

INTERVENCIONES TERAPEUTICAS EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO*

Alicia Echegoyen**

RESUMEN

Este artículo reflexiona acerca de las intervenciones durante el embarazo y el puerperio, bajo un punto de vista psicodinámico.

Se comienza con una descripción del embarazo como crisis evolutiva, para seguir con algunas reflexiones acerca de la vulnerabilidad de las madres puerperas. Tres ejemplos clínicos ilustran algunos aspectos psicodinámicos en la depresión puerperal, la crisis y la recuperación.

Se concluye con algunos comentarios acerca de la psicoterapia en el embarazo y puerperio.

EMBARAZO

Es considerado como una crisis única y específica en la vida de la mujer, que debe ser negociada a nivel emocional, interpersonal y social. Para el propósito de este artículo voy a

* Ponencia presentada en X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "Intervenciones psicoterapéuticas en la práctica clínica" tuvo lugar del 4 al 6 de octubre de 1996 en Santander.

Traducido por Fernando González Serrano (Psiquiatra).

** Psiquiatra.

centrarme en los cambios intrapsíquicos y en los retos para el equilibrio psíquico que ocurren en esta etapa.

Dinora Pines (1972) escribe “el embarazo es un punto de crisis en la búsqueda de una identidad femenina, es un punto de no retorno tanto si el bebe nace al término del mismo, como si el embarazo termina en aborto.

Implica el final de la mujer como unidad independiente y el comienzo de la irrevocable relación madre-hijo”.

Bibring (1961) describe el embarazo como una crisis madurativa caracterizada por cambios psicológicos rápidos y de gran alcance que tienen un profundo impacto sobre la temprana relación madre-hijo. Su tesis es que para que la organización psicológica de la mujer concluya en el estado adulto debe sufrir un significativo grado de disolución como respuesta específica al embarazo, cara a permitir una posterior recuperación hacia una nueva posición no idéntica a la previa.

El embarazo, particularmente el primero enfrenta a la mujer con una tarea intrapsíquica fundamentalmente de crecimiento y cambio psicológico para pasar de ser hija de su madre a ser madre de su bebé.

La madre deberá renegociar sus experiencias infantiles en relación a figuras significativas, particularmente los padres, así como sus propias experiencias como bebé y niña. Durante el embarazo se dan al mismo tiempo una identificación y una diferenciación con la madre externa e interna.

Un proceso similar tiene lugar en relación al bebé real y a la representación interna del bebé. Finalmente hay un nuevo trabajo que incluye de la relación con su propio padre y la integración del papel de su marido o compañero.

Los cambios internos y externos que acompañan al embarazo incluyen algún grado de duelo, tal como la pérdida del bebé ideal o interior cuando se ve cara a cara al bebé real exterior, o la pérdida de la identidad de la mujer como adulto independiente. La situación se complica más cuando aparecen

pérdidas reales de las que hay que hacer duelo, tales como la muerte de un gemelo intraútero o cuando el embarazo reactiva pérdidas previas tales como fallecimientos en períodos perinatales del pasado.

La importancia central de la relación de la mujer con su propia madre es largamente reconocida. La madre tendrá que finalizar con el modo de ser tratada como hija que recibía hasta entonces. Es un reto que puede permitir una mayor madurez e integración si todo va bien, o conllevar depresión y descompensación si fracasa.

DEPRESION PUERPERAL (DESCOMPENSACION)

Hay evidencia clara de una morbilidad psiquiátrica significativa asociada con el nacimiento de un hijo. Oates (1994) informa que al menos un 10% de mujeres van a sufrir un nuevo episodio de trastorno depresivo mayor en el primer año que sigue al nacimiento de un hijo. Un tercio de ellas precisarán tratamiento psiquiátrico. La morbilidad alcanza el 30% si se incluyen episodios depresivos menores. 4 de cada mil parturientas requerirán ingreso psiquiátrico; 2 de cada mil con diagnóstico de psicosis puerperal. La extensión y severidad real de la morbilidad no es del todo detectada, solo 1,7% de todas las parturientas son enviadas a servicios especializados.

En resumen, las mujeres en el postparto tienen riesgo de descompensación psicótica, de sufrir un trastorno depresivo mayor, de tener una hospitalización psiquiátrica o ser derivadas a servicios de psiquiatría, mayor que en otros períodos de su vida.

¿Cuáles son las razones para este riesgo más alto de morbilidad? Algunos estudios sobre depresión indican la importancia de los acontecimientos vitales estresantes, particularmente en la mujer. Brown y Harris (1978) refieren cuatro factores predisponentes:

- Pérdida de la madre antes de los 11 años.
- Ausencia de una estrecha relación de pareja.
- Ausencia de trabajo remunerado.
- Tener tres o más hijos menores de 14 años.

Paykel y Col (1980) encontraron que acontecimientos adversos recientes, ausencia de apoyos sociales y relaciones de pareja pobres son factores determinantes en la depresión postnatal.

Kumar y Robson (1984) refieren que los conflictos de pareja y las dudas intensas relativas a tener un hijo estaban asociadas con depresión pre y postnatal.

Estudios psicoanalíticos han subrayado consistentemente la significación patogénica durante el embarazo y período postnatal de la reactivación de sentimientos arcaicos y conflictos no resueltos en la relación entre la mujer y sus propios padres, problemas acerca de la identidad femenina y de la sobreidealización de la maternidad. Algunos autores psicoanalíticos –Marín (1958), Pines (1993)– han enfatizado la reactivación de sentimientos de culpa ocultos y de rivalidades no resueltas de la situación edípica.

Otros –Lomas (1960), Raphael Leef (1991), Lucas (1994)– han recalcado el significado de la reaparición de primitivos conflictos en relación a la madre.

Hay consenso general en que el embarazo se acompaña de un estado de tumulto emocional y una accesibilidad aumentada a los procesos inconscientes. Esto es particularmente relevante en relación a ansiedades primitivas (acerca del interior del cuerpo, temores de pérdida de la identidad y/o aniquilación, temores de dañar o ser dañada por el feto o por hermanos celosos o una madre envidiosa, etc.). Bibring (1959) describió el estado emocional de la mujer como una especie de despersonalización benigna, caracterizada por procesos

primarios de pensamiento, tempranas ansiedades y agitación emocional.

En el curso normal de los acontecimientos una cierta elaboración y contención de estas ansiedades primitivas y conflictos infantiles tiene lugar, lo que ayuda a la madre en la preparación psicológica para el nacimiento. Los cambios intrapsíquicos requieren una capacidad para tolerar la aparición en la conciencia de nuevas percepciones y sentimientos, la desintegración parcial de las habituales estructuras defensivas y el restablecimiento de una nueva organización defensiva.

Sin embargo, es generalmente aceptado que el puerperio es un período vulnerable para la madre y la familia. En una serie de artículos, Lomas (1958) sugiere que el nacimiento del bebé trae un cambio permanente en la realidad externa y en las representaciones del bebé para la madre. Los cambios tienen un efecto significativo sobre la organización defensiva y el funcionamiento emocional de la madre. Ahora debe enfrentarse a las demandas emocionales e instintivas propias en evolución, de un ser humano dependiente e indefenso. Para que la madre común sea capaz de responder apropiadamente, como describía Winnicott, con “preocupación maternal primaria” (1956) o Bion, “con capacidad de reverie” (1962), ella necesita ser capaz de identificarse con los estados emocionales primarios del bebé sin perder de vista un sentido maduro de interés y responsabilidad.

Esto puede ser particularmente difícil a causa del rebrote de conflictos no resueltos de la paciente, en relación a situaciones infantiles a nivel edípico y preedípico Zachary (1985) opina que el nacimiento y el puerperio pueden ser ambos traumáticos para la madre y el bebé debido a que son un escenario en el que “ansiedades primitivas son removidas en un momento en que es esencial ser adulto”. Pienso que es la inevitable tensión entre estados mentales adultos e infantiles la que hace a la madre en el puerperio tan vulnerable y necesitada de un entorno de apoyo y contención.

En la mayoría de las culturas, la mujer se vuelve hacia su propia madre o la familia extensa en busca de ayuda. Intrapsíquicamente toma de sus propias relaciones y experiencias internalizadas con su madre. La ausencia de experiencias suficientemente buenas tanto externas como internas, pone a la madre en situación de riesgo. Por otro lado la provisión de apoyo, incluida la psicoterapia, puede fomentar la elaboración y resolución de conflictos infantiles y cambiar el equilibrio psicológico de la madre hacia una mejor integración entre sus estados mentales adulto e infantil.

La investigación se ha focalizado principalmente sobre las perturbaciones psiquiátricas relacionadas con el embarazo y la psicopatología de la maternidad. El impacto del comportamiento del hijo sobre los estados psíquicos del futuro padre y la psicopatología de la paternidad está convirtiéndose en un área de creciente interés (Marks y Lovestone 1995) lo que contribuiría a una comprensión psicológica mejor y más equilibrada de la paternidad.

ILUSTRACIONES CLINICAS

Caso I

Es un caso de ruptura puerperal en el cual la principal psicopatología subyacente al trastorno mental no se modificó significativamente.

A pesar de la respuesta limitada de la paciente a la intervención psiquiátrica y psicológica intensiva creo que ésta le ayudó a aceptar que podía tener necesidad de un apoyo psicológico si volvía a quedarse embarazada.

La Sra. A es una mujer de 32 años derivada con 34 semanas de embarazo a causa de ansiedad y depresión. Era un primer embarazo planificado. La Sra. A había sufrido severas náuseas y vómitos a lo largo del embarazo y se le había pres-

crito Largactil (un tranquilizante mayor o neuroléptico) como antiemético desde muy temprano.

La Sra. A presentaba una apariencia bastante joven, como una niña. En la entrevista inicial expresaba a la vez una sensación de gran pasividad y expectación de que yo “la rescataría” del camino en que se encontraba. Tenía gran dificultad y reticencia a hablar de sus emociones. Me habló de como había deseado tener un hijo, como ella pensaba que quería ser como madre, y que se imaginaba muy feliz con un bebé.

Su pareja no había estado inicialmente muy entusiasmado pero ella había seguido adelante a pesar de todo. Se había sentido físicamente muy mal desde el comienzo del embarazo y había precisado hospitalización debido a sus vómitos. Sin embargo, había guardado relativamente la calma, ilusionada por el hecho de que iba a tener un bebé. Comenzó a sentirse mentalmente inquieta cuando el embarazo comenzó a hacerse evidente. Se sentía ansiosa y con falta de control en relación a los cambios corporales, y comenzó a sentir gran temor y resentimiento por las limitaciones que el estar embarazada y la futura maternidad iban a traer en su vida.

Acerca de sus antecedentes refirió que era la más joven de tres hermanos. Describía su relación con ambos padres como idílica. Fue siempre una niña y adolescente tranquila y equilibrada. Obtuvo un empleo de responsabilidad como diseñadora teatral. Sin embargo, la Sra. A era muy dependiente del apoyo emocional de su pareja. Se veía a sí misma como un adulto capacitado, luchando por superarse.

Tuve conocimiento de que había tenido un episodio depresivo entre sus veinte y treinta años, tras la ruptura con un novio formal. Había acudido 4 veces a consulta psicológica y se mostraba muy ambivalente acerca de la ayuda recibida. Reconocía haberse sentido mejor pero expresaba un intenso sentimiento de vergüenza y fracaso en relación a aquel tratamiento. Lo había interrumpido por miedo a ser etiquetada como un “caso mental”.

Pensé que el dilema fundamental de la Sra. A entre su deseo de aferrarse a su propia identidad como adulto capacitado y su terror ante sus propias necesidades y vulnerabilidad estaba bastante claro en la valoración inicial.

Le ofrecí una serie de encuentros semanales, algunos de ellos con su pareja. A medida que nos acercábamos al alumbramiento los síntomas de ansiedad y depresión de la Sra. A se intensificaron. Sus sesiones estaban repletas de reproches y quejas que lanzaba hacia mí. Por otro lado, sus vómitos y náuseas habían cesado. Pensé que los síntomas no eran tan severos como la perturbación mental subyacente. La Sra. A estaba realmente muy enferma. Sentía, casi de modo delirante, que el bebé la había cambiado. Había perdido su habitual alegría de vivir. “Yo no estaba haciendo nada para volverla a la normalidad”. Las demandas de la Sra. A hacia varios profesionales y su rechazo total hacia lo que le era ofrecido llegaron a hacerse claramente evidentes. Su pareja, la comadrona, el médico de familia y yo misma fuimos incluidos en una especie de círculo vicioso. Se nos pedía ser una “madre ideal” y fracasábamos miserablemente. Parecía evidente que lo que reflejaba la trasferencia de la Sra. A hacia el equipo cuidador era una repetición de la relación de ella con su madre externa e interna.

La Sra. A. describía a su madre real como ideal - “ellas nunca habían discutido ni estado en desacuerdo. Ella no podía ser criticada por nada”. La Sra. A sentía que nunca llegaría a ser tan buena. Internamente se encontraba llena de rencor y críticas hacia sí misma, como si llevase una imagen internalizada de una madre agresiva y despiadada. En conjunto, con su descripción yo no me sentía capaz de formarme una impresión de su madre como una persona real.

Su pareja mostraba un buen nivel de apoyo y temía la esperanza de que las cosas mejorarían después del nacimiento. Por el contrario la situación de la Sra. A se deterioró tras el alumbramiento. Aunque no claramente psicótica, ella estaba

muy agitada y retraída en sí misma. Me decía que siempre había sido adorada y mimada por sus padres. Se sentía como una niña que nunca ha crecido, con falta de preparación total para responsabilizarse de un bebé. Describía su estado mental como “sus nervios a flor de piel, como si una corriente eléctrica atravesara su cuerpo, como si tuviera constantemente mariposas en su estómago”. Sentía terror del llanto del bebé (de hecho tenía un niño bastante placido y calmado).

En este estado tan perturbado, de Sra. A parecía haber perdido toda noción de sí misma funcionando como adulta. Continuaba con su ambivalencia acerca de recibir permanecía, particularmente con un profundo sentimiento de vergüenza de que su familia viese que no hacía frente a la situación. No se permitía a sus padres que la visitasen. Yo vi diariamente a la Sra. A en la sala hospitalaria durante una semana. Fue dada de alta con medicación antidepresiva. Recursos comunitarios (comadrona, médico visitador sanitario) y ambulatorios se organizaron alrededor de ella. Su estado no mejoraba. Tras un par de semanas decidí que fuese admitida en una unidad madre-bebé. Estaba muy agitada, con pensamientos suicidas, incapaz de comer y dormir, no podía cuidar al bebé al que rechazaba emocionalmente. Su pareja aceptó mi propuesta de mala gana. Tras el fin de semana la Sra. A repentinamente volvió a la normalidad. Comenzó a hacerse cargo del bebé y a tranquilizarse considerablemente. Ella me visitó ambulatoriamente en otras cinco ocasiones, a la vez que me indicaba que no necesitaba ni deseaba venir, como si temiese que el hablar acerca de lo que había ido mal la empujase a la locura. A pesar de su reserva, ella acudía puntualmente a las citas y hacía un esfuerzo para contarme como se sentía.

Llegamos a comprender que se había sentido extremadamente ansiosa desde el momento que conoció que estaba embarazada pero había sido incapaz durante largo tiempo de verbalizarlo a sí misma o a otros. Había encontrado una enorme dificultad para tolerar sentimientos normales de frustración

o ambivalencia hacia el bebé mientras estaba embarazada, como había hecho toda su vida en relación a sus figuras significativas. Comprendí que a pesar de que la Sra. A sabía a nivel racional que iba a tener un hijo, a nivel emocional esto únicamente caló cuando iba a la sala de partos. Hasta entonces había sido incapaz de pensar en el bebé como una persona viva en su interior. El nacimiento constituyó así un acontecimiento traumático en el que experimentó al bebé como una amenaza desconocida con la que no podía relacionarse.

La Sra. A no estaba segura de si alguna intervención le había ayudado. No obstante comentaba más confidencialmente que ella “había aprendido a conocer a su hijo” y que sabría qué podía esperar cuando tuviese otro bebé. Se daba cuenta de que podía necesitar apoyo profesional entonces si se encontraba ansiosa.

¿Como comprendemos su retorno a la normalidad y el rechazo de la paciente de una ayuda psicológica? Me inclinaría a pensar que la Sra. A mantuvo en su interior todo el tiempo su identidad de adulto con “capacidad de crecimiento” (en identificación con una figura maternal idealizada). Sus necesidades, su depresión, dependencia, dolor y vulnerabilidad (representación de su self infantil en relación a su madre) estaban negados. Contrariamente a la “apertura” y relajación de las defensas de una madre normal habitualmente observadas durante el embarazo, la Sra. A se mostraba más rígida. Continuo a lo largo del embarazo en un estado de profunda negación de las implicaciones emocionales de tener un hijo. Sus perturbaciones íntimas (sus conflictos no resuelto en relación a su madre) estaban negadas e identificadas en el bebé que iba a nacer. El nacimiento de éste forzó la identificación de la Sra. A con una “figura materna capaz” y le inundó con sus estados emocionales primitivos infantiles de una intensidad psicótica. El repentino retorno a la normalidad fue, bajo mi punto de vista, una reafirmación de la negación de sus necesidades (sus aspectos de bebé) por lo cual ella no deseaba tener más tra-

tamiento. Optó por su re-identificación con una figura materna idealizada.

En conjunto la solución patológica de la Sra. A consistía en preservar la escisión interna entre sus capacidades adultas idealizadas, y su dependencia y necesidades infantiles denigradas y odiadas, proyectadas en los profesionales que dispensaban cuidados y que ella deseaba evitar. Había alguna evidencia que sugería una cierta ambivalencia en relación al bebé. Parecía haber oscilado del pánico a la idealización del bebé “quien no podía temer ningún aspecto malo”.

Por el lado positivo parecía que podía haberse dado una cierta integración de los sentimientos ambivalentes de la Sra. A acerca de su necesidad de ayuda. Estoy refiriéndome a la Sra. A manteniendo sus consultas conmigo a pesar de su resistencia, y su conciencia de que podía necesitar apoyo profesional en un próximo embarazo. También se había dado cuenta de que había sido capaz de conocer a su bebé como persona real y no eran tan amenazantes las demandas y aflicciones del niño. La buena disposición ante las demandas de su hijo dio también a la Sra. A cierta reafirmación de su capacidad maternal lo que inició un positivo intercambio entre ellos.

Me pregunto si se habrá dado alguna internalización del terapeuta como figura maternal “que desea conocer” tanto acerca del bebé como de los estados mentales, que la permitiese crear un espacio mental para “llegar a conocer” a su propio bebé.

Caso II

Se trata de una madre con historia previa de una depresión periperal severa. La Sra. B fue derivada a las 33 semanas de embarazo tras la repentina muerte en útero de uno de los gemelos. El trabajo se focalizó en el duelo por el bebé muerto, su conexión con el duelo tras la pérdida inesperada de su

padre en la temprana adolescencia y la posterior elaboración a través de su relación edípica con su madre. La Sra. B se benefició de la psicoterapia para trabajar sus pérdidas y comenzar a examinar su culpa edípica, la influencia sobre su feminidad y su relación sexual de pareja. No hubo recurrencia de la depresión puerperal.

La Sra. B se presentó como una mujer sensible e inteligente en nuestra primera entrevista. Estaba preocupada comprensiblemente por la muerte del gemelo. Como era de esperar, encontraba dificultad para mantener al mismo tiempo su dolor por la muerte de un bebé y la esperanza en el bebé vivo.

La Sra. B había nacido en Oriente Medio, de un padre jordano y una madre inglesa. Era la mayor de tres hermanos. Su padre era un hombre difícil y, en ocasiones, usaba la violencia física con su madre, a lo largo de su infancia. Los primeros años de la Sra. B estuvieron influidos por el miedo al padre. Con su madre tuvo una gran cercanía, siendo su apoyo y confidente durante años. Cuando tenía 12 años, su madre decidió venir a Europa sin decir nada al padre. Le pidió a la Sra. B que guardase esta decisión como un secreto, teniendo que enfrentar la brusca pérdida de su país y su padre sin ningún tipo de control o preparación. La Sra. B no ha tenido contacto con su padre desde entonces.

La Sra. B sufrió períodos depresivos desde la adolescencia. Los relacionaba con su temor a los hombres y con problemas en separarse de su madre con la que había estado en una buena y estable relación durante 10 años.

Sufrió una severa depresión durante el primer año de vida de su hijo, no podía vincularse con el bebé. Recibió tratamiento a base de medicación antidepressiva y orientación psicológica, y también le ayudó la vuelta a su trabajo. Encontraba muy difícil la relación con su propia madre cuando el bebé era pequeño. Se sentía muy insegura como madre y algo esperanzada de que su propia madre le diese de apoyo y guía

“sobrehumanos”. La Sra. B había profundizado en la comprensión de sus sentimientos de desacuerdo y cólera cuando su madre no cumplía tales expectativas. Ella conocía poco sus posibles exigencias hacia sí misma como madre lo que contribuía a sus sensaciones de depresión y pérdida de autoestima cuando estaba luchando para establecer su propia identidad como madre.

En la entrevista inicial yo me preguntaba si la muerte repentina de su gemelo y los sentimientos de incapacidad de la Sra. B, de falta de preparación y control sobre esa pérdida repentina, habían despertado el trauma de la pérdida de su padre y su país en el pasado.

La Sra. B lloraba frecuentemente. No había hablado a nadie acerca de la pérdida de su padre.

Mi valoración inicial con la Sra. B a solas fue seguida de un encuentro junto a su marido. El Sr. B parecía un hombre bastante tranquilo y reservado. Me dijo que su familia de origen era fría y poco comunicativa. Había encontrado siempre enorme dificultad para conseguir implicarse emocionalmente y solicitar apoyo emocional. La pareja habló de sus temores de que el bebé vivo pudiera nacer muerto o dañado. El Sr. B comentó acerca de su temor a una nueva recaída de su mujer tras el nacimiento. Estaba inquieto ante algunas obligaciones de su mujer teniendo en cuenta su fragilidad.

La Sra. B que había estado llorosa la mayor parte de la entrevista reconoció que, aunque se sentía bastante preocupada y vulnerable con el bebé fallecido en su interior, también tenía cierta fortaleza que deseaba que fuera reconocida por su marido. La pareja señaló que expresar entre ambos sus necesidades mutuas seguía siendo difícil.

Yo ofrecí a la Sra. B y a su pareja una serie de entrevistas. Su bebé Hugo nació 3 días más tarde. Se les informó con bastante certeza de su buena salud. Vi a los padres junto con

el bebé una semana más tarde. Ambos parecían relajados y algo melancólicos. La madre me dijo que estaban los dos contentos con su bebé.

La madre sentía que se había vinculado con el bebé. El padre comentó su alivio porque el niño no tuviese daño cerebral aunque pensaba que seguiría con cierta preocupación ¡durante los próximos 20 años! La madre se refirió a la palidez y mansedumbre del bebé, y al temor de que pudiera morir. Me encontré con la Sra. B ocho veces más. Su marido acudió a 3 de estas entrevistas, debido, en parte, a sus obligaciones laborales. Comprendí más tarde la necesidad inconsciente de alejarse de las sesiones.

El trabajo se enfocó sobre dos aspectos: el duelo del bebé fallecido y la ayuda a los padres para crear un vínculo con el gemelo vivo. Esto significó para los padres, especialmente para la madre, separar la imagen mental del niño vivo y el muerto. Para la Sra. B. También suponía separar al bebé muerto de la imagen de su padre y así elaborar esa pérdida. El otro aspecto trabajado era el relativo a las expresiones y respuestas de la pareja ante sus necesidades mutuas. Fue bastante difícil para la madre separar y a la vez mantener en su mente las imágenes del niño vivo y el muerto. Ello se le impuso técnicamente y tuvo un impacto en la contratransferencia. Expondré algunos fragmentos de 2 sesiones para ilustrarlo:

Segunda sesión tras el nacimiento: La madre vino acompañada del bebé con aspecto más alegre. Advertí que el niño tenía un color más vivo. Se despertó al entrar en la sala, cogió con facilidad el pecho y pasó la mayor parte de la entrevista mamando plácidamente. La madre me dijo que se sentía bien. Se sentía cercana a su bebé y capaz de asistirle. Su madre había venido a ayudarla. Había tenido momentos de llanto como el lunes anterior cuando el bebé fallecido fue incinerado. Yo hablé sobre el dilema intolerable de sentirse vinculada al hijo vivo, alimentándole con su pecho y tener también un vínculo

con el hijo muerto. Me dijo que a menudo confundía sus nombres. El ambiente se tornó muy triste. Después de una pausa me dijo que se encontraba más confiada y segura con su bebé. Era fácil de atender y calmar. Hablaba acerca del apoyo recibido; pensaba que hablar de la muerte del otro bebé era provechoso. Siguió comentando lo agradable y reasegurador que era el que su hijo fuese engordando. Se había sentido orgullosa y pensaba cara al exterior “los dos somos todo un equipo”. Durante este diálogo tuve que abandonar dos veces la estancia (por urgencias en el servicio en el que era consultora). La madre se encontraba a gusto, estaba alimentando al bebé cuando yo volví la segunda vez. Me dijo que sentía que el niño tenía aspectos de ella y otros de su marido, pero en conjunto era diferente de ellos y ella tenía esperanza de que creciese y se desarrollase. Era casi el final de la sesión. Añadió que la próxima vez deberíamos hablar de Peter (el gemelo muerto), era necesario introducirle. Más tarde, pensando en la sesión caí en la cuenta de que había sido llamada fuera de la consulta en el momento en que la madre había mencionado al bebé muerto (hablar del bebé muerto era provechoso) y paso a hablar sobre el vivo. También me di cuenta de que al volver, no había rescatado el tema de Peter, concentrándome en Hugo. Me pregunté si la “urgencia exterior” había sido inconscientemente utilizada por mí para evitar lo difícil que estaba aconteciendo en la consulta, el contener en la mente al mismo tiempo al bebé vivo y al muerto, como me recordó la madre al final de la sesión.

La vi de nuevo la siguiente semana (*tercera sesión*). Vino con su hijo Hugo quien miraba más despierto. La madre me dijo que se sentía feliz con el bebé, pero parecía bastante desbordada. Habló mucho de su bebé muerto y de los asuntos relativos al funeral. Estaba muy preocupada por Hugo, que se había resfriado y se sentía descontrolada. Se la veía angustiada. Comenté que parecía aterrorizada pensando que Hugo pudiese morir como el otro. Ella asintió. Aún estaba preocupada por la calma de su hijo; a veces le percibía como un fantasma.

Me habló también de la dificultad de su marido y de ella para llorar por el hijo muerto. Yo comenté sobre este bebé muerto que flotaba a su alrededor como un fantasma, ni vivo ni muerto (como si no hubiese tenido funeral todavía) pero con una presencia que hacía sentirle, confundido con Hugo. (Me di cuenta en ese instante de mi dificultad para no confundir los nombres de los dos bebés). La madre pareció alegrarse en respuesta a ese comentario y comenzó a hablar de modo realista acerca de los preparativos del funeral. Charlamos de la dificultad y el dolor de enterrar un pequeño que apenas había tenido vida.

La madre me dijo muy triste que apenas tenía recuerdos del bebé, no había recuerdos bonitos para guardar. Poco antes del final de esa sesión hablamos de la relación entre la muerte de Peter y la separación de su padre cuando tenía 12 años y la ausencia de recuerdos felices de él.

La *cuarta sesión* se centro en la pérdida de su padre real, la pérdida del padre que hubiera deseado tener y la depresión de su marido.

Durante la *quinta sesión* se pudo apreciar como cada uno de los padres se ocupaba de su duelo de manera ligeramente distinta. La Sra. B estuvo preocupada con el bebé muerto durante un tiempo. Por momentos confundía al bebé muerto con el vivo, y en otros asociaba al gemelo muerto con su propio padre. Estas conexiones venían espontáneamente a su cabeza y le asustaban algo. Cayó en la cuenta de que había elegido Peter, el nombre de su padre, para el gemelo muerto.

Su marido hacía frente al problema volcándose en su trabajo lo que dificultaba enormemente el responder a las demandas sexuales de la Sra. B. Se apreciaba que había habido dificultades sexuales intermitentes entre ellos.

Comprendimos que la Sra. B había enfrentado la pérdida de su padre excluyéndole completamente. Se había vuelto la pareja de su propia madre en una cerrada relación que excluía

a sus hermanos - el rechazo de la madre de la Sra. B de los hombres, desde un punto de vista sexual, confirmaba la posición particular del Sr. B en la familia. Ello hacía también muy difícil el que se adueñase y gozase de su feminidad y su sexualidad. A menudo se comportaba en relación a su pareja excluyéndole emocional y sexualmente y apoyándose en su hijo para satisfacer sus necesidades. Su marido accedía a ello apartándose. La Sra. B nunca había pensado o hablado de la pérdida de su padre. La comprensión de la emergencia de dicha pérdida en relación con la muerte del bebé hizo aparecer un área fructífera de trabajo que tuvo efecto positivo sobre las relaciones sexuales de la pareja.

Parecía que la pérdida traumática del bebé conmocionó profundamente al Sr. B y rompió su patrón defensivo y su apartamiento emocional. La conciencia de la Sra. B de su propio dolor y vulnerabilidad mejoró la adaptación cotidiana de la pareja. Tener que responder a las demandas de su marido en el terreno de la intimidad sexual confrontó a la Sra. B con dificultades asentadas profundamente que había evitado anteriormente. Al final de nuestro trabajo juntos ambos padres sintieron que habían elaborado algo del impacto de la pérdida del bebé y que el trauma experimentado había sido, hasta cierto punto, un impulso para crecer y desarrollarse. Dejaron claro que tenían dificultades en su relación pero, que necesitaban continuar adelante, de manera globalmente optimista en relación al futuro tanto como pareja como padres de su bebé Hugo.

***Caso III**

La Sra. C fue derivada a las 34 semanas de embarazo debido a sentimientos depresivos y a dificultades en el sueño durante las últimas semanas.

Una intervención de dos sesiones ayudó a la Sra. C a elaborar cuestiones de la adolescencia acerca de la identidad y la separación emocional de su madre reactivadas en su embara-

zo. El bebé fue planeado y esperado con ilusión. La Sra. C tenía un matrimonio estable y feliz. Describía a sus padres como básicamente buenos aunque algo intrusivos afectivamente en su intimidad. Esto se daba particularmente con su madre quien era descrita como completamente devota para sus hijos sin apenas tener tiempo para si misma. La Sra. C sentía que a pesar de que había recibido mucha seguridad y cuidados de su madre, nunca había sido capaz de sentirse independiente y madura.

La Sra. C tenía un buen historial académico y había obtenido su primer grado en Cambridge. Se había sentido amargamente decepcionada con sus resultados; esperaba ser más brillante. Pensaba que había defraudado a su madre. Tras la Universidad desempeñó trabajos de poca exigencia intelectual en el extranjero durante algunos años como dependienta en un comercio y como técnica de laboratorio. Conoció a su marido entonces y él fue quien la animó a proseguir estudios de medicina a su vuelta de Inglaterra.

La Sra. C expresó sentimientos positivos sobre su embarazo a lo largo de la primera entrevista. Su preocupación principal era su inexplicable depresión y su miedo a que pudiera afectar a los cuidados del niño. Estaba inquieta y temerosa por sus dificultades de sueño. Cuando le pregunté qué le mantenía despierta, me enteré de que se encontraba muy preocupada con su licenciatura en medicina. Esperaba haberla terminado antes de tener el hijo y estaba encontrando muchas dificultades para lograrlo. Más adelante se apreciaba que tenía establecidas metas poco realistas para si misma y se estaba sintiendo completamente decepcionada a causa de no lograrlas.

Relacioné su sentimiento de decepción actual con otro similar al finalizar su graduación en Cambridge, lo cual tuvo mucho sentido para ella. Espontáneamente me dijo que sentía que su licenciatura de medicina se estaba desmoronando como sentía que había ocurrido con su graduación primera.

Comentamos entonces como se había entregado a su carrera académica durante años debido a sus sentimientos de vergüenza y fracaso hacia si misma y su familia. Consiguió calmarse y dejó de llorar. Nos centramos en su necesidad de “preparar la habitación del bebé y fijar metas realistas en su trabajo”.

La Sra. C me dijo que se había sentido mucho mejor cuando nos vimos dos semanas más tarde. Había percibido como una gran ayuda el darse cuenta de que había una conexión entre sus expectativas y decepciones relativas a sus logros académicos actuales y su graduación en Cambridge. Había logrado ver que este modelo lo aplicaba en otras situaciones de su vida. Se sintió así mismo aliviada al darse cuenta de que su depresión no estaba causada por el embarazo lo que podía haberla llevado a tener una descompensación tras el nacimiento.

Había decidido fijar algunas metas más realistas para sí misma que incluían la finalización de sus estudios de medicina tras el nacimiento del bebé. Estaba también pensando con más profundidad sobre la relación con sus padres. Había llegado a darse cuenta de que necesitaba tener una abierta charla con su madre para ser capaz de conseguir al mismo tiempo su apoyo y una distancia afectiva prudente de ella. La Sra. C habló de su deseo de volver a trabajar y la inevitable tensión que sentía de antemano. Dedicamos una parte de la sesión a ampliar la discusión sobre como guardar interiormente a su madre y a la vez aceptar que era diferente a ella, no solo la hija de su madre sino una adulta, una futura madre, que podía continuar por un camino distinto, por ejemplo el de una madre que trabaja fuera del hogar. Tras ello nos despedimos sin fijar nueva cita.

La Sra. C me escribió dos meses después de nacer su hijo. Me decía que se sentía bien y disfrutando enormemente de su chiquitín. Estaba pensando en retornar al trabajo en unos pocos meses. La relación con su madre había mejorado des-

pués del nacimiento; se sentía apoyada y confiada viendo que su madre estaba feliz de ser abuela, y estaba consiguiendo llevar su propia vida. Sentía que los encuentros que habíamos mantenido le habían ayudado a apreciar los grandes cambios emocionales que la maternidad conllevaba y a valorar la infancia y los cuidados que ella había recibido. “Me hizo más relajada como madre el pensar que la educación que me dieron mis padres no fue mala, y que yo no tenía que replantear todo lo que debería hacer cotidianamente por mi hijo”.

Pienso que el embarazo de la Sra. C hizo reaparecer aspectos no resueltos en la adolescencia de su identidad adulta y de la separación de su madre.

¿Estaba terminando sus estudios y teniendo un hijo como parte de la responsabilidad de adulta o era para agradecer a su madre? La breve intervención capacitó a la Sra. C para desenredar la imagen infantil (interna) de su madre, percibida como sin ocuparse de sí misma, pasando a una más realista, como de una abuela buena ayudando sin apropiarse. Este proceso de reconciliación “interna y externa” también significó que la Sra. C debía responsabilizarse del hecho de que deseara seguir un camino diferente, el de una madre trabajadora. Supuso al mismo tiempo que ella debía sacar provecho del reconocimiento de sus propias limitaciones, llegando a la conclusión de que aún no siendo brillante, era bastante buena. Todo ello yo creo que la ayudó a apreciar su educación bastante buena (como afirmaba en la carta), a internalizar selectivamente las cualidades que valoraba en su madre y descargarse de otros atributos no acordes a su personalidad.

LA PSICOTERAPIA EN EL EMBARAZO

Sugiero que el embarazo es un período evolutivo donde, en muchos casos, una intervención psicoterapéutica puede ser necesaria y beneficiosa.

Las investigaciones indican que muchos embarazos no están exentos de angustia y malestar.

Kuman y Robon (1984) encontraron una tasa aumentada de depresión neurótica en la fase inicial del embarazo y en el postparto. Un reciente estudio (1988) utilizando un cuestionario de Salud General muestra un 29% de casos en Londres, principalmente presentando depresión neurótica.

También los padres que esperan un hijo parecen más afectados. Dvenport y Adland (1982) informan de una incidencia mayor de crisis en el período perinatal en padres con historia de trastornos afectivos bipolares. Otros estudios sugieren una tasa mayor de depresión y ansiedad (Ballard et al 1994) o síntomas somáticos (Candon 1987).

En conjunto se ha escrito mucho sobre el impacto del embarazo y la necesidad de intervenciones psicoterapéuticas en la mujer embarazada.

En un artículo muy interesante R. Leef (1982) habla acerca de las necesidades psicoterapéuticas cara a la maternidad. Sugieren que “el propósito del embarazo no es únicamente crear un bebé sino, a la vez, producir una madre”. El autor postula que la capacidad de ser madre de un recién nacido es la evolución de un trabajo emocional logrado durante el embarazo.

El embarazo representa, por lo tanto, un período de preparación emocional y un ensayo para la maternidad.

R. Leef describe tres tareas psicológicas mayores que deben completarse durante el embarazo para que la madre sea capaz de desarrollar su identificación, consciente e inconscientemente, con la maternidad en preparación al nacimiento del bebé.

Estas son:

- a) Una fusión simbiótica con el feto en el período inicial del embarazo.

- b) Una progresiva diferenciación del self y el feto tras un breve período.
- c) Una gradual separación emocional de madre y bebé, culminando en la separación física al nacimiento.
- d) La mayoría de las mujeres alcanzan estos cambios madurativos de forma intuitiva, sacando de sus propias experiencias de ser cuidadas en el pasado y lo recibido del entorno inmediato.

Algunas mujeres no son capaces de lograr solas esta preparación. El profundo impacto emocional del nacimiento del bebé es, con frecuencia, experimentado como una perturbación de proporciones traumáticas que afecta el equilibrio de la mujer y la familia.

El autor ha identificado tres grupos de “problemáticas del embarazo”:

1. Conflictivo, donde el embarazo no es planificado, es inoportuno o impuesto (por ejemplo resultado de violación o incesto).
2. Complicado por acontecimientos vitales negativos, problemas físicos o socioeconómicos.
3. Sensibles emocionalmente, donde el embarazo es infra o sobre valorado debido a acontecimientos que afectan a la mujer o familiares cercanos (tales como pérdida perinatal, historia previa de infertilidad, muerte de la madre en la infancia, hermanos minusválidos, etc...) o debido a sus propias perturbaciones psicológicas.

Los casos de riesgo requieren intervenciones oportunas que pueden incluir un abanico de servicios y profesionales, tanto en el embarazo como en el puerperio. Para el propósito de este artículo me he centrado en las embarazadas sensibles emocionalmente, en las que creo que tempranas intervenciones psicoterapéuticas pueden ser de gran ayuda para resolver

o aliviar los factores de vulnerabilidad que pueden conducir a una descompensación puerperal como se ha descrito anteriormente.

Algunas mujeres presentan claras perturbaciones tales como paranoia, depresión, ataques de pánico, síntomas obsesivos. En otros casos alteraciones neuróticas que han permanecido ocultas son expresadas por medio de reacciones inapropiadas al embarazo tales como ansiedad excesiva en relación a la supervivencia del bebé, acerca del parto y el nacimiento, o quejas hipocondríacas o psicósomáticas (intensos vómitos, dolores). Finalmente otras mujeres pueden encontrarse bloqueadas en alguna fase del desarrollo psicológico durante el embarazo.

De las opciones posibles de tratamiento tales como psiquiátrico, apoyo comunitario, grupos de discusión, técnicas cognitivo-conductuales, etc... yo sugiero que la psicoterapia focal de corte psicoanalítico está particularmente indicada.

El objetivo es traer a la conciencia relaciones objetales y representaciones primitivas que han permanecido conflictualizadas y sin resolver. Como describía previamente hay una permeabilidad en los límites psicológicos entre consciente e inconsciente, estados mentales primitivos y adultos, experiencias pasadas y actuales, en el embarazo, que facilita la introspección y la elaboración. A la vez el estado íntimo de desequilibrio emocional y el límite temporal del proceso del embarazo son poderosos estímulos que ayudan a la resolución del conflicto y a la integración de los aspectos infantiles de la personalidad con los más maduros, de un modo relativamente rápido. Desde mi experiencia clínica los problemas no resueltos en relación a la madre y los duelos no elaborados (pérdidas de figuras significativas en el embarazo o pérdidas perinatales pasadas) son factores patogénicos poderosos que se encuentran comúnmente.

El embarazo de la Sra. A conmocionó su vida, durante largo tiempo defendida a la hora de afrontar problemas con su ambivalencia en relación a su propia madre, idealizada como la buena madre que había tenido, negando su propia hostilidad y vulnerabilidad infantil no resueltas.

La repentina muerte de un gemelo reabrió en la Sra. B el capítulo cerrado y secreto de la brusca pérdida de su padre en la temprana adolescencia.

La frágil sensación de la Sra. C de tener una identidad separada de su madre, como una mujer adulta y universitaria, se hizo patente por las demandas emocionales del embarazo.

Creo que intervenciones cortas y focalizadas en estos casos descritos mejoraron alguno de los problemas y ayudaron a las madres a vincularse con sus bebés de una forma más positiva. Las tres madres continuaban bien a los 3 y 6 meses de seguimiento.

Los efectos de la depresión maternal sobre la relación madre-bebé y sobre el desarrollo del niño han sido claramente demostrados (Murray-Stein 1991, Caghill et al 1986, Caplan et al 1989) así como su impacto sobre las relaciones de pareja y familiares.

Estudios clínicos (Hayman 1962, Pines 1982, Lester y Notman 1988, St. Andre 1993) indican que intervenciones tempranas en futuras madres o en el puerperio pueden prevenir descompensaciones, acelerar la recuperación y quizás conducir a cambios de personalidad más duraderos que tendrán consecuencias para el niño y la familia. Nuevas investigaciones son necesarias para confirmar estos hallazgos clínicos.

BIBLIOGRAFIA

- BIRBRING, G. (1959): "Some considerations of the psychological processes in pregnancy". "Psychoanalytic study of the child", 14; 131-132.
- BROWN, G & HARRIS, T. (1978): "The Social origins of depression". London: Tavistock Publications.
- KUMAN, R & ROBSON, K.M. (1984): "A prospective study of emotional disorders in child bearing women". "British Journal of Psychiatry", 144; 35-47.
- LOMAS, P. (1960): "Dread of envy as an aetiological factor in puerperal breakdown". "British journal of Medical Psychology", 33; 105-112.
- LOMAS, P. (1960) "Defensive organisation and puerperal breakdown". "British Journal of Medical Psychology", 33: 61-66.
- LUCAS, R. (1994): "Puerperal psychosis: vulnerability and aftermath". "Psychoanalytic Psychotherapy". Vol 8, N.º 3, 1994, 257-272.
- MAIN, T. (1958): "A fragment of mothering", in: "The Ailment and other psychoanalytic essays", Chapter 10: 157-167. Free Association Books, 1989.
- PAYKEL, E.S. EMMS, E. FLETCHER, J. et al (1980): "Life events and social support in puerperal depression". "British Journal of Psychiatry", 136: 339-346.
- PINES, D. (1972): "Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality". "British Journal of Medical Psychology", 45: 333-343.
- PINES, D. (1993): "A woman's unconscious use of her body". Virago Press.
- RAPHAEL-LEEF, J. (1991): "Psychological processes of childbearing". Chapman and Hall.
- ZACHARY, A. (1985): "A new look at the vulnerability of puerperal mothers". "Psychoanalytic Psychotherapy", Vol 1. N.º 3, 1985, 7-189.