiza a través de la conmoción y el afecto del lenguaje del otro. La distinción y relación entre una comunicación analógica, afectiva, o preverbal, y otra digital, lingüística, o verbal, no es de opuestos, sino de complejidad y lo que media entre ambas es la intersubjetividad.

¿Y cómo va construyendo esta interacción? Al nacer el bebé, en su casi absoluta indefensión, es totalmente dependiente del entorno que le rodea, el cual le presta la ayuda que requiere para cubrir sus necesidades básicas. Entre estas necesidades que precisa el niño/a se encuentran la protección de los peligros contra la vida y la salud, los cuidados básicos de la alimentación, higiene, sueño, y también el establecimiento de vínculos afectivos con algunos adultos, la exploración de su entorno físico y social, el juego con objetos y personas. Las acciones que las figuras protectoras despliegan encuentran, como ya hemos señalado, eco y sincronía en la capacidad para responder emotivamente que está presente en los recién nacidos.

La primera señal de conducta emotiva es la excitación general, debido a una fuerte estimulación, aunque al nacer, el pequeño no muestra respuestas bien

definidas que se puedan identificar. La excitación general del recién nacido permitirá ir diferenciando reacciones de placer y de desagrado. Las respuestas desagradables ocurren al modificar la posición del bebé, al producirse ruidos fuertes y repentinos, o impidiéndole los movimientos. Esos estímulos provocan llanto y actividad masiva. Por otra parte, las respuestas agradables se ponen de manifiesto cuando el bebé se alimenta. El recién nacido, en su interacción con el mundo exterior dista mucho de ser pasivo. Desde los primeros momentos entra a formar parte activa de un mundo físico y social mostrando un tono emocional diferente en función de los estímulos con los que está interactuando.

Durante los 3 primeros meses las reacciones emocionales del bebé cuando se siente bien o mal son exageradas: llanto o reacciones positivas y sonrisas. En un principio llanto y grito son una descarga, luego pasarán a convertirse en elementos de comunicación, con intencionalidad, pues se da cuenta de que sus gritos le proporcionan la satisfacción de sus necesidades. Aparece el balbuceo que no se presta a la comunicación como el grito o el llanto, sino que guarda relación con experiencias de satisfacción o agradables. Son una materialidad que está separada de significado. Esas vocalizaciones del final del segundo mes son cada vez más específicas, son una transición que aproxima a la palabra. El placer que produce emitir y escuchar esos sonidos irá construyendo la pragmática del lenguaje, la comunicación afectiva del mismo. En esos momentos no hay articulación precisa ni ajuste a sonidos. Hacia los seis meses se inician sonidos vocálicos y consonánticos más diferenciados dentro de emisiones de una sílaba y se repiten patrones. La entonación, inflexión y ritmo se toman de la lengua materna, de ese par de la interacción, que influirá en la actividad vocal del bebé.

A partir de los 4-5 meses aparece la rabia y el disgusto, respondiendo cada vez más a las caras y a la voz, ya que a partir de las diez semanas son capaces de distinguir las caras de alegría, tristeza y enfado, así como de imitarlas. El bebé de 6 a 9 meses ya es capaz de vincularse con objetos o con personas, de manera viva y alterna, aunque los objetos en esta etapa apenas cuentan. Es a los 9 meses cuando esos objetos se incluyen en el vínculo, ya no en alternancia sino coordinadamente. Ha pasado de la simplicidad a la complejidad. El interés del niño por los objetos, compite con el interés por los llamativos juegos proto-conversacionales, y conduce durante la segunda mitad del primer año de vida a una siempre mayor sofisticación de los juegos con objetos. La respuesta al propio nombre es la marca de este cambio, ya que mientras el niño está atento



en la exploración de un objeto es capaz de mostrar interés por la llamada social del cuidador, lo que permite que desvíe la atención del objeto y se oriente hacia el adulto que lo llama. Es en ese momento en el que el bebé puede escoger, en referencia a la intensidad del estímulo, si entra en la interacción social o devuelve la atención al objeto; o más aún, si inicia una interacción triádica sujeto-objeto-adulto (23).

Hasta los 9 meses, el bebé, reacciona ante lo desconocido con cierta tensión y miedo, y dado que a esta edad ya es capaz de retener en la memoria objetos y personas, se alegrará al ver «caras» conocidas, de forma complementaria, sentirá miedo ante la presencia de adultos extraños. Recordemos el segundo organizador de Spitz (4), el miedo y ansiedad que manifiestan ante la separación temporal, generalmente de la madre o adulto con quien haya establecido un vínculo afectivo básico resulta uno de los principales y primeros problemas emocionales que un niño debe afrontar.

Esta ansiedad ante el extraño será más o menos acusada según el conocimiento que tengan el niño de la persona que se queda a su cuidado (hermano, otro familiar, canguero, etc.) y, sobre todo, de la calidad del vínculo que haya establecido, siendo los miedos y ansiedades más acusados cuanto menos reforzado sea el vínculo afectivo. La activación del sistema de miedo depende de la evaluación que el niño realice de la situación y de sus experiencias. Los aspectos que resultan relevantes para este proceso evaluativo son diversos, incluyendo factores individuales como contextuales.

Los niños, a partir de los 8 meses aproximadamente, empiezan a tener sentido del humor y buscan provocar la diversión de los adultos, por ejemplo: inician acciones que les han sido prohibidas jugando “a ver qué reacción provocan”, o hacen ademán de dar algo y retirar súbitamente lo que se les ofrece. Ser reconocido como interlocutor es básico en el proceso constitutivo de la persona humana. Los niños necesitan ser también destinatarios de actos comunicativos que ellos solicitan insistentemente. Es también a través de la risa y del humor compartido, que le llega a una forma de reconocimiento.

A partir de los 9 meses el bebé expresa con facilidad alegría, disgusto, rabia, y se da cuenta si las personas están contentas o enfadadas con él, reaccionando de forma diferenciada. Al año capta la información que le ofrece el adulto, si debe aproximarse ante un extraño, o no. Ante un objeto que llame su atención mirará a la persona que le cuida como si buscara orientación: una expresión temerosa por parte del adulto o una falta de expresividad inhibe su

exploración. Las expresiones emocionales de un adulto, por tanto, llegan a regular la conducta exploratoria y social del bebé.

Sus emociones irán cambiando y se irán diversificando, así como la expresión de éstas sobre el cuerpo, a través del tono muscular y de la tensión. El lenguaje del cuerpo será, pues, su primer lenguaje. Estas necesidades deberán ser atendidas, sin adelantar ni retrasar demasiado su satisfacción, cuidando a la vez la relación afectiva con el niño.

### 4.3. Efectos de la interacción del año a los tres años

Entre los 13 y 18 meses el niño comienza a mostrarse más activo en la demostración de afectos, besos y abrazos no se hacen esperar a medida que explora las sensaciones agradables que trae consigo el contacto físico. Muestra afecto no solo como respuesta al adulto, sino que valora que lo alaben, lo aplaudan, y repite cada movimiento o acción que tenga una respuesta de elogio. Todo esto lo anima a practicar sus nuevas habilidades hasta lograr dominarlas por completo. Pero también será testigo de expresiones negativas de sus cuidadores en la medida que muestre obstinación y terquedad: por ejemplo, cuando demanda atención exclusiva y al no conseguirlo lance con violencia los objetos que tenga a mano.

A partir de los 15 meses suelen aparecer los celos. A esta edad, el narcisismo con su fuerte presencia se acompaña de nuevos sentimientos de celos, ansiedad, confianza en sí mismo, orgullo y frustración. Con estas emociones surge también la habilidad del pequeño para expresarlas de forma sutil e indirecta. A los 18 meses ante la conciencia más clara de su condición física separada, el crecimiento de sus facultades cognitivas y la diferenciación de su vida emocional, el niño entra en un período de vulnerabilidad. Desde un punto de vista motriz es la conciencia de separación la que le lleva desde la conquista de la bipedestación, que entrecruza lo postural y lo subjetivo en relación con su figura de apego, hasta el caminar como un acto autónomo, debido a que el control del peso del cuerpo ya no es llevado por el otro (15).

Esa separación también influirá en la autoestima del niño, y se verá afectada, ya que deberá ir corrigiendo la sobreestimación de su omnipotencia; en este momento necesita compartir con la madre logros y adquisiciones, que son a partir de ahora las señas que sostienen la configuración del yo en construcción. En esta búsqueda de interacción con la madre utilizará un nivel

progresivamente superior de simbolización, enriqueciéndose el lenguaje y el juego simbólico (27).

De los 19 a los 24 meses, el niño atraviesa por un período emocional de difícil manejo, pues el deseo de independencia y autonomía del infante se confronta a su necesidad actual de dependencia. Esta ambivalencia da lugar a un gran conflicto y frustración, que el pequeño encara desde su yo engrandecido. Es una fase de desarrollo marcada por el egocentrismo. Si el niño quiere algo, debe ser “ya”, y en su mente la gente que lo rodea sólo existe para complacerlo y responder a sus demandas.

El camino a la independencia es su principal ocupación y la conciencia de ser una persona diferente de sus padres le significa aprender a lidiar con ciertos imprevistos: no obtener siempre lo que desea. Ahora comprende que sus deseos son diferentes de los de sus padres. En esta etapa también se agudiza la ansiedad de separación. El fuerte deseo por la independencia y la autonomía con frecuencia se convierte en un apego excesivo o en una pataleta que se suma a su confuso estado emocional. El pequeño muestra ansiedad cada vez que sus sentimientos se salen de control. Pero es a través de la lucha entre la dependencia y la autonomía, donde el pequeño explora los límites de su poder. Probar y manipular son una manera de conocer y establecer la fortaleza y la importancia de cada una de las expectativas de los padres ya que en este período es muy sensible a su aprobación y/o desaprobación (29). Es el tiempo de la internalización de las primeras exigencias parentales, y consecuente con ello, el temor a la pérdida de amor de esas figuras significativas. Las limitaciones a la omnipotencia infantil serán la clave para que el pequeño pueda aprender a tolerar su frustración y así dar y esperar de su entorno situaciones ajustadas a la realidad. Un modo de interacción inseguro dará al niño más oportunidad de confundirse en sus expectativas respecto al poder que ejerce sobre los demás.

A partir de los 2 y hasta los 3 años, la etapa de acercamiento, señalada por Malher (27) coincide con logros cognitivos y perceptivos, que se relacionan a su vez con el logro de la permanencia de objetos de Piaget. La inteligencia sensoriomotriz y representacional facilitan el proceso de internalización ya que pueden predecir las reacciones de los demás en virtud de su capacidad para imaginar y/o evocar. Sus experiencias emocionales tienden a ser más breves y menos frecuentes a medida que se acerca a los tres años. Siguen expresando de forma exagerada sus emociones, sobre todo las “negativas” pero su deseo de agradar al adulto es cada vez mayor por lo tanto se esfuerza por expresarse

de forma adecuada y controlar su conducta para recibir elogios y evitar la desaprobación (28).

Para llegar preparado alrededor de los tres años al encuentro con el mundo el niño ha debido resolver adecuadamente la etapa de individuación-separación (27). Para que ello sea posible es imprescindible que el niño haya conseguido los logros evolutivos mínimos en su desarrollo motriz, cognitivo y afectivo; debe existir un desarrollo básico del potencial innato y temperamental ejecutado por las figuras primarias que hacen de intermediario entre el niño y el mundo y que han modulado, regulado, presentado y protegido al niño en ese encuentro (29).

## **5. Conclusiones**

---

El desarrollo psíquico guarda relación con la capacidad interactiva, pero la calidad de la relación vincular con la figura de apego no es solo fundamental para el encuentro amistoso y placentero con el mundo externo, sino para alcanzar la conciencia de sí mismo. La calidad de este vínculo garantizará el andamiaje que le permitirá desarrollar sus capacidades propias: lenguaje, pensamiento y simbolización, necesarias para el encuentro con el mundo, fuera del vínculo con el cuidador principal. Está científicamente comprobado que si esta interacción es significativa se podrá asumir y acompañar el desarrollo del sistema nervioso, enriqueciendo su mundo interno.

En estas etapas del desarrollo la respuesta que el cuidador da al niño variará según la etapa emocional que esté atravesando. Así tras una respuesta casi inmediata a sus necesidades durante los primeros meses, en los meses siguientes debe ayudarse al bebé a tolerar la espera, a disfrutar de la “no contingencia” perfecta, a mostrar interés por el mundo de los objetos para compartirlos con el adulto. Cuando va adquiriendo su identidad, el cuidador debe ayudarlo a tolerar la frustración, a disminuir las vivencias de omnipotencia.

La separación tan temprana de los bebés de sus figuras de apego, motivada entre otras razones, por la incorporación tan precoz a las guarderías está generando según muchos autores dificultades en la construcción de una individuación e identidad sana de los bebés. Los modelos actuales de cuidado fuera del hogar, y que algunos conceptúan, como una manera

de institucionalización que trata de resolver el impacto de importantes y necesarios cambios sociales, complejizan un continuo relacional, que debiendo ser de pocos, como garantía de un apego seguro, se desparrama en un número demasiado extenso de cuidadores, empáticos, pero sometidos a condiciones que desbordan la capacidad de asimilación de un bebé. No cabe duda de que es necesario complementar cuidados, la cuestión es el modo de abordarlo.

La base donde el niño estructura su psiquismo es la tarea apasionada de sus cuidadores principales, a través de una variedad de actos cotidianos, con coherencia significativa y en un idioma afectivo. Serán entonces afectos que se traducirán en efectos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Kaes R, Faimberg H, Enriquez M, Baranes J-J. Transmisión de la vida psíquica entre generaciones. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2006.
- 2.- Levobici S. El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1988.
- 3.- Barraque Bordas L. Unidad psicobiológica humana y su estructuración de la primera infancia. Rev. Psicopatol. salud mental 2003; 1: 71-80.
- 4.- Spitz RA. El primer año de vida: un estudio psicoanalítico de desarrollo normal y anormal de relaciones de objeto. Nueva York: Prensa de Universidades Internacional; 1965.
- 5.- Mancieux M. El bebé y el niño de pecho: su lugar en la sociedad actual. En: Levobici S, Weil-Hallen F, editores. La psicopatología del bebé. Madrid: Siglo XXI Editores; 1995. p. 41-9.
- 6.- Taborda A, Daher C. Jardines maternos: los primeros pasos en el proceso de separación. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente 2013; 55: 63-76.
- 7.- Bowlby J. El apego y la pérdida: El vínculo afectivo. Barcelona: Ed. Paidós; 1976.
- 8.- Macías Rocha M. Principios organizadores de la interacción precoz entre la madre y el bebé. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil 1990; 10: 45-63.
- 9.- Levobici S, Weil-Haller F. El bebé en su familia. En: Levobici S, Weil-Halpern F, editores. La psicopatología del bebé. Madrid: Siglo XXI Editores; 1995. p. 61-3.
- 10.- Martínez Rodríguez J M. Cuestionamiento de vínculo y crisis. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente 2015; 59: 45-57.
- 11.- Golshe B. ¿Qué cuidados para los niños “privados de historia”? La experiencia del Instituto Pikler Loczy. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente 2015; 59: 9-14.
- 12.- Levobici S. Los vínculos intergeneracionales (transmisión y conflictos) las interacciones fantasmáticas. En: Levobici S, Weil-Halpern F, editores. La psicopatología del bebé. Madrid: Siglo XXI Editores; 1995. p. 112-8.
- 13.- Pinol-Douriez M. La génesis del pensamiento y de las representaciones. En: Levobici S, Weil-Halpern F, editores. La psicopatología del bebé. Madrid: Siglo XXI Editores; 1995. p. 61-3.
- 14.- Clanet C, Laterrasse C, Verganaud G. Dossier Wallon-Piaget. Buenos Aires: Granica; 1974.
- 15.- Levin E. La infancia en escena. Constitución del sujeto y desarrollo psicomotor. 1ª ed. Buenos Aires: Nueva Visión; 2007.
- 16.- Bydlowski M. La mirada interior de la mujer embarazada, transparencia psíquica y representación del objeto interno. Devenir 2001, vol. 13, No.2: 1-52. Disponible en: <http://psicologa-clinica.jimdo.com/articulos/2011>

- 17.- Squire L. Memory and brain systems: 1969-2009. *J Neurosciences* 2009, 29 (4): 12711-6.
- 18.- Perry B. Childhood Experience and the Expression of Genetic Potential: What Childhood Neglect Tells Us About Nature and Nurture. *Brain and Mind* April 2002, Vol. 3, 1: 79-100.
- 19.- Regina V, Fonseca JRM, Bussab VSR. Self, other and dialogical space in autistic disorders. *International J Psychoanalysis* 2006; 87: 439-55.
- 20.- Feldman R. Infant-mother and infant-father synchrony: the coregulation of positive arousal. *Infant Mental Health J* 2003, 24: 1-23.
- 21.- Trevarthen C, Aitken KJ. Infant Intersubjectivity: Reteach, theory and clinical applications. *J Child Psychology and Psychiatry* 2001; 1: 3-48.
- 22.- Bahrick LR, Watson JS. Detection of inter-modal proprioceptive-visual contingency as a potential basis of self-perception in infancy. *Developmental Psychology*, 1985, 21:963-73.
- 23.- Muratori F. El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (I Parte). *Psicopatol. salud ment.* 2008, 12: 39-49.
- 24.- Muratori F. El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (y II) *Psicopatol. salud ment.* 2009, 13: 21-30.
- 25.- Greenspan SI, Wieder S. The child with special needs: Intellectual and emotional growth. Reading: Addison Wesley Longman;1998.
- 26.- Golse B. El bebé, el niño y la violencia de acceso al lenguaje. *Psicopatol. salud ment.* 2005; 5: 67-81.
- 27.- Mahler M. Estudios 2. Separación-Individuación. Buenos Aires: Ed Paidós; 1984.
- 28.- Solis-Pontón L. La Parentalidad. Desafío para el tercer milenio. México: Ed Manual Moderno; 2004.
- 29.- Peral M, Gijón P. Trastornos del vínculo. En: Romero Hidalgo AI, Fernández Liria A. Formación Continuada en Atención Primaria. Salud Mental II. Bristol-Myers SAE; 1990:109-19.

### **3. PSICOPATOLOGIA DE LA ALIMENTACIÓN Y LA REGULACIÓN MOTRIZ.**

**Beatriz Sanz Herrero.**

**Francisca González González.**

#### **1. Psicopatología de la alimentación en la primera infancia**

##### 1.1. Introducción

Al hablar de los trastornos psicossomáticos de la primera infancia parecería que el bebé (cuyo psiquismo está en proceso de desarrollo) sería automáticamente un enfermo psicossomático, dada su incapacidad de integrar a nivel mental los estados de tensión. Nada de esto ocurre porque los padres están para impedirlo y su intuición compensa sus carencias. La unidad psicossomática inicial, incluye a la madre (depositaria de las funciones psíquicas no adquiridas aún por el niño). Winnicott (1) señala que un niño sólo no existe, sólo es completo en la medida que existe su madre. Los trastornos funcionales del lactante sólo pueden ser comprendidos en el seno de esta interacción. Cualquier síntoma es una solución de compromiso que permite el equilibrio, pero es también una comunicación (un llamado).

La escuela de París ha planteado que en muchos pacientes psicossomáticos adultos hay una falla del aparato mental como elemento regulador de las situaciones de tensión y esto origina la somatización (2). El pensamiento operatorio tal y como ha sido descrito en los adultos, apenas se encuentra en los niños. Encontramos varias diferencias: cuenta con la función de protección del adulto, presenta vías de expresión directa (grito, descarga motora...) y tiene una mayor plasticidad somática.



Desde la teoría del Instituto Psicosomático de París y siguiendo a Kreisler (3) los factores ambientales patógenos para la aparición de trastornos somáticos precoces en el niño se clasifican en:

Sobrecarga de Excitación (La excitación excesiva se descarga en el cuerpo).

Carencia o Insuficiencia afectiva (Se ha considerado el factor patológico más severo).

Dentro de este grupo de trastornos se han descrito patologías específicas según los momentos evolutivos (anorexia precoz, insomnio inicial) y algunos cuadros (cólicos del tercer trimestre) que se resuelven espontáneamente cuando el bebé cuenta con más recursos.

## 1.2. La Alimentación desde el punto de vista evolutivo. Alimentación e Interacción

La alimentación va a ser una vía de encuentro repetido y un espacio de intercambio privilegiado entre el niño y el adulto que le cuida. Poco a poco el niño lo irá integrando como parte de su autocuidado y participará de su propio estilo de acercamiento al mundo.

Desde los primeros momentos es necesario entender cómo el adulto ofrece el alimento al niño y su función de mediador en el establecimiento de sus primeros ritmos internos.

**LACTANCIA.** Durante los primeros meses, alrededor de la alimentación, se van a ir asentando las bases del acercamiento inicial del bebé y el entorno y del encuentro repetido con la madre. En este sentido es importante potenciar la lactancia materna como un encuentro en el que una madre alimenta a un bebé que la mira. Es importante favorecer la *interacción cara a cara* y la *posición del regazo*, como elementos que facilitan ese encuentro. Poco a poco la mirada de la madre y sus palabras van a ir construyendo una imagen completa del bebé. Inicialmente, si es posible, se propone una alimentación a demanda y el adulto se adapta a la necesidad del bebé. A partir del tercer mes, el bebé puede empezar a establecer una regulación y es importante establecer un ritmo de comida y de sueño. Cuando por distintas razones el bebé no puede alimentarse del pecho materno, lo más adecuado es que la toma sea lo más parecida posible: que la madre abrace al niño, facilite el contacto corporal y que establezca una relación estrecha. (Facilitar la experiencia de encuentro con alguien disponible a calmar y entender las necesidades del niño).

EL PASO A LA CUCHARA. (Progresivamente se va logrando el reconocimiento de la sensación de hambre, las tomas se espacian de forma progresiva y se inicia la diversificación alimentaria). En esta etapa la madre se coloca *sentada frente al niño* y el alimento se sitúa entre ambos. Los intercambios entre la madre y el niño se enriquecen día a día y es necesaria una participación activa del niño. El papel de las manos del niño es fundamental y el acercamiento al alimento toma el modelo de la atención conjunta y la exploración compartida. La cuchara hace de intermediario. En esta etapa se inicia el desarrollo de los fenómenos transicionales. (Es necesario valorar situaciones de desencuentro repetido o de excesiva tensión en las tomas).

INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SÓLIDA. En este momento el niño se sitúa *frente al alimento* y la madre le acompaña. El niño empieza a comer por sí mismo y se lleva los trocitos a la boca. En esta etapa es necesario valorar cómo se acerca al entorno y se adapta a las situaciones nuevas.

### 1.3. Alimentación y desarrollo

Es importante comprender cómo la alimentación se va integrando en el proceso de crecimiento del niño.

Entendemos la alimentación como un proceso que se establece a la vez que se ponen en juego los recursos del niño. Es importante conocer los aspectos evolutivos del niño en esta etapa, donde la adquisición de una adecuada alimentación va a ir integrándose dentro de su desarrollo global (4). (Tabla 1)

Es importante valorar despacio las situaciones en las que se produce una dificultad en un aspecto concreto del desarrollo o una disarmonía en su evolución (5).

### 1.4. Clasificación de los trastornos de alimentación

#### 1.4.1 Abordaje histórico

Kreisler, Fain y Soulé (6) estudian una serie de trastornos precoces que se sitúan en la encrucijada del cuerpo y plantean dentro de la esfera de la alimentación dos tipos de cuadros:

Formas de anorexia primaria:

- Anorexia Neonatal activa (Reacción instintiva de rechazo)
- Anorexia Neonatal de inercia (Carece de sensación de hambre, instinto de conservación comprometido)
- Anorexia del Destete o de oposición (A partir de los 6 meses. Reacción violenta del bebé frente al intento del adulto de alimentarle, relacionado con la pulsión de control).

Formas severas:

- Ligada a disarmonía evolutivas o próxima a la psicosis
- Forma depresiva de anorexia mental precoz (desorganización grave con afectación del instinto de conservación)
- Forma fóbica de evolución aguda

#### **1.4.2 Clasificaciones actuales**

Chatoor (7) elaboró una categorización que nos permite matizar diferentes aspectos psicopatológicos y que encontramos reflejada en la clasificación 0-3 R (8). Podemos considerar diferentes trastornos que, para ser considerados como tales, estas diferentes dificultades para alimentarse, deben repercutir en el crecimiento ponderal.

- Trastorno para ser alimentados por alteraciones en la regulación de estados.

Denominado previamente trastorno de la Homeostasis. Surge en el periodo neonatal y está muy condicionado por características físicas, gran prematuros, enfermedades neurológicas, cuadros sindrómicos, etc., que limitan la alimentación oral en el niño. Son bebés vulnerables que tienen dificultades para alcanzar un estado de alerta calma que permita una alimentación exitosa.

- Trastorno de la alimentación por alteraciones en la reciprocidad cuidador-infante.

Aparece entre los 2 y los 8 meses y responde a una psicopatología en el entorno que determina una incapacidad y negligencia en relación a los cuidados emocionales del niño. Característicamente es detectable un empobrecimiento de la reciprocidad diádica durante la alimentación. No implica, necesariamente, negligencia o trastornos mentales severos en la madre, ya que, también, puede surgir por situaciones vitales

estresantes que motivan preocupación y afecto depresivo que acaba determinando una pérdida de sensibilidad de la madre a las claves del niño.

- Anorexia infantil precoz, anorexia del segundo semestre.  
Aparece entre los 6 meses y los 3 años. Chatoor (7) planteaba que el trastorno surge en el paso a la alimentación a cuchara, coincidiendo con el trabajo psíquico propio de la fase de separación-individuación descrita por Mahler (9). El niño rechaza comer, en un intento de conseguir autonomía y control sobre su madre y predomina la motivación en la propia asertividad y en la afirmación del sí mismo, sobre las necesidades de apego o de hambre.  
Esta dinámica conduce a una indiferenciación somatopsíquica, pues el niño no sabe diferenciar su hambre de sus necesidades emocionales. La comida se convierte en una batalla y causa gran ansiedad a los padres que pueden llegar a realizar maniobras extremas para que el niño coma. Ello favorece que se intensifiquen las maniobras de rechazo del niño hacia la comida.
- Trastorno por aversión sensorial a la comida.  
Se suelen hacer evidentes en la transición a nuevos tipos de alimentos. El niño rechaza ciertos sabores, texturas, olor y apariencia de alimentos. Come sin dificultad cuando se le ofrecen los alimentos que prefiere y todo ello conduce a una dieta restrictiva.
- Trastorno de alimentación asociado con condición médica concurrente.  
El trastorno médico provoca malestar cuando el niño come y rechaza seguir comiendo. El manejo médico del trastorno puede mejorar el problema, pero no alivia completamente el problema de alimentación.
- Trastorno de alimentación asociado a traumatismo en el tracto gastrointestinal.  
El rechazo del niño a la comida aparece tras un evento traumático mayor o traumatismos menores repetidos en orofaringe o tracto gastrointestinal que provocaron un intenso estrés en el niño. Puede rechazar líquidos, sólidos o todo tipo de alimentación oral. Revivir el evento traumático causa estrés, lo que se manifiesta por una conducta anticipatoria de ansiedad frente a los alimentos o por resistencia intensa a tragar. Este rechazo puede poner en peligro la nutrición del niño de forma aguda o a largo plazo.

No podemos olvidar que existen circunstancias temporales, separaciones, traumas, etc., que pueden provocar, además de otros síntomas emocionales, dificultades en mantener patrones adecuados de alimentación. También encontramos dificultades para establecer patrones regulares y normalizados de alimentación en niños con Trastorno del Espectro Autista. Reservaríamos, sin embargo, el diagnóstico de los trastornos primarios y específicos de la alimentación, a los diferentes trastornos mencionados previamente.

## 1.5. Intervención terapéutica

### 1.5.1 En el niño

Es importante analizar las dificultades de alimentación en el conjunto del funcionamiento del niño y valorar qué función desempeñan dentro de la dinámica familiar. En los niños más pequeños valoraremos cómo se han ido estableciendo los ritmos de alimentación y sueño e identificaremos cómo es su forma de reclamar y calmarse. En niños más mayores situaremos la alimentación en todo el acercamiento del niño al entorno (si mantiene una adecuada exploración o por el contrario mantiene una alerta excesiva o una respuesta muy fóbica).

Identificar cuando las dificultades de alimentación aparecen acompañadas de otros cuadros (5):

- Trastornos del sueño (Nivel de tensión importante, dificultad para calmarse).
- Retraso en el Desarrollo (Motricidad y lenguaje).
- Trastorno Grave de la Comunicación e Interacción (Presencia de alimentación muy selectiva y alteraciones sensoriales marcadas en los pacientes con Trastorno del Espectro Autista).

Es necesario recuperar el papel activo del niño. Chatter (7) plantea la importancia de que el niño reconozca como propia la señal de hambre (algo interno y fundamental para regular las tomas).

De cara a la evolución: Los trastornos de la alimentación de la primera infancia no condicionan una evolución hacia los cuadros de bulimia y anorexia nerviosa adolescente. (10). En algunos casos los niños con dificultades de alimentación en la infancia mantienen a lo largo del tiempo una conducta restrictiva hacia

la comida (no manifiestan sensación de hambre); pero sin las alteraciones del esquema corporal propias de los trastornos que surgen en la adolescencia (lo que el DSM-5 sitúa dentro del Trastorno de Restricción de la ingesta) (11).

### **1.5.2 En los padres**

Antecedentes familiares: Suelen presentar dificultades de alimentación en la primera infancia de alguno de los padres o en otros hijos, pero no aparece asociados de forma significativa a dificultades de la alimentación en la adolescencia.

Importancia evolutiva de los momentos de cambio: Diferentes autores plantean que los problemas de alimentación se encuentran asociados a momentos de cambio (destete, cambios en la dieta, tras una enfermedad...) que obligan a un reajuste en el sistema familiar o se ponen en juego acompañando las situaciones de pérdida que conlleva el crecimiento (12). Es especialmente importante valorar cómo se manejan en la familia los movimientos de confrontación y autonomía y valorar la presencia de duelos significativos en la historia de las figuras parentales.

Cuando el desarrollo del niño se establece sin dificultades la alimentación, además de una fuente de satisfacción es una forma de experimentar placer y seguridad para el niño y reafirma la vivencia de capacidad de padres. La experiencia de fracaso formará parte de las vivencias de los padres que consulta por un niño con dificultades de alimentación. Desde la consulta, es necesario el establecimiento de vínculo terapéutico con los padres, que les permita recuperar su función de protección en el cuidado de sus hijos y evite que se sientan juzgados o descalificados (13).

### **1.5.3 Intervenciones específicas**

En ocasiones encontramos patrones específicos en los trastornos. En la tabla 2 recogemos intervenciones específicas que podemos realizar frente a diferentes problemas del niño en relación a su alimentación.

## **1.6. Los niños prematuros y su patrón de alimentación**

Gracias a los nuevos avances médicos nos encontramos con neonatos cada vez más inmaduros y con patología grave (displasia broncopulmonar,

distrés respiratorio, bradicardias, desorganización neurológica...) que van a interferir en el desarrollo de la conducta alimentaria. EL logro de una adecuada alimentación es uno de los elementos que facilitan el alta hospitalaria (14).

Según la OMS en función de la edad gestacional se clasifican en prematuros extremos (< 28 semanas), muy prematuros (28 a < 32 semanas) y prematuros moderados (32 a < 37 semanas).

Una condición esencial para iniciar la alimentación por vía oral es conseguir la coordinación adecuada de la succión, deglución y respiración (15). Los bebés prematuros debido a su inmadurez neurológica y su bajo tono muscular frecuentemente presentan incoordinación.

Hay dos tipos de succión: Nutritiva (con el alimento, a través del biberón o el pecho) coordinada de forma refleja con la deglución y la respiración y la que va a permitir la alimentación del lactante.

Y la succión No Nutritiva, la que realiza el neonato sin extraer líquido mediante el chupete o el dedo del adulto, no está implicada en la alimentación y no está coordinada con la deglución. Ayuda al desarrollo de la succión nutritiva y a la adquisición de las habilidades necesarias para la alimentación oral.

A partir de las 32 semanas se puede iniciar la estimulación mediante succión no nutritiva, siempre que el bebé esté clínicamente estable. (Es también aconsejable que se realice durante las tomas de alimentación por sonda, para facilitar el reconocimiento de la sensación de saciedad en el bebé).

En un estudio de revisión muy riguroso al respecto (16), se constató una significativa reducción de la estancia hospitalaria en los niños, así como un menor tiempo de transición desde la alimentación por sonda hacia la vía oral; en aquellos niños que mantenían succión no nutritiva. Además, la succión calma y ayuda autorregularse a los niños muy inmaduros; especialmente en los momentos de tensión (manipulaciones, pruebas médicas) (17).

El inicio de la alimentación por vía oral se aconseja a partir de las 37 semanas (cuando ya se ha establecido el ritmo succión-deglución-respiración) aunque será necesaria una valoración en cada caso.

Los padres tienen que tener una presencia activa, para que puedan adquirir, desde el hospital, las habilidades necesarias para lograr una alimentación eficaz y segura tras el alta.

Es importante prestar atención a las conductas de acompañamiento implicadas en la situación de la alimentación (postura de regazo, hablarle

o cantarle durante la toma, mirarle a la cara...) para lograr un encuentro significativo entre ambos y fortalecer la relación padres-hijo (18).

### 1.7 Tratamiento Multidisciplinar de los Trastornos de Alimentación

Cuando existe el riesgo de que estas dificultades se estructuren en una patología crónica, es necesario el abordaje desde un equipo multidisciplinar (médico pediatra, logopeda especialista en alimentación, psicólogo clínico) (19).

La intervención en esta modalidad terapéutica está dirigida a aquellos casos que presentan una patología orgánica de base (en ocasiones necesitan una alimentación con soporte artificial como una sonda nasogástrica o una gastrostomía) o en los que sin tener una patología médica asociada, aparecen indicadores de riesgo en la salud física/psíquica de los pacientes o en la dinámica familiar.

Las funciones de los distintos componentes del equipo son las siguientes:

- Médico pediatra especialista en Nutrición: Realiza la historia clínica inicial y valora la patología orgánica, el grado de gravedad, la necesidad de soporte artificial y el estado nutricional del paciente. Desde el apoyo a la familia garantiza el seguimiento y evita la consulta en urgencias.
- Psicología: Analiza las necesidades del niño en función de su momento evolutivo. Valorar los sentimientos de los padres y refuerza su capacidad en el cuidado de su hijo.
- Logopedia: Identifica las posibles dificultades para el establecimiento de las conductas alimentarias adecuadas. Establece un programa terapéutico de intervención individualizada tanto en relación al niño como a la familia que se llevará a cabo inicialmente en el hospital y progresivamente en el entorno familiar.

El reconocimiento precoz del problema, el diagnóstico de los factores implicados y el tratamiento adecuado, mejora la evolución tanto del niño como de su familia. Se realiza una evaluación clínica interdisciplinar y se inicia un tratamiento individualizado en función de las necesidades del niño y su familia. Uno de los pilares básicos de la intervención es la posibilidad de tomar decisiones de forma conjunta y establecer el orden de prioridades en la intervención.



## **2. Trastornos de la regulación**

---

### 2.1 Introducción

El comportamiento motor es, junto con la desorganización somática la otra gran vía de expresión de la patología precoz a través del cuerpo. Sin embargo, en la actualidad, y especialmente en relación al niño pequeño, la manifestación de los trastornos comportamentales no se entiende como patrones aislados, sino inscrita en un proceso global que incluye dificultades sensoriales, motrices, de procesamiento, de organización o integración (20).

La Clasificación 0-3 R los denomina Trastornos de la Regulación del procesamiento sensorial, presentando el niño dificultades para organizar un estado afectivamente positivo, calma y alerta, lo que afecta a sus interacciones y relaciones y a su capacidad de adaptación (8).

En algunos niños nos podemos encontrar una dificultad particular para procesar y modular los estímulos, tanto externos (luz, sonidos, estímulos táctiles, orales...) como propioceptivos (internos). Esto conlleva una gran sensibilidad a la estimulación sensorial o bien una necesidad de estimulación muy superior a lo esperable. Cuando esta dificultad predomina sobre las demás, se puede considerar la posibilidad de que exista una dificultad en el espectro de la regulación.

Este tipo de problemática suele implicar también déficits cualitativos en las aptitudes para la planificación motriz, su modulación tanto en la motricidad gruesa como en la fina, el procesamiento visoespacial, el procesamiento auditivo-verbal o la articulación verbal.

Encontramos en estos niños dificultades en el establecimiento de capacidades crecientes de concentración y para regular la intensidad, frecuencia y duración de las respuestas emocionales, en particular las emociones negativas (enojo, tristeza, frustración). Del mismo modo, los problemas en el área del sueño y la alimentación también están presentes.

El diagnóstico de Trastorno de la regulación implica un patrón conductual distintivo junto con una dificultad para el procesamiento sensorial, sensoriomotor u organizacional (8).

## 2.2. Tipos de trastornos de la regulación

La clasificación diagnóstica 0-3 R (8) diferencia entre los niños hipersensibles a la estimulación, hiporreactivos que requieren de una estimulación superior a lo habitual y aquellos en quienes el centro del problema se encuentra en la desorganización e impulsividad ligadas a la respuesta frente a la estimulación.

Estas dificultades pueden estar ligadas a factores de tipo constitucional (diferencias temperamentales y bases neurobiológicas) pero la actitud del cuidador y la respuesta frente a sus reacciones puede ser un factor crucial para la evolución del trastorno.

Los procesos vinculares tempranos están íntimamente relacionados con índices de gran adaptabilidad. Los autores plantean la importancia de la adquisición de las habilidades para la reducción del estrés emocional a través de los procesos de apego y describen los patrones de cuidado que promueven una mejor regulación y organización en el niño.

En la Tabla 3 reflejamos los diferentes tipos de trastorno de la regulación y su relación con los patrones del cuidador.

## 2.3. El desarrollo de la regulación emocional

Inicialmente el niño es incapaz de regular por sí mismo sus estados emocionales y queda a merced de reacciones emocionales intensas. La regulación afectiva solo puede tener lugar en el contexto de una relación con otro ser humano. El contacto físico y emocional (hablar, acunar, tranquilizar, abrazar...) permite al niño establecer la calma en situaciones de necesidad e ir aprendiendo a regular por sí mismo sus emociones. El adulto debe poner en juego una capacidad empática que le permite comprender qué es lo que necesita ese niño. Las respuestas emocionales del adulto en sintonía con el estado interior del bebé generan primero un estado de corregulación afectiva, que lleva un poco más adelante, al logro de la autorregulación afectiva por parte del bebé (21, 22).

E. Dio Bleichmar (23) explica: “la madre al ser reguladora externa de los estados fisiológicos del infante, regula también su nivel de activación, ... se trata de tener la habilidad de regular los afectos, de manejar la ansiedad del bebé cuando esté ansioso o irritado, de interpretar sus señales, de saber cuándo y cómo activar o bien calmar”.

Es importante destacar las aportaciones de Stern (24): desarrolla el concepto de entonamiento afectivo y plantea que la crianza se basa en la acción reguladora por parte de los adultos hacia el infante (lo que produce en él la experiencia de estar con y de ser regulado por otro).

Fonagy (25) denomina “espejo emocional” a la función parental de reflejar las emociones de los infantes y destaca dos efectos importantes: modular la intensidad de los afectos y facilitar “un segundo orden” de representación de dichas emociones.

Este autor y sus colaboradores plantean que hay una estrecha relación entre la regulación emocional y el desarrollo del sí-mismo; el concepto que articula ambos es el de mentalización (proceso a través del cual se atribuyen a los demás y a nosotros mismos, intenciones, creencias y deseos como guía de nuestras acciones) y estará en la base de los procesos de regulación.

Plantean que “Los procesos de regulación emocional constituyen comportamientos, habilidades y estrategias, que se hayan al servicio de modular, inhibir y enlazar experiencias con expresiones emocionales”.

### **3. Conclusiones**

---

Este capítulo, parte de un punto de vista evolutivo y destaca la *función ordenadora* del adulto en el establecimiento de los primeros ritmos de regulación interna (especialmente en el área de la alimentación) y su función de mediador en el acercamiento al entorno y en la integración de las experiencias sensoriales.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Winnicott D. Los bebés y sus madres. Barcelona: Paidós; 1998.
- 2.- Marty P. La psicósomática del adulto. Buenos Aires: Amorrortu; 1995.
- 3.- Kreisler L. La expresión Somática. En Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente, Tomo IV. Madrid: Biblioteca Nueva; 1990. p.135-60.
- 4.- Sanz B, de la Torre C, Miguel MT. Tratamiento psicológico y trabajo con padres en los trastornos de alimentación de inicio en la infancia. En: Morandé, Graell, Blanco, editores. Trastornos de la Conducta alimentaria y obesidad. Madrid: Médica Panamericana; 2014. p.159-67.
- 5.- Jiménez Pascual AM. Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2002; 22(82):115-26.
- 6.- Kreisler L, Fain M, Soulé M. El niño y su cuerpo. Buenos Aires: Amorrortu; 1990.
- 7.- Chatter I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2002; 11(2):163-83.
- 8.- National Center for Clinical Infant Programs. Zero to three. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R). Washington, DC: Zero to three Press; 2005.
- 9.- Mahler M. Estudios 2. Separación-individuación. Buenos Aires: Paidós; 1984.
- 10.- Graell M. Trastornos de la alimentación a lo largo de la infancia y la adolescencia. Continuidades y discontinuidades. Abstract International Escap Congress. Madrid; Junio 2015.
- 11.- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed (DSM-5). Madrid: Médica panamericana, 2014.
- 12.- Lartigue Becerra T, Maldonado-Durán M, Ávila Rosas H. La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. México: Plaza y Valdés; 1998.
- 13.- Sanz B, Pedrón C, González F. Dificultades de la alimentación en la primera infancia. La necesidad de poner palabras. Cuadernos Psiquiatría Psicoterapia Niño Adolescente 2011;51-52:157-66.
- 14.- Lau C, Smith EO, Schanler RJ. Coordination of suck-swallow and swallow respiration in preterm infants. Acta Pædiatrica 2006; 92: 721-27.
- 15.- Bauer M, Haëffner L, Keske-Soares M, Prade L, Weinmann AR. The oral motor capacity and feeding performance of preterm newborns at the time of transition to oral feeding. Brazilian Journal of Medical and Biological Research 2008;41:904-07. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/bjmr/v41n10/7131.pdf>
- 16.- Pinelli J, Symington A. A Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. Biblioteca Cochrane Plus. 2006;Nº 2. Oxford.

- 17.- Mena P, Mülhausen G, Novoa J, Vivanco G. Guías nacionales de neonatología: Ministerio de Salud Gobierno de Chile. 2005. Disponible en : [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2005\\_Guia%20Nacional%20de%20neonatologia.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2005_Guia%20Nacional%20de%20neonatologia.pdf)
- 18.- Guido-Campuzano MA, Ibarra- Reyes MP, Mateos-Ortiz C, Mendoza-Vazquez N. Eficacia de la succión no nutritiva en recién nacidos pretérmino. *Perinatol Reprod Hum* 2012; 26 (3):198-207.
- 19.- Pedrón C, González F, Sanz B. Tratamiento interdisciplinario en los trastornos de la alimentación de la primera infancia. En: Morandé, Graell, Blanco, editores. *Trastornos de la Conducta alimentaria y obesidad*. Madrid: Médica Panamericana; 2014. p.171-7.
- 20.- Fornós i Barrera A. La crianza su importancia en las interacciones padres e hijos. *Cuadernos Psiquiatría Psicoterapia Niño Adolesc* 2001; 31-21:183-98.
- 21.- Armus M, Duhalde C, Oliver M, Woscoboinik N. Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia. Fundación Kaleidos Unicef. Buenos Aires; 2012.
- 22.- Michelena M. Un año para toda la vida: el secreto mundo emocional de la madre y su bebe. *Temas de Hoy*. Madrid: Planeta; 2002.
- 23.- Bleichmar E. *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona: Paidós; 2005.
- 24.- Stern D. *La constelación maternal*. Barcelona: Paidós; 1994.
- 25.- Fonagy P. *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs; 2004.

Tabla 1.

	TIPO DE ALIMENTACIÓN	DESARROLLO OROFACIAL	DESARROLLO MOTOR	LENGUAJE	DESARROLLO PSICOAFECTIVO
0-3 Meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Líquida</li> <li>• Lactancia materna y/o artificial</li> <li>• Alimentación a demanda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reflejo Succión</li> <li>-R. de Búsqueda</li> <li>-R. de Náusea</li> <li>-Deglución coordinada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mov. Reflejos</li> <li>Inicia control cefálico</li> <li>Prensión refleja</li> <li>Fijación y seguimiento visual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se comunica llorando</li> <li>Sonidos Guturales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Busca la homeostasis, acoplamiento tónico</li> <li>-Postural, regulación de ritmos, primeras interacciones y sonrisa social</li> </ul>
3-6 Meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Líquida</li> <li>- Papillas</li> <li>- Purés</li> <li>- Sabores y texturas nuevos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cierre labial alrededor de la cuchara</li> <li>Desaparecen algunos reflejos orales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manos a línea Media</li> <li>Inicio control del tronco</li> <li>-Prensión Involuntaria/voluntaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baluceos y vocalizaciones por turno con el adulto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vínculo significativo con su madre</li> <li>Inicio de diálogo</li> <li>Inicio de regulación afectiva, dejarse calmar por el otro</li> </ul>
6-9 Meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comida triturada</li> <li>Alimentos que se deshacen fácil con la saliva (galletas, pan...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicio de masticación, mov. verticales de mandíbula</li> <li>Inicio de lateralización lingual</li> <li>Chupa y muerde objetos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sedestación, reptación, inicio de gateo</li> <li>-prensión bimanual</li> <li>-Pinza superior al final de la etapa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sonidos Silábicos (tatata, papapa)</li> <li>-Inicia a imitar los sonidos de los demás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención compartida</li> <li>Inicio de la elaboración del proceso de separación</li> <li>Establecimiento de objeto transicional</li> </ul>

	TIPO DE ALIMENTACIÓN	DESARROLLO OROFACIAL	DESARROLLO MOTOR	LENGUAJE	DESARROLLO PSICOAFECTIVO
9-12 Meses	Comida triturada (menos pasada, más grumosa) Alimentos de fácil disolución en la boca	Movimientos de masticación y lateralización de lengua más independientes  Bebe líquidos en tacita con pivote	Gateo coordinado  Bipedestación autónoma	- 1-2 palabras bislabas - Reconoce su nombre - Inicio a señalar cuando quiere algo	Aparece la intencionalidad en la conducta Establecimiento conocido/ no conocido Importancia de la subjetividad del niño
12-24 Meses	Comida en trocitos (sólido blando). Variada	-Masticación rotatoria -Se lleva la comida a un lado de la boca -Bebe en vaso -Come él solo con cuchara	-Deambulación libre -Sube escalón	- Dice de 10-15 palabras - Entiende ordenes sencillas - Une dos palabras - Dice "no"	Importancia de la autonomía, exploración del espacio lejano Adquisición del No- Capacidad de la expresión del enfado  Toma de conciencia de separación
24-36 Meses	-Comida sana similar a la de adulto	- Masticación con manejo eficaz del alimento - Utiliza cuchara adecuadamente	- Sube y baja escaleras solo. - corre - Salta	-Construye frases sencillas - Usa verbos y algunos pronombres (yo,mi,tú)	-Conducta claramente intencional -Desarrollo hábitos de autonomía (inicio control de esfínteres) -Importancia de la tolerancia a la frustración y la espera

Tabla 2.

	<b>INTERVENCIONES ESPECÍFICAS</b>
Bebés que únicamente comen dormidos (los que los padres terminan por dormirles para lograr que se alimenten).	<p>Iniciar una toma despierto e ir aumentándolas de forma progresiva</p> <p>Potenciar la capacidad de cuidado de los padres y la interacción entre ellos fuera de la alimentación</p>
Bebés que no reconocen la sensación de hambre (nunca han pedido para comer, confunden hambre y sed...pueden pasar muchas horas sin tomar ningún alimento).	<p>Es importante establecer un horario de alimentación</p> <p>Limitar los tiempos de las tomas</p> <p>Evitar siempre comidas en blanco (no dejarles sin comer)</p>
Dificultades de alimentación en lactantes cuando la madre presenta una clínica de tristeza o agotamiento marcado.	<p>Es aconsejable plantear un horario de alimentación que permita regular el encuentro entre la madre y el bebé</p> <p>Valorar la existencia de una red de apoyo para la figura materna o el riesgo de aislamiento.</p>
Lactantes que mantienen lactancia materna, pero que a partir de los 6 meses no logran una adecuada diversificación y supone riesgo de desnutrición.	<p>Establecer un horario adecuado y situar las tomas de pecho dentro de los momentos de la comida.</p> <p>Tratar de encontrar otras formas de calmar al bebé en los momentos de tensión.</p>



	<b>INTERVENCIONES ESPECÍFICAS</b>
Niños que presentan una alerta sensorial marcada y rechazo a los cambios de texturas (ej: Dificultad en la introducción de sólidos, sólo aceptan puré de un color o una marca...)	<p>No retrasar la introducción de nuevas texturas más allá de los 9 meses.</p> <p>Ofrecer alimentos de texturas diferentes y tratar de facilitar un acercamiento progresivo.</p> <p>Valorar la adaptación a los cambios y el riesgo de dificultades en la comunicación. (Riesgo de Trastorno del Espectro Autista)</p> <p>Entender la alimentación como una vía de encuentro con los otros niños</p>
Niños que han logrado un buen desarrollo en algunas áreas pero mantienen rutinas muy poco acordes a su edad cronológica (ej: niños de 6 años que mantienen biberón y con rutinas de sueño muy inadecuadas).	<p>Establecer rutinas adecuadas a la edad del paciente.</p> <p>Tratar de facilitar otras vías para la expresión emocional frente a los momentos de tensión o bloqueo.</p> <p>Proponer la alimentación como una oportunidad para el desarrollo del niño y potenciar sus recursos de autocuidado</p>

TIPOS DE TRASTORNOS DE REGULACIÓN (En forma de cuadro).

<b>TIPO I HIPERSENSIBLE</b>	<b>Patrones conductuales</b>	
	<p><b>1)Temeroso y cauto:</b>                  Respuesta de exploración limitada.                  Dificultad ante nuevas experiencias, timidez frente a nuevas relaciones.                  Reactividad excesiva al contacto. Dificultad para tolerar la frustración o calmarse a sí mismo.</p>	
	<p><b>2)Negativo y Desafiante:</b> Actitud controladora, testarudo y desafiante. Resistente a las experiencias y a los cambios.                  Reactividad exagerada al tacto o al sonido.                  Tiende a consolidar su sentido de identidad desde la oposición.</p>	<p><b>Patrón adecuado del cuidador:</b> Evitación de lucha de poder, actitud empática. Facilitar la expresión simbólica del niño.  <b>Patrón inadecuado:</b> Actitudes excesivamente exigentes o intrusivos.</p>

<b>TIPO II HIPORREACTIVO</b>	<p><b>1)Retraimiento y dificultad para el compromiso:</b> Poca responsividad a las sensaciones y las propuestas sociales. Búsqueda de actividades sensoriales primitivas. Gama limitada de ideas y fantasías.</p>	<p><b>Patrón adecuado del cuidador:</b> Promover la iniciativa, favorecer interacción.</p> <p>Proporcionar respuestas fuertes a las débiles señales del niño.</p> <p><b>Patrón inadecuado:</b> Ritmo de interacción débil, patrón depresivo.</p>
	<p><b>2)Ensimismamiento:</b> Tendencia a la fantasía y a envolverse en sus propios pensamientos y emociones.</p> <p>Con poco interés en la interacción.</p>	<p><b>Patrón adecuado del cuidador:</b> Facilitar ciclos de comunicación.</p> <p>Demostrar sensibilidad por los intereses del niño y los acontecimientos cotidianos. Estimular un equilibrio entre fantasía y realidad.</p> <p><b>Patrón inadecuado:</b> Comunicación familiar confusa. Aislamiento del cuidador.</p>

<p><b>TIPO III DESORGANIZADO MOTOR / IMPULSIVO</b></p>	<p><b>Patrones conductuales</b></p>	<p><b>Patrón adecuado del cuidador:</b> Continuidad en la relación, actitud cálida con empatía y límites claros.  Favorecer el empleo de la imaginación.  <b>Patrón inadecuado:</b> Cambios constantes de cuidador, límites poco claros.</p>
	<p>Pobre control de la conducta, búsqueda activa de input sensorial. Niveles de actividad alta, tendencia a la descarga. Actividades motrices difusas y sin objetivo claro</p>	
<p><b>TIPO IV OTROS</b></p>	<p>Niños con dificultad para el procesamiento sensorial o motor pero cuyo patrón conductual no pertenece a los grupos anteriores</p>	

## **4. ALTERACIONES DEL DESARROLLO. EL DESARROLLO DEL NIÑO PREMATURO.**

**Eduvigis Contreras Martín.**

**Aranzazu Fernández Sánchez.**

### **1. Alteraciones del Desarrollo**

---

#### 1.1. Características del Desarrollo

El desarrollo es un proceso dinámico entre el niño y su ambiente. Podría definirse como “un crecimiento continuo, que es periódicamente interrumpido por breves períodos de rápido cambio” (1). Los breves períodos de rápido cambio marcan la transición de un estadio de desarrollo a otro cualitativamente diferente (2). Por tanto, el desarrollo es multidimensional, con cambios continuos a nivel físico/motor, intelectual, emocional y social. Los cambios se dan en forma de saltos y mesetas, y se observan en el niño como períodos de desorganización previos al salto.

La vida fetal y los tres primeros años de vida son fundamentales en el desarrollo.

El desarrollo temprano se caracteriza por ser canalizado, con tendencia a autocorregirse ante la presión de la desviación. El organismo humano parece haber sido pre-programado por la evolución para producir resultados normales en el desarrollo aún bajo las más adversas circunstancias. El desarrollo en los dos primeros años de vida se caracteriza por la baja diferenciación. El niño y su ambiente están dotados de plasticidad y van modificándose el uno al otro a lo largo del desarrollo. Asimismo, el desarrollo temprano es de tipo cascada, es decir, no modularizado. La separación de los distintos dominios es artificial, ya que la evolución de las distintas áreas se produce de forma global e interactuando unas áreas sobre otras.

Con respecto al desarrollo de los aprendizajes o funciones básicas, éstas son necesarias para la supervivencia. Se desarrollan con mínima estimulación. La estimulación debería empezar cuando se abre la ventana de oportunidades y los periodos críticos, en los que las estructuras o funciones son especialmente susceptibles a experiencias particulares y requieren de ellas para tener un desarrollo normal. Por ejemplo, si un niño no ve la luz durante el primer año de vida, el nervio óptico no va a desarrollarse, y es por esto que determinadas operaciones (cataratas, estrabismo), se realizan tempranamente. En dichos períodos las sinapsis están “expectantes de experiencia”. Se trata de experiencias esperables en determinados momentos del desarrollo de una especie. Para alterar dichos comportamientos son necesarias anomalías genéticas o exposición prenatal en periodos críticos a eventos que alteren los elementos estructurales o funcionales necesarios para el desarrollo normal, por ejemplo, exposición prenatal a tóxicos.

Con respecto a las funciones superiores, comprender el lenguaje, los procesos de pensamiento, las estrategias de resolución de problemas, el razonamiento abstracto, las matemáticas, éstas nos diferencian entre individuos. Requieren experiencia, no es esencial que se aprendan de manera temprana. Requieren más estímulo mantenido en el tiempo para desarrollar y mantener la habilidad. Dependen sobre todo de las oportunidades de aprendizaje en el medio sociocultural de crianza del niño. Tienen una ventana de oportunidades más amplia, incluso toda la vida. Hablamos de experiencias críticas y no de períodos críticos. Hablamos de plasticidad, de sinapsis “dependientes de la experiencia”: cambios plásticos que se dan como consecuencia de experiencias a lo largo del ciclo vital.

## 1.2. Desarrollo cerebral

La maduración cerebral es un proceso caracterizado por innumerables y progresivas transformaciones desde la concepción y gestación hasta completarse posteriormente. Hay cinco etapas madurativas fundamentales: periodo prenatal, neonatal, lactancia y primera infancia segunda infancia y pubertad.

El cerebro del niño podría ser una semilla que tiene la capacidad, el potencial de desarrollarse hasta llegar a convertirse en una planta, lo que sucederá siempre y cuando se le den los cuidados necesarios. Si esto ocurre de una manera continuada, un día, la planta germinará. En el niño, el cuidado

necesario para que alcance el nivel de desarrollo potencial es la práctica. La germinación se corresponde con la emergencia de un estadio de desarrollo cualitativamente diferente (3), la adquisición de una nueva competencia cognitiva.

Durante el periodo pre y perinatal el desarrollo del cerebro es altamente vulnerable a acontecimientos como la prematuridad, bajo peso al nacer, infecciones o hipoxia, que pueden tener importantes repercusiones sobre el curso normal del desarrollo (4).

El refinamiento de los circuitos neuronales en distintas regiones del cerebro del niño no es homogéneo ni paralelo en el tiempo, sino heterocrónico (5,6). Según los estudios electrofisiológicos, la heterocronicidad presenta un patrón espacial consistente (5,6). Según dichos estudios, la organización cerebral ocurre de lateral a medial, de rostral a caudal, y del hemisferio izquierdo al derecho. El desarrollo sigue, por tanto, una secuencia jerárquica en la que las regiones sensoriales y motoras primarias maduran antes que las regiones asociativas.

La corteza cerebral es la estructura en la que se realizan las funciones cerebrales superiores. Está formada por dos hemisferios divididos en cinco lóbulos, cada uno de los cuales consta de áreas funcionales primarias y asociativas, constituidas a su vez por áreas secundarias y terciarias. La especialización de las distintas funciones cerebrales está genéticamente determinada para dedicarse a funciones específicas, pero pueden moldearse mediante la experiencia y aprendizaje diario (7).

Hay que tener en cuenta que el desarrollo de los procesos cognitivos no depende únicamente de la maduración de regiones cerebrales específicas, sino también de la maduración de las conexiones entre ellas (8-10). Hay que destacar un fenómeno clave para que la comunicación sea óptima, que es la mielinización de los axones, y se relaciona con el aumento del volumen de la sustancia blanca, e incrementa la velocidad de transmisión de los impulsos eléctricos. Este proceso comienza en el tercer mes de gestación, y correlaciona con el aumento del peso cerebral (11). Poco después del nacimiento ocurre la mayor parte de la mielinización (12).

Nada más nacer, el sistema sensorial del bebé está preparado para responder al detectar un estímulo, ya sea auditivo, olfativo, visual, táctil o gustativo, y se va desarrollando y perfeccionando a lo largo del tiempo. Durante los primeros meses de vida, el cerebro del bebé está interaccionando continuamente con el

entorno para establecer los primeros circuitos, imprescindibles para que los procesos cognitivos se construyan sobre unos cimientos sólidos (13).

### 1.3. Alteraciones del sistema nervioso

El momento en que se producen lesiones en el sistema nervioso en desarrollo condicionará la gravedad de los trastornos resultantes, siendo de mayor gravedad las malformaciones precoces, ya que impiden la formación de las diferentes estructuras del sistema. Podemos clasificar las alteraciones del sistema nervioso en cuatro modalidades: malformaciones precoces (fases de proliferación, migración y mielinización), infecciones, otros factores teratógenos como el consumo de sustancias, y agresiones perinatales (p. ej. Como consecuencia de la prematuridad).

Seis de cada siete trastornos del aprendizaje se producen en la etapa fetal. Es un momento crítico del desarrollo del cerebro que depende de la cantidad de azúcar y de oxígeno que recibe para producir las adaptaciones de los genes.

El cerebro inmaduro es especialmente vulnerable, ya que un daño cerebral temprano impediría el desarrollo posterior de capacidades que dependen de la integridad de estructuras cerebrales específicas en determinados momentos del desarrollo. Los trastornos que se producen desde el punto de vista anatómico son trastornos del neurodesarrollo y alteran alguna de las funciones cognitivas generando trastornos del aprendizaje escolar. En aquellos niños que presenten un daño cerebral difuso en un estadio temprano de desarrollo pueden aparecer déficit moderados a lo largo del tiempo. Por tanto, las disfunciones cognitivas son difíciles de diagnosticar de forma precoz, ya que no van asociadas a daño cerebral, aunque suelen presentar una organización diferente.

Así, las funciones superiores son las primeras que se alteran si ocurre alguna crisis en el desarrollo fetal, protegiendo las funciones básicas.

Con respecto a los patrones de alteración del desarrollo, hablamos de 1) retraso cuando existe demora en el cumplimiento de hitos del desarrollo en alguna de las áreas en los primeros tres a cinco años de vida. Hablamos de un desempeño inferior, dos desviaciones típicas bajo la media en una prueba de desarrollo. 2) desviación, en el caso de que el desarrollo no siga los patrones secuenciales de desarrollo típicos en la adquisición de los hitos. Hablamos entonces de un desarrollo atípico por ejemplo en los trastornos específicos del lenguaje, el espectro autista, hidrocefalia o parálisis cerebral. 3) regresión, en el



caso de que haya un patrón típico hasta que se pierden los hitos del desarrollo que ya se habían adquirido, y siempre es anormal.

Dentro del proceso normal de desarrollo pueden ocurrir algunas anomalías leves que, por mecanismos naturales de selección serán eliminadas. En otras ocasiones hay alteraciones del proceso que pueden explicar patologías diversas como el retraso mental, trastornos del aprendizaje, epilepsia, dislexia o esquizofrenia.

Desde el nacimiento continúa el desarrollo del sistema nervioso facilitándose por varios factores que actúan de forma conjunta, sobre todo en los primeros meses de vida. La desmielinización provoca trastornos psicomotores con relativa frecuencia. En determinadas enfermedades neurodegenerativas o en la deficiencia mental existe un insuficiente crecimiento del árbol dendrítico.

#### 1.4. Trastornos del desarrollo

Los trastornos del desarrollo son cuadros crónicos de inicio precoz que se caracterizan por la dificultad en la adquisición de habilidades motoras, del lenguaje, sociales, o cognitivas, que provocan un impacto significativo en el progreso del desarrollo de un niño.

La prevalencia de los trastornos del desarrollo se ha estimado entre un 6-8 por ciento de los niños, entre los que la mayoría se trata de trastornos de aprendizaje, lenguaje o diversos problemas cognitivos.

Comienzan en la niñez o adultez, y la mayoría se mantienen en la edad adulta. Se trata de un espectro de problemas de diferente tipo y severidad, desde compromisos leves hasta cuadros severos denominados discapacidades del desarrollo. Suele haber un tiempo prolongado entre los posibles factores etiológicos y el momento del diagnóstico, por ejemplo, en prematuros los factores etiológicos están dentro del periodo perinatal y se presentan en la escuela. Suelen ocurrir en sujetos en desarrollo. Presentan una elevada comorbilidad y los signos deben tomarse como un concepto vivencial, en el que algunos de los rasgos que se presentan también se dan en población normal y no comprometen el funcionamiento, aunque en otros impiden el funcionamiento normal. Hablamos de un enfoque dimensional y no categórico. Las limitaciones funcionales más comunes son la movilidad (18 por 100), comunicación (22 por 100), alteraciones de memoria y concentración (24 por 100).

Tipología:

Espectro de los trastornos motores: parálisis cerebral, trastorno del desarrollo de la coordinación, espina bífida, tics, trastorno por estereotipias,

...

Espectro de los trastornos cognitivos: discapacidad intelectual, trastornos del aprendizaje, Espectro de los trastornos de la coordinación: trastornos del espectro autista, trastornos del lenguaje ...

Espectro de los trastornos atenciones o perturbadores: trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante...

Las funciones básicas se desarrollan en todos los niños salvo circunstancias adversas muy graves. Requieren estimulación ambiental mínima. Un niño desarrollará lenguaje teniendo como requisito la audición normal. Sin embargo, la mayoría de funciones necesarias para la escolarización sí que tienen que ver con la estimulación ambiental y dependen de éstas.

A la hora de evaluar las alteraciones del desarrollo hay que tener en cuenta las distintas áreas: Comunicación, socialización, cognición, conducta, habilidades de la vida diaria, motricidad. Así mismo, el lenguaje debe tomarse como el mejor predictor del desarrollo intelectual futuro. El lenguaje expresivo no debe ser más avanzado que el receptivo a ninguna edad. La capacidad de resolución de problemas es la mejor medida de inteligencia no verbal. Hay que tener en cuenta la capacidad de imitación del niño, y el modo de jugar en relación con la edad cronológica del niño: manipulativo, funcional, simbólico, la flexibilidad y la interacción con pares.

Debemos por tanto tener en cuenta que los trastornos del desarrollo son causados biológicamente, pero la interacción con un entorno que optimice las capacidades del niño (también en los niveles cognitivo-emocional y conductual) y le apoye en aquellos ámbitos más deficitarios estructurando el entorno, puede mejorar las condiciones de vida de éstos niños. Por lo que desde las distintas instituciones es fundamental la coordinación de cara a optimizar los esfuerzos para mejorar la calidad de vida de los niños con alteraciones del desarrollo y sus familias.

## 2. El niño prematuro

---

### 2.1. Introducción

El 10% de los nacimientos que cada año se producen en Europa se producen de manera prematura, es decir, antes de la semana 37 de gestación. En España, el número de nacidos antes de tiempo ha ido en aumento y entre 1996 y 2012 se ha incrementado un 36%, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). La prematuridad es la primera causa de muerte neonatal y la segunda en menores de 5 años.

En los últimos años se ha conseguido disminuir la mortalidad en los niños prematuros, pero como consecuencia nos encontramos con un incremento de niños que, en sus primeros años, presentan necesidades complejas que van a requerir la participación de equipos multidisciplinares (neonatólogos, cirujanos, oftalmólogos, cardiólogos, neuropediatras, otorrinolaringólogos, rehabilitadores y psicólogos) que realizarán evaluaciones e intervenciones complejas.

Dentro de los prematuros, los “grandes prematuros” (nacidos con un peso inferior a 1.500 gramos o antes de la semana 32) serán considerados niños de alto riesgo con necesidades asistenciales específicas (14). A menor edad gestacional predomina un mayor impacto del sistema nervioso autónomo lo que provocará una mayor inestabilidad del funcionamiento de los sistemas cardíacos y respiratorios.

Antes de 1.980, los niños con un peso al nacer inferior a 750 gramos presentaban un alto índice de mortalidad. Afortunadamente, las tasas de supervivencia de los recién nacidos de alto riesgo han aumentado notablemente con los avances en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

### 2.2. Cuando la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) es el primer entorno extrauterino

Como ya se ha señalado anteriormente, los objetivos de las UCIN se centrarían en la observación y el cuidado de los bebés prematuros desde un trabajo interdisciplinar, así como en el soporte que la familia, en especial los padres del bebé prematuro. En este apartado nos centraremos especialmente

en el desarrollo de estos niños, empezando con su estancia en la UCIN y el seguimiento que se llevará a cabo una vez sea dado de alta (15).

El niño prematuro va a presentar una vulnerabilidad biológica mayor que los niños nacidos a término y una multitud de problemas médicos asociados que producirán alteraciones en el patrón de desarrollo normal. En la configuración del sistema nervioso, es en el final del segundo y principio del tercer trimestre de gestación, cuando se producen los fenómenos de migración neuronal, formación de axones, espinas dendríticas y establecimiento de sinapsis, organización cortical cerebral y mielinización. Por lo tanto, el nacimiento prematuro supone un riesgo para el desarrollo cerebral. Fuera del útero materno, estos bebés quedan expuestos a las condiciones ambientales hostiles, a la privación de su situación óptima dentro del seno materno y a la ruptura del vínculo que hasta el momento del nacimiento tenía con la madre.

En las UCIN se intenta recrear lo más posible el ambiente intrauterino, modificando los efectos del ambiente del hospital que “que desorganizan o estresan” a estos bebés que no están preparados ni física ni emocionalmente para vivir fuera del útero materno. Se trataría de minimizar el estrés ambiental (evitar manipulaciones salvo las estrictamente necesarias, protección de luz, ambiente sin ruidos, posicionamiento contenido y en flexión) y promover cuidados fisiológicos individualizados que favorecen el desarrollo del lactante (prevención y manejo del estrés y del dolor que producirán alteraciones en el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) y por lo tanto conductas desorganizadas). Además, en las UCIN el cuidado del bebé se lleva a cabo incluyendo a la familia y se promueve el contacto piel con piel con los padres como forma de favorecer el desarrollo del niño y el establecimiento del vínculo.

El contacto piel con piel provocará que el nivel de oxígeno, la respiración y la frecuencia cardíaca sea más estables. También ayudará al mantenimiento y regulación de la temperatura y favorecerá la producción de leche y por lo tanto la lactancia materna.

En definitiva, en las UCIN se protegerá el establecimiento del vínculo y el cuidado del bebé centrado en la familia permitiendo el acceso a los padres las 24 horas del día como forma de procurar el bienestar emocional del bebé y sus padres (16).

### 2. 3. Repercusiones de la prematuridad en el desarrollo

En general, muchos de los problemas médicos que presentan los niños prematuros tienen que ver con la inmadurez de sus órganos y sistemas, lo que dificultará el control normal de la temperatura corporal, la función pulmonar, la nutrición y le eliminación de productos de desecho.

Son muchas las patologías asociadas a la prematuridad, pero quizá una de las de mayor importancia clínica en las primeras horas/semanas de vida del niño sea la dificultad respiratoria o displasia broncopulmonar. Además, a nivel cerebral es frecuente encontrar hemorragias intraventriculares que podrán dejar secuelas a nivel neurológico. La parálisis cerebral es la alteración motora que aparece con mayor frecuencia en los niños de bajo peso (el 50% de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral tienen antecedentes de prematuridad).

La incidencia de malformaciones cardiovasculares, como el defecto en el tabique interventricular o la persistencia del ducto arterioso aparece con frecuencia (17). En cuanto a los problemas gastrointestinales más frecuentes, el íleo meconial, la obstrucción intestinal, así como el encefalocele, están estrechamente relacionados con la prematuridad.

Respecto a la visión, será la retinopatía de la prematuridad el principal problema oftalmológico (más del 50% de los niños <1.500g o edad gestacional <32 semanas) pero también se presentan otros problemas como estrabismo, anisometropía, miopía e hipermetropía. Además, los niños con problemas neurológicos (leucomalacia periventricular, infartos cerebrales, hidrocefalia, etc.) tienen una probabilidad aún mayor de padecer problemas oftalmológicos (18).

En cuanto a la audición, la frecuencia de hipoacusia en los prematuros es del 2% respecto al 2º/oo de los niños a término, aunque no se sabe si el bajo peso al nacer es la causa de los problemas auditivos o lo es las circunstancias o complicaciones durante el ingreso (administración de aminoglucósidos, diuréticos de asa, infección por citomegalovirus, hiperbilirrubinemia, hipoxia, etc).

En este capítulo nos vamos a detener más en los aspectos que tienen que ver con el Neurodesarrollo.

Diversos estudios asocian la prematuridad con problemas de salud mental en la etapa escolar, concretamente, correlacionan el nacimiento pretérmino o el bajo peso en el nacimiento con el Trastorno de Hiperactividad y Déficit

de Atención y el Trastorno del Espectro Autista (19). De hecho, en 1.995 autores británicos definieron el término “fenotipo conductual del prematuro” caracterizado por presentar dificultades en la atención, ansiedad y en las relaciones sociales (20). Aunque algunos autores defienden la persistencia de estos problemas hasta la adolescencia, existen numerosos estudios que muestran resultados que contradicen esta teoría (21).

Dentro del Neurodesarrollo, una de las secuelas más frecuentes son los déficits cognitivos, que son difíciles de identificar desde el principio y suelen hacerse evidentes posteriormente, en la edad escolar (22). Los niños prematuros, en especial los grandes prematuros, necesitarán de un seguimiento longitudinal, ya que en la mayoría resulta difícil determinar si se trata de problemas transitorios o por el contrario se debe a una discapacidad permanente.

Aunque algunos estudios de neuroimagen señalan que ciertas anomalías estructurales y funcionales observadas en niños prematuros van a perdurar en la adolescencia (23), otros estudios ponen en cuestión la relación directa entre alteraciones conductuales y hallazgos en neuroimagen en adolescentes que fueron prematuros (24). A pesar de las distintas teorías que se describen en la literatura científica sobre la vulnerabilidad biológica de los niños con antecedentes de prematuridad, encontramos evidencias de que los factores ambientales pueden resultar también determinantes en el desarrollo de niños prematuros, y es necesario incorporarlos en el estudio de los factores de riesgo y protección del desarrollo evolutivo. El desarrollo del cerebro depende en parte de la estimulación recibida tras el nacimiento y del ambiente o clima familiar en el que se desarrolle el niño. Por lo tanto, la principal fuente de estimulación y socialización del niño desde las primeras horas después del nacimiento hasta más allá de la edad escolar va a ser la familia, y será considerada como el factor ambiental más importante en su desarrollo bio-psico-social (25).

El apoyo y seguimiento de estos niños y sus familias, desde los servicios de psiquiatría/psicología clínica, favorecerá el desarrollo sano de estos niños (26). Morris Green en 1964 (27) describió el “síndrome del niño vulnerable” como el mayor riesgo de desarrollar problemas de conducta como consecuencia de la excesiva ansiedad que han experimentado los padres de los niños que precisaron cuidados intensivos durante el periodo prenatal, sobre todo en el caso de los niños prematuros. Esta excesiva ansiedad se suele traducir en una respuesta demasiado sobreprotectora sobre los niños y una tendencia a la

limitación del niño con el medio ambiente por miedo exagerado por ejemplo a una infección. Además, a veces se añade una dependencia tecnológica como es el caso de la necesidad de asistencia nutricional (alimentación por medio de sonda, gastrostomía, etc.) o respiratoria (oxigenación suplementaria, ventilación asistida, etc.).

Ya hemos mencionado que los niños prematuros son en general niños con necesidades complejas que requieren la participación de equipos multidisciplinares no solo cuando nacen y se encuentran hospitalizados, sino a lo largo de gran parte de su infancia y en algunos casos, de la adolescencia.

La plasticidad de las estructuras nerviosas constituye la base teórica que respalda la necesidad de estimulación durante el desarrollo (13), en especial el desarrollo temprano, y por lo tanto respaldará la necesidad de intervención desde los programas de Atención Temprana en el caso de niños prematuros. En la plasticidad cerebral están implicados tanto factores externos como las distintas terapias rehabilitadoras (logopedia, psicomotricidad, estimulación, etc.) como factores propios del niño y del ambiente en el que se desarrolla (percepción de sus limitaciones, ambiente familiar, factores socio- demográficos, etc.). La ausencia de estimulación en etapas críticas del desarrollo terminará degradando la actividad neuronal, ya que para que las neuronas funcionen de un modo eficaz es imprescindible que reciban suficientes estímulos que faciliten el desarrollo y la consolidación de nuevas sinapsis (13). Por ello, además del seguimiento médico de los niños prematuros, es indispensable destacar la importancia de poner en marcha cuanto antes la valoración e intervención de los equipos de Atención Temprana.

Los centros de Atención Temprana ofrecen un conjunto de intervenciones interdisciplinares, tanto preventivas como terapéuticas, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años y a sus familias. Se trataría de atender lo más pronto posible a los niños con necesidades transitorias o permanentes originadas por alteraciones en el desarrollo o que comporte discapacidad o riesgo de padecerla por discapacidad en la primera infancia.

En los centros de Atención Temprana se estudia la problemática del niño y se evalúa sus necesidades. Se presta los distintos tratamientos que necesita el niño: estimulación, fisioterapia, psicomotricidad, logopedia y psicoterapia. También se ofrece orientación familiar sobre los recursos externos beneficiosos para el desarrollo del niño y se participa activamente en la coordinación entre las instituciones que tratan al niño.

## 2.4. El seguimiento del niño prematuro

Los programas de seguimiento del recién nacido prematuro cobran especial importancia en determinados casos como son los que nacen con un peso inferior a 1.500g o una gestación menor de 32 semanas, los que sufren malformaciones, enfermedad pulmonar crónica, hemorragia intraventricular y leucomalacia periventricular o examen neurológico anormal al momento del alta hospitalaria tras el nacimiento.

Es aconsejable que el programa de seguimiento de los niños prematuros que realizan los pediatras en los hospitales incluya revisiones clínicas desde los 15 días de vida hasta los 6-8 años (28). Además, se realizarán revisiones neurológicas a los 6 meses, a los 12, a los 5 años, y una última sobre los 6 u 8 años. A los 6 meses se les realizará una valoración auditiva con potenciales evocados. A los 24 meses se les pasará a los padres el cuestionario M-Chat, para detectar signos de alarma de Trastornos del Espectro Autista (TEA) (29).

Desde el Hospital Universitario La Paz, y en coordinación con el equipo de neonatólogos que realizan el seguimiento de los grandes prematuros (28), los equipos de psiquiatría/psicología realizamos dos evaluaciones de estos niños.

La primera se llevará a cabo sobre los 2-3 años, y se utiliza la escala Bayley de desarrollo infantil-III (Bayley III) (30). Este instrumento se aplica de forma individual y permite evaluar el desarrollo de bebés y niños pequeños con una edad comprendida entre 1 mes y los 42 meses. Esta escala nos permitirá detectar posibles retrasos en el desarrollo y proporcionar información para elaborar un plan de intervención.

La Bayley III evalúa el desarrollo de los niños en tres dominios: cognitivo, lenguaje y motor, mediante la aplicación de los ítems al niño. Así mismo, evalúa el comportamiento del niño tanto lo observable durante la evaluación como su comportamiento en el hogar, mediante un inventario de observación conductual que cumplimentan tanto el examinador como los padres.

Respecto a los tres dominios evaluados por la Bayley III, la escala cognitiva incluye ítems que evalúan el desarrollo sensoriomotor, la exploración, la manipulación, la relación entre objetos, la formación de conceptos, la memoria y otros aspectos del procesamiento cognitivo.

La escala de lenguaje está compuesta por dos pruebas: comunicación receptiva y comunicación expresiva. La comunicación receptiva evalúa las conductas pre-verbales, el desarrollo del vocabulario, así como la capacidad



de identificar objetos y dibujos. La comunicación expresiva evalúa la comunicación pre-verbal como los balbuceos, las gesticulaciones, la referencia conjunta y los turnos; el desarrollo del vocabulario, como la denominación de objetos, imágenes y colores; y el desarrollo morfosintáctico, como formar frases de dos palabras, el plural y algunos tiempos verbales.

El tercer dominio evaluado correspondería a la escala motora que también está compuesta por dos pruebas: motricidad fina y motricidad gruesa. En la prueba de motricidad fina se evaluarán principalmente habilidades motoras asociadas con la prensión, la integración perceptivo-motora, la planificación y la velocidad. En cambio, la prueba de motricidad gruesa evaluará principalmente el movimiento de las extremidades y el torso, el posicionamiento estático, el movimiento dinámico y el equilibrio y la planificación motora.

La segunda evaluación de desarrollo o inteligencia se llevará a cabo sobre los 6 años de edad. En esta evaluación realizamos un protocolo completo en el que valoramos la capacidad intelectual a través del RIAS (31), la velocidad de procesamiento con Búsqueda de animales del WPPSI (32), evaluación del lenguaje receptivo con una prueba de vocabulario en imágenes Peabody (33), la coordinación viso-motora con WRAVMA (34), y la organización perceptual y memoria visual con la Figura Compleja de Rey (35).

Además de las evaluaciones del nivel de desarrollo cognitivo y motor de los niños prematuros, no habría que olvidar la importancia de las intervenciones de psicólogos y psiquiatras en cuanto a la prevención, detección y tratamiento o apoyo de las familias (padres y hermanos) de los niños prematuros. Es habitual encontrar sintomatología depresiva en madres o padres de niños que han nacido antes de tiempo o con bajo peso, y es importante acompañarles en la crianza, tanto para ayudarles a manejar sentimientos de culpa, ira, miedo, tristeza, etc. como para evitar la sobreprotección exagerada que puede aparecer en estos niños tan frágiles.

### **3. Conclusiones**

---

El desarrollo de cada niño es único. Los estudios actuales nos muestran cómo la vida fetal y los tres primeros años de vida son fundamentales en el desarrollo (4). Parecemos pre-programados para que el desarrollo siga adelante incluso en las más

adversas circunstancias. Sin embargo, existen numerosos trastornos que pueden dificultar y acabar limitando la evolución de un niño, especialmente en lo que respecta a las funciones superiores. El desarrollo en los dos primeros años de vida se caracteriza por la baja diferenciación. Niño y ambiente van modificándose el uno al otro a lo largo del desarrollo. Esta mutua plasticidad constituye la herramienta preventiva y terapéutica más importante de los primeros años de la vida.

El niño prematuro constituye un ejemplo de desarrollo vulnerable y de riesgo. Muchos de los problemas médicos que pueden presentar tienen que ver con la inmadurez de sus órganos y sistemas. Cada vez conocemos más la respuesta (estímulo y cuidado) que como entorno debemos ofrecer a estos niños. También sabemos que en los aspectos afectivos las familias son insustituibles por la tecnología médica. El desarrollo de los programas específicos de las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) son un ejemplo de ello.

Todo niño lleva su propia historia. Pero cabría preguntarse ¿cuándo un niño deja de ser prematuro? La experiencia con este tipo de niños parece apuntar a que su camino de desarrollo es diferente al del niño no prematuro. Su nacimiento prematuro será siempre un dato de su historia... pero su prematuridad no debe impedir el surgimiento de su propia individualidad e identidad, Los más frágiles probablemente mantengan limitaciones en la vida adulta pero todo niño es más que sus limitaciones.

También nos planteamos ¿cuándo un niño deja de tener un trastorno del desarrollo? Algunos niños acaban alcanzando los hitos del desarrollo y consiguen la franja socialmente establecida como normalidad.... Pero eso no es lo habitual y con frecuencia trastornos motores, de aprendizaje, lenguaje o diversos problemas cognitivos acompañarán en la vida adulta a los niños que precisaron de muchos apoyos para avanzar en su desarrollo. Pareciera que en los niños con trastornos en el desarrollo nos cuesta reconocer los logros y la identidad conseguida. Muchas veces la mirada del entorno solo le devuelve los logros no conseguidos. Quizás los niños con dificultades en su desarrollo también nos muestran que su camino es diferente.

Nuestra obligación como profesionales es ofrecer las experiencias críticas y la estimulación requerida por cada niño para alcanzar el máximo de su potencial. Pero quisiéramos recordar que toda estimulación debe ser ajustada a las características del niño y que nunca debemos olvidar trabajar con la familia para que puedan disfrutar de la identidad alcanzada por el niño, contenga o no contenga ésta limitaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Thompson J, Stewart H. Nonlinear dynamics and chaos. New York: Willey; 1986.
- 2.- Moolenaar PCM, Huizenga HM, Van der Maas HLJ. Spatio-temporal modelling of brain and behavior. New York: Academic Press; 1996.
- 3.- Fischer KW, Rose SP. Dynamic growth cycles of brain and cognitive development. In Tatcher RW, Lyon GR, Rumsey J, et al, eds. Developmental neuroimaging: mapping the development of brain and behaviour. New York: Academic Press; 1996.
- 4.- Spreen O, Risser AT, Edgell D. Developmental neuropsychology. New York: Oxford University Press; 1995.
- 5.- Tatcher RW. Cyclic cortical reorganization during early childhood. *Brain Cogn* 1992; 20: 24-50.
- 6.- Tatcher RW. Neuroimaging of cyclic cortical reorganization during human development. In Tatcher RW, Lyon GR, Rumsey H, et al, eds. Developmental neuroimaging: mapping the development of brain and behaviour. New York: Academic Press; 1996.
- 7.- Bhatnagar SC, Orlando JA. Neurociencia para el estudio de las alteraciones de la comunicación. Barcelona: Masson; 1997.
- 8.- Capilla A, Romero D, Maestú F, Campo P, Fernández S, González-Marqués J et al. Emergencia y desarrollo cerebral de las funciones ejecutivas. *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32: 377-86.
- 9.- Luciana M, Nelson CA. The functional emergence of prefrontally. Guided working memory systems in four –to eight-year-old children. *Neuropsychologia* 1998; 36: 273-93.
- 10.- Stuss DT. Biological and psychological development of executive functions. *Brain Cogn* 1992; 20: 8-23.
- 11.- Lemire RJ, Loeser JD, Leech RW, Alvord EC. Normal and abnormal developmental of the human nervous system. New York: Oxford University Press; 1975.
- 12.- Rosenzweig MR, Leiman AL. Psysiological psychology. New York: Ramdom House; 1997.
- 13.- Pérez E, Capilla A. Neuropsicología infantil. En Tirapu J, Ríos M, Maestú F. Manual de Neuropsicología. Barcelona: Viguera; 2011.
- 14.- Salas S. Seguimiento tras el alta del recién nacido pretérmino, con un peso al nacimiento inferior a 1.500g. *An Pediatrics Contin*. 2006; 4: 335-43.
- 15.- Tarrago R. Intervenciones psicoterapéuticas en un servicio de neonatología. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente 2003; 35-36: 169-81.
- 16.- Muller-Nix C. Prematurity, maternal stress and mother and child interactions. *Early Hum Dev* 2014; 79, 2: 145-58.
- 17.- Hansen D, Lou HC, Olsen J. Serious life events and congenital malformations: A national study with complete follow-up. *Lancet* 2000 Sep 9; 356(9233):875-50.

- 18.- O'Connor AR, Stephenson TJ, Johnson A, Tobin MJ, Moseley MJ, Ratib S, et al. Long Term Ophthalmologic. Outcome of low birth weight children with and retinopathy of prematurity. *Pediatrics* 2003; 109: 12-8.
- 19.- Kuzniewicz MW, Wi S, Qian Y, Walsh EM, Armstrong MA, Croen LA. Prevalence and neonatal factors associated with autism spectrum disorders in preterm infants. *J. Pediatr.* 2014; 164,1: 20-5.
- 20.- Georgsdottir I, Haraldsson A, Dagbjartsson A. Behavior and well-being of extremely low birth weight teenagers in Iceland. *Early Hum. Dev.* 2013; 89, 12: 999-1003.
- 21.- Johnson S, Marlow N. Growing up after extremely preterm birth: Lifespan mental health outcomes. *Semin. Fetal Neonatal Med.* 2014;19, 2: 97-104.
- 22.- Molero Peinado JM and A. Fernández-Zúñiga A. Estudio epidemiológico clínico sobre la morbilidad de una muestra de niños con antecedentes de prematuridad. *Rev. Logop. Foniatría y Audiol.* 2011, vol. 31, no. 3: 160-8.
- 23.- Peterson B. Brain imaging studies of the anatomical and functional consequences of preterm birth for human brain development. *Ann. New York Acad. Sci.* 2003; 1008: 219-37.
- 24.- Indredavik MS, Skranes JS, Vik T, Heyerdahl S, Romundstad P, Myhr GE. Low-Birth-Weight Adolescents: Psychiatric Symptoms and Cerebral MRI Abnormalities, *Pediatr Neurol* 2005; 7489: 259-66.
- 25.- Brazelton TB. Momentos claves en la vida de tu hijo. Barcelona: Plaza & Janés; 2001.
- 26.- Pérez Mínguez C. Intervención psicológica en una unidad de neonatología con un recién nacido que no adquirió peso. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente 2001: 31-3: 101-14.
- 27.- Green M. Vulnerable child syndrome and its variants. *Pediatr Rev.* 1986; 8 (3): 75-80.
- 28.- Ares S, Díaz C. Seguimiento del recién nacido prematuro y del niño de alto riesgo biológico. *Pediatr Integral* 2014; XVIII (6): 344-55.
- 29.- Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 2001; 31(2): 131-51.
- 30.- Bayley N. Escalas Bayley de desarrollo infantil. Tercera Edición. (Bayley-III). Madrid: Pearson; 2015.
- 31.- Reynolds C, Kamphaus R. Escala de inteligencia de Reynolds. Madrid: TEA Ediciones; 2009.
- 32.- Wechsler D. Escala de Inteligencia para Preescolar y Primera (WPPSI). Madrid: TEA Ediciones; 1982.
- 33.- Dunn LM, Pereda Marín S. Test de vocabulario en imágenes Peabody. Madrid: Mepsa; 1985.

- 34.- Adams W, Sheslow D. Wide Range Assessment of Visual Motor Abilities Manual. Torrance, CA: Western Psychological Services; 1995.
- 35.- Rey A. Test de copie et de reproduction de mémoire de figures géométriques complexes. Paris: Centre de Psychologie Appliquée; 1959.

## **5. TRASTORNOS AFECTIVOS. SITUACIONES CARENCIALES PRECOCES. CONSECUENCIAS EN EL VÍNCULO Y EL DESARROLLO.**

**Ana Isabel Perales Contreras.**

**Edith Bokler Obarzanek.**

**Margarita Alcamí Pertejo.**

### **1. Introducción**

---

La depresión en el niño, cuya mera existencia se negó durante muchos años, ya no es una duda entre los clínicos. Sin embargo, sí persiste la dificultad para su diagnóstico y existe el interrogante respecto a la posibilidad de una continuidad depresiva desde la infancia a la edad adulta.

Las repercusiones de la negligencia de cuidados, durante las primeras etapas de la vida tampoco es negada en la actualidad. Siempre se señaló como dato característico de los Trastornos Reactivos de la Vinculación (DSM IV) (1) la existencia de una crianza patogénica como responsable del comportamiento alterado y la creencia era que el cuadro remitía pronto tras la instauración de los cuidados precisos (DSM III) (2). Sin embargo, hoy vamos sabiendo de las repercusiones de estas situaciones carenciales en la vida adulta y que estas son graves, sobre todo cuando la situación de negligencia se mantiene más allá de los primeros seis meses de vida (3).

## **2. Trastornos afectivos**

---

### 2.1. Depresión en la infancia: del lactante a los 3 años

#### **2.1.1. Concepto de depresión en la infancia**

La depresión infantil como cuadro clínico y representante de los trastornos afectivos en la infancia temprana es controvertido por varias razones, una de ellas se refiere a la polémica acerca de si es un síndrome puro o si los síntomas básicos se manifiestan en todas las categorías psicopatológicas de la infancia. Otra razón se relaciona con la manifestación de los síntomas y su equivalencia con los que se presentan en la edad adulta.

Distintos autores se han acercado desde la teoría y la descripción clínica a las características que definen la conceptualización de la depresión infantil. Como primeros autores Spitz (4) y Bowlby (5), partiendo de la constatación clínica de reacciones específicas de los niños a situaciones de separación, realizan sus elaboraciones teóricas sobre “depresión anaclítica”, “hospitalismo” y las distintas fases que se producen ante la separación (protesta, desesperación y desapego) (6).

Estos planteamientos han sido claves en la discusión sobre las respuestas del niño ante el sufrimiento, y en la comprensión de la reacción afectiva depresiva como una de las respuestas posibles, pero no la única, pues el rechazo, la evitación, el retraimiento, la cólera o la rabia, son también posibles (4,7).

La descripción de la enfermedad depresiva en el bebé tiene como núcleo fundamental la ruptura del vínculo objetal con la madre, cuya característica principal revela la atonía afectiva que exime al lactante de sus apetencias vitales. Sin embargo, la manifestación de la depresión en el bebé no tiene expresiones inequívocas y va a depender de la duración e intensidad de la perturbación, de la edad del infante, y de la naturaleza de la ruptura con el vínculo materno. El curso de estas expresiones está marcado por una primera angustia inicial de desbordamiento, caracterizado por perturbaciones en los ritmos de desarrollo del niño, como apetito y sueño, seguido por una fase de repliegue en la tristeza, que se acerca más al llanto de protesta y queja, para por último entrar en una fase de aislamiento que conlleva a una indiferencia ante los estímulos, y que finalmente repercute en el detenimiento del desarrollo evolutivo (8).

La sintomatología depresiva en el niño pequeño la encontraremos pues habitualmente en el transcurso de un acontecimiento que tiene un valor de pérdida o duelo, que en ocasiones puede tener para el adulto un valor nimio. Estos episodios sobrevienen progresivamente, pero en el comportamiento del niño hay una clara modificación, si se le compara con la situación anterior al acontecimiento (9).

La preocupación es qué lugar ocupa un eventual estado depresivo duradero y su repercusión en el curso del desarrollo y maduración de un niño y las estrategias de lucha contra esa depresión mediante los mecanismos de defensa.

Pareciera que las descripciones habituales de depresión en niños pequeños van asociadas a situaciones de carencia vincular, lo que no es de extrañar dada la importancia del sostén (físico y emocional) que el bebé-niño recibe de sus figuras de vinculación.

### 2.1. 2. Depresión en el bebé

Para el bebé, cuya organización mental está apenas en construcción, los cuidados de la madre se erigen como la instancia defensiva principal, el funcionamiento interactivo en la relación dual garantiza la gerencia del equilibrio psicosomático y afectivo. En referencia a las carencias crónicas, la depresión en el lactante representa un cuadro de mayor gravedad y compromiso somático al que se suman el vacío afectivo, la ausencia de actividades autoeróticas y transicionales y perturbaciones en la conducta de apego, que obstaculizan la entrada del bebé en el mundo representacional donde se dispone su desarrollo (10).

En este contexto Lebovici (8) describe el cuadro de un bebé diezariado mentalmente y que carece de apetencias afectivas, con la consecuente desorganización psicosomática.

Respecto a la explicación sobre la depresión anaclítica Winnicott (11) nos dice que los niños “han sufrido la experiencia de una “caída interminable” debida a la falta de una “situación sostenida” material adecuada ... lo que provoca en última instancia su total decaimiento y estado moribundo”. Este autor plantea que sufren una “privación” mas que una carencia ya que existió una ausencia de cuidados prematura, que tuvo lugar cuando “el modo esencial de suministrarlos escapaba por completo a la percepción y comprensión que tenía el bebé por ese entonces”.



Distintos autores (12,13) se han referido a las consecuencias de las privaciones. Burke, planteaba que toda privación general resulta terrible por sus proporciones inusitadas: el vacío, la oscuridad, la soledad, el silencio (14).

Es evidente que en esta situación el proceso de desarrollo del niño se vería bloqueado. Dadas las características especiales que la depresión puede tener durante el primer año de vida, entendemos que los síntomas que la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y Adolescentes (CFTMEA-R-2000) (15) reconoce para las depresiones del bebé nos dibujarían de forma completa y clara la sintomatología depresiva instaurada en el bebé:

- Atonía psíquica: falta del tono vital que impregna normalmente el funcionamiento psíquico del bebé, con ausencia de curiosidad o apertura hacia el mundo de los objetos y hacia su propio cuerpo.
- Disminución en la interacción que corresponde a una ausencia de compromiso en el intercambio vincular.
- Enlentecimiento psicomotor, movimientos repetitivos y parciales que se interrumpen antes de haber alcanzado su objetivo y enlentecimiento predominante en la raíz de los miembros, en tanto que las extremidades conservan una motricidad fina.
- Ausencia de estructuración de la angustia frente al extraño.
- Trastornos psicossomáticos de demanda o de agotamiento. Al principio del episodio depresivo se tiene la sensación de que los diversos trastornos funcionales del niño buscan hacer reaccionar al entorno y llamar su atención, mientras que, tras un cierto período de evolución, las defensas instaladas se ven sobrepasadas y los trastornos funcionales traducen un desborde y un desmoronamiento del equilibrio psicossomático del niño.

No podemos olvidar que Sptiz (6) y Bolwby (5) nos planteaban que si la figura de apego reaparecía en un tiempo no excesivamente prolongado el niño no entraba en la fase final de repliación. De ahí la importancia de la detección precoz de cualquier cuadro depresivo en un bebé.

### **2.1.3. La Depresión en la Etapa infantil**

Conforme va progresando en su desarrollo el niño adquiere capacidades que le permiten adquirir una diferenciación respecto a sus figuras de apego y

busca un acercamiento a ese mundo externo que ya no le sobrecarga como al nacimiento. Ya no necesita a las figuras de apego como filtro mediador para que el encuentro con el mundo sea tolerable. Pasa de relacionarse sólo con la madre y apenas con el entorno cercano a ésta, a hacerlo con un número creciente de seres y estímulos en general.

Además, puede representar algo mediante un significante (función simbólica) y utilizar símbolos para representar objetos, lugares, personas. Se amplían sus relaciones, ya que comienza a adquirir el lenguaje. Inicialmente son egocéntricos sin ser capaces de distinguir el punto de vista propio, del de los demás (16).

De esta forma durante la etapa infantil (preescolar) un niño va consiguiendo separarse de sus cuidadores sin problemas, integrarse en un grupo de iguales como uno más y entender la autoridad (de los padres y los profesores).

Pero su curiosidad necesita ir recibiendo una respuesta segura en sus cuidadores, pues en el encuentro con el mundo surgirán situaciones generadoras de estrés que los padres tendrán que ser capaces de modular. El niño mirará a sus padres para saber cómo interpretar un estímulo novedoso. Sigue pues precisando de su presencia y apoyo.

Si el contacto con sus cuidadores no responde a pautas saludables, lo que se percibe entonces es una relación extrema con sus cuidadores: o les produce mucho sufrimiento y están exageradamente preocupados por todo lo que le pasa al bebé, creando así un vínculo ansioso-ambivalente; o están queriendo huir; o establecer una relación de frialdad emocional, lo que tiene como consecuencia un vínculo ansioso-evitativo; o una tercera posibilidad, la relación existente es caótica, lo que favorece un vínculo desorganizado (8, 17, 18).

Los niños más pequeños expresan tristeza e indefensión en relación a las percepciones de soledad y vacío, ya que dependen más de los estados emocionales que del pensamiento organizado. Los factores de crianza y de separación son importantes. La depresión en estas etapas, se acompañaría de síntomas psíquicos como rechazo del juego, agitación y timidez. Y los síntomas psicossomáticos son crisis de llanto, gritos, encopresis, insomnio, hiperactividad y dificultades para alimentarse (18).

A lo largo de los años en la literatura se han propuesto numerosas listas sobre los síntomas depresivos asociados a la infancia. Recogemos a continuación los referidos por Weinberg (19):

- Humor disfórico
- Autodepreciación
- Comportamiento agresivo y agitación
- Trastornos del sueño
- Modificaciones en el rendimiento escolar
- Retraimiento social
- Quejas somáticas
- Pérdida de la energía habitual
- Modificación del apetito y el peso
- Modificación de la actitud hacia la escuela

La Clasificación 0-3 (20) y su revisión Clasificación 0-3R (21) nos alertan en el capítulo de trastornos afectivos que estos se suelen asociar con ciertos patrones relacionales o de la interacción entre el niño y el cuidador. “Por ello el clínico al considerar un diagnóstico de trastorno afectivo debe determinar si los síntomas son una característica general del funcionamiento o específicos de una situación o relación” (20). Nos recuerdan que los patrones de interacción en el niño pequeño son con frecuencia unidimensionales y cambian en función del cuidador y del momento. En algunas etapas del desarrollo las relaciones entre progenitor y niño pueden tropezar con dificultades que involucran la negociación de ciertas necesidades o desafíos evolutivos. En ocasiones pueden establecerse patrones que no respaldan el desarrollo emocional del infante y que acaban reproduciéndose en otras áreas y con otras personas, lo que debiera considerarse ya como un trastorno afectivo (de ansiedad, del ánimo, de la expresividad emocional ...). Esta clasificación considera que el diagnóstico de trastorno afectivo se puede aplicar cuando un problema, aunque inicialmente haya caracterizado una relación específica, afecta también al funcionamiento del niño en otras áreas y con otras personas.

La clasificación 0-3 (20) reserva el diagnóstico de depresión para aquellos infantes o niños pequeños que presentan “un patrón de estado de ánimo deprimido o irritable, con interés disminuido, placer disminuido, o ambos, en las actividades apropiadas para su desarrollo, y capacidad reducida para protestar, excesivo gimoteo, y un repertorio disminuido de interacciones sociales e iniciativa”. Estos síntomas pueden acompañarse de perturbaciones en el dormir o el comer, incluso con pérdida de peso. Los síntomas deben

estar presentes por lo menos durante un período de dos semanas. El diagnóstico diferencial debe establecerse con privación severa o con un trastorno adaptativo si se observa en el contexto de una adaptación en proceso (ejemplo: vuelta al trabajo de la madre, entrada en guardería).

En los criterios diagnósticos del DSM-IV (1), encontramos algunas variaciones sintomatológicas para efectuar el diagnóstico de depresión en la infancia. Así, mientras el indicador de disforia en adultos es tristeza y/o sensación de vacío, en menores, un indicador puede ser el llanto o la irritabilidad. Este planteamiento de que en niños y adolescentes el ánimo suele ser irritable más que triste se mantiene en DSM 5 (22). Respecto a la anhedonia, el criterio para establecer si ha habido disminución en la capacidad para sentir placer, puede ser un comportamiento retraído y huraño. Algunos autores consideran que el retraimiento social es uno de los acompañantes permanentes de la depresión infantil (23).

La aparente mezcla de síntomas puede estar relacionada con otro aspecto del diagnóstico clínico: la presencia de varios trastornos en los mismos menores. La comorbilidad psicopatológica es un tema relevante que se debe controlar en los estudios sobre depresión infantil, porque la presencia de síntomas que son característicos de trastornos de conducta, como la agresividad, pueden ser determinantes de los resultados, contaminando la generalización de los mismos.

## 2.2. Los trastornos de ansiedad en la infancia: del lactante a los tres años

### 2.2.1 El trastorno de ansiedad, una forma de trastorno afectivo

Las Clasificación 0-3 y 0-3 R (20, 21) plantean que los trastornos afectivos constituyen un grupo de trastornos que están relacionados con la experiencia afectiva y la expresividad conductual del infante o niño pequeño. Los trastornos de ansiedad son incluidos en esta categoría.

La ansiedad y el miedo constituyen reacciones esperables en el desarrollo normal. Su presencia nos relata la toma de conciencia del niño de una situación que le enfrenta a lo diferente, a lo novedoso, a la separación, a la pérdida, .... Lo patológico es la existencia de unos niveles excesivos más allá de las reacciones esperables a los desafíos normales del desarrollo.

### **2.2.2. Trastorno de ansiedad en el niño pequeño**

Para el diagnóstico los niveles de ansiedad y miedo excesivos deben persistir durante por lo menos dos semanas y perturbar el funcionamiento adecuado.

Los fenómenos que la clasificación 0-3 (20) nos señala son:

1. Miedos múltiples o específicos
2. Excesiva ansiedad de separación o ansiedad ante extraños
3. Episodios de ansiedad excesiva o pánico sin un desencadenante claro
4. Inhibición o constricción de la conducta debida a la ansiedad
5. Ansiedad severa asociada con una falta de desarrollo de las funciones yoicas básicas, que se espera habitualmente que emerjan entre los 2 y 4 años. Estas funciones son el control de impulsos, una regulación del estado de ánimo cada vez más estable, la puesta a prueba con la realidad y la emergencia de un sentido coherente del sí-mismo.
6. Agitación en el infante, llanto o gritos incontrolables, perturbaciones del dormir y el comer, imprudencia y otras manifestaciones conductuales de ansiedad.

Como en cualquier síntoma en el niño, éste no puede evaluarse sin considerar el nivel de desarrollo, la reactividad sensorial y la capacidad de integración y planificación, las situaciones externas que lo están favoreciendo, el patrón interactivo y las características de afrontamiento al estrés del niño.

## **3. Situaciones carenciales precoces. Consecuencias en el vínculo y el desarrollo**

---

Los trastornos reactivos de la vinculación son reconocidos en las Clasificaciones internacionales (1) (24) y en ellas se describen las enormes dificultades que los niños con antecedentes de negligencia en su crianza pueden presentar en el establecimiento de relaciones sociales y, especialmente, para crear vínculos selectivos adecuados. En el texto anterior (25) señalamos las características sintomáticas de este trastorno y cómo la 5ª edición de la Clasificación Americana DSM-5 (22) recoge tanto para el Trastorno de apego reactivo como para el Trastorno de relación social desinhibida una serie de características asociadas que apoyan el diagnóstico: la concurrencia de retrasos del desarrollo, especialmente retrasos en la cognición y el lenguaje, estereotipias

y otros signos de negligencia grave, por ejemplo desnutrición o signos de déficit de atención.

A lo largo de este libro se ha señalado repetidamente que el cerebro infantil “está diseñado para ser modelado por el ambiente que encuentra” (26), desde el final del embarazo hasta el segundo año de vida el cerebro está en un período crítico de crecimiento, y requiere para una maduración óptima suficiente cantidad, no sólo de nutrientes, sino también de experiencias interpersonales reguladas (27). Además de la preocupación por detectar precozmente los trastornos reactivos de la vinculación, los clínicos nos preguntamos qué impacto psicológico a largo plazo tiene la existencia de un entorno adverso en los primeros años de vida.

Estudios realizados sobre población adoptada muestran la presencia de múltiples problemas del neurodesarrollo y de salud mental a pesar de que la situación de crianza patogénica haya finalizado. Aunque cada niño es diferente quedan dibujadas unas trayectorias de desarrollo comunes con varias áreas afectadas y que persisten como problemas en el futuro.

En los primeros estudios realizados por Rutter (28) se encontraron tres patrones: rasgos cuasi autistas, problemas de apego e inatención/hiperactividad. Los estudios a largo plazo de estas primeras poblaciones de adoptados muestran la mayor frecuencia de alteraciones cuando la situación de negligencia superaba los seis meses de vida.

Encontrar en esta población problemas de apego, así como inatención e hiperactividad que se hacía más manifiesta en las situaciones sociales de grupo no extrañó a los investigadores. Pero la existencia de rasgos casi-autistas sí resultó sorprendente por la conocida influencia genética en ese trastorno. Sin embargo, se encontraban diferencias respecto al trastorno autista en su evolución durante los primeros años, ya que se observaba que con mayor facilidad se ampliaba el acercamiento social. Aunque inicialmente se consideró una variante con mejor pronóstico (28) se ha encontrado que persisten dificultades en adultos jóvenes tanto por los patrones de comunicación como por los comportamientos obsesivos (29).

Así como los problemas emocionales de la población adoptada persisten y se incrementan en la edad adulta las alteraciones cognitivas relacionadas con la privación muestran una trayectoria muy diferente ya que el patrón a largo plazo es de remisión y normalización (29).

Las estereotipias son también un síntoma que con frecuencia encontramos en los niños que han vivido situaciones de negligencia severa en las primeras

etapas de la vida. Los movimientos repetitivos autoestimulatorios parecen haber servido como un intento de tranquilizarse ya que los adultos no estuvieron disponibles para proveer consuelo cuando los necesitaron. Aunque el cambio a un entorno contenedor puede ir reduciendo la intensidad de las estereotipias, con frecuencia las vemos reaparecer cuando el niño enfrenta situaciones que le generan ansiedad. (30)

Probablemente, la diferente evolución a largo plazo de algunos de los síntomas nos está confirmando la existencia de períodos sensibles del neurodesarrollo, en los que las experiencias son esenciales para un desarrollo normal. Parece hacerse cada vez más evidente que el primer año de la vida es determinante en el desarrollo de los aspectos socioemocionales.

Otro de los interrogantes que nos plantean las situaciones carenciales son los orígenes de la resiliencia (31) y el carácter adaptativo de algunos de los síntomas. Respecto a este segundo interrogante diferentes autores han ido planteando que el estilo de apego desinhibido, el comportamiento hiperactivo e incluso los comportamientos agresivos pueden ser adaptativos para los niños en una institución cuyo ambiente resulta no estructurado y negligente en los cuidados (30). Sin embargo, el mantenimiento de este tipo de comportamientos no parece adaptativo a largo plazo sino de riesgo para trastornos emocionales (29).

Los estudios actuales están en consonancia con el punto de vista de autores de los años 40-50 (Bowlby, Robertson, Sptiz.) (5,4) quienes alertaban sobre las negativas consecuencias de la separación de niños pequeños de sus madres. No hay duda sobre la necesidad de cuidar el entorno de crianza de todos los niños, pero especialmente durante las primeras etapas del desarrollo dado el gran impacto que tiene todo lo acontecido socioemocionalmente sobre el neurodesarrollo. Este principio no solo debe ser aplicado en las instituciones en las que los niños se ven obligados a recibir los cuidados sino en relación a los millones de niños de todo el mundo que están expuestos a la violencia, las guerras y las migraciones en masa. (3)

#### **4.- Conclusiones**

---

Los trastornos afectivos y las situaciones carenciales precoces comparten capítulo en este texto. La constatación de lo importante que resulta en las primeras etapas del desarrollo la relación con la figura de apego para sostener

el equilibrio somático y afectivo y potenciar el crecimiento y maduración del niño, nos animó a ofrecer una mirada compartida de ambos trastornos. Cuanto menor edad tiene el infante más en relación con una pérdida aparece la sintomatología depresiva. Debemos estar atentos a que la reacción afectiva depresiva con desvitalización y apatía no es la única reacción, pues el rechazo, la evitación, el retraimiento, la cólera o la rabia, son también posibles.

Como trastorno afectivo planteamos la ansiedad y el miedo cuando llegan a niveles excesivos respecto a lo esperable frente a los desafíos normales del desarrollo. En ambos trastornos, depresión y ansiedad, la correlación con la edad y con las características previas de funcionamiento del niño serán las piezas claves para el diagnóstico. La persistencia del trastorno puede detener el desarrollo del niño.

Al igual que se ha constatado en las situaciones carenciales precoces, todo lo acontecido socioemocionalmente en los primeros años de la vida tiene un gran impacto sobre el neurodesarrollo. La detección precoz de estos trastornos debe acompañarse de la puesta en marcha de respuestas terapéuticas que permitan situar de nuevo al niño en una buena trayectoria de desarrollo. El cuidado del entorno del niño para que éste siga ejerciendo su papel de cuidador y potenciador del desarrollo será uno de los objetivos fundamentales de los tratamientos.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4 Ed (DSM-IV). Barcelona: Masson; 1995.
- 2.- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 3 Ed (DSM-III). Barcelona: Masson; 1983.
- 3.- C Verhulst FC. Early life deprivation: is the damage already done? *The Lancet* (revista electrónica) 2017 April 15, Vol 389: 1496-7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30541-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30541-X)
- 4.- Spitz R.A. El primer año de vida: un estudio psicoanalítico de desarrollo normal y anormal de relaciones de objeto. Nueva York: Prensa de Universidades Internacional; 1965.
- 5.- Bowlby J. La separación afectiva. Barcelona: Paidós; 1985.
- 6.- Spitz R. The anaclitic depression. *Psychoanalytical Study Child* 1945; 2: 313-7.
- 7.- Bowlby J. El vínculo afectivo. Barcelona: Ed. Paidós; 1976.
- 8.- Lebovici S, Soulé M. El conocimiento del niño a través del psicoanálisis. México: Fondo de cultura económica; 1986.
- 9.- Marcelli D. Manual de Psicopatología del niño. 7 ed. Barcelona: Elsevier España; 2007.
- 10.- Kreisler L. Bébé de mères endeuillées. Les textes du Centre Alfred Binet. París: Association du Santé Mentale du XIIIème; 1984.
- 11.- Winnicott DW. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Ed. Laia; 1979.
- 12.- Luby JL, Tandon M, Belden A. Preschool bipolar disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin* 2009, 18: 1-12.
- 13.- Luby JL. Early childhood depression. *Am J Psychiatry* 2009, 166:9: 974-79.
- 14.- Burke, KC, Burke JD, Regier DA, Rae DS. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry* 1990, 47: 511-8.
- 15.- Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CFTMEA-R-2000). Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA-R-2000). Versión castellana de la AFAPSAM. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2004.
- 16.- Begoin J. Depresión y destructividad en la vida del niño. En: Depresión y suicidio. Revista semestral n/A Psicoanálisis de niños y adolescentes. Buenos Aires, Argentina; 1993: 7-25.
- 17.- Arfouilloux JC. Depresión y depresividad en el niño. En: Depresión y suicidio. Revista de Psicoanálisis de niños y adolescentes. Buenos Aires, Argentina; 1993: 26-42.
- 18.- Manzano J. La depresión y la manía en la práctica clínica con los niños. En: Depresión y suicidio. Revista de Psicoanálisis de niños y adolescentes. Buenos Aires, Argentina; 1993:106-19
- 19.- Weinberg WA, Rutman J, Sullivan L, Penick EC, Dietz SG. Depression in children referred to an educational diagnostic center: *Diagnosis and Treatment of Pediatrics* 1973, 83: 1065-72.

- 20.- National Center for Clinical Infant Programs. Cero a tres. Clasificación Diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana. CD: 0-3. Buenos Aires: Paidós; 1997.
- 21.- National Center for Clinical Infant Programs. Zero to three. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R). Washington, DC: Zero to three Press; 2005.
- 22.- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed (DSM-5). Madrid: Médica panamericana; 2014.
- 23.- Petti T. Depresión. En: Ollendick T. Hersen M. Psicopatología infantil. Barcelona: Martínez-Roca; 1993.
- 24.- Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento. 10a Ed (CIE-10). Ginebra: Meditor; 1993.
- 25.- Alcámí M. Mollejo E, Psicopatología y clínica del niño de 0-3 años En: Asociación Española de Neuropsiquiatría. León L, Prego R. (coordinadores). Psiquiatría Perinatal y del niño de 0-3 años. Madrid: AEN digital; 2015. p. 77-97.
- 26.- Perry BD. The neuroarcheology of childhood maltreatment. Disponible en: [http:// www.childtrauma.org/ctamaterials/Neuroarcheology.asp](http://www.childtrauma.org/ctamaterials/Neuroarcheology.asp) July 14, 2007.
- 27.- Schore AN. Attachment and the regulation of the right brain. *Attach Hum Dev* 2000;2: 23-47.
- 28.- Rutter M, Kreppner J, O'Connor T. Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *British J Psychiatry* 2001, 179: 97-103.
- 29.- Sonuga-Barke E, Kennedy M, Kumsta R, Knights N, Golm D, Rutter M, Maughan M, Schlotz W, Kreppner J. Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Published online February 22, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30045-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30045-4).
- 30.- Smike AT, Dumitrescu A, Zeanah C. Attachment Disturbances in Young Children. I: The Continuum of Caretaking Casualty. *J.Am.Child.Adolesc.Psychiatry* 2002, 41(8): 972-82.
- 31.- Cyrulnik B, Manciaux M, Vanistendael S, Lecomte J. La resiliencia: estado de la cuestión. En: Manciaux M. editors. *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa; 2003. p.17-28.

## 6. LOS BEBÉS EN RIESGO DE AUTISMO.

**Margarita Alcamí Pertejo.**

**María Serrano Villar.**

### 1. Introducción

---

Hasta hace apenas unos años, se consideraba que el diagnóstico de autismo no se podía realizar hasta los 6 años de edad resultando muy poco fiable realizarlo en niños de edad preescolar (1). Sin embargo, la literatura científica ha estado centrada recientemente en identificar signos de alarma presentes en bebés y niños pequeños con riesgo de desarrollar un Trastorno del Espectro Autista (TEA). La principal motivación para realizar un diagnóstico precoz tiene que ver con la necesidad de recibir tratamiento lo más tempranamente posible ya que algunos estudios sugieren una mejor evolución en la sintomatología presentada por estos niños cuanto más pequeños comiencen el tratamiento (1,2).

Desde que en 1943 Kanner (3) describiera 11 niños con lo que él denominó Trastorno Autista del Contacto afectivo, hemos aprendido a diferenciar psicopatológicamente este tipo específico de trastorno. Paralelamente ha tenido lugar el estudio no solo del trastorno, sino de los posibles abordajes terapéuticos. Las clasificaciones internacionales han realizado también un recorrido que refleja los cambios en algunos de nuestras conceptualizaciones. En la DSM III (4), DSM III-R (5) DSM IV (6) este tipo de alteraciones fueron categorizadas como Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Actualmente la comprensión más extendida es la idea de que hablamos de un espectro de trastornos. Así ya está reflejada en la nueva edición de la clasificación americana DSM-5 (7) bajo la denominación de Trastornos del Espectro Autista (TEA), incluido en el capítulo de trastornos del neurodesarrollo.

El niño con TEA se caracteriza por la afectación en tres áreas principales: la interacción social, la comunicación y la existencia de intereses restringidos

o respuestas inusuales al entorno. Aunque la última edición DSM 5 (7) ha reducido a dos las áreas afectadas, ello se debe a la unificación de las alteraciones en la interacción social y la comunicación como un problema conjunto, por lo que, en realidad, las alteraciones en esas áreas siguen constituyendo ítems requeridos para el diagnóstico. Por el contrario, sí implica una gran modificación la desaparición de los subtipos reconocidos previamente.

Como plantearon Wing, Gould y Gillberg (8) en su crítica a los criterios del borrador de la DSM-5, los criterios diagnósticos para el TEA, manejados por las clasificaciones, son poco aplicables para la infancia y primeros años. No debemos olvidar, además, que en la valoración de los síntomas psiquiátricos debemos tener siempre en cuenta la perspectiva evolutiva. En lo que respecta a este trastorno, debemos ser capaces de evaluar las capacidades que el bebé va desarrollando en la interacción y comunicación y el uso que realiza de los movimientos y comportamientos estereotipados.

Los sistemas de clasificación diagnóstica actuales más comunes en psiquiatría son la DSM-5 (7) y la CIE-10 (9) y, en población infantil de 0 a 3 años de edad, tenemos la Clasificación Diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana. CD: 0-3 (10) y DC:0-3R (11). Sin embargo, a pesar de existir una clasificación específica para niños que se encuentran en la etapa preescolar, hay una escasez de estudios que hayan validado las diferentes categorías diagnósticas propuestas por la DC: 0-3 lo que ha derivado en una menor utilización de la misma (12). Una novedad de esta clasificación diagnóstica (0-3 y 0-3R) frente a las otras es que se consideran los diagnósticos como provisionales, susceptibles de ser revisados y modificados en función de la evolución del niño (13). Dada la alta maleabilidad de los niños pequeños y las posibilidades de modificar un diagnóstico en función de la evolución del paciente, el uso de esta clasificación puede resultar especialmente útil para los clínicos especializados en población infantil (12,14).

## **2. Trastorno Multisistémico del Desarrollo.**

---

### 2.1 Concepto de Trastorno Multisistémico del Desarrollo

En lo que respecta a los niños que presentan algunos de los rasgos tradicionalmente considerados autistas la clasificación DC 0-3 (10) nos

animaba, en su primera edición, a considerar siempre si los factores de maduración y funcionamiento desiguales del sistema nervioso central del niño estaban limitando la integración sensorial y motriz que se requiere para establecer el patrón de relación, emocional y social y la comunicación correspondiente a la edad. Recomendaban por ello la utilización del término Trastorno Multisistémico del Desarrollo (TMSD) y consideraban que, en estos niños, el déficit relacional no es primario sino secundario a sus grandes déficits. La revisión de la Clasificación 0-3 (0-3R) (11) restringió el empleo del diagnóstico de TMSD para los niños menores de 2 años.

Aunque muchos autores desestiman la utilización de este diagnóstico de Trastorno Multisistémico del Desarrollo consideramos que resulta una conceptualización interesante a tener en cuenta para la comprensión de los trastornos de la interacción en edades tempranas.

Este diagnóstico no requiere el mismo nivel de dificultades relacionales y de comunicación exigibles a niños con un trastorno autístico. No se utilizan criterios, sino que se trata de un diagnóstico descriptivo y basado en cuatro grupos de características:

- Deterioro significativo, pero no falta completa en la capacidad para comprometerse en una relación emocional y social con el cuidador primario (ej: puede parecer evitativo o carente de propósitos, pero presentando formas sutiles emergentes de relación, o bien se relaciona a intervalos con total calidez).
- Deterioro significativo de la formación, mantenimiento y/o desarrollo de la comunicación. Se incluye la comunicación gestual pre-verbal, así como la comunicación simbólica verbal y no verbal.
- Disfunción significativa en el procesamiento sensorial (visual, auditivo, táctil, propioceptivo y vestibular) incluyendo hiper e hiporreactividad a los estímulos sensoriales.
- Disfunción significativa en la planificación motora.

Los autores destacan que estas áreas de dificultad pueden ir modificándose a medida que el niño avanza en su desarrollo (10) y no estarían afectados de un déficit permanente y relativamente fijado, como se describe en el TEA, sino abiertos al cambio y al crecimiento. Al mismo tiempo plantean que habría que trabajar específicamente con esta población ofreciendo estímulos sociales tolerables y ampliando secuencias interactivas, además de abordar sus disfunciones de base.

A pesar del mejor pronóstico que ello implica respecto al autismo infantil, se trata de niños en los que existe un riesgo muy alto de no poder complementar sus dificultades, procesamiento de sensaciones, planificación motriz, etc., y de conseguir el compromiso relacional que se precisa para el desarrollo de patrones normalizados de interacción y comunicación (10). Se trata pues de una población de alto riesgo, en la que es imprescindible realizar un diagnóstico y un abordaje terapéutico precozmente.

## 2.2. Patrones del Trastorno Multisistémico del Desarrollo

Estos patrones no son planteados como subtipos del Trastorno sino como patrones que pueden permitir la observación, la investigación y planificación terapéutica. Implican una edad determinada y se estudian respecto a cinco aspectos: relación e interacción; afecto; comunicación y lenguaje; procesamiento sensorial y adaptación.

Patrón A: En mayor de 5 meses. Niños que van a su aire y sin relacionarse la mayor parte del tiempo. Tienen dificultades para la planificación motriz, de modo que incluso les cuesta realizar gestos intencionales simples. Suelen presentar un afecto chato, inapropiado o no modulado, pero a veces en el juego sensorial directo dan muestra de momentos de placer o si son estimulados en exceso de rabietas. Hay un alto grado de autoestimulación y conductas rítmicas. Muchos tienen un tono muscular pobre y tienden a ser hiporreactivos a las sensaciones, por lo que necesitan un input cada vez más intenso para llegar a responder. Pueden presentar patrones selectivos de hiperreactividad a las sensaciones. En algunos su tono motor no es bajo, sino que son extremadamente activos y distraíbles. Suelen presentar reacciones catastróficas a las nuevas experiencias, ambientes o cambios de rutina o son totalmente hiporreactivos.

Patrón B: En mayores de 9 meses. Intermitentemente relacionados y son capaces de gestos intencionales simples durante parte del tiempo. El afecto parece accesible, pero es efímero, con pequeñas islas de placer superficiales, sin ningún disfrute o calidez interpersonales sistemáticos. Tienden a disfrutar con una actividad repetitiva o perseverativa con los objetos (y no solo con la autoestimulación), pero son muy rígidos y reaccionan con intensidad a cualquier cambio de vida. Presentan patrones mixtos de reactividad sensorial y tono muscular y están mucho más organizados que los del patrón A en

cuanto al modo en que buscan o evitan las sensaciones. Casi siempre tratan de expresar su intencionalidad en patrones de negativismo o evitación deliberada. A menudo lo hacen para controlar la cantidad de input sensorial y afectivo que pueden absorber.

Patrón C: en niños mayores de 15 meses. Se relaciona con los otros, pero de forma intermitente y generalmente tiene que ser él el que controla, iniciando y poniendo fin a sus interacciones. Tienen islas de verdadero placer interpersonal junto con una evitación más organizada y momentos de distancia. Saben emplear gestos sociales simples y alguna comunicación intencional compleja para satisfacer necesidades y deseos. Saben emplear algunas palabras o frases de forma simplificada o anómala. Tienden a ser muy perseverativos y a preocuparse mucho con ciertos objetos, pero permiten que otro se les una en su conducta perseverativa y la haga interactiva. Muestran un patrón mixto de dificultades para la reactividad sensorial y la planificación motriz, con tendencia a la hiperreactividad a las sensaciones. Aunque muestran mayor capacidad adaptativa que los otros dos patrones las nuevas experiencias les resultan difíciles. Se desempeñan mejor en las transiciones cuando se les da tiempo suficiente y se los prepara con señales y gestos.

### 2.3. Aportaciones del concepto Trastorno Multisistémico del Desarrollo

Por todas las dificultades referidas para diagnosticar un TEA en niños en edad preescolar, resultaría interesante reivindicar el uso de la DC:0-3R (11) como guía en la práctica clínica. A pesar de la escasez de estudios dirigidos a validar esta clasificación en comparación con las otras ya existentes (DSM (7) y CIE (10)), hay estudios que reclaman la utilidad y validez de la misma para trabajar con población infantil (14). No obstante, sería necesario realizar estudios de tipo longitudinal para determinar la trayectoria y desarrollo de la clínica presentada por estos niños de acuerdo a la DC:0-3R (11).

## 3. Signos de alarma de autismo

---

El concepto de signos de alarma creemos que es una de las herramientas que más nos puede ayudar en la detección precoz de niños con TEA. En el anexo 1 se recogen signos de alarma a evaluar según la edad (15, 16, 17). Es

interesante recordar que la no adquisición de hitos normales en el desarrollo de la interacción y comunicación constituyen habitualmente los signos más precoces.

Hay que tener presente que hasta un 30-68% de los niños con un TEA presentan además una discapacidad intelectual (18). En el estudio realizado por Lemcke los autores subrayaron la dificultad para discriminar ambos diagnósticos por los signos y síntomas presentados por los niños antes de los 2 años de edad. Asimismo, también detectaron signos de dificultades auditivas y visuales tanto en niños diagnosticados de TEA como en niños con discapacidad intelectual.

En la mayoría de los casos, son los padres los que primero detectan y se preocupan por alguna alteración en el desarrollo del niño y el profesional debería siempre explorar cualquier señal de alarma referida por ellos (19). Algunos estudios reflejan que las preocupaciones parentales por el desarrollo de bebés de 6 meses no fueron predictivas de un posterior diagnóstico de TEA, pero sí lo fueron las preocupaciones relacionadas con el desarrollo de bebés de 12 meses (20). Es necesario hacer hincapié en el hecho de que la mayor parte de signos y síntomas referidos por los padres en bebés de entre 6 y 18 meses de edad tenían que ver con dificultades no específicas del TEA tales como problemas de sueño y alimentación, alteración en la actividad motora, atencional, falta de reactividad, etcétera (19). Quizás por este motivo y dado que las dificultades específicas del TEA como las relacionadas con la interacción social no se hacen presentes hasta meses más tarde, hay que estar mucho más alerta ante las alteraciones en el desarrollo general del bebé referidas por los padres.

El cuestionario para el autismo en niños pequeños conocido como CHAT (Checklist for autism in toddlers) (21) y especialmente la versión Modificada M-Chat (22) que resulta un cuestionario dirigido a padres, se ha mostrado como una herramienta eficaz de cribado (18 meses, 24 meses para su aplicación). Los pediatras de Atención Primaria de nuestro país están habitualmente familiarizados con esta escala. El punto de corte para realizar una evaluación en profundidad es fallar en dos de los 6 ítems criterio (2 interés en iguales, 7 gestos protodeclarativos, 9 llevar objetos para enseñárselos a los padres, 13 imitación, 14 responder al nombre, 15 seguimiento de la mirada) o en tres cualesquiera (anexo 2).



#### 4. Déficits de intersubjetividad en el niño con TEA

---

Todo el que esté familiarizado con los niños con TEA reconoce la vivencia de aislamiento que nos puede hacer sentir. Aunque estemos junto a él, no nos mira; se puede interesar por los objetos más que por nosotros; se fascina con sus propios movimientos o por la sensación del contacto con ciertos objetos. Si se nos acerca nos sentimos objetos, pues con frecuencia utiliza alguna parte de nuestro cuerpo para algún fin que le interesa. Nuestros intentos de aproximación son un fracaso, parece no percibirlos o le molestan y los rechaza abiertamente. Esa falta de reciprocidad en la interacción es lo que característicamente falla.

La reciprocidad en el establecimiento de las relaciones es lo que conocemos por intersubjetividad.

Algunos autores como Muratori (23) que han trabajado sobre las filmaciones familiares del primer año en niños que posteriormente fueron diagnosticados de autismo encuentran que en algunos de ellos se pueden observar dificultades significativas en este pasaje de patrones sociales simples a interacciones emocionales más complejas y de tipo triangular.

Maestro (24) plantea que esto podría ser debido a una de las características más precoces de estos niños; es decir, el ser lactantes lentos, hipoactivos, con poco contacto ocular, hipomóviles, sin iniciativa. Este patrón de comportamiento parece limitar la posibilidad de desarrollar aquellas capacidades sociales básicas, que incluso estos niños tienen en el primer momento de su vida. Se trata de hecho, de niños que, en los primeros seis meses de vida, pueden concentrarse en los objetos, tener experiencias afectuosas y calurosas, y tal vez incluso participar en interacciones recíprocas simples. Podemos suponer que estas capacidades básicas están relacionadas con áreas cerebrales particulares y que para implicarse en modelos de reciprocidad más complejos es necesario el desarrollo de conexiones a distancia entre diversas áreas del cerebro, cuyo déficit parece ser la característica principal de su sistema neurobiológico.

Para Muratori (25) los estudios que han realizado les parecen indicar que, en el autismo precoz, la desviación a nivel del desarrollo de la intersubjetividad sobreviene ya sea por un déficit de intereses sociales, ya por una clara preferencia por los objetos físicos. Esta precoz preferencia por los objetos como característica específica de los sujetos con autismo se halla bien descrita incluso

por los propios autistas adultos que nos han podido contar sus experiencias de la niñez (26).

Esta característica distintiva de los sujetos con autismo tiene diversas implicaciones ya sean clínicas o teóricas. En primer lugar, puesto que los objetos físicos no pueden predecir intenciones, la preferencia del niño por dichos objetos físicos es un obstáculo para el desarrollo de la intersubjetividad tanto primaria (que se basa en la motivación social innata del niño) como secundaria (que se basa en la emergencia de la concienciación persona-persona-objeto). En segundo lugar, el reducido interés del niño por el rostro humano tiene un efecto devastador en el desarrollo de su cerebro que está programado para asumir el rostro (del cuidador) como el más potente estímulo visual capaz de poner en marcha los procesos neuroevolutivos que sostienen la intersubjetividad. Si las interacciones regulares cara-a-cara se debilitan, se pone en peligro la habilidad de la díada para construir secuencias dialógicas y el desarrollo de la concienciación de sí y del otro no pueden emerger de la intersubjetividad primaria. Además, en los niños con autismo el ajuste progresivo del mecanismo de contingencia perfecta hacia algo menos perfecto desencadenado por la experiencia y la madurez, puede no tener lugar (27).

## **5. Aplicación a la práctica clínica**

---

Según señalan diversos estudios suelen ser los padres los primeros en detectar un patrón alterado en el desarrollo evolutivo del niño ya en el primer año de vida (19). Teniendo en cuenta este hecho, sería importante recoger la preocupación de los padres y profundizar la exploración de los signos y síntomas presentados por el niño, realizando un estrecho seguimiento a partir de ese momento. Esto daría la oportunidad de detectar lo antes posible las dificultades que van presentándose en estos niños e intervenir sobre ellas. Existen herramientas de evaluación que nos puedan servir en nuestra práctica clínica para orientar la exploración de dificultades que van presentando los niños a lo largo de su desarrollo.

Para realizar el diagnóstico de TEA se requiere que los síntomas aparezcan en los primeros años de vida, sin embargo, muchos de los síntomas más característicos no se esperan que aparezcan antes de los 2 años. Los últimos estudios científicos señalan la presentación de diferentes signos de alarma ya en el primer año de

vida y subrayan la necesidad de realizar una intervención lo más tempranamente posible para poder potenciar los beneficios del tratamiento y mitigar el impacto que este trastorno genera sobre distintas áreas de funcionamiento en estos niños (29). Este positivo efecto de una intervención precoz podría estar relacionado con la neuroplasticidad y los períodos críticos de desarrollo de los niños. En los dos primeros años del desarrollo del niño se da un ritmo de crecimiento cerebral y conectividad neurológica vertiginoso. Es en este momento durante el cual la plasticidad neuronal cobra una especial importancia y por lo tanto, es cuando los beneficios de recibir un tratamiento dirigido a estimular el desarrollo de habilidades que hasta el momento no han alcanzado el nivel de desarrollo esperable para su edad (lenguaje, comunicación social, atención conjunta, placer compartido) pueden alcanzar los niveles más óptimos.

Actualmente en España, ya se incluye en la revisión pediátrica de los 18 meses unas preguntas dirigidas a detectar signos precoces de alarma. Los profesionales que trabajan desde Atención Temprana con niños de riesgo por retrasos del desarrollo también están cercanos a la detección de signos de alarma. Así mismo la precoz incorporación de los niños a escuelas infantiles también ha convertido este medio en un lugar propicio para la detección. Sin embargo, muy raramente, encontramos niños tan pequeños derivados al especialista de Salud Mental siendo esta pues una tarea pendiente a desarrollar.

A pesar de la posibilidad de detectar signos de alarma ya en el primer año de vida y del beneficio de intervenir lo antes apenas hay una escasez de programas de tratamiento dirigidos a niños menores de 2 años de vida (28).

Numerosos autores plantean la necesidad de incorporar activamente a los padres al tratamiento ya que los resultados obtenidos en ciertos estudios relacionan este hecho con una mayor mejoría en la comunicación social de los niños, en el ejercicio de una parentalidad más efectiva y una mayor calidad de las interacciones entre padres e hijos (28). Sin embargo, no debemos reducir a los padres a un rol de terapeutas. No podemos olvidar que los padres deben disfrutar del encuentro afectivo con sus hijos y de la reciprocidad en la interacción. El objetivo a conseguir es enorme, por eso la atención y el cuidado específico a los padres y familiares será una tarea que los profesionales, especialmente los de salud mental, no podemos olvidar. El hecho de intervenir también con los padres parece estar asociado con una menor presentación de síntomas depresivos en las madres (29) lo que sin duda también afectará al funcionamiento del niño.

Como conclusión, habría que señalar la necesidad que existe actualmente de favorecer la coordinación entre los profesionales sanitarios, sociales y educativos para ofrecer una intervención global e interdisciplinar que favorezca la detección precoz y potencie los efectos del tratamiento con niños en riesgo de desarrollar un TEA (16).

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Matsoin JL, Nebel-schwalm M, Matson ML. A review of methodological issues in the differential diagnosis of autism spectrum disorders in children. *Res Autism Spectr Disord*. 2007;1: 38–54.
- 2.- Whiteford Erba H. Early intervention programs for children with autism: Conceptual frameworks for implementation. *Am J Orthophychiatric Assoc*. 2000;70 (1): 82–94.
- 3.- Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 1943, 2: 217-50.
- 4.- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 3 Ed (DSM-III). Barcelona: Masson; 1983.
- 5.- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 3 Ed (DSM-III-R). Barcelona: Masson; 1987
- 6.- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4 Ed (DSM-IV). Barcelona: Masson; 1995.
- 7.- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed (DSM-5). Madrid: Médica panamericana, 2014.
- 8.- Wing L, Gould J, Gillberg C. Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? *Research in Developmental Disabilities* 2011, 32 :768–73
- 9.- Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento. 10a Ed (CIE-10). Ginebra: Meditor; 1993.
- 10.- National Center for Clinical Infant Programs. Cero a tres. Clasificación Diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana. CD: 0-3. Buenos Aires: Paidós; 1997.
- 11.- National Center for Clinical Infant Programs. Zero to three. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R). Washington, DC: Zero to three Press; 2005.
- 12.- Postert C, Averbek-Holocher M, Beyer T, Müller J, Furniss T. Five systems of psychiatric classification for preschool children: Do differences in validity, usefulness and reliability make for competitive or complimentary constellations? *Child Psychiatry Hum Dev*. 2009; (40): 25–41.
- 13.- Cesari A, Maestro S, Cavallaro C, Chilosi A, Pecini C, Pfanner L, et al. Diagnostic boundaries between regulatory and multisystem developmental disorders: A clinical study. *Infant Ment Health J*. 2003; 24 (4):367–77.
- 14.- Maestro S, Rossi G, Curzio O, Felloni B, Grassi C, Intorcía C, et al. Assessment of mental disorders in preschoolers: the multi-axial profiles of Diagnostic Classification 0-3. *Infant Ment Health J* [Internet]. 2014; 35 (1):33–41. Disponible en: <http://discovery.ucl.ac.uk/55588/>

- 15.- Mollejo E, Alcamí M., Competencias del bebé. Desarrollo y evaluación del niño En “Psiquiatría Perinatal y del niño de 0-3 años”. León L y Prego R. (coordinadores),. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid: AEN digital; 2015. p. 63-73
- 16.- Alcamí M., Molins C., Mollejo E., Ortiz P, Pascual A., Rivas E. y Villanueva C. Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. La atención en la Red de Salud Mental. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Ferre F, Palanca I, Crespo MD, coord. Madrid: Cogesin; 2008.
- 17.- Grupo de Trabajo del Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales. Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales (PAINNE). Guía 2013. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza. Servicio Vasco de Salud; 2013
- 18.- Lemcke S, Juul S, Parner ET, Lauritsen MB, Thorsen P. Early Signs of Autism in Toddlers: A Follow-Up Study in the Danish National Birth Cohort. *J Autism Dev Disord*. 2013;43:2366-75.
- 19.- Guinchat V, Chamak B, Bonniau B, Bodeau N, Perisse D, Cohen D, et al. Very early signs of autism reported by parents include many concerns not specific to autism criteria. *Res Autism Spectr Disord* [Internet]. Elsevier Ltd; 2012;6(2):589-601. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2011.10.005>
- 20.- Ozonoff S, Young GS, Steinfeld MB, Hill MM, Cook I, Hutman T, et al. How early do parent concerns predict later autism diagnosis? *J Dev Behav Pediatr*. 2009;30(5):367-75.
- 21.- Baron-Cohen S, Allen J, Gillberg C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the CHAT. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 839-43.
- 22.- Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 2001; 31(2): 131-51.
- 23.- Muratori F. El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria. *Psicopat.salud ment* 2008, 12: 39-49.
- 24.- Maestro S; Muratori F; Cavallaro M. C (2005). How young children treat objects and people: An empirical study of the first year of life in autism. *Child Psychiatry and Human Development*; 35: 383-96.
- 25.- Muratori F. El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (y II) *Psicopat. salud ment* 2009, 13: 21-30.
- 26.- Grandin T. Calming Effects of Deep Touch Pressure in Patients with Autistic Disorder, College Students, and Animals. *J child adolescent psychopharmacology* 1992, Volume 2 (1): 63-72.
- 27.- Gergely G, Watson J. The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *Int. J. Psycho-Anal.* 1996, 77:1181-212.

28.- Bradshaw J, Steiner AM, Gengoux G, Koegel LK. Feasibility and Effectiveness of Very Early Intervention for Infants At-Risk for Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *J Autism Dev Disord.* 2015;45(3):778–94.

29.- McConachie H, Diggle T. Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: A systematic review. *J Eval Clin Pract.* 2007;13(1):120–9.

## **ANEXO 1**

Señales de alarma de los trastornos del espectro autista (TEA)\*

### **SEÑALES DE ALARMA INMEDIATA**

Las señales de alarma para el autismo y que indican la necesidad de proceder a una evaluación diagnóstica más amplia de forma inmediata son

- No balbucea, no hace gestos (señalar, decir adiós con la mano) a los 12 meses.
- No dice palabras sencillas a los 18 meses.
- No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas) a los 24 meses.
- Falta de atención conjunta y juego simbólico a los 24 meses.
- Cualquier pérdida de habilidades del lenguaje o a nivel social a cualquier edad

### **SEÑALES DE ALARMA DE TEA SEGÚN PERIODOS DE EDAD**

En cualquier edad se pueden presentar los signos establecidos en las etapas previas. Estos factores de forma aislada no indican TEA. Deben alertar a los profesionales del riesgo de TEA, de forma que la derivación dependerá de la situación en su conjunto.

#### **Del nacimiento a los 3 meses**

En el desarrollo normal, el niño en este período suele iniciar el control de la mirada, el control cefálico, la sonrisa, los sonidos guturales y las conductas anticipatorias ante los cuidados. Debemos tener en cuenta si observamos algunos signos que para realizar un seguimiento más cercano:

- Inadaptación al ser cogido en brazos: hipotonía o hipertonía.
- Escasa actividad o demanda o, en menor frecuencia, gran irritabilidad y dificultad para tranquilizarse.
- Pobre contacto ocular: ausencia o evitación de la mirada. Ausencia de resonancia afectiva con el cuidador.
- No surgimiento de la sonrisa social.
- Dificultades en el sueño y esfera oroalimentaria



### Alrededor de los 6 meses

El bebé ya suele controlar el ambiente, interactuando con él, con capacidad para calmarse a sí mismo y para captar la atención de sus cuidadores. Comienza la diferenciación entre el niño y su madre y el desplazamiento de la atención hacia otras personas y objetos. Si no se va produciendo esta madurez, pueden observarse signos de alarma como:

- Gritos monótonos, monocordes y sin intencionalidad comunicativa.
- No surgen conductas imitativas (de sonidos, gestos o expresiones).
- No vocalizaciones interactivas, ausencia de comunicación.
- Escasas respuestas de orientación (parece sordo).
- Ausencia de conductas de anticipación (echar los brazos cuando se le va a coger, etc.).
- Ausencia de la instauración de la angustia frente a extraños hacia el noveno mes.
- Problemas en la aceptación de alimentos y a los cambios de texturas y sabores.
- No hay desarrollo del “involucramiento emocional conjunto”.

### Alrededor de 1 año

El niño que ha logrado la diferenciación se empieza a relacionar con las personas y con los objetos de otra manera. La deambulación y el lenguaje le ayudan a comenzar el proceso de autonomía. Pueden aparecer signos de alarma como:

- Aparición de conductas estereotipadas (balanceo, aleteo de manos, repetición de un sonido o movimiento, fascinación por un estímulo determinado, etc.).
- Exploración de los objetos nula o limitada.
- Ausencia de intencionalidad interactiva y reciprocidad.
- Ausencia de gestos comunicativos apropiados.
- Ausencia de lenguaje oral o lenguaje sin funcionalidad.
- Inquietud motriz exagerada e impulsividad de difícil contención externa.
- Ausencia de comunicación representacional o afectiva a partir de los 18 meses.
- Persistencia de trastornos de la alimentación (dificultad para aceptar otras texturas, negativa a masticación, etc.).

### Entre los 18-24 meses

- No señala con el dedo para “compartir un interés” (protodeclarativo).
- Dificultades para seguir la mirada del adulto.
- No mirar hacia donde otros señalan.
- Retraso en el desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo
- Falta de juego funcional con juguetes o presencia de formas repetitivas de juego con objetos (ej. alinear, abrir y cerrar, encender y apagar, etc.).
- Ausencia de juego simbólico.
- Falta de interés en otros niños o hermanos.
- No suele mostrar objetos.
- No responde cuando se le llama.
- No imita ni repite gestos o acciones que otros hacen (ej.: muecas, aplaudir).
- Pocas expresiones para compartir afecto positivo.
- Antes usaba palabras pero ahora no (regresión en el lenguaje).

### Alrededor de los 2 años

El desarrollo cognitivo y la simbolización permiten al niño de esta edad acceder al lenguaje expresivo y al juego, facilitando el progreso hacia la individuación. Empieza a tolerar la separación y la frustración. También le permite un mayor interés por los iguales, accediendo a la socialización. Ya se pueden observar signos más evidentes de alarma.

- Desinterés por las personas y especialmente por otros niños.
- Escaso desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo, detención o retroceso del mismo.
- Lenguaje extraño (ecolalias, inversión de pronombres...) y no funcional.
- Intensificación de la tendencia al aislamiento (no interés en la exploración del entorno).
- Persiste el uso estereotipado de los objetos (no aparece el juego funcional).
- Adherencia compulsiva a rutinas o rituales, con rabietas intensas ante el acercamiento o intentos de cambios.
- Desarrollo de temores intensos, sin desencadenante aparente.

Psiquiatría Perinatal y del niño de 0-3 años. Asociación Española de Neuropsiquiatría Madrid, 2015.

- modificado de

Ferre F, Palanca I, Crespo MD, coord. Guía de diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. La atención en la Red de Salud Mental. Madrid: Cogesin, 2008.

Grupo de Trabajo del Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales. Proceso de Atención Integrada a Niños y Niñas con Necesidades Especiales (PAINNE). Guía 2013. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza. Servicio Vasco de Salud; 2013

## 7. EL NIÑO CON ENFERMEDAD CRÓNICA.

**Aránzazu Ortiz Villalobos.**

### 1. Introducción

---

Una condición o enfermedad se considera crónica en un niño si ocurre entre los 0 y 18 años de edad, el diagnóstico está basado en el saber médico científico y se puede establecer utilizando métodos reproducibles y válidos o instrumentos acordes a los estándares profesionales, si no es curable o es altamente resistente al tratamiento (como en el caso de las enfermedades mentales) y si ha estado presente durante más de 3 meses o se ha producido en más de 3 ocasiones en el pasado año y es probable que recurra (1). Estas enfermedades suelen conllevar hospitalizaciones de más de 1 mes al año, interfieren con el funcionamiento cotidiano del niño durante más de 3 meses al año o ambos (2).

Las enfermedades crónicas pediátricas son más prevalentes desde los últimos años dado el aumento de la esperanza de vida, el incremento de la supervivencia de los prematuros y la aparición de nuevas enfermedades como el SIDA que afectan a los niños (2).

Las enfermedades en esta etapa de la vida afectan el funcionamiento cotidiano de los niños por diferentes mecanismos como los efectos directos de la enfermedad, como las restricciones en su desarrollo normal o para participar en actividades propias de esta etapa; además, los niños/as pueden presentar diferentes respuestas emocionales y conductuales a la enfermedad que podrían ser maladaptativas y que pueden prolongarse en el tiempo. Por otro lado, estas enfermedades suponen frecuentes asistencias a recursos sanitarios para pruebas diagnósticas o de seguimiento, revisiones rutinarias o episodios de reagudizaciones. Todo esto puede suponer una merma en la calidad de vida de forma directa por la enfermedad en sí o por su repercusión a nivel psicosocial.

Además, la enfermedad y sus tratamientos pueden originar dolor y malestar físico directamente (2).

## **2. Elementos de vulnerabilidad para la salud mental del niño con enfermedad crónica**

---

La tendencia en la literatura respecto al afrontamiento y la adaptación a la enfermedad crónica es inclusiva y se basa en la interconexión de la adaptación del niño/a y el padre/madre y el ajuste entre el niño/a y el padre/madre.

Según Thompson (3), la enfermedad crónica es un estresor frente al que el niño y la familia se tienen que adaptar, y la relación entre la enfermedad y el ajuste depende de procesos biomédicos, de desarrollo y psicosociales.

El ajuste psicosocial vendrá determinado por:

- La enfermedad. Entre las diferentes enfermedades que no afectan al SNC se ven pocas diferencias, en cambio si se afecta el SNC o los sentidos, aparecerán importantes repercusiones a nivel conductual y social. La capacidad intelectual es también un predictor independiente. En cambio, la gravedad de la enfermedad no parece influir la adaptación psicosocial, al contrario que la duración, que sí lo hace (2).
- El niño/a, sobre todo el temperamento (temperamento difícil predice más probabilidad de problemas conductuales) y los factores cognitivos.
- La familia. La cohesión familiar influye en el funcionamiento social del niño/a y los conflictos familiares favorecen dificultades de adaptación.

## **3. Dar y recibir información sobre la enfermedad**

---

Para favorecer el afrontamiento más adecuado de la enfermedad del paciente y su familia es fundamental proporcionar información completa y veraz adecuada a su etapa de desarrollo y nivel cultural y a sus valores y creencias.

Dar información sobre una enfermedad crónica se puede considerar dar “malas noticias” que son aquéllas que por su trascendencia condicionan el modo de vivir del paciente, porque cambian sus expectativas y objetivos vitales.

Suele ser una comunicación antes desconocida que altera las expectativas de futuro de las personas.

Cómo comuniquemos las malas noticias influirá en la ansiedad, esperanza, toma de decisiones, afrontamiento y depresión de los padres y los pacientes.

### 3.1. La comprensión de la enfermedad por el niño

Los conceptos de enfermedad, muerte y dolor, van evolucionando conforme avanza el desarrollo del niño y debemos conocerlos y adaptarnos a ellos (4).

#### 3.1.1 De los 0-18 meses

En estas edades el niño responde al dolor, al malestar físico, a la separación materna y a la presencia de extraños. Suele experimentar un temor acentuado en reacción a la ansiedad de los progenitores. Carece de un concepto del tiempo. La diferencia entre el ser y el no ser es una de las primeras a las que el niño atiende e intenta comprender (5).

#### 3.1.2. En la etapa preescolar

Es consciente de padecer una enfermedad grave, entre otras cosas porque interpreta los mensajes de su entorno. Observa a sus padres nerviosos y tristes, percibe los cambios. Suelen atribuir las causas de la enfermedad a factores externos o a accidentes. La muerte se vive en esta etapa como un sueño o separación en la que se produce una pérdida de movilidad o un mal funcionamiento temporal. Consideran que los muertos respiran, comen y se trasladan de un lugar a otro como consecuencia del pensamiento mágico. La hospitalización puede bloquear la descarga de su actividad física. La enfermedad puede vivirse como un castigo por malos comportamientos o pensamientos pasados, lo cual puede desembocar en sentimientos de culpabilidad (5).

### 3.2. Otras características de la información

La comunicación efectiva en salud es una herramienta esencial para el diagnóstico preciso y para el desarrollo de un exitoso plan terapéutico. A su

vez correlaciona con un mayor conocimiento del paciente, el estado funcional, la adherencia y acuerdo en el tratamiento, mejores resultados psicológicos y comportamentales e incluso menor morbilidad quirúrgica (6).

La realidad es que los niños, incluso los más pequeños, quieren no solamente saber qué es lo que les ocurre, sino cómo, por qué y lo que ocurre después (5).

Los padres quieren tomar parte en cómo se informa a sus hijos sobre su salud y enfermedad. Por lo que es importante entender la relación padre-hijo preexistente, la cultura familiar y los valores y las necesidades de desarrollo del niño incluyendo su deseo de participar en su plan de cuidado. El preguntar a los niños debería convertirse en una rutina (6).

Un estudio dice que los niños a partir de 3 años enfermos terminales conocían su diagnóstico y pronóstico, aunque no se les había informado por parte de ningún adulto. Encontraron que el que los adultos a su alrededor evitaran proporcionar información difícil o la negaran llevaba al niño a sentirse abandonado y no querido. A su vez, los niños respondían protegiendo a esos adultos, pero pagando un alto coste personal (6).

Los niños suelen comprender más de lo que se supone. Además, si un niño está preguntando sobre algo es que ya sabe algo que puede estar equivocado o ser erróneo y está probando a ver en quién puede confiar. A los niños que no preguntan se les debe dar la oportunidad de recibir información, pero si la siguen rechazando no debemos forzarlos (6).

Si los padres no informan al niño de lo que tiene para protegerle, al final se enterará, pero quizás con errores y luego será él el que decida proteger a sus padres y conducirá a soledad y aislamiento del paciente. La mejor información es la que recibe directamente del médico. Además, la verdad es mejor que las fantasías que se pueda crear el niño. El que los padres no le informen o no quieran que el médico lo informe puede hacer que el paciente se muestre hostil, resentido, aislado, desconfiado, no colaborador (7).

Niños a quienes nunca se ha informado de su diagnóstico perciben la ansiedad que existe en aquellos que les rodean y observan el deterioro que sufre su cuerpo. Actualmente se sabe que la falta de información médica apropiada a cada etapa evolutiva puede producir tensión en el niño y fantasías perturbadoras para él. Hay que dejar atrás el secretismo y el proteccionismo (8).

Al paciente hay que asegurarle que siempre se le va a informar de lo que se le va a hacer para que pueda prepararse. Se le debe avisar de que va a doler para

que cuando no sea así, él esté seguro de que eso que le van a hacer no duele. Si está bien informado colaborará mejor (7).

Respecto de quién debe dar la información a los niños: en niños pequeños es ideal que la den los padres (con el médico presente).

### 3.3. La información en el niño con una enfermedad terminal. Duelo

Tristeza, aislamiento, temor a ser separado de los padres, y ansiedad, son algunas de las reacciones comunes del niño moribundo. Es crucial que en esta etapa se favorezca la expresión de afectos y de preocupaciones del niño; que se le permita verbalizar sus fantasías y sus pensamientos acerca del deterioro de su cuerpo, de su soledad, de su dolor y de su sufrimiento. El control sintomático es fundamental. También debemos proporcionar un entorno de seguridad en el que se transmita la idea de que no se le va a abandonar (8).

Preocupaciones acerca de la posibilidad de sedación, del posible sufrimiento, del lugar en el que debe acontecer la muerte, del impacto del fallecimiento en los hijos sanos y en la pareja, y de la capacidad para seguir viviendo en ausencia del hijo, son algunas de las más frecuentes en los padres (8).

El diagnóstico de una enfermedad crónica genera una reacción de duelo frente a la vivencia de salud previa, sin embargo, el duelo por la pérdida de un hijo es el duelo más complejo que se ha descrito en la literatura (8). Participar en el cuidado del hijo enfermo ayuda en el afrontamiento, así como el haberse comunicado con él desde la sinceridad y la realidad de la situación. Estos padres pueden correr el riesgo de sobreproteger a los hermanos supervivientes y a aumentar las preocupaciones hipocondríacas y el miedo a su muerte. Por otro lado, el diferente ritmo de elaboración del duelo entre cada uno de los padres puede dar lugar a dificultades en el apoyo que se brindan y a la comunicación sobre ello. Además, debemos recomendar postponer un nuevo embarazo porque nunca un hijo reemplaza al anterior (9).

En el duelo por un hermano: es mejor que hayan participado de todo el proceso. Pueden realizar grandes esfuerzos por reemplazar al hermano fallecido y por disminuir la pena de sus padres. También pueden sufrir en secreto una gran culpa por si han sido ellos los causantes. Las 3 preguntas que se hacen estos niños son: ¿si han sido ellos los culpables? ¿Si les va a ocurrir a ellos? Y ¿quién los va a cuidar? Las intervenciones deben ir encaminadas a responderlos. Ante la muerte inminente debemos aconsejar que se aumente la frecuencia



de las visitas de los hermanos, pero sin forzarlos. Cuando el fallecimiento se produzca debemos informarlos, nunca debemos mantener la muerte en secreto. Debemos contestar a todas sus preguntas. Debemos aconsejar que participen y compartan el duelo y los recuerdos con el resto de la familia. Sobre si deben acudir o no al funeral, la decisión será de ellos, pero una vez que les expliquemos qué es lo que se van a encontrar. Acudir suele ayudar a tomar una conciencia más real del fallecimiento. Se intensifica en fechas señaladas, es bueno que se comparta en familia (9).

#### **4. Efecto de la enfermedad crónica en la familia: padres y hermanos/as**

---

La enfermedad crónica afecta la dinámica familiar. Las demandas de tratamiento alteran las rutinas familiares y disminuyen el tiempo disponible para las actividades habituales, incluido el trabajo fuera del hogar de los padres. Esto último podría repercutir en los ingresos económicos de la familia. Los niños se vuelven o son más dependientes tanto física como emocionalmente. Este hecho también resta tiempo de atención a los hermanos/as y a la relación de pareja de los padres. Los padres podrían sentir resentimiento hacia la enfermedad de su hijo (10).

Los hermanos/as pueden expresar estas dificultades familiares (10). La falta de tiempo de atención a ellos puede hacer que participen menos de actividades sociales habituales en esas edades mermando así sus oportunidades de socialización.

El malestar emocional de los padres podría interferir con la información que aportan sobre el niño y la enfermedad (2).

#### **5. Trastornos psiquiátricos específicos**

---

##### **5.1. Delirium**

Su etiología es compleja y multifactorial. En estas edades, los síntomas pueden ser difíciles de reconocer pues los niños/as se presentan con irritabilidad, retraimiento y problemas en su regulación, en vez de los cambios cognitivos

y comportamentales típicos. Las causas más frecuentes son infecciones o complicaciones de cualquier origen que suelen afectar también al SNC (11). Debemos tener en cuenta que los niños pueden recordar de forma traumática esta experiencia y presentan riesgo de padecer posteriormente síntomas de estrés agudo o incluso TEPT.

## 5.2. Trastorno de estrés postraumático TEPT

Las reacciones de estrés agudo son frecuentes en los pacientes hospitalizados. Tanto los factores relacionados con la enfermedad o la lesión en sí como los relacionados con el tratamiento son potenciales traumas. El estrés traumático que acompaña a la hospitalización o a la comunicación de un diagnóstico grave también se asocia con Reacción a Estrés Agudo (REA) y con síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y se ha encontrado en múltiples experiencias médicas como cáncer, trasplante, quemaduras, cirugía cardíaca... Tras el alta, la mayoría de los niños recuerdan el ingreso, pero los posibles efectos amnésicos de las medicaciones administradas en la sedación y la analgesia pueden protegerlos de posibles secuelas psiquiátricas. La mayoría de los recuerdos son neutrales pero algunos niños recuerdan los procedimientos invasivos, el dolor y las experiencias delirantes como pesadillas y alucinaciones por lo que se apoyaría la necesidad del soporte emocional durante la hospitalización. Los factores individuales como el estilo de afrontamiento, el nivel de desarrollo, el temperamento, las experiencias médicas anteriores o aquellos niños con dificultades para comunicarse (intubados, traqueostomizados o con escaso desarrollo del lenguaje) pueden contribuir al desarrollo de estrés y malestar agudos por lo que es importante tenerlos en cuenta en la valoración y plan de tratamiento. Los síntomas de estrés traumático en los niños como en sus padres tienen una alta correlación. En cambio, la severidad de la enfermedad de base no se ha encontrado asociada a ello. En los más pequeños, las secuelas podrían ser de alteración en la alimentación y el sueño y en el vínculo y el funcionamiento familiar.

Respecto a los padres y las familias, se aprecian como factores estresantes específicos la no familiaridad con el entorno, las imágenes que se perciben, los sonidos... la apariencia y la conducta del paciente tan diferente y a veces, alterada; los retos y cambios en el paternaje; las separaciones prolongadas; la evolución de otros pacientes y los problemas de comunicación y conducta con el personal (12).

## **6. Aspectos diferenciadores según enfermedad crónica de base**

---

### 6.1. La estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (CIP)

Bronner et al. 2008b mencionan que un 13.8% de los pacientes cumplían criterios de TEPT y un 34.5% presentaban síntomas subsindrómicos tras el alta de UCIP. El estrés agudo de los padres durante la estancia en UCIP predice síntomas posteriores de TEPT. Los factores de riesgo asociados, además de los propios de la enfermedad y los tratamientos, serían la exposición a experiencias como la muerte de otros pacientes, pero también por el dolor no controlado, el temor a la propia muerte o a tratamientos especialmente duros (12).

### 6.2. Cáncer

Si bien gracias a los avances en los distintos tratamientos las tasas de supervivencia han aumentado significativamente la amenaza de muerte y la incertidumbre de la supervivencia son dos aspectos centrales en el enorme impacto que ocasiona (4).

Los síntomas físicos que producen la enfermedad y los procedimientos diagnósticos y tratamientos unidos al enfrentamiento a una condición médica potencialmente mortal, a las reacciones familiares ocasionalmente desadaptadas, a la cronicidad del cáncer, a las alteraciones en las relaciones sociales, al deterioro en el progreso escolar, y al impacto que produce la enfermedad en el entorno del niño pueden exacerbar síntomas psicológicos premórbidos o generar malestar emocional que impidan una adaptación psicosocial y escolar óptima (8).

Aunque se sabe que el cáncer no es contagioso, se suele aislar a la familia porque los amigos y vecinos no se sienten cómodos. Sienten pena por el niño, pero al niño no le gusta que sientan pena por él o que lo traten diferente. Quiere ser normal y que lo traten lo más normal posible (7).

En los padres podremos encontrar a largo plazo mayor sensación de indefensión, temor y miedo. Presentan mayor riesgo de sufrir TEPT que sus hijos. El mayor riesgo es en aquellos con bajo apoyo social, experiencias anteriores adversas de procedimientos invasivos, ansiedad rasgo y pensamientos negativos sobre la enfermedad o el tratamiento de su hijo (13).

Para las familias bajo un intenso estrés, el apoyo de unas relaciones positivas con los abuelos proporciona una red segura (14).

Tristeza, lloros frecuentes, inhibición y aislamiento, irritabilidad, falta de interés en el juego y en las actividades diarias, alteraciones en los patrones de vigilia-sueño y retardo o agitación psicomotora aparecen con frecuencia en niños con cáncer. Estos síntomas pueden ser manifestación de una depresión subyacente, aunque también pueden ser el resultado del deterioro físico que sufre el paciente pediátrico y del aislamiento y temor que experimenta (8).

Es importante considerar el impacto de los cambios en el aspecto físico en los padres pues sus reacciones afectan especialmente a los hijos en cómo se ven ellos. La aceptación parental de la deformidad y su constante apoyo representan un papel fundamental en la adaptación psicológica global del paciente y la aceptación de continuar el tratamiento (15).

Familia: deberemos anticipar diferentes dificultades como el riesgo de coalición padre cuidador-paciente y la reorganización de la dinámica familiar alrededor de la enfermedad sin realizarse respuestas educativas y emocionales que son necesarias respetar para el desarrollo del niño y el funcionamiento familiar (15).

Padres: los síntomas o trastornos posttraumáticos pueden continuar durante años tras el fin del tratamiento y se correlacionan con la incapacidad para establecer y mantener vínculos sociales (16).

Dado el aumento del número de niños supervivientes que llegan a la edad adulta, deberemos estudiar si estos pacientes tendrán efectos secundarios a largo plazo del tratamiento del cáncer. Estos efectos podrían ser alteraciones neurocognitivas, malestar emocional o psicológico, el desarrollo de un segundo tumor, crecimiento retardado, problemas de fertilidad, deficiencias hormonales y alteraciones funcionales de algunos órganos (8).

En el caso de un bebé o un niño pequeño, la enfermedad y el tratamiento pueden retrasar o afectar el desarrollo de distintas habilidades motoras y cognitivas, así como alterar patrones de apego entre los padres y el niño.

### 6.3. Cuidados paliativos

A diferencia de lo que ocurre en los adultos, la transición hacia los cuidados paliativos en los niños/as no se realiza necesariamente cuando el fallecimiento está próximo, sino que se intenta que se inicien pronto en la evolución de la

enfermedad para permitir una planificación efectiva de los cuidados a toda la familia, incluso se podrían iniciar antes del nacimiento. El pronóstico de las enfermedades en la infancia también es más incierto que en los adultos. Así, podemos hablar de condiciones que amenazan la vida, que incluyen enfermedades en las que la cura es posible, aunque exista la amenaza de la muerte en la evolución, como en el cáncer. Y, por otro lado, hablamos de condiciones que limitan la vida en las que no hay una posibilidad razonable de cura, aunque puedan sobrevivir años o décadas, pero no tendrán una expectativa de vida similar a pares sin dicha enfermedad. En la edad que nos ocupa (0-3) no tienen concepto de muerte, pero sus padres sí. Debemos favorecer el juego y la relación con sus padres. A través del juego, los niños se aproximan y alejan de la situación de gravedad y pueden ir adquiriendo cierta sensación de control sobre ella, permitiendo la elaboración emocional de sus circunstancias. Es importante que mantengamos la continuidad de cuidados con el niño/a y su familia para que no se sientan abandonados (17).

#### 6.4. Transplante

En la etapa evolutiva que nos ocupa (0-3 años), los trasplantes más probables son de hígado por atresia de vías biliares, de corazón y de médula ósea. La investigación ha demostrado una fuerte asociación entre ciertos factores psicosociales y la evolución del trasplante. Se recomienda realizar una evaluación de la preparación psicológica del receptor y su familia. Esta evaluación incluirá la exploración de las dificultades de afrontamiento y de las fortalezas y de los factores que podrían dificultar la adherencia al tratamiento. Debemos valorar los conocimientos que la familia y el paciente (según su nivel de comprensión adaptada a su etapa cronológica) tienen del procedimiento del trasplante, de la actitud hacia él y del nivel de motivación para él para conocer su nivel de preparación, pues todo ello influirá en la adherencia al tratamiento. Altos niveles de esperanza en los resultados del trasplante correlacionan con mejores estrategias de afrontamiento y mejor adaptación a la enfermedad. La historia de psicopatología en los padres, incluido el consumo de tóxicos puede dificultar el apoyo y supervisión del proceso de trasplante del hijo/a, ya que la principal responsabilidad de adherencia al tratamiento recae sobre ellos. El conflicto padre-hijo/a también repercute en la adherencia, como el alto nivel de estrés en los padres y los problemas conductuales en el niño/a. El tratamiento

postrasplante suele ser complejo e incluye medicación inmunosupresora de por vida, modificaciones en la dieta, frecuentes citas médicas y numerosas extracciones de sangre y otras pruebas complementarias. El paciente debe de participar de la información, adecuada a su nivel, para prevenir el riesgo de la no adherencia al tratamiento en la adolescencia. Otro factor preventivo de la no adherencia es una buena alianza del paciente y su familia con el equipo clínico. En el caso del trasplante hepático (también renal y de médula ósea) existe la posibilidad de la donación de vivo que podrían ser los padres. Esto supone poner en riesgo la salud de alguien sano, incluyendo la posibilidad de la muerte. Por ello merecen un cuidado especial pre (protegerlos de las posibles presiones para que acepten o de las expectativas de resultado por la posibilidad del fracaso del trasplante) pero también postrasplante. El entrar en la lista de espera puede generar ansiedad en la familia y si se realiza en el hospital por cuestiones clínicas, es mucho más disfuncional para la familia, agravado en el caso de que el hospital quede lejos de su domicilio. Pueden aparecer sentimientos de culpa en los padres por la necesidad de que otro niño/a fallezca para que llegue el órgano deseado, así como sentimientos de rabia por el orden en la lista o el empeoramiento clínico, incluida la muerte, durante esa espera. Tras el trasplante y la estabilización clínica posterior suele venir un periodo de “luna de miel” hasta que se impone la realidad de vivir con una nueva enfermedad crónica, el trasplante. Puede aparecer ansiedad ante la proximidad del alta hospitalaria y por la lentitud de la mejoría en casa hasta lograr una vida lo más normalizada posible. Más adelante pueden reaparecer preocupaciones respecto al donante y sentimientos de tristeza y culpa por su familia. En esta etapa también es importante tener en cuenta los efectos psicopatológicos y comportamentales de la medicación inmunosupresora y advertir a los padres para que puedan afrontarlos adecuadamente. También será importante detectar las posibles secuelas cognitivas de todo el proceso pues hay estudios que advierten de rendimiento cognitivo por debajo de la media en estos/as niños/as, en particular, déficits en aprendizaje, memoria, pensamiento abstracto, habilidades visoespaciales y en psicomotricidad (18).

### 6.5. Enfermedad respiratoria (asma, fibrosis quística)

La aparición de Asma en un niño/a genéticamente vulnerable responde a una interacción compleja entre esa vulnerabilidad genética, la exposición

ambiental a infecciones respiratorias, alérgenos, irritantes, contaminación y a influencias psicológicas como el malestar materno/paterno, el estrés o una crianza problemática. Por lo tanto, aquellas intervenciones que tienen como objetivo el estrés, el compromiso emocional y las dificultades en las relaciones familiares es probable que favorezcan la adherencia al tratamiento para el asma y mejoren el aspecto de la enfermedad más relacionado con el estrés.

Respecto a la Fibrosis Quística, (FQ) crecer con esta enfermedad es un reto para el niño/a y le pone en situación de problemas adaptativos de riesgo psicosocial. Hay estudios que encuentran mayor frecuencia de depresión, ansiedad, t. opcionista y TCA. Gracias al screening en los recién nacidos y al diagnóstico precoz, el niño/a y la familia tienen que aprender pronto a afrontar la enfermedad y los síntomas relacionados. La FQ exige a las familias un alto consumo en recursos económicos, emocionales y de tiempo, además del temor por el desenlace de la enfermedad y la ruptura de relaciones familiares (19).

## 6.6. Cardiopatías (cardiopatías congénitas, miocardiopatías, arritmias)

6.6.1. Las cardiopatías congénitas se dan en 5-8 de cada 1000 nacimientos. Muchas de ellas requieren tratamientos que pueden ser complejos e invasivos, que incluyan hospitalizaciones y monitorizaciones prolongadas además de tratamiento farmacológico crónico y/o cirugía y en casos graves, trasplante. Todo esto puede conllevar importantes problemas cognitivos y emocionales en el paciente y la familia. Los problemas clínicos pueden variar según el tipo de cardiopatía. Los/as niños/as con acianóticas corregidas pueden llevar una vida normal sin apenas limitaciones, los/as niños/as con cianóticas requieren cirugía al nacimiento o inmediatamente después y, aun así, algunos no sobreviven a la infancia y otros sufren limitaciones en su capacidad física o un pronóstico vital menor. También solemos encontrar un CI más bajo que pares sanos o con lesiones acianóticas, pero dentro del rango de la normalidad. Esta afectación es menor cuanto antes se realice la cirugía. Un 25% de los que sobreviven a las cirugías asocian problemas del desarrollo y alteraciones neurológicas. Los problemas obstructivos que se pueden corregir logran que los/as niños/as apenas limiten sus capacidades físicas salvo con la recomendación de que no participen en competiciones deportivas.

6.6.2. Las cardiomiopatías y miopatías son enfermedades asociadas a disfunciones mecánicas y/o eléctricas del músculo cardiaco. Suelen ser

idiopáticas, pero también pueden ser complicaciones de cardiopatías congénitas, infecciones, tóxicos o alteración genética. Existe la recuperación espontánea por completo, pero también es posible la progresión hacia un fallo cardíaco en los casos graves que puede llevar a la muerte.

6.6.3. Las arritmias pueden requerir como tratamiento, cirugía ablativa y trasplante. La gravedad de la lesión no predice el funcionamiento emocional. La mayoría de los niños/as tienen una buena adaptación. En ello, influye más la relación madre(padre)-hijo/a (20).

## 6.7. Enfermedad renal

En la enfermedad renal crónica, el impacto fisiológico, la intensidad de tratamiento y la discapacidad a largo plazo producen una significativa alteración psicosocial en el niño/a y la familia. El 60% de la enfermedad renal crónica se debe a alteraciones congénitas y urológicas. La historia natural de la enfermedad es variable e impredecible en el tiempo. La mayoría de los niños/as suele acabar en enfermedad renal terminal. Necesitan tratamientos médicos intensivos que suelen fluctuar impredeciblemente y que va a requerir intervenciones intensivas como la diálisis e incluso el trasplante. Además, pueden sufrir restricciones dietéticas y la toma de muchas medicaciones, que los padres pueden vivir con culpa por tener que vigilar su cumplimiento. Conforme avanza la enfermedad, también se pueden producir cambios en la apariencia física como talla baja y retraso en la pubertad. También pueden sufrir intolerancia y fatiga para la actividad física. En los niños/as que se someten a diálisis hay un porcentaje más alto de alteraciones emocionales como ansiedad, depresión y baja autoestima. La situación de la diálisis peritoneal puede generar, por la dependencia física de las madres (padres), una tendencia de éstas a la sobreprotección y a la ansiedad de separación en los niños/as. La cohesión familiar y fomentar la expresión de emociones, predicen una mejor evolución tanto en la conducta del niño/a como en el estrés parental. Se ha asociado a la toxicidad del aluminio utilizado en la diálisis los déficits cognitivos en estos/as niños/as, pero también puede estar implicada la atrofia cerebral y el infarto, sobre todo en los pacientes con alteraciones de la coagulación y crisis hipertensivas. Pueden tener un CI más bajo aquellos pacientes con la enfermedad desde etapas más tempranas y que abarca la mayor parte de su vida (20).



Algunas malformaciones urológicas se engloban en el grupo que desde el Consenso para la atención de los trastornos intersexuales (22) se denominan Alteraciones del Desarrollo Sexual (ADS). La dificultad en estos bebés viene por la ambigüedad genital al nacimiento y la asignación de sexo. En el documento del Consenso se propone que la asignación de sexo no dependa solo de la apariencia de los genitales, sino que también se tome en consideración el diagnóstico de la ADS, las opciones quirúrgicas, la necesidad a largo plazo de tratamiento hormonal sustitutivo, la potencial fertilidad, el punto de vista de la familia y otras circunstancias culturales. Se apoyan las intervenciones quirúrgicas funcionales tempranas, pero se desaconsejan las estéticas. A propósito de esto, la reciente Ley de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no discriminación de la Comunidad de Madrid (23) dice: “En el caso de las personas intersexuales, la presente norma garantiza la integridad corporal de los menores intersexuales hasta que éstos definan su identidad sentida...Sin conocimiento de la identidad de género sentida por la persona intersexual: hombre, mujer o simplemente intersexual, cualquier intervención quirúrgica que asimile al menor a una identidad puede ser una auténtica castración traumática”. Por ello, se recomienda que la atención a estos bebés y familias se realice en centros terciarios que cuenten con equipos multidisciplinares y especializados en la atención a personas con ADS y que deben contar con un psiquiatra y/o psicólogo clínico especializado en la atención a niños y adolescentes.

### 6.8. Infección por VIH

En las últimas 2 décadas se ha avanzado mucho en cuanto a la morbilidad y mortalidad por lo que, actualmente, los niños/as con VIH viven más y mejor. La principal forma de transmisión es la vertical que prácticamente se ha erradicado en los países más desarrollados. La prevalencia de encefalopatía también ha disminuido. En general, los menores de 3 años tienen tasas mayores de afectación del SNC. Pueden presentar menores niveles de capacidades cognitivas y de lenguaje y alteraciones motoras. Para el tratamiento de la demencia se pueden utilizar dosis bajas de antipsicóticos y es fundamental un adecuado tratamiento multimodal del dolor en estos niños/as, pues pueden experimentarlo con relativa frecuencia en forma de dolor abdominal, miositis, cefalea tensional y dolor neuropático. Otro aspecto importante a tener en

cuenta es el momento de comunicar al niño/a el diagnóstico y la evolución de la enfermedad, que es fundamental para la adherencia al tratamiento en etapas futuras, como en la adolescencia (24).

### 6.9. Enfermedad neurológica (epilepsia, hidrocefalia)

Los pacientes con enfermedad neurológica tienen más riesgo de padecer alteraciones psiquiátricas. En algunos casos, éstas preceden al diagnóstico neurológico.

6.9.1. En la Epilepsia, cada episodio de crisis suele asustar a los padres, aunque sea relativamente benigno para el paciente. Las convulsiones febriles ocurren en el 2-5% de los niños/as de entre 6 meses a 5 años y no requieren mayor atención ni tratamiento. Las crisis epilépticas que forman parte de síndromes más complejos pueden afectar tanto a nivel neurofisiológico como del desarrollo. En los niños/as con epilepsia son más frecuentes las alteraciones conductuales y emocionales que dependen tanto de la enfermedad como de factores familiares. En los casos de difícil control de las crisis, los niños/as pueden sufrir retrasos en su desarrollo e incluso falta de adquisición de nuevas habilidades. La dificultad de control de las crisis afecta a la calidad de vida.

6.9.2. Los niños/as con Hidrocefalia sufren discapacidad física y largas monitorizaciones y diferentes procedimientos invasivos. Su nivel de funcionamiento está afectado por sus problemas motores y la alteración de las funciones ejecutivas, el aprendizaje, la memoria, el lenguaje y la atención (25).

## 7. Preparación para procedimientos

---

Esta preparación tiene 4 objetivos, fomentar relaciones de confianza, proporcionar apoyo emocional, informar según la edad y madurez y ayudar a desarrollar adecuadas estrategias de afrontamiento. De este modo lograremos mayor sensación de control y dominio de la situación, con lo que disminuirá el dolor y la ansiedad. Los padres suelen apoyar adecuadamente a sus hijos/as para afrontar estos procedimientos, por lo que es importante su compañía permanente, salvo que ellos mismos también tengan un alto nivel de ansiedad, en cuyo caso, buscaremos otro familiar o allegado más tranquilo. Los niños/as se fijan en ellos para comportarse y entender lo que

ocurre. Además del acompañamiento permanente, durante la preparación también proporcionaremos información apropiada a la edad, veraz, lo más concreta posible y con antelación suficiente según edad (en los menores de 3 años, con 1 o 2 días es suficiente). Es muy positivo que la información proporcionada contenga las sensaciones que el niño/a experimentará a través de los diferentes sentidos (que verá, a qué olerá, que oírás...). La información se puede proporcionar en forma de cuento. Otra intervención es el modelado, viendo que otro niño/a pasa por lo mismo, permitiendo a la vez las preguntas. Otro método útil es el juego, tanto con muñecos y juguetes como con los instrumentos reales. En cuanto a estrategias de afrontamiento, a estas edades son útiles las distracciones activas (en las que el niño también interviene e incluso tiene que utilizar su cuerpo, como balancearse, dar palmas, chupete, juguete con luces y sonidos, hacer pompas de jabón, inflar globos o cuentos interactivos) y el refuerzo (26).

## **8. Conclusiones**

---

El cometido de los profesionales de Salud Mental se extiende a todos los aspectos que rodean al niño con enfermedad crónica y su familia apoyando los siguientes puntos clave:

Proporcionar información en todo momento, sencilla y veraz y ajustada a la etapa vital y nivel de desarrollo del niño/a y a las creencias y valores de la familia, utilizando cualquier medio de comunicación. Favorecer la participación del niño/a en la toma de decisiones.

Mantener una comunicación abierta con el niño/a y la familia y fomentar dicha comunicación sobre la enfermedad y circunstancias vitales también entre el niño/a y su familia

Favorecer estrategias de afrontamiento adecuadas e individualizadas (búsqueda activa de información, participación en procedimientos médicos y grupos de apoyo o distracción y represión de información como afrontamiento más pasivo). Reforzar autoestima y sentimientos de competencia en los padres y la identificación y expresión de emociones y sentimientos negativos en el niño/a y otros miembros de la familia.

Búsqueda de la mayor normalización posible de la vida cotidiana y lo antes posible.

Adecuado tratamiento del dolor.

Para todo esto utilizaremos todas las estrategias terapéuticas disponibles como la educación emocional, la imaginación, el control de estímulos con refuerzo positivo y negativo, el modelado, la distracción, la desensibilización sistemática, técnicas psicodinámicas, la terapia familiar, los fármacos...

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Lidwine B. Mokkink & Johanna H. van der Lee & Martha A. Grootenhuus & Martin Offringa & Hugo S. A. Heymans & The Dutch National Consensus Committee "Chronic Diseases and Health Conditions in Childhood" Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0–18 years of age): national consensus in the Netherlands. *Eur J Pediatr* 2008; 167:1441–47.
- 2.- Snell C, DeMaso DR. Adaptation and Coping in Chronic Childhood Physical Illness. En: Shaw RJ, DeMaso DR editores. *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. 1<sup>st</sup> ed. American Psychiatric Publishing Inc; 2010. p.21-31.
- 3.- Thompson RJ. Coping with the stress of chronic childhood illness. En: O'Quinn AN editor. *Management of Chronic Disorders of Childhood*. Boston: GK Hall & Co.US; 1985. p.11-41.
- 4.- León C, de Sande F. Apoyo psicooncológico en pediatría. En: Rubio B, Gastaminza X, editores. *Paidopsiquiatría Psicósomática. La interconsulta y la psiquiatría de enlace en pediatría*: Selene editorial; 2014. p.
- 5.- Urbano S. Rehabilitación psicológica del niño y del adolescente. En: Die Trill M. editor. *Psicooncología*. Madrid: ADES ediciones; 2003. p.
- 6.- Levetown M and the committee on bioethics. Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics* May 2008, 121 (5): 1441-60.
- 7.- Steinherz PG y Simone J. Biology of childhood cancers. En: Holland JC editor. *Psycho-oncology*. Oxford University Press; 1998. p.
- 8.- Die Trill M. El niño y el adolescente con cáncer. En: Die Trill M. editor. *Psicooncología*. Madrid: ADES ediciones; 2003. p. pag
- 9.- Chochinov HM, Holland JC, Katz LY. Bereavement: a special issue in oncology. En: Holland JC editor. *Psycho-oncology*. :Oxford University Press; 1998. p.
- 10.- Goldman SJ, Shaw RJ, DeMaso DR. The pediatric psychosomatic medicine assessment. En: Shaw RJ, DeMaso DR editores. *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. 1<sup>st</sup> ed. : American Psychiatric Publishing Inc; 2010. p. 33-45.
- 11.- Turkel SB. Delirium. En: Shaw RJ, DeMaso DR editores. *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. 1<sup>st</sup> ed. : American Psychiatric Publishing Inc; 2010. p.63-75.
- 12.- Tunick RA, Meyer EC. Pediatric Critical Care. En: Shaw RJ, DeMaso DR editores. *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. 1<sup>st</sup> ed. : American Psychiatric Publishing Inc; 2010. p. 215-29.
- 13.- Stuber ML. Pediatric Oncology. En: Shaw RJ, DeMaso DR editores. *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. 1<sup>st</sup> ed. :American Psychiatric Publishing Inc; 2010. p. 231-43.

- 14.- Wakefield CE, Drew D, Ellis SJ, Doolan EL, McLoone JK, Cohn RJ. Grandparents of children with cancer: a controlled study of distress, support, and barriers to care. *Psycho-Oncology* 2014; 23:855-61.
- 15.- Die Trill M. and Stuber ML. Psychological problems of curative cancer treatment. En: Holland JC editor. *Psycho-oncology*. :Oxford University Press; 1998. p.
- 16.- Lederberg MS. The family of the cancer patient. En: Holland JC editor. *Psycho-oncology*. :Oxford University Press; 1998. p.
- 17.- Brown MR, Sourkes B. Pediatric Palliative Care. En: Shaw RJ, DeMaso DR editores. *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. 1<sup>st</sup> ed. : American Psychiatric Publishing Inc; 2010. p. 245-57.
- 18.- Bernard RS, Fisher MK, Shaw RJ. Organ Transplantation. En: Shaw RJ, DeMaso DR editores. *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. 1<sup>st</sup> ed. : American Psychiatric Publishing Inc; 2010. p. 329-42.
- 19.- Miller BD, Wood BL, Smith BA. Respiratory Illness. En: Shaw RJ, DeMaso DR editores. *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. 1<sup>st</sup> ed. : American Psychiatric Publishing Inc; 2010. p. 303-17.
- 20.- DeMaso DR, Rao S, Hirshberg J, Ibeziako P. Heart Disease. En: Shaw RJ, DeMaso DR editores. *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. 1<sup>st</sup> ed. :American Psychiatric Publishing Inc; 2010. p. 319-27.
- 21.- Larroque CM, Staples A, Wong C. Renal disease. En: Shaw RJ, DeMaso DR editores. *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. 1<sup>st</sup> ed. :American Psychiatric Publishing Inc; 2010. p. 343-52.
- 22.- Hughes IA, Houk C, Ahmed S, Lee PA. Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of Disease in Childhood* 2006; 91 (7): 554-63.
- 23.- Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. BOCM de 26 de abril de 2016.
- 24.- Pao M, Bosk A. Infectious diseases. En: Shaw RJ, DeMaso DR editores. *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. 1<sup>st</sup> ed.: American Psychiatric Publishing Inc; 2010. p. 375-85.
- 25.- Martini R. Neurological Disease. En: Shaw RJ, DeMaso DR editores. *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. 1<sup>st</sup> ed.: American Psychiatric Publishing Inc; 2010. p. 387-403.
- 26.- Mednick L. Preparation for Procedures. En: Shaw RJ, DeMaso DR editores. *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. 1<sup>st</sup> ed: American Psychiatric Publishing Inc; 2010. p. 475-85.



A. E. N. DIGITAL