

La salud mental perinatal ¿Qué es, por qué y cómo?

*J. Martín Maldonado-Durán¹, María Ximena Maldonado-Morales²,
Kenia Gomez³, Pedro Morales-Ramírez⁴*

¿Por qué la salud mental perinatal? La “carga de la enfermedad”, dificultades psicosociales perinatales. Aspectos epidemiológicos

Algunos profesionales de la salud mental, como también muchos que no trabajan con problemas psicosociales, pueden tener dificultades en conceptualizar que una mujer embarazada no esté completamente feliz. En general el embarazo es considerado como una etapa en la cual una mujer estará encantada en la anticipación de su nuevo bebé. Para muchas mujeres y sus familias estas expectativas sociales les hace difícil o incómodo expresar pensamientos y emociones negativas sobre el embarazo, o hablar de su ansiedad, miedo, sentir agobio o hasta enojo respecto al embarazo o hacia el bebe *in utero*, y en muchos casos del deseo de **no** estar esperando un hijo o hija. Algunos psiquiatras por ejemplo, dudan en preguntar a veces a la mujer o pareja sobre estos temas, no sólo por las razones mencionadas, sino también por la dificultad de tratar a una paciente embarazada; en particular si el profesional de la salud, tiene un enfoque predominantemente psicofarmacológico más bien que psicosocial. Estas dudas surgen de los riesgos involucrados con el uso de medicamentos psicotrónicos durante la preñez y el miedo de causarle algún daño al bebé con los medicamentos.

Estas razones son muy comprensibles, pero como en otras áreas de

1 MD Profesor asociado de Psiquiatría infantil, Baylor College of Medicine.

2 LSCSW, MPH, Master in Public Health, Child and Family therapist, Baylor College of Medicine, Houston, Texas. USA.

3 Clinical Psychologist, Division of Developmental and Behavioral Pediatrics, UMass Medical School Worcester, Massachusetts, Assistant Professor, Pediatrics, Kenia.gomez@umassmed.edu.

4 Profesor asociado de Ginecología y Obstetricia, University of Missouri Kansas City and Truman Medical Centers, Kansas City, Missouri USA.

psicopatología, la realidad puede ser muy diferente de la manera idealizada de cómo “debería ser” la situación. Por ejemplo, los trastornos depresivos durante el embarazo afectan, en una cifra conservadora, al 10-15% de las mujeres en países donde esto se ha medido con instrumentos de investigación (Cox et al., 1996; Venkatesh et al., 2014). Esta cifra es mucho más alta cuando la población enfrenta situaciones de alto riesgo psicosocial, por ejemplo, aislamiento social, un clima social de peligro o violencia, pobreza. También cuando la mujer tiene una pareja que no le da apoyo emocional o cuando hay mucha inestabilidad social.

Otras situaciones que causan estas alteraciones son la falta de apoyo familiar, un embarazo no deseado, tener ya muchos hijos pequeños en la casa, e intentar mantener un balance entre el trabajo y la vida familiar. La ansiedad intensa durante el embarazo tiene consecuencias negativas en términos de complicaciones perinatales, como nacimiento prematuro, peso bajo del bebé para su edad gestacional, complicaciones durante el parto (necesidad de Cesárea, parto difícil). Además de un efecto de “programación” negativa en el bebé en el útero (Gluckman, Hanson, Cooper & Thornburg, 2008). Varios estudios de seguimiento han demostrado que si la madre tiene mucha ansiedad, el niño que experimenta estos efectos en su vida intrauterina, estará en mayor riesgo más tarde de tener déficit de atención, dificultades de aprendizaje, retraso en su desarrollo, y conducta más agresiva durante la edad escolar (Clavarino, et al., 2010; O’Connor et al., 2002; Welberg et al., 2001).

Los problemas emocionales más graves, incluyendo el abuso y la adicción a drogas, trastornos de personalidad, experiencias no resueltas de pérdidas de los padres durante la infancia, experiencias de abandono o negligencia, haber sido abusada física, emocional o sexualmente, suelen ser indicadores de que la madre tendrá dificultades “convirtiéndose en madre” o tratando a los hijos con empatía (Lyons-Ruth & Block, 1996). Es frecuente que las mujeres que han atravesado esas situaciones en la infancia, tengan como pareja a alguien que también tenga una historia personal parecida, u otras dificultades graves, como abuso de drogas o alcohol, alteración de personalidad, trastorno del estado de ánimo y problemas interpersonales. Aunque estas alteraciones psicosociales son menos frecuentes en términos epidemiológicos (Verheul, Van den Brink, & Hartgers, 1995), son de muy alto riesgo, se asocian con serias dificultades en la relación padres-hijos y trans-generacionales, como han demostrado varios estudios (Johnson, Cohen, Chen, Kasen & Brook, 2006).

La violencia doméstica durante el embarazo es un grave factor de riesgo. Ocurre en altas proporciones en varios países, incluyendo Perú, México, y Chile, donde ha habido encuestas al respecto (García-Moreno et al., 2006; Olavarrieta, et al., 1996; *World Health Organization*, 2005). Tal violencia contra la mujer se manifiesta por altos niveles de control y críticas, agresión verbal, física y sexual (Ogbonnaya, Macy, Kupper, Martín & Bledsoe-Mansori, 2013). El público en general puede imaginarse que en una pareja, la mujer embarazada estaría protegida de la violencia doméstica por lo menos durante ese estado, pero esto no es así. Dado que las necesidades emocionales de la mujer pueden aumentar durante el embarazo, y experimentar cambios hormonales y emocionales, todo esto puede crear más tensión en la relación y por consiguiente más riesgo de violencia (Charles & Perreira, 2007). Por lo tanto, tanto ella como su pareja pueden necesitar y beneficiarse de intervenciones psicológicas (Patel, Bailey, Jabeen, Ali, Barker, & Osiezagha, 2012).

Los síntomas de depresión y ansiedad excesiva pueden ser detectados a través de preguntas directas sobre cómo se siente; pero también pueden ser detectados con escalas de detección como la Escala Edinburgo para la Depresión Postnatal (*Edinburgh Postnatal Depression Inventory*) o el Cuestionario de ansiedad relacionada al embarazo (*Pregnancy Related Anxiety Questionnaire*) (Bergink, Kooistra, Lambregtse-van den Berg, Wijnen, Bunevicius, Van Baar, & Pop, 2011; Lartigue et al, 2007; Lartigue et al 2008; Lartigue y Vives, 2013). O también mediante una Guía de Entrevista denominada GEPED (Lartigue, 2015).

Existe un alto riesgo de transmisión trans-generacional de tendencias al maltrato, negligencia, abandono, y dificultades en responder a las necesidades emocionales de la próxima generación (Doumas et al., 1994; Van Ijzendoorn, 1992). Este riesgo para los niños causa un trauma durante la infancia temprana, así como agresividad o conducta asocial en la escuela, fracaso académico, tendencia a alteraciones del estado de ánimo, y aún ideación suicida (Oquendo et al., 2005; Ystgaard et al., 2004). Estas situaciones familiares, aunque menos frecuentes, pueden ser identificadas con relativa facilidad durante el periodo perinatal, y es razonable intentar asistir a estos padres desde que se detecta eso y no esperar hasta que se encuentren en problemas graves con la conducta difícil o depresión de sus hijos. Nuestro grupo de investigación se ha especializado en ocuparse de estos casos con familias que tienen problemas múltiples y complicados, y que requieren intervenciones lo antes posible. Usualmente estas intervenciones

requieren tratamiento a largo plazo. Se intenta lograr que la familia logre implementar estrategias positivas de crianza y que los padres sean sensibles a los sentimientos y conducta de su pareja y sus hijos, así como aprender a cuidarse uno mismo

El rango de los problemas de salud mental perinatales

Las dificultades más frecuentes se pueden describir en tres “niveles.” *El primer nivel* es la depresión materna, pre y postparto. Este es un problema más allá de leves sentimientos de tristeza, o la “tristeza postparto” que muchas mujeres sienten después del nacimiento de su bebé: éste tiene muchas necesidades, requiere alimentación frecuente, contacto físico constante, sus llantos pueden ser intensos, a veces causando un agotamiento emocional en la madre.

En el caso de la depresión, la nueva madre, ya en casa, sin la ayuda del personal médico del hospital, o cuando los parientes, amistades u otros no estén presente todo el tiempo, puede estar completamente abrumada por las demandas de cuidado del niño o niña, y sentirse atrapada, miserable, llorar constantemente, con dificultad para tranquilizarse y descansar. Podría sentir enojo hacia el neonato, o que no puede continuar o no desea más cuidar al bebé. Factores de riesgo adicionales son las situaciones en que el embarazo ocurre en “un mal momento” o, el bebé va a interferir con sus esperanzas para terminar su educación, ejercer su profesión o trabajar fuera de la casa. Entre menos apoyo tenga la mujer, el riesgo de depresión aumenta (Dennis & Hodnett, 2007). Es muy difícil para muchas mujeres expresar públicamente o en voz alta el hecho de que se sienten asustadas, tristes, o que no disfrutaban el embarazo o la maternidad. Sin embargo, cuando se les pregunta directamente, la mayoría comparten sus verdaderos sentimientos. A menudo sienten culpa por sentirse así, por no estar feliz con el nuevo miembro de la familia (Wilén & Mounts, 2006). La depresión puede ser severa, causando sentimientos de agobio, agotamiento y aislamiento, y pensamientos o deseos de muerte.

La ansiedad excesiva es otro problema de este “primer nivel,” consiste en el temor de no saber cómo ser madre, miedo a lastimar al bebé o ser mala, tensión excesiva, ansiedad de cómo encontrar un balance entre su educación o carrera y cuidar al bebe. Todos estos problemas son altamente tratables y usualmente las mujeres responden positivamente a las intervenciones (Patel et al., 2012).

El “segundo nivel” consiste en una variedad de dificultades más complicadas, por lo que en muchos casos, el obstetra refiere a la paciente a un psicoterapeuta o psicoanalista. Uno de estos puede ser la hiperemesis gravídica. Esto es un trastorno complejo que merece atención profesional ya que puede dar paso a hospitalizaciones frecuentes, poco aumento de peso, dificultades metabólicas, aparte de los síntomas tan molestos de náusea persistente y vómitos frecuentes, y que si no se trata puede causar la muerte. El tratamiento puede ser muy difícil, particularmente porque en ciertos casos la presentación puede ser una mezcla de dificultades físicas y psicósomáticas. Una intervención psicológica puede ser útil para ayudar a la paciente a aliviar la náusea, el vómito y otras complicaciones.

En algunas alteraciones o quejas no se logra encontrar una causa específica, tales como el dolor abdominal excesivo, dolor lumbar persistente e intenso, debilidad marcada, dificultades con el equilibrio, *astasia abasia*, dolores de cabeza constantes y otros, que existen en el terreno de la interacción “mente- cuerpo.” Estos síntomas requieren un análisis de los factores de estrés que la paciente está afrontando y explorar si podría estar expresando sus emociones dolorosas no por medio de representaciones mentales, o hablando de ellas, sino sólo a través de “metáforas concretas” o sea los síntomas somáticos.

En estos casos, el clínico de salud mental puede ser extremadamente útil. Lo mismo se puede decir de alteraciones como la “negación del embarazo.” En que la mujer llega a parir al hospital, pero no sabía que estaba encinta ni nadie en su familia. Puede ser a finales del embarazo, hasta en el noveno mes, que la mujer vaya a un servicio de urgencias con dolores abdominales muy intensos, solamente para luego ser informada que está a punto de dar a luz. No notar un embarazo requiere una desconexión considerable entre la mente de la madre y los cambios en su cuerpo.

Otra situación complicada es la *pseudociesis*, en cual una mujer puede insistir que está embarazada cuando en realidad no lo está. Esta convicción puede ser mantenida a pesar de exámenes hormonales y ultrasonidos confirmando que no hay un bebé. La mujer manifiesta sentir “todos los síntomas de un embarazo,” incluyendo crecimiento abdominal, náusea, amenorrea, crecimiento de las glándulas mamarias y experimentar movimientos fetales. Esta condición también requiere una exploración del estado emocional de la mujer, particularmente en los temas de pérdidas personales y el deseo ardiente de tener un hijo o una hija. La mujer no tiene un delirio pero sospecha que los doctores le mienten respecto a las pruebas

de laboratorio y ultrasonidos negativos, pues su cuerpo le dice que hay un bebé dentro de ella.

Otras situaciones en el “segundo nivel” se refieren a situaciones difíciles como graves complicaciones en el embarazo (requiriendo reposo absoluto durante meses), amenaza de aborto espontáneo, la presencia de una importante malformación fetal, o una condición en el feto incompatible con la vida extrauterina. Cuando un bebé muere hacia el final del embarazo, nace muerto, o muere poco después de nacer, habrá una multitud de reacciones y emociones incluyendo tristeza, enojo, culpa personal o querer culpar a otros, y posibles dificultades maritales. Todas estas situaciones requieren de la evaluación y apoyo de un psicoterapeuta o psicoanalista para asistir a los padres a procesar sus emociones y afrontar una situación extremadamente dolorosa y difícil.

El “tercer nivel” de psicopatología consiste en una mujer o pareja, con múltiples factores de riesgo, incluyendo haber sufrido de maltrato o negligencia durante la infancia a manos de sus propios padres, no tener una relación con aquéllos o haber sido “regalada” a otras personas. También la muerte de uno o dos padres, abuso sexual o violación, y evitar el dolor psíquico por medio de alcohol o drogas. Una mujer que ha atravesado por una o varias de estas situaciones puede tener problemas de gran inestabilidad emocional, impulsividad, dificultad para concentrarse y resolver problemas, así como síntomas post-traumáticos, disociativos y un trastorno de la personalidad. La presentación inicial es de un problema de ansiedad o depresión, pero la exploración ulterior revela problemas más graves, postraumáticos. Al preguntársele de una manera directa pero empática, revela recuerdos muy dolorosos, intentos de evitar todo recuerdo de su trauma, revivir vívidamente tales hechos, horribles pesadillas frecuentes y vivir constantemente con miedo y tensión, o bien estar desconectada de su vida emocional. Una alta proporción de estas pacientes también pueden tener experiencias variadas de disociación, como dificultad con mantener un registro de paso del tiempo, sentir que se vive como en “una neblina,” olvidar eventos del pasado reciente, sentimientos de despersonalización, de des-realización o no reconocerse a sí misma en el espejo.

El abuso de sustancias puede generalmente ser considerado una señal de dificultades para afrontar estados mentales muy dolorosos o intolerables. La mujer se puede lastimar (cortarse, quemarse, rasguñarse) para “anclar su cuerpo,” (sentir que en efecto ella está en su cuerpo, está viva y siente algo) o para pedir indirectamente que la cuiden y ser tratada con por los que

la rodean, así como para expresar dolor emocional de una manera concreta o “incorporada”. Estas mujeres pueden sentir un grado de dolor físico muy elevado y por lo tanto tener múltiples síntomas difusos, provocando hospitalización en la unidad obstétrica, en la que no se detecta patología médica. Algunas pacientes desean ser hospitalizadas para sentir un alivio de los conflictos diarios en su vida: así será cuidada y atendida por enfermeras, aunque sea solamente unos cuantos días. Estas son las pacientes en mayor riesgo de resultados negativos en la sala de partos, incluyendo nacimiento prematuro, una larga estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) para el bebé, y dificultades en identificarse con el rol materno.

Debido a los mecanismos de apareamiento selectivo (Mathews & Reus, 2001), muchas de estas pacientes tienen parejas con dificultades parecidas, haciéndolo necesario ayudar al compañero o marido con sus propias dificultades. Estos padres (de ambos géneros) probablemente requerirán asistencia intensiva y estrategias para tratarlos juntos con el bebé para promover una mejor transición hacia la parentalidad. Estas familias a menudo también confrontan una cierta hostilidad considerable, o hasta repulsión y desaprobación general por parte del personal médico y hasta por clínicos de salud mental (Rossberg, Karterud, Pedersen, & Friis, 2007). Es importante mantener en mente que estos pacientes han sufrido crónicamente, incluyendo rechazo prolongado durante sus vidas y estrés constante. Los efectos de estas condiciones y situaciones no son fabricados intencionadamente por los pacientes, y como padres, generalmente realmente intentan de “hacer lo mejor que pueden” por sus hijos, aunque les cueste muchos esfuerzos.

La etapa perinatal es un periodo “de encrucijada” en el cual hasta el progenitor más afectado o aún siendo un criminal, puede que intente cambiar sus comportamientos y hábitos negativos por el deseo de darle a su hijo o hija la mejor vida posible. Este deseo de cambiar, es una oportunidad para el clínico de salud mental de establecer una relación terapéutica con estos padres.

Cómo realizar las intervenciones de salud mental

¿Qué puede hacerse para ayudar a la madre, su compañero y al bebé *in utero* o después del nacimiento? En el campo clínico las situaciones no son tan claras, pero es útil describir las intervenciones en términos de los distintos niveles de la problemática que nos enfrentamos, que hemos descrito antes.

En cuanto a las situaciones que tienen que ver con la adaptación a su nuevo papel como madre, las múltiples demandas de cuidados que significa el bebé, la transición a la maternidad y problemas depresivos o de ansiedad no graves, hay varios métodos de tratamiento. El primero puede ser “un escuchar terapéutico” y la “contención” de la paciente. Estas estrategias pueden ser realizadas por el obstetra que trata a la mujer, el o la enfermera, trabajador social u otro profesional médico aunque no tenga un entrenamiento formal en psicoterapia.

El escuchar y permitirle a la persona compartir sus vivencias puede ser una experiencia muy profunda (Main, 1995) y terapéutica. Frecuentemente, una mujer o pareja experimentará una sensación de alivio al narrar sus experiencias: cómo se sintieron frente a un embarazo muy difícil, cuándo escucharon la noticia de que había una malformación en el bebé, o cuando éste murió, así como otras situaciones de ansiedad, tristeza o estrés. Sentirse apoyado emocionalmente y que el que escucha muestre empatía, sobre todo alguien fuera de la familia inmediata, puede ayudar a la nueva madre a enfrentar las emociones que conlleva su situación.

La mayoría de las veces cuando una mujer atraviesa estos problemas intentamos involucrar a su pareja si la tiene, para sensibilizarla respecto a lo que está sintiendo la recién madre. Muchas parejas, aún con las mejores intenciones, no saben qué decir cuando la compañera les dice que está triste, tiene miedo, que se preocupa constantemente o, que teme ser una mala madre. Algunas de las respuestas más comunes tanto en parejas heterosexuales como homosexuales son: “todo va a estar bien”, “no pienses en eso” o, en el caso de la muerte del bebé: “podemos tener otro hijo o hija”. La pareja puede sentirse frustrada, enojada o inútil, porque su compañera se siente triste, se la pasa llorando y “piensa en cosas negativas” (Callister, 2006). Tiene la esperanza de que si la distrae, ésta se sentirá mejor, pero generalmente eso no sucede. Cuando el clínico ayuda a la pareja a entender la situación puede que él o ella, le de mayor apoyo emocional a la mamá, y a la vez, ella no sienta miedo de no saber cómo responder. Cuando la paciente ha tenido experiencias previas de un trastorno de depresión o ansiedad, es preferible usar un enfoque “multi-modal”. Ha de considerarse el uso de algún medicamento, tal como un medicamento antidepresivo inhibidor de la recaptación de la serotonina. Es esencial además un componente psicoterapéutico, que puede dar beneficios a largo plazo y no sólo alivio de los síntomas inmediatos. Además, muchas mujeres prefieren claramente no usar ningún medicamento ni durante el embarazo ni en el período postparto (Goodman, 2009).

Una estrategia terapéutica que ha demostrado beneficios es la psicoterapia interpersonal de corta duración (Weissman, Markowitz & Klerman, 2008). En este caso la paciente ha de tener recursos psicológicos adecuados, pero tiene dificultad en la transición a su nuevo rol, nuevas responsabilidades, tener qué cambiar su forma de vivir, sentirse vulnerable y “hacer lugar” psicológicamente para el bebé. Normalizar sus sentimientos de ansiedad y tensión resulta terapéutico, ya que muchas mujeres piensan que “no deberían” sentir tristeza o temor respecto al nacimiento del bebé. Es importante que los que la acompañan, le den apoyo emocional también y el clínico puede modelar cómo hacerlo. Asimismo, es importante darle a la nueva madre la oportunidad de que alguien de su confianza cuide al bebé a intervalos, para que ella pueda recuperarse o simplemente poder dormir ininterrumpidamente. Los sentimientos de tristeza y ansiedad tienden a responder bien a estas intervenciones. También pueden utilizarse técnicas cognoscitivo conductual, en que la mujer que tiene los recursos cognoscitivos necesarios puede entender y aceptar sus sentimientos, sus pensamientos negativos o pesimistas, y hacer cosas para cuidarse. Ha de reconocer sus necesidades emocionales, que están exacerbadas en este período y que podría comunicar a otros, sin sentirse culpable por ello.

En las situaciones en que se ha identificado que el bebé tiene una malformación o enfermedad mayor, o cuando ha muerto *in utero* o poco después, se añade la necesidad de dar ayuda a la madre y padre para procesar sus sentimientos, por ejemplo por la pérdida del bebé, o del “bebé ideal” que podrán haberse imaginado. Tales eventos suelen causar sentimientos de culpa. Tratar estas reacciones requerirá capacidades más especializadas por parte del psicoterapeuta o psicoanalista. Sin embargo, a veces sólo es necesario acompañar a la madre y/o padre) en sus sentimientos de tristeza. Esto ya es de por sí una intervención terapéutica, el acompañamiento, sin que haya necesidad de tratar de decir algo útil o inteligente para aliviar los sentimientos respecto a la muerte del bebé. Sólo tiempo más tarde, la madre o la pareja podrá estar en posición de hablar de su enojo, sus dudas respecto a las causas de la muerte, los recuerdos recurrentes respecto a lo sucedido, etc. El terapeuta necesitará estar dispuesto a ayudarlos a expresar una multitud de sentimientos, particularmente expresando los sentimientos de culpa, enojo, y tristeza (Bennett, Litz, Lee & Maguen, 2005). Procesar estas experiencias también es difícil para el clínico, y puede haber una tendencia rehuir la intervención en estos casos, pues pueden ser situaciones muy dolorosas que le traigan recuerdos de pérdidas en la vida personal del

analista (Lartigue, 2017).

Otras intervenciones de “segundo nivel” son aquellas en que la mujer expectante ha tenido varias hospitalizaciones debidas al embarazo o por trastornos psicósomáticos, los cuales requerirán también intervenciones psicológicas. En casos como dolor no explicado o por conversión, u otros problemas somatoformes como la debilidad de un miembro, *astasia abasia* (incapacidad para mantenerse en pie, caminar y mareo persistente), parestis o parálisis de alguna extremidad, se recomienda utilizar un enfoque “mente cuerpo”. No es recomendable decirle a la mujer o a su familia que “no tiene ninguna enfermedad” ni que “todo está en su mente”. La experiencia de la paciente es precisamente de síntomas de índole somática y decirle algo así solo la frustrará. Después de todo su cuerpo le está diciendo que algo está mal. Muchas pacientes con estas dificultades encuentran difícil hablar de sus sentimientos o aún reconocerlos y describirlos. Pueden ser incapaces de nombrar o describir lo que sienten, es decir, tendrán alexitimia. Puede ser que la mujer reaccione al estrés a través de “metáforas corporales” como: “no tengo fuerzas”, “llevo una cruz encima”, “ya estoy cansada, estoy agotada”, etc. El o la psicoterapeuta puede, con gran paciencia, y en forma empática explorar factores que puedan haber dado lugar a los síntomas de somatización. Puede ser que el embarazo no haya sido deseado, tener demasiadas presiones, que haya conflicto matrimonial, o aún que la pareja la trate mejor “sólo si está enferma”. Son útiles las estrategias terapéuticas basadas en la “*mentalización*”, que son un intento de establecer los enlaces entre la mente y el cuerpo (pensamientos, sentimientos, reacciones, recuerdos) y tratar de comprender las circunstancias psicosociales que pueden hacer posible expresar el dolor psicológico, el miedo, la ambivalencia y la ira por medio de síntomas del cuerpo. Al preguntársele qué siente, la mujer puede decir que “no sabe nada”, “no hay ningún estrés” o problema. Poco a poco irán surgiendo algunos sentimientos ocultos o pre-conscientes, y de los que “no se puede hablar”, por ser prohibidos o inaceptables.

Tal trabajo psicológico con frecuencia es difícil porque precisamente la paciente tendrá tendencia a no pensar en estados mentales, a no notar sus emociones, expresar sentimientos y el clínico puede ser percibido como amenazante, con sospecha y desconfianza debido precisamente a su intento de hablar del lenguaje de las emociones y de pensamientos (Ogrodniczuk, Piper, & Joyce, 2011). En tales casos puede ser útil combinar enfoques. Se puede ayudar a la paciente a enfrentar su dolor psicológico por medio de técnicas de relajación, imaginación guiada, sugestión autogénica, bio-

retroalimentación e hipnosis (Larauche, Mulak, & Taché, 2012). En los casos de somatización no se cuestiona si el dolor físico es “real o no”, pero aquellas técnicas la ayudarán a disminuir y hacer frente a ese dolor. Lo mismo puede aplicarse a síntomas como las náuseas, vómitos frecuentes, mareos, etc. Estos pueden tratarse con técnicas de hipnosis autoinducida que la paciente puede aprender, así como técnicas de relajación profunda y de atención plena (*mindfulness*)(Bedford, 2012). Es claro que cuando hay otras situaciones psicosociales problemáticas, tales como conflicto matrimonial, dificultades en el medio interpersonal u otras difíciles, el clínico puede intentar a ayudar a la paciente a enfrentarlos a través de psicoterapia individual, de familia o de grupo. Cuando se aplica todo esto, los síntomas somáticos suelen mejorar o desaparecer. Muchas pacientes prefieren las estrategias concretas para confrontar estos problemas. Esto no es tan fácil en los casos en que la paciente “necesita estar enferma”, quiere permanecer hospitalizada o desea mantenerse incapacitada.

Las situaciones más difíciles en términos terapéuticos son las del “tercer nivel” de psicopatología. En estos casos la organización de la mente de la madre puede ser muy complicada, pues presenta mayores vulnerabilidades que una mujer que sólo sufre de conflictos internos, o que atraviesa un período difícil en la vida. Los enfoques descritos antes, como proveer información a la paciente sobre los cambios de rol, transición a la parentalidad, los enfoques psicoeducativos o darle sugerencias de cómo lidiar con sus problemas y con el bebé suelen ser de poca o ninguna utilidad (Maldonado-Durán, 2008). La dificultad no se halla a nivel cognoscitivo y no puede resolverse con enfoques que privilegian la información y el intelecto. La mujer enfrenta retos más graves, que tienen qué ver con su percepción de las propias emociones, y cómo enfrenta los problemas emocionales, así como su conducta que se halla dominada por las alteraciones emocionales (Donegan et al., 2003). También, percibe a otros como figuras amenazantes en quienes no se puede confiar. Con tales pacientes, que tienen mayor riesgo de no atender bien al bebé o incluso de maltratarlo, las estrategias de psicoeducación, tales como las que se utilizan en muchos programas sobre crianza del niño, no suelen ser de suficiente ayuda. El psicoterapeuta ha de darse cuenta de que las necesidades emocionales de la madre misma están en conflicto con las necesidades emocionales del bebé. Ella misma (y con frecuencia también su pareja) pueden no estar disponibles emocionalmente para satisfacer los requerimientos del bebé, con los cuidados o empatía necesarios (Lyons-Ruth & Block, 1996).

Las alteraciones que manifiesta la madre (y a menudo también el padre) deben ser diagnosticadas cuidadosamente, no sólo en términos de los síntomas o síndromes sintomáticos que son denominados por una categoría diagnóstica, sino más bien lograr una comprensión compleja, bio-psico-social. Esto nos dará un cuadro completo de la situación. Hay varias estrategias para lograr esto. En cuanto a la evaluación de la paciente o pareja es necesario tener varias entrevistas clínicas. En la primera sesión la mujer puede sentirse inhibida y no revelar detalles de su pasado, particularmente si teme que el analista o psicoterapeuta va a criticarla o verla como si estuviera “loca”. Otra razón es, porque en las personas con mucha variabilidad en sus estados mentales y de ánimo, como en la organización de personalidad fronteriza (*bordeline*) el clínico puede tener una impresión muy diferente en las distintas sesiones. Esto es mucho más probable en las pacientes que tienen un trastorno disociativo, y venir en un estado a la primera sesión y en otro muy diferente en otra subsecuente (López y Cuevas, 2007; Liotti, 2004; Loewenstein, 1991).

Las entrevistas pueden comenzar con el problema inmediato, y luego explorar a profundidad lo que la paciente quiere decir con: “soy bipolar” o “estoy muy irritable” o “me pongo histérica”. De hecho, muchas pacientes con dificultad para regular sus emociones han sido diagnosticadas con “trastorno bipolar” aunque en realidad no lo tienen. Es necesario inquirir sobre los detalles como la gravedad y frecuencia de los síntomas, el contexto en que aparecen, y desde cuándo la han aquejado. Es esencial tener en mente una “perspectiva del desarrollo” de la paciente, pues la función maternal está asociada fuertemente con los cuidados maternos que la mujer tuvo cuando ella era niña. Es necesario indagar no sólo sobre experiencias traumáticas propiamente dichas, sino también si habría sido tratada con antipatía u hostilidad por sus padres, así como negligencia, es decir, ser tratada como si ella no importara o no existiera. También pudo haber pérdida de uno de los padres, ya sea por muerte o abandono, o separación entre sus padres. Conviene preguntar explícitamente sobre experiencias de maltrato físico y de experiencias sexuales involuntarias. La versión verbal que la paciente da sobre todo esto es sólo una “comunicación digital”; es decir, una narrativa de eventos, pero tal vez de mayor importancia es la “comunicación analógica”, el cómo la persona habla de sus experiencias y cómo las comunica.

Cuando una persona está hablando de temas tan delicados como el maltrato o abuso, puede manifestar ansiedad y tensión, y se activa su

“sistema de apego”, por lo que es muy importante observar sus reacciones, su tono de voz, los movimientos oculares, las expresiones faciales, y del resto del cuerpo. Estas comunicaciones somáticas nos revelan mucho más cómo ella ha hecho frente a esas situaciones adversas y qué “cicatrices” han dejado en su vida emocional. Tales narrativas y las reacciones somáticas hablan de cómo la paciente ha procesado o “mentalizado” las experiencias adversas; la manera en que la mujer nos habla de su narrativa personal da esos indicadores de trauma o pérdidas no resueltas. Si la narrativa es demasiado breve y escueta esto sugiere que ha cerrado la mente a las emociones, y si por el contrario la narración es demasiado larga y detallada, imita con su voz lo que le dijeron, como si estuviera reviviendo las experiencias traumáticas en el aquí y ahora, esto nos indica que hay experiencias no procesadas que son muy activadas sólo con recordarlas (Main, 1995).

Es particularmente importante explorar la posibilidad de que la paciente tenga experiencias de disociación, sobre todo cuando hay antecedentes de maltrato, pérdida o de haber sido ignorada. Las experiencias disociativas son una forma de afrontar las distintas formas de abuso o rechazo, o el estrés abrumador. Se puede sospechar también que están presentes cuando a la mujer se le “bloquea la mente”, pierde súbitamente su concentración, cambia el tono de su voz, cuando muestra emociones contradictorias a lo que está diciendo (por ejemplo reír cuando habla de algo triste o atemorizante), cambiar de tema repentinamente sin concluir el anterior. El terapeuta ha de prestar particular atención a los cambios inesperados en el tono de la voz, la forma de hablar, y cómo la persona dice las cosas. Algunos movimientos oculares, así como parpadeo, ojos fijos o movimientos extraños sugieren también disociación. Las expresiones faciales extrañas, un aparente placer cuando habla de algo cruel indican esto también. Identificar esto es importante porque esta misma forma de relacionarse podría ser como la mujer interactuará con su bebé, a veces son señales contradictorias, por ejemplo asustarlo y protegerlo, tratarlo con dulzura y después en forma ruda. El bebé sólo entiende el lenguaje de las emociones, los tonos de voz y las expresiones faciales. El analista ha de usar su intuición y prestar atención a su propio cuerpo y sus emociones al estar frente a la paciente que habla de esta manera o hace tales gestos, lo que le permitirá detectar las incoherencias y contradicciones. Por ejemplo, una paciente puede hacer que éste se sienta “paralizado”, sea incapaz de pensar, o abrumado, asustado, o bien excitado sexualmente, aburrido o con sueño. Estas son formas de “enacción” en el analista o terapeuta que puede usar su propio

cuerpo para detectar esas dificultades en la paciente, al estar monitoreando sus reacciones contratransferenciales.

Como ya mencionamos, el uso de instrumentos tales como cuestionarios o preguntas de detección puede ser muy útil; por ejemplo, los cuestionarios de depresión, y de ansiedad, al igual que la Escala de Experiencias Disociativas (Anderson, Yassenik & Ross, 1993) que puede utilizarse para examinar tales síntomas cuando se sospechan. También la entrevista llamada CECA (*Childhood experience of care and abuse*, Experiencia durante la infancia de cuidados y maltrato) de Bifulco, Brown & Harris (1994) resulta muy útil, pues incluye preguntas sobre experiencias como antipatía y negligencia por parte de las figuras paterna y materna, así como maltrato físico, sexual y si la niña contaba con figuras protectoras durante la infancia. Se indaga también en ésta (CECA) si hay disrupciones en el tren de pensamiento, cambios en el flujo de la narrativa, incapacidad para seguir hablando, que sugieren dificultades en los modelos de relacionarse y un estilo de apego desorganizado. Empíricamente se ha encontrado una asociación entre el apego desorganizado y alteraciones en la función materna (Lyons-Ruth & Block, 1996).

Es necesario evaluar cómo la mujer hace frente al estrés, pues por definición el embarazo y nacimiento de un bebé conllevan muchos cambios, algunos de ellos estresantes. La forma de encarar las situaciones difíciles es un factor determinante. Es útil preguntar específicamente a la paciente sobre temas como uso de sustancias, alcohol, marihuana y otras drogas. Muchas mujeres tienen reticencia a hablar de esto por temor a ser juzgadas negativamente. Como en toda evaluación psicosocial, es necesario tener una impresión de los factores de estrés más importante en la vida de la paciente, tales como problemas con sus otros hijos o con su pareja, con su familia de origen, dificultades financieras, de vivienda, o de tipo legal. Entre más factores negativos la acechen, empeora el funcionamiento de la mentalización, hasta el punto de que puede hallarse abrumada o “paralizada”. Esto también nos dará información sobre cómo empezar a ayudar a la paciente o la familia, dependiendo de qué tan compleja sea la situación. A veces se puede empezar, aliviando algunos de estos factores de estrés.

Durante la entrevista se puede usar un marco de referencia “de mentalización” y preguntar a la paciente (y a su pareja) qué piensa respecto a las razones por la que otras personas actúan de tal o cual manera. Esto nos ayuda a entender si la paciente puede o no pensar en los estados

mentales de otros y en la mente de los demás. Esto generalmente también incluye su propia mente, la de su pareja si la tiene, la de sus hijos y la de sus padres. Esta función es de importancia porque se asocia con la resiliencia (Ballespí et al., 2014) pues implica la capacidad de entender cómo actúan los demás y porque ella fue tratada de cierta manera durante su infancia. Esta comprensión la ayuda a procesar experiencias difíciles del pasado y el presente. Durante el curso de las entrevistas, el terapeuta puede preguntar a la paciente que nos *diga* su teoría de por qué su madre actuó de cierta manera, lo mismo respecto a su padre o a su esposo. Nos permite esto valorar su capacidad de reflexión, y darnos cuenta si piensa en términos muy simplistas. Por ejemplo una mujer puede decir explicando la conducta de su madre: “porque era mala” o bien: “mi madre estaba muy frustrada porque tenía muchos problemas, demasiados hijos y tenía poco apoyo de su marido”. A veces la paciente nunca se ha preguntado por qué, por ejemplo, su madre se embriagaba y cómo la afectó esto cuando era una niña. Una mujer a quien se le pregunta “¿Por qué cree usted que su mamá consumía alcohol?” podría contestar: “no lo se”, o bien: “porque estaba muy atormentada por sus recuerdos y para escaparse de la situación en que estaba viviendo”.

También es útil notar el nivel de certidumbre con el que la paciente contesta a las preguntas sobre la mente de los demás. Esto nos habla de su “nivel “de mentalización”. Si una persona habla con una gran certidumbre de los pensamientos y sentimientos de los demás, sugiere un nivel bajo de mentalización, pues ve a otros como si su mente fuera transparente, cuando en realidad la mente de los demás es opaca. Si una paciente dice “mi madre siempre me criticaba porque me odiaba” es distinto de si contesta: “creo que mi madre pensaba que tenía que ser muy estricta con sus hijos, así como su madre lo fue con ella misma, pensaba que así había que crear a sus hijos”. Nadie puede tener certeza sobre lo que los demás pensaron o sintieron, y siempre está abierta la posibilidad de que uno pueda equivocarse al “leer la mente de los otros”. Otro ejemplo sería preguntar a una paciente: “¿Cómo cree que se está sintiendo su pareja cuando la amenaza de que se va a ir de la casa?”, y con la respuesta evaluar cómo entiende la intencionalidad y pensamientos y emociones del compañero o compañera. Algunas personas sólo pueden expresar sus emociones y pensamientos en el mundo físico o de “modo teleológico” (Fonagy & Bateman, 2006). En este modo de mentalización, todo sentimiento ha de manifestarse físicamente, por ejemplo, si la mujer está enojada ha de romper algo o golpear a alguien y

descargar así su ira. Si tiene dolor psíquico, puede expresarlo cortándose para “concretizar su dolor” en su cuerpo y así tener una manifestación física de él, o por medio de tomarse una sobredosis de medicamentos.

Las entrevistas han de conducirse de tal modo que la paciente pueda sentir que no se la está condenando o menospreciando por sus problemas, o que el terapeuta la juzga o critica; él está para entender la conducta de la paciente y explorar su mente, de ser posible los conflictos y fantasías inconscientes, más bien que juzgar positiva o negativamente lo que hace. Éste debe mostrarse empático y transmitir esta idea a la paciente, que está intentando comprender lo que ella ha vivido o está viviendo. Con frecuencia, en las entrevistas la pareja de la paciente empieza a hablar de problemas semejantes a las de ella, o algunos adicionales. Posteriormente se podría abordar tales dificultades, pues él también contribuirá a la crianza del bebé. Cuando hay conflicto matrimonial, esto puede aparecer durante las entrevistas. En los casos de sospecha de violencia doméstica, será necesario entrevistar a la mujer a solas en algún momento.

Las entrevistas no se enfocan únicamente en el diagnóstico de la “patología en una paciente” sino también habrá de tenerse en cuenta la naturaleza transaccional del funcionamiento de la mujer, en su contexto interpersonal. Esto también permite evaluar el nivel de apoyo que se puede esperar de parte de quienes la rodean. Es muy diferente pensar que un esposo o compañero muestre respuestas de empatía cuando la esposa llora, o está hablando de los traumas que afrontó en su niñez. Por el contrario, puede ser que el esposo cambie de tema, no muestre compasión o se conmueva, o incluso se ría de los problemas de ella. La contribución de la pareja puede ser un gran recurso de apoyo, o lo opuesto. Cuando la paciente no tenga pareja por diferentes motivos, habrá que ver quiénes conforman su red familiar.

En el caso de que la mujer encinta haya sido diagnosticada con problemas múltiples, como del estado de ánimo, disociación y trastorno por estrés post-traumático así como trastorno de personalidad limítrofe, además de uso de sustancias para regular sus emociones ¿qué se puede hacer? Puede ser útil, como ya se mencionó en el postparto combinar técnicas como la psicoterapia basada en la mentalización, de la cual hay evidencia de su eficacia en los trastornos de personalidad (Bateman & Fonagy, 2004). Este modelo de intervención incluye sesiones individuales y grupales. En las individuales se explora en detalle las dificultades emocionales de la paciente, mientras que en las de grupo se provee una red de apoyo a la

paciente, pero sobre todo un espacio en que puede observarse “de primera mano” sus problemas en las relaciones interpersonales y su capacidad de mentalizar a los demás. Puede ser mucho más fácil para otros ver cómo la paciente manipula a otros, hace que se enfoque la atención en ella, se victimiza o por el contrario intenta dominar a otros. Los miembros del grupo ven claramente las diversas tendencias que es difícil para el individuo ver en sí mismo. También es necesaria una estrategia multimodal, que incluya estrategias psicodinámicas y adaptar la terapia a las necesidades específicas de cada paciente. Tales intervenciones suelen ser de larga duración, de más de un año y pueden incluir al bebé cuando sea oportuno. Incluir al bebé en las sesiones le permite al terapeuta introducir las necesidades emocionales del pequeño y cómo interactúan éstas con las necesidades de la madre y su estilo de crianza (Slade, Grienenger, Bernbach, Levy & Locker, 2005). Cuando es posible se pueden realizar visitas domiciliarias, particularmente cuando el bebé es muy pequeño. Tal visita (que debe ser con dos terapeutas o cuando el compañero u otra persona acompañante esté con la paciente en la casa) le permite a los clínicos observar la vida cotidiana de la paciente. Su mundo interior se plasma en las paredes, por decirlo así, donde se observan sus intereses, preferencias y su vida emocional.

Con aquellas pacientes que han tenido un pasado muy difícil, pedirles que confíen en alguien es muy difícil. La terapia se verá interrumpida por problemas de logística aparentemente (transporte, económicos, etc.) pero sobre todo porque la mujer tendrá dificultad para lidiar con su dolor emocional y entre más se acerca emocionalmente al terapeuta, más temor tendrá de ser traicionada, rechazada, pues esas han sido sus experiencias pasadas. Se puede decir que la paciente puede tener una “fobia al apego” (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Si a una mujer la lastimaron repetidamente, la abandonaron o rechazaron, es comprensible que ella primero sea quien intente cortar la relación terapéutica para sentirse independiente y autónoma, y el tratamiento puede ser interrumpido intermitentemente (Ford, Courtois, Steele, Hart & Nijenhuis, 2005). Estas reacciones o actuaciones se pueden anticipar al principio de la terapia. Además, el tratamiento puede no poderse llevar a cabo sólo a nivel de verbalizaciones. Las estrategias para disminuir el estrés y los recuerdos postraumáticos y para ayudar en la regulación emocional pueden ser necesarias primero que nada. Usamos para ello técnicas de sugestión autógena, bio-retroalimentación, relajación profunda, atención plena e hipnosis. La estrategia de hipnosis puede ser muy útil para ayudar a la paciente a crearse un “sitio de seguridad” o de

calma, en su mente en el que se puede refugiarse cuando se sienta abrumada, asustada, o tenga deseos de huir o agredir. Sólo cuando la paciente ya no se sienta asustada o extremadamente ansiosa, puede lograrse que ésta empiece a mentalizar, a hablar de sus emociones o explorarlas (Shalev, Bonne, & Eth, 1996). La hipnosis y las técnicas de relajación profunda pueden usarse para ayudar a la paciente a reconfortarse ella misma, por ejemplo cuando se siente en pánico o se hace múltiples auto-reproches o se siente suicida. En este “sitio de seguridad” puede encontrar un refugio del dolor psíquico o, a la sensación de estar en peligro o de ser culpable y mala (Bryant, Moulds, Guthrie & Nixon, 2005). Cuando hay muchos recuerdos post-traumáticos, que son desencadenados por eventos de la vida cotidiana, o bien por dar a luz o, las múltiples demandas y necesidades del bebé, como llanto intenso, una estrategia de tipo Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (DRMO) puede ser de utilidad. Luego se puede entrenar a la paciente a estimularse ella misma alternando los dos lados del cuerpo para poderse calmar o, calmar su reacción a los recuerdos más vívidos del trauma.

La psicoterapia con una paciente con personalidad limítrofe puede ser muy demandante. La terapia basada en la mentalización y también la dialéctica conductual requieren que el terapeuta (o un equipo de terapeutas) siempre esté disponible para la paciente, por contacto telefónico, sobre todo en momentos de crisis, para ayudarla a evitar conductas peligrosas como intentos suicidas, cortarse, o hacerse daño de otra forma. En estos momentos, el terapeuta no ha de dudar en dar ayuda práctica a la paciente, pues se ha convertido en una persona en quien la paciente confía y el terapeuta trata de suplementar las funciones de raciocinio o calma de que la paciente no dispone. Esto requiere un balance delicado entre estar disponible y ayudar por un lado, y por el otro una identificación excesiva con el sufrimiento de la paciente y promover la dependencia por parte de ésta a largo plazo. En ocasiones, durante el momento del parto, a medida que la paciente es sujeta a exploraciones físicas y el nacimiento del bebé, en este momento le surgen los recuerdos post-traumáticos de abuso sexual, hasta ahora reprimidos, pero que se han activado precisamente ahora. Entonces pueden aparecer los síntomas con gravedad, ansiedad intensa, sentirse en pánico y gran dificultad para dormir y calmarse, además de los rigores del estado postparto. En esos momentos puede ser muy útil la farmacoterapia, pero también las técnicas de relajación y elaboración del trauma descritas arriba (Bisson et al., 2007).

La farmacoterapia⁵ es una herramienta adicional que debe usarse cuando hay mucha ansiedad postraumática y un estado de alerta permanente, pueden utilizarse medicamentos como la guanfacina de corta o larga acción (Reeves, 2007). Este medicamento se considera en la categoría B por la administración de alimentos y medicamentos de los EE.UU. Esto implica poco riesgo durante el parto o periodo postnatal. El propósito de esta medicina es disminuir la activación del sistema nervioso simpático y reducir la agitación y miedo en la paciente, así como para tratar la gran irritabilidad o los episodios de rabietas. En las situaciones más complicadas, cuando hay una descompensación grave, alucinaciones o un gran descontrol emocional, una dosis pequeña de medicamento neuroléptico puede ser usada antes o después del parto. Los medicamentos deben acompañar a las intervenciones psicoterapéuticas. Cuando la mujer tiene ataques de pánico o un estado depresivo grave con ideas suicidas, puede ser útil usar un antidepresivo inhibidor de la recaptación de la serotonina. De preferencia sólo desde el tercer trimestre del embarazo. Cuando esto ocurre, al nacer el bebé éste puede manifestar síntomas de supresión del medicamento, lo cual dura sólo unos cuantos días y se manifiesta por llanto intenso, hiper-excitación e irritabilidad en el neonato (Sanz, De-las-Cuevas, Kiuru, Bate & Edwards, 2005).

Si la mujer, o su pareja, tienen problemas de abuso o dependencia de drogas como la cocaína o la metanfetamina, es preferible un programa de rehabilitación especializado si es posible como paciente externa. La psicoterapia puede enfocarse en la necesidad de usar drogas para manejar los estados mentales dolorosos, controlar la impulsividad y cómo se puede hacer frente al estrés sin usar drogas. Tales programas pueden ayudarla a mantenerse abstinente, y con frecuencia se le asignará un “padrino” o “madrina” que la ayudará en su rehabilitación (Radcliffe, 2011).

Cuando se intenta ayudar a la paciente con dificultades graves en su función materna, hay grupos padres-bebé basados en la mentalización. Su propósito es que la madre o el padre piensen en las emociones y conductas del bebé. Además de reflexionar en los propios estados mentales, la presencia de los bebés en el grupo permite a los padres explorar qué pueden significar las diferentes conductas de los niños. Esto es útil para expandir el repertorio de la madre (o padre) al interpretar las conductas del pequeño. Por ejemplo,

5 Para ello se requiere contar con el apoyo de un psiquiatra que esté actualizado en farmacología.

una madre puede experimentar el llanto del bebé como: “el niño es malo, lo hace a propósito para molestar”, mientras que otros miembros del grupo o los terapeutas la ayudan a ver otras posibilidades como: “el bebé puede sentirse cansado, aburrido, tener hambre, necesitar que lo arrullen”, etc. Muchos padres que han tenido pérdidas muy tempranas en su vida, o que fueron abandonados o maltratados, y no pudieron confiar en sus propios padres, pueden tener mucha dificultad para sentir empatía con su bebé, aunque lo quieran. Poco a poco los miembros del grupo y los terapeutas pueden ayudar a los padres a ser más sensibles y observar al niño o niña, y pensar en qué podría estar sintiendo cuando quiere atención, quiere que jueguen con él, o cuando está frustrado. Esto no se puede lograr por métodos de instrucción o cognoscitivos, pues se trata de experiencias emocionales. La empatía requerirá mucha paciencia y que los padres mismos se sientan comprendidos y contenidos por los terapeutas, lo que los puede ayudar a estar más disponibles emocionalmente para su bebé, pues empiezan a sentir lo que es “no ser criticado” o traicionado o ignorado por otros adultos. Puede decirse que los terapeutas le proporcionan a los padres “cuidados maternos”, que a la larga hace que sientan más compasión y empatía hacia el bebé. Una mujer tratada por nosotros, de 35 años, había llegado a varias sesiones, cuando fue su cumpleaños, los terapeutas trajeron a la sesión un pastel y le cantaron “las mañanitas”. La mujer se puso a llorar conmovida, y dijo que era la primera vez en su vida que alguien celebraba su cumpleaños.

Todo esto es particularmente necesario cuando la mujer está aislada, no tiene con quién hablar de los progresos de su embarazo o de las conductas del bebé, o no tiene amigos o parientes a quien recurrir. Es más fácil apoyar la función materna cuando el bebé está presente en el grupo. Por eso se requieren dos terapeutas para atender a las necesidades de los adultos y de algunos bebés. Las madres con una mente muy concreta pueden preferir las sesiones muy cortas, con actividades de índole artesanal, tejer para el bebé, pintar, dibujar, etc. mientras hablan de sus experiencias. Evitamos dar a las pacientes la sensación de que se les “está enseñando” o “sermoneando” y no criticamos a la nueva madre. El objetivo es que la madre aumente su sensibilidad hacia el hijo o hija y su eficacia como madre. Slade (2005) ha llamado a estos grupos “*mindng the baby*”, que significa la vez “cuidar al bebé” y “tener al bebé en la mente”(Lyons-Ruth & Block, 1996). Otros modelos clínicos intentar dar retroalimentación positiva a las madre o padres a través de videograbaciones de sus interacciones con su bebé. El enfoque principal es en las interacciones exitosas o sensibles. Muchas de

estas pacientes siempre se sienten criticadas o devaluadas. Aquí el enfoque es en lo que hacen bien, cuando muestran ternura al bebé, y se refuerzan positivamente tales respuestas, enfocándose en lo que hicieron con ternura o sensibilidad. Muchas madres o padres se sienten sorprendidos al darse cuenta de lo importante que son para sus hijos y qué diferencia hace cuando les prestan atención, los calman o acarician.

Hemos intentado dar una visión general del campo clínico de las dificultades de salud mental perinatal. Cada familia es diferente y única y el clínico tendrá qué intentar adaptar sus intervenciones a los problemas que están a la mano, lo que resulta aceptable para cada paciente, y las necesidades clínicas de tratamiento. Es necesario un nivel máximo de flexibilidad para lograr tener un impacto en las pacientes con los problemas más graves, que a la vez son quienes tienen mayor necesidad de intervenciones que a la larga la ayudarán a ella, al bebé y a toda la familia.

Resumen

Este artículo revista la gama de la psicopatología que se observa comúnmente durante la infancia. Primero, se describe la carga de enfermedad y el impacto epidemiológico de estas alteraciones. Se describe la psicopatología en tres niveles. 1) Trastornos emocionales durante el embarazo y postparto, principalmente trastornos de ansiedad y depresión. 2) Problemas de somatización que requieren intervenciones psicológicas. Hiperemesis gravídica, dolor excesivo e inexplicable, negación del embarazo y pseudociesis, entre otros. 3) Psicopatología grave, trastorno de personalidad, abuso de drogas, y efectos de trauma grave durante la infancia, con un impacto negativo en la relación madre-bebé. Se describen estrategias para detectar estas alteraciones por el personal de salud mental. También las intervenciones multi-modales que pueden emplearse con los diferentes niveles de psicopatología. Estas Incluyen psicoterapia interpersonal para las alteraciones leves y psicoterapias psicodinámicas y basadas en la mentalización para las graves. Se enfatiza la importancia de involucrar al padre del bebé así como a otras figuras de apoyo psicosocial para la madre.

Palabras Clave: Depresión postparto. Hiperemesis gravídica. Somatización y embarazo. Terapia basada en mentalización. Psicoterapia de grupo.

Summary

This article reviews the gamut of psychopathology that is commonly observed during pregnancy. First, the burden of disease and the epidemiological impact of these problems is reviewed. Psychopathology is described in three levels. 1) Emotional disturbances seen during the pregnancy and postpartum stage, mainly depression and anxiety disorders. 2) Somatization difficulties that require psychological intervention. Hyperemesis gravidarum, excessive unexplained pain, denial of pregnancy and pseudocyesis among others. 3) Severe psychopathology, personality disorders and substance abuse, as well as the effects of severe trauma during childhood, which have a negative impact on the mother-infant relationship. We describe strategies to detect these difficulties by mental health personnel. We describe also multi-modal interventions that can be employed with the different levels of psychopathology. These include interpersonal psychotherapy for milder difficulties and psychodynamic mentalization-based psychotherapy for the severe ones. We emphasize the importance of involving the baby's father as well as other psychosocial support figures for the new mother. **Keywords:** Postpartum depression. Hyperemesis gravidarum. Somatization in pregnancy. Mentalization-based psychotherapy. Minding the baby

Referencias bibliográficas

- Anderson, G., Yasenik, L., & Ross, C. A. (1993). Dissociative experiences and disorders among women who identify themselves as sexual abuse survivors. *Child abuse & neglect*, 17(5), 677-686.
- Ballespí, S., Pérez-Domingo, A., Penelo, E., López, J., Mitjavila, M., & Barrantes-Vidal, N. (2014). Reflective function and secure attachment as resilient strategies in impaired adolescents. *Personality and Individual Differences*, 60, S67.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). Mentalization based treatment of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 18(1), 36-51.
- Bedford, F. L. (2012). A perception theory in mind-body medicine: guided imagery and mindful meditation as cross-modal adaptation. *Psychonomic bulletin & review*, 19(1), 24-45.

- Bennett, S. M., Litz, B. T., Lee, B. S., & Maguen, S. (2005). The scope and impact of perinatal loss: Current status and future directions. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(2), 180.
- Bergink, V., Kooistra, L., Lambregtse-van den Berg, M. P., Wijnen, H., Bunevicius, R., Van Baar, A., & Pop, V. (2011). Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *Journal of psychosomatic research, 70*(4), 385-389.
- Bifulco, A., Brown, G. W., & Harris, T. O. (1994). Childhood Experience of Care and Abuse (CECA): a retrospective interview measure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*(8), 1419-1435.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry, 190*(2), 97-104.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., & Nixon, R. D. (2005). The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(2), 334.
- Callister, L. C. (2006). Perinatal loss: A family perspective. *The Journal of perinatal & neonatal nursing, 20*(3), 227-234.
- Charles, P., & Perreira, K. M. (2007). Intimate partner violence during pregnancy and 1-year post-partum. *Journal of Family Violence, 22*(7), 609-619.
- Clavarino, A. M., Mamun, A. A., O'Callaghan, M., Aird, R., Bor, W., O'Callaghan, F., ... & Alati, R. (2010). Maternal anxiety and attention problems in children at 5 and 14 years. *Journal of attention disorders, 13*(6), 658-667.
- Cox, J. L., Chapman, G., Murray, D., & Jones, P. (1996). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *Journal of affective disorders, 39*(3), 185-189.
- Dennis, C. L., & Hodnett, E. D. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane database of systematic reviews, (4)*.
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., ... & Wexler, B. E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological psychiatry, 54*(11), 1284-1293.
- Doumas, D., Margolin, G., & John, R. S. (1994). The intergenerational

- transmission of aggression across three generations. *Journal of Family Violence*, 9(2), 157-175.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 411-430.
- Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., Hart, O. V. D., & Nijenhuis, E. R. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 437-447.
- García-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The lancet*, 368(9543), 1260-1269.
- Gluckman, P. D., Hanson, M. A., Cooper, C., & Thornburg, K. L. (2008). Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *New England Journal of Medicine*, 359(1), 61-73.
- Goodman, J. H. (2009). Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth*, 36(1), 60-69.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of general psychiatry*, 63(5), 579-587.
- Larauche, M., Mulak, A., & Taché, Y. (2012). Stress and visceral pain: from animal models to clinical therapies. *Experimental neurology*, 233(1), 49-67.
- Lartigue, T., González, I., Córdova, A., Vázquez, M. Nava, A.A., Chávez, M., Sánchez, B., Vázquez, G., Domínguez, Y. y Cuenca, J. (2007). La depresión materna. Su efecto en las interacciones madre-hijo en el primer año de vida. *Cuadernos de Psicoanálisis*, XL (1-2): 131-166.
- Lartigue, T., Maldonado-Durán, J.M., González Pacheco, I. y Saucedo-García, J.M. (2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2): 111-131.
- Lartigue, T. y Vives, J. (2013). Hacia un diagnóstico psicoanalítico de la depresión perinatal y postnatal. *Cuadernos de Psicoanálisis*, XLVI (1-2): 29-43.

- Lartigue, T. (2015). Una aproximación a la depresión perinatal. Guía para la entrevista psicodinámica de los estados depresivos en el periodo perinatal con base en el Modelo Modular Transformacional de Hugo Bleichmar. *Cuadernos de Psicoanálisis*, XLVIII (1-4): 101-131.
- Lartigue, T. (2017). Bereaved families after neonatal death. En *Changing sexualities and parental functions in the Twenty-First Century*, C. Se Holovko & F. Thomson-Salo (Eds.), London: Karnac, pp. 55-68.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41(4), 472.
- López, D. y Cuevas, P. (2007). *Trastorno límite de la personalidad. Tratamiento basado en evidencias*. México: Architectum.
- Loewenstein, R. J. (1991). An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 14(3), 567-604.
- Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 17(3), 257-275.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work.
- Maldonado-Durán, J. M. (Ed.). (2008). *Infant and toddler mental health: models of clinical intervention with infants and their families*. American Psychiatric Pub.
- Mathews, C. A., & Reus, V. I. (2001). Assortative mating in the affective disorders: A systematic review and meta-analysis. *Comprehensive psychiatry*, 42(4), 257-262.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M., & Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 502-508.
- Ogbonnaya, I. N., Macy, R. J., Kupper, L. L., Martin, S. L., & Bledsoe-Mansori, S. E. (2013). Intimate partner violence and depressive

- symptoms before pregnancy, during pregnancy, and after infant delivery: an exploratory study. *Journal of interpersonal violence*, 28(10), 2112-2133.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry research*, 190(1), 43-48.
- Olavarrieta, C. D., & Sotelo, J. (1996). Domestic violence in Mexico. *Jama*, 275(24), 1937-1941.
- Oquendo, M., Brent, D. A., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... & Mann, J. J. (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 560-566.
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C., & Osiezagha, K. (2012). Postpartum depression: a review. *Journal of health care for the poor and underserved*, 23(2), 534-542.
- Radcliffe, P. (2011). Motherhood, pregnancy, and the negotiation of identity: The moral career of drug treatment. *Social science & medicine*, 72(6), 984-991.
- Reeves, R. R. (2007). Diagnosis and management of posttraumatic stress disorder in returning veterans. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 107(5), 181-189.
- Rosberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G., & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 225-230.
- Sanz, E. J., De-las-Cuevas, C., Kiuru, A., Bate, A., & Edwards, R. (2005). Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis. *The Lancet*, 365(9458), 482-487.
- Shalev, A. Y., Bonne, O., & Eth, S. (1996). Treatment of posttraumatic stress disorder: A review. *Psychosomatic medicine*, 58(2), 165-182.
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A.

- (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 283-298.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. WW Norton & Company.
- Van Ijzendoorn, M. H. (1992). Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in nonclinical populations. *Developmental review*, 12(1), 76-99.
- Venkatesh, K. K., Zlotnick, C., Triche, E. W., Ware, C., & Phipps, M. G. (2014). Accuracy of brief screening tools for identifying postpartum depression among adolescent mothers. *Pediatrics*, 133(1), e45-e53.
- Verheul, R., Van Den Brink, W., & Hartgers, C. (1995). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: An overview. *European Addiction Research*, 1(4), 166-177.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. (2008). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Basic Books.
- Welberg, L. A., & Seckl, J. R. (2001). Prenatal stress, glucocorticoids and the programming of the brain. *Journal of neuroendocrinology*, 13(2), 113-128.
- Wilen, J. M., & Mounts, K. O. (2006). Women with depression—“You can’t tell by looking”™. *Maternal and child health journal*, 10(1), 183-187.
- World Health Organization. (2005). *WHO multi-country study on women’s health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women’s responses*. World Health Organization.
- Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior?. *Child abuse & neglect*, 28(8), 863-875.