

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS PSÍQUICOS DEL PUERPERIO Y DE SU REPERCUSIÓN SOBRE LAS FUNCIONES MATERNALES*

Concha Santos Castroviejo**

Aunque cada niño tiene ya desde su nacimiento unos rasgos que le pertenecen, y unas características propias que le distinguen de los demás y que le vienen dados tanto por su equipamiento genético, como por su herencia filogenética, sabemos también que en la escala animal, es el bebé humano, por su prematuridad biológica, es el ser que más largo tiempo necesita depender de su entorno para sobrevivir

Tras el parto, como si de una continuación de la vida intrauterina se tratara, el bebé tiene que ir pasando muy progresivamente de una situación de total dependencia, a la adquisición de su autonomía.

Es éste un proceso necesario no solamente para el desarrollo de sus órganos y sistemas todavía inmaduros, sino que es también fundamental para la estructuración y la organización de su funcionamiento psíquico, que en el momento de su nacimiento es aún embrionario.

Este entorno, necesario para que el bebé pueda ir organizando su psiquismo, está constituido por aquellas personas

*Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), celebrado en Salamanca del 8 al 11 de octubre de 1993, bajo el título "Prevención e intervención precoz en psicopatología infantil".

**Psiquiatra del Centro de Promoción de la Salud de Arganzuela. Madrid.

que van a ocuparse de alimentarlo, mirarlo, sonreírle, cambiarle los pañales, bañarlo, mimarlo, hablarle, cantarle, acunarlo, etc.

Estas funciones, que están reservadas generalmente a los padres, y más específicamente a la madre, son las funciones maternas, que además de las tareas de crianza, incluyen aquellas actitudes y cuidados capaces de despertar en el bebé, un interés y una curiosidad por descubrir su mundo y el mundo de los demás.

Parece prodigioso sin embargo, que en una desigualdad como la existente entre una madre desarrollada, adulta, capaz de reconocer sus deseos y de poner en palabras sus pensamientos, y un bebé indefenso, inmaduro, que apenas reacciona a sus sensaciones de placer y desagrado durmiéndose o agitándose, pueda lograrse una comunicación tan extraordinaria como las que va a establecerse entre ambos.

Para ello la madre va a necesitar también todo un proceso de adaptación en ella misma, que la haga capaz de acoplarse a las condiciones necesarias para que estos intercambios puedan producirse de forma fructífera. Cuando una mamá sabe “adivinar” las necesidades de su bebé, “entender” sus mensajes gestuales y responder a “sus deseos” (lo digo entre comillas porque la mamá no sabe lo que el bebé necesita, expresa o desea, sino que lo imagina, con unas referencias que son las suyas propias, y lo nombra con un lenguaje que aún no es el de su hijo), está invitando a su hijo a interesarse por ella. Es lógico que el bebé, seducido, satisfecho, responda a este interés.

Y es partiendo de todos estos intercambios y relaciones entre el lactante y su madre, cómo se van esbozando en el bebé de forma rudimentaria, emociones, afectos y deseos que van a dar origen a sus primeras representaciones mentales, que a su vez van a permitir la constitución de las fantasías.

Teniendo en cuenta la idea de Freud al hablarnos de las Series Complementarias es necesario matizar que, la mamá, o en su sentido amplio el entorno del bebé, no es el único factor determinante en el desarrollo del niño, pero señalaré que como objeto de amor para él, y también como indicadora de unos límites, y por tanto objeto de frustración, va a convertirse en pantalla de proyecciones e introyecciones, que sí son determinantes, y que por ello van sin duda a marcar las condiciones futuras del desarrollo de su personalidad y de su funcionamiento mental.

Considerando la inmadurez del ser humano a la que me refería al principio, y por tanto su dependencia del entorno para la consecución de su autonomía, quisiera subrayar que, no solamente en estos períodos precoces y en la pequeña infancia son importantes las aportaciones del exterior, sino que es fundamental favorecer como preventivistas, el adecuado ejercicio de las funciones parentales a lo largo de toda la edad evolutiva, hasta la finalización del período de la adolescencia, realizando así un importante trabajo de prevención de posteriores trastornos de aprendizaje, déficits, fallos estructurales más o menos graves, problemas afectivos que puedan condicionar seriamente sus relaciones con los otros.

En esta exposición intento abordar los trastornos psíquicos del puerperio, considerando toda la importancia requerida aquí por el estado de la madre, de la cual van a depender, en gran parte, la calidad de las funciones maternas, tanto más importantes cuanto más precozmente sean tenidas en cuenta.

EL PUERPERIO: DEFINICION, ENFOQUE CLASICO Y FORMAS CLINICAS DE LA DEPRESION PUERPERAL

Se conoce por puerperio, el período que transcurre desde el parto, hasta que los órganos genitales y sus funciones recuperen su estado previo. Su duración es variable según las ca-

racterísticas de la mujer, y las condiciones en las que se desarrolla el parto, pero suelen atribuírsele unos 40 días. Es una etapa que tiene riesgos y complicaciones frecuentes y propias, como fiebres, infecciones, flebitis, anemia, etc. Tiene también características específicas entre las que subrayo importantes reajustes hormonales que además de otras funciones conllevarán el establecimiento de la lactancia. Además es en este período cuando la mujer se confronta a la tarea de la maternidad y la realización de las funciones maternas solicitadas por su bebé.

El puerperio, incluyendo naturalmente en él la crianza del bebé en los primeros meses de vida, es la tercera y última fase, de un proceso único que abarca también el embarazo y el parto, y que en su conjunto constituye uno de esos períodos descritos por Erikson y Caplan como crisis evolutiva.

Ella implica una serie de reajustes necesarios para poder ir adaptándose a los cambios y modificaciones que van teniendo lugar no sólo en la vida de la mujer y de su pareja, sino en ella misma, en el interior de su cuerpo y en lo más profundo de su psiquismo.

Es probablemente, partiendo de las transformaciones corporales que suceden en el organismo de una mujer, que se despiertan en ella temores, ambivalencias, deseos, fantasías, etc., que la confrontan a su identidad sexual femenina, la manera como ha ido organizando sus relaciones sociales, la relación con su pareja, con sus padres, etc., lo que inevitablemente implica las relaciones inconscientes con sus objetos internos, con las imágenes parentales.

La complejidad de estas transformaciones y reajustes, suponen una mayor fragilidad no sólo física sino psíquica quedando el terreno de la vida emocional y afectiva más vulnerable.

Por ello, es fácil encontrar que aún en mujeres suficientemente equilibradas psíquicamente, se produzcan en éste perí-

odo manifestaciones emocionales o psicopatológicas que requieran atención especial, incluso a veces del especialista de salud mental.

Ligados al puerperio conocemos clásicamente trastornos psiquiátricos particularmente de tipo depresivo que pueden ser clasificados según la gravedad de sus manifestaciones en menores y mayores.

Los clasificaremos en cuatro cuadros:

- Depresión puerperal leve.
- Depresión puerperal menor.
- Depresión puerperal mayor.
- La Psicosis puerperal.

1. La depresión puerperal leve

Llamada también depresión del tercer día, o “Maternity Blues” por los anglosajones, es bastante frecuente. De carácter banal, la sufren entre un 50% y un 70% de las puérperas. Las manifestaciones de tipo depresivo aparecen el tercer día. La mujer se siente cansada, apenada, llora, está muy sensible a cualquier comentario, ansiosa, abatida, con dificultades para dormirse, tiene el sentimiento de no ser capaz de atender a su hijo. Es un cuadro pasajero que no comporta riesgos ni a corto ni a medio plazo, y remite en unas horas o en tres o cuatro días.

Suele relacionarse con la caída de las tasas de estrógeno y progesterona que coincide con ese momento.

Desde el punto de vista terapéutico, suele ser suficiente una actitud de apoyo del entorno.

2. La Depresión puerperal menor

Se trata de un cuadro depresivo que se va manifestando lentamente desde las primeras semanas y que puede durar de

dos a cuatro o cinco meses. El cuadro clínico es similar al descrito en la depresión puerperal leve: inseguridad, insomnio, anorexia, confusión, llanto, fatiga, ansiedad, sentimiento de incapacidad... pero en este caso por su persistencia suele entorpecer la función maternal y la relación conyugal.

Aunque es mucho menos frecuente, se estima que lo sufren un 10% de púerperas, y desde el punto de vista terapéutico es importante un abordaje psicoterapéutico.

3. La Depresión puerperal mayor

Comienza como la menor, de forma progresiva desde las primeras semanas y sus síntomas se manifiestan durante algunos meses. El cuadro clínico florido se manifiesta en torno al mes y medio o dos meses, como una depresión melancólica, con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo de su hijo y mucha ansiedad en relación al niño. Este cuadro puede comenzar también con una sintomatología maníaca, que posteriormente va tomando forma depresiva. Además de un tratamiento psicoterapéutico, esta forma de depresión necesita un tratamiento farmacológico sin excluir la hospitalización psiquiátrica en caso de riesgo de suicidio o infanticidio (filicidio).

Comentaré que en caso de hacerse necesario una hospitalización de la púerpera es aconsejable que pueda ingresar con su bebé.

También es importante tener en cuenta que todos los fármacos psicotrópicos pasan a la leche materna. Por ello en período de lactancia materna tendremos que valorar y elegir entre:

- a) Los efectos de los psicotrópicos sobre el bebé.
- b) Las consecuencias de no tratar farmacológicamente a la madre, lo que prolongaría sus dificultades de respuesta y de relación con el bebé, o bien,

- c) Sustituir la lactancia materna por la adaptada provisional o definitivamente.

4. La Psicosis puerperal

Se trata de una entidad clínica que, como la anterior, plantea una situación seria de alto riesgo.

Aparece bruscamente de manera más frecuente del tercer al décimo día después del parto, pero puede aparecer hasta el sexto mes.

Estos episodios se manifiestan por cambios bruscos de humor pasando de la tristeza a la euforia con agitación e ideas delirantes. La gravedad de este cuadro viene dada sobre todo por lo incontrolable de los cambios, que pueden desembocar con mayor riesgo que en el caso anterior en un suicidio o infanticidio. Es por ello necesaria una vigilancia y un tratamiento antipsicótico sedativo o incisivo según sea la actividad delirante. Este seguimiento es aconsejable que se realice preferiblemente en medio hospitalario y a ser posible con el bebé. El episodio tiene una duración breve, generalmente de unos días, pero es muy angustioso para los familiares de la enferma, siendo importante por ello un apoyo familiar. Pasado el brote agudo es necesario un seguimiento ambulatorio de la puerpera y/o de su familia según la vivencia que haya dejado en ellos la dramática experiencia que acaban de vivir.

FACTORES QUE ESTAN EN JUEGO EN LA DEPRESION PUERPERAL

Las investigaciones realizadas sobre los trastornos psíquicos en el postparto, han tratado de encontrar entre los muchos factores que concurren en este período, la causa y la explicación de los mismos:

- Se han hecho estudios en clínicas maternas y consultas obstétricas, analizado ingresos psiquiátricos, valorado grupos de preparación al parto y a la maternidad.
- Se han elaborado cuestionarios buscando relaciones con rasgos genéticos, hereditarios, antecedentes familiares o personales de historia psiquiátrica previa.
- Se han hecho pruebas de laboratorio.
- Se han analizado influencias socioculturales sobre el rol de la mujer en la maternidad.
- Se ha intentado correlacionar datos sociodemográficos como edad, situación social, actividad, estado civil, número de hijos, legítimos, ilegítimos, etc.
- Se han valorado factores variables asociados al desarrollo del parto o con el bebé, instrumentalización, prematuridad, sexo del bebé, etc.
- También se ha estudiado su relación con síntomas durante el embarazo y/o los ciclos menstruales.

Realmente los resultados aunque aportan algunos datos que debemos tener en cuenta, no han dado una visión clarificadora de este problema, al no haber podido ofrecer resultados significativos entre las variables estudiadas. En algunos casos estos resultados son incluso contradictorios.

Algunos psicoanalistas han hecho aportaciones importantes a la comprensión de estos problemas, buscando su explicación en las fantasías inconscientes que no han podido ser adecuadamente elaboradas.

De los factores generalmente tenidos en cuenta por todos los estudios resumiremos:

1. Factores ligados a cambios biológicos, fisiológicos y funcionales.
2. Factores ligados a vicisitudes del parto, al estado de salud del recién nacido, y a las características propias del bebé.

3. Factores ligados al entorno. Factores familiares, factores socioculturales.
4. Factores de índole psíquico y aspectos psicodinámicos.

1. Factores ligados a cambios biológicos, fisiológicos y funcionales.

Son bien conocidas las modificaciones hormonales que tienen lugar en el puerperio: descenso de estrógenos y progesterona cuya cifra mínima se acusa, al tercer día después del parto.

Es bastante sugestiva la hipótesis de una relación entre las diferencias de nivel de las cifras de progesterona al final del embarazo y al tercer día después del parto, y la aparición de síntomas depresivos en la puérpera, aunque parece dársele más valor al descenso brusco de estas cifras. Sin embargo esta hipótesis no explicaría los trastornos más tardíos.

Otros datos a valorar son: la fatiga, consecuencia del trabajo y del estrés del parto, de una posible anemia, de un importante cambio en el ritmo y el tiempo del sueño, de la lactancia, etc. Tampoco sabemos cuál es el correlato emocional del proceso de involución del organismo y ciertos órganos (útero, vientre, etc.).

Podemos considerar también las consecuencias de algunas limitaciones provocadas por los puntos de cesárea o episiotomía, posibles hemorroides, restricciones de alimentos o tabaco desaconsejables en la lactancia y privaciones en la relación sexual, etc.

2. Factores ligados a vicisitudes del parto, al estado de salud del recién nacido y a las características propias del bebé.

Aunque algunos estudios no hayan establecido relaciones significativas entre trastornos emocionales de la puérpera, y

factores ligados al desarrollo del parto o al estado del recién nacido, aparece sin embargo un mayor número de mujeres afectadas, por incidencias en el paritorio que hayan derivado en intervenciones no previstas, como anestesia, cesárea, etc.

El nacimiento de un niño muerto, supone un trauma serio que precisa una ayuda psicológica. También el nacimiento de un prematuro, o un recién nacido con depresión de funciones vitales (Apgar: menor o igual que 6 a los 5 minutos) que necesite incubadora o atenciones médicas especiales, un niño con enfermedades genéticas (síndrome de Down), un niño con rasgos dismórficos de los llamados por los pediatras “niño feo”, o bien malformaciones congénitas visibles como labio leporino, etc., etc.

En la respuesta materna influyen además las características propias del recién nacido, en la medida en que sus estímulos, su actividad, sus rasgos cubran o defrauden las expectativas maternas en esos primeros contactos entre ambos. Levobici habla de la desesperación de las madres con el llanto del bebé y sus dificultades para ser consolado.

3. Factores ligados al entorno. Factores familiares. Factores socioculturales

Las adaptaciones al bebé que va a venir, movilizan a la vez varios aspectos: la vivienda y el espacio físico de la pareja, las relaciones con las familias de origen de cada uno de los padres, la vida laboral, las amistades, etc.

Mantener un equilibrio en todo este proceso, resulta a menudo una tarea psíquica compleja, que obliga a la mujer a precisar poco a poco su identidad, tomando conciencia de sus límites, aceptando renunciaciones, asumiendo responsabilidades nuevas a las que no había tenido que confrontarse anteriormente.

Esta tarea, junto a los cambios personales que en la mujer están teniendo lugar, nos ayuda a comprender su particular sensibilidad a lo largo del embarazo y parto, sensibilidad que se incrementa después de dar a luz.

Por eso es tan importante la actitud que ella percibe en los cuidados del personal sanitario hacia ella y su bebé. Tal vez por su particular vulnerabilidad, suele retener de su estancia en la Maternidad, huellas muy claras, como recuerdos de frases, gestos, preguntas o comentarios que han despertado en ella inquietudes, culpas, heridas narcisistas, que tiñen sus emociones marcando la relación con su bebé.

Del mismo modo está también muy pendiente de las manifestaciones mostradas por las personas de su entorno significativo particularmente su marido, pero también de forma muy importante sus padres y suegros quienes con sus comentarios, su apoyo, presencia o ausencia, reavivan o apaciguan en ella temores, ilusiones o deseos.

También y aunque muy brevemente mencionaré los trabajos que analizan el papel social de la mujer y su repercusión en la maternidad, trabajos que consideran las diferencias históricas y culturales de la mujer respecto al hombre, la discriminación social de las tareas y desvalorización de las “femeninas” frente a las “masculinas”, etc. Esta carga peyorativa hacia las tareas de la mujer, que en este período de la maternidad la implican particularmente, pondrían de relieve entre otras cosas, la insatisfacción y las vivencias depresivas de la mujer en el puerperio.

4. Factores de índole psíquico y aspectos psicodinámicos

Es indudable que el hecho de considerar esta experiencia para la mujer, como un período en el que se producen tantos cambios, introduce tantas variables que no ofrece dudas afir-

mar que en los trastornos emocionales de la puérpera influyen factores de muy diversa naturaleza, que se interrelacionan entre sí entorpeciendo o favoreciendo la evolución de esta crisis.

Sin embargo al reflexionar sobre todas estas causas tan rápidamente esbozadas, así como sobre los casos que he podido estudiar con más detalle, tanto en mi experiencia de consulta de niños, como con las madres preparadas al “Programa Materno Infantil” en el Centro de Promoción de la Salud donde trabajo en Madrid, encuentro muchas veces explicaciones suficientemente válidas de estos trastornos en razones de naturaleza psíquica. Pondré un ejemplo: cuando el hijo es deseado y buscado, como fruto de un proyecto compartido en la pareja, que goza de la experiencia de una sexualidad satisfactoria, en la que se puede sentir la generosidad de dar y el placer de recibir; cuando los miembros de esta pareja han podido molestar, atacar a sus padres en su período adolescente, y han podido después reconciliarse con ellos, admitiendo sus diferencias; cuando por último estos futuros padres, esta futura madre puede disfrutar preparando su maternidad, significaría todo ello que a lo largo de su desarrollo habría podido ir resolviendo y elaborando adecuadamente los conflictos psíquicos propios de las diferentes fases de la evolución pregenital, y de su neurosis infantil. Esta madre y este padre parecen haber logrado interiorizar su identidad sexual psicológica y afirmar su autonomía. La fortaleza y solidez de su bagaje psíquico no les evitará conflictos ni crisis, pero parecen estar suficientemente capacitados para resolverlos sin desorganizarse o descompensarse.

Abundando en ello podemos pensar que factores como una edad temprana o tardía de un embarazo, un hijo no deseado, o sobreinvertido, buscado para dejar a los padres, casarse, unir la pareja, evitar un duelo, remediar problemas, apoyar a uno de los padres, o excluir a uno de los padres, satisfacer a un hermanito, reivindicar la feminidad, etc., etc., suelen indicar problemas psíquicos que si no se manifiestan en estos pe-

ríodos, con frecuencia los vemos más tarde en la consulta para el hijo. Por tanto cuanto más favorables sean estas múltiples circunstancias más adecuadamente podrá la mujer superar las dificultades de este período.

Desde el punto de vista psicodinámico hay también muchos elementos en juego. La mujer embarazada está confrontada a una doble identificación: a su madre, como madre que va a ser, y a su hijo como niña y bebé que ha sido. Es la confrontación a sus identidades secundaria y primaria. Su embarazo es sin duda un éxito, y el tan deseado logro de tener, como su madre, un hijo. Logro que puede reavivar culpas de antiguos deseos de apropiarse de las cosas buenas que no le pertenecían. Entre ellas queda al descubierto la sexualidad, reservada a los padres, prohibida y considerada sucia para ella, que despierta ambivalentes sentimientos: asco, culpa, vergüenza, curiosidad, envidia, etc.

También quedan al descubierto las fantasías de escena primaria y la vivencia de ser excluida de ella provocando pena, rabia, celos, sentimientos de rivalidad, etc.

Otras fantasías que no es posible abordar ahora, como las que esconden los deseos incestuosos edipianos, las que despiertan las diferencias de sexo en la infancia, etc., tienen su terreno abonado en este período.

Las fantasías que sostienen estos sentimientos, son exteriorizadas por el niño en el juego, vividas en sueños y cuentos, escenificadas en las relaciones con sus compañeros, simbolizadas en sus síntomas, etc. Son en su conjunto el núcleo de la neurosis infantil de la que hablan Levobici y Diatkine. Neurosis infantil que acallada con el desarrollo, se despierta con el embarazo y la llegada del bebé, actualizando en la mujer sentimientos y vivencias de antaño.

Pero hablaba antes también de la identificación de la madre al bebé, como niña que ella fue.

Es sabido que la embarazada hace una regresión, que a la vez que la protege del exceso de excitaciones que se despiertan en ella, como antes esbozaba, le ayuda a investir a su bebé, pensar en él, imaginarlo, fantasearlo. La embarazada va creando así una relación muy estrecha con su bebé imaginario, el bebé que se está haciendo en ella, que es parte suya. Lo colma de atributos, deposita en él sus ilusiones, repara con él sus fallas, realiza sus proyectos, etc. Lo que al principio del embarazo había despertado tantas inquietudes, va poco a poco convirtiéndose en una relación idílica con su hijo hasta alcanzar un sentimiento de plenitud.

Los deseos de una relación fusional son ahora posibles, en esa convivencia de dos en uno.

Pero el parto viene a deshacer ese idilio, al permitir a la madre tener a su bebé real con ella, fuera de ella. Y junto a la alegría de ver coronados sus deseos, aparecen aquí dos elementos que sin duda influyen en las vivencias de la mujer.

Por un lado la sensación de haber perdido algo que hacía parte de sí misma, y que, al salir afuera, deja su vientre vacío. Aunque su bebé está con ella, no está ya en ella, rompiendo así esa fantasía fusional y dejándole la tristeza de un vacío. Por otro lado la madre tiene en esos momentos que adaptar el bebé de sus fantasías a su bebé real, lo que supone recoger sus proyecciones, renunciar a la omnipotencia narcisista y aceptar la relación dual, y triangular. Es todo el proceso que tras la des-simbiotización va a llevar a la madre a vivencias de separación-individuación que ponen en juego su identidad primaria y también la secundaria.

Ilustraré con dos ejemplos recientes alguno de estos aspectos:

Hace unos días una madre que en su embarazo se complacía visiblemente mostrando su vientre, tuvo que hacer frente a las dos horas de dar a luz, a la separación de su hijo tras-

ladado a cuidados intensivos por una neumonía. Me decía en su depresión: “Es que yo me quedé sola. Yo al niño ahora lo necesito”. Esta madre estaba expresando toda su dificultad para poder elaborar sus procesos de separación y sus primeras identidades, al faltarle su bebé real, apoyo necesario para poder salir de su fantasía fusional, al no poder verse reflejada en él como objeto narcisista, y objeto de sus proyecciones.

En otra ocasión, al preguntar a una madre que vino a consulta porque su hijo de tres años y medio aún no decía más que cuatro o cinco palabras cómo se había sentido después de tener al niño, me decía: “Estuve bastante tiempo con la depresión esa que te da cuando ves que el niño ya no es tuyo, que ya es de todos”.

UN MODELO DE ATENCION Y PREVENCION DE LOS PROBLEMAS PSIQUICOS DEL PUERPERIO

He mencionado antes algunas de las indicaciones terapéuticas a tener en cuenta cuando la puérpera atraviesa dificultades psíquicas. Sin embargo, muchos de los casos que necesitarían una ayuda, no son fácilmente detectados, excepto cuando sus manifestaciones clínicas son muy llamativas, o necesitan hospitalización.

El abandono de la mujer a sus sufrimientos y la falta de apoyo psicológico en esos momentos, tiene indudables repercusiones sobre la capacidad de atender y ocuparse de su bebé, de desarrollar sus funciones maternas. Esto, a la vez confirma sus sentimientos de incapacidad, aumentando su insatisfacción, lo que entretiene y alarga el círculo cerrado de sufrimiento en la mujer.

Si es difícil diagnosticar estos cuadros, es en parte debido a deficiencias del sistema sanitario, como la escasa cobertura psicológica ofrecida a la mujer en el embarazo, parto y puerperio entre otras razones por la escasez de profesionales. Pe-

ro además también, porque sus síntomas, al aparecer de forma insidiosa y frecuentemente ser vividos con vergüenza y culpa, la mujer suele atribuirlos a las consecuencias del cansancio, falta de sueño, cambio de vida, etc. “Eso ya se te pasará” o “Tómate unas vitaminas” son ejemplos de frases que pretendiendo animar a la madre depresiva, la van conformando con su pena.

Mi impresión compartida con otros compañeros que dedicamos un tiempo de nuestra profesión a un trabajo preventivo con las parejas que vienen al Programa Materno Infantil es que por un lado vemos en las mujeres que han participado, una menor proporción de trastornos graves en el puerperio, y que además estas mujeres, o sus parejas, solicitan más fácilmente la consulta de salud mental cuando tienen problemas.

Por la importancia que doy a estos aspectos expondré brevemente el contenido del Programa Materno Infantil como lo realizamos en el Centro de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Madrid, en el distrito de Arganzuela desde 1987.

Va dirigido a la población general que vive o trabaja en el distrito.

Concebido como un trabajo interdisciplinario lo desarrollamos: un profesional de salud mental, una matrona o enfermera, una trabajadora social y una pediatra.

Se lleva a cabo con grupos de parejas, constituidas por fechas probables de parto (FPP), y se desarrolla en dos ciclos: uno antes del parto y otro después de dar a luz.

La trabajadora social organiza los grupos con mujeres de 30 a 35 semanas de embarazo (octavo o noveno mes) quedando entre la primera y la última unas 5 ó 6 semanas de diferencia en sus fechas probables de parto. Ella se encarga de informar telefónicamente de las actividades del programa, al convocar a cada pareja que lo solicita a una entrevista previa.

El ciclo preparto, iniciado con esa entrevista, consta de un trabajo en grupo: un día por semana, al que dedicamos algo

más de dos horas de duración a lo largo de cinco semanas seguidas. La primera hora y media se destina cada día a una charla informativa o película y va seguida de una discusión-co- loquio con las parejas. La otra media hora está dedicada a aprender y realizar los ejercicios y respiraciones preparatorias al parto, y hacer una relajación, todo ello con las parejas.

La entrevista inicial individualizada con cada pareja, la rea- lizamos conjuntamente la matrona o enfermera y el profesional de salud mental que se harán cargo de ese grupo. Suele durar poco más de una hora, y recoge una serie de datos de la his- toria gineco-obstétrica de la mujer, así como datos sociales, familiares y personales de la pareja. Orientada a detectar fac- tores de riesgo bio-psicosocial, conocer el deseo del embara- zo, su evolución, el funcionamiento de la pareja, los proyectos de organización con el bebé y otros posibles hijos, etc., con- lleva a veces alguna intervención preventiva u orientativa, y aunque de forma general se aprovecha para ofertar la consul- ta de salud mental, en ocasiones se concierta ya una cita en ese momento.

Antes de comenzar las charlas, hacemos una sesión con la pediatra para recordar los casos y valorar el abordaje y mane- jo de los factores de riesgo en ese grupo.

En todas las charlas, estamos siempre presentes las dos personas que hemos entrevistado a las parejas, incorporándo- se el cuarto día la trabajadora social y el quinto la pediatra, que asiste unos minutos el primer día para presentarse al grupo y explicar personalmente sus funciones en el programa.

Los contenidos de las charlas abordan los aspectos de la concepción, desarrollo del embarazo, los derechos y aspectos legales de la situación laboral en el embarazo y puerperio, la dinámica del parto, el puerperio, las primeras atenciones y cui- dados al recién nacido. Existe ya una compenetración y una dinámica muy interesante en este abordaje conjunto entre la matrona o enfermera y el profesional de salud mental, dinámi-

ca que invita al grupo a plantear dudas, temores, fantasías, etc. que a lo largo del ciclo tratamos de encauzar y aclarar.

La respiración y relajación a las que aconsejamos venir también a las parejas, son llevados por la enfermera o matrona de ese grupo.

Cuando ha nacido el niño o niña, la pareja nos llama para contarnos como han ido las cosas. Se les da una cita con la pediatra haciéndolo coincidir con el décimo día de vida del niño, para, al tiempo que se realizan las pruebas metabólicas obligatorias, la pediatra realice el primer examen de salud del recién nacido.

En la cita con la pediatra, está prevista la presencia del responsable de salud mental del grupo. Se valora de forma global la estancia en la Maternidad, el desarrollo del parto, la puesta al pecho del bebé, el estado de la madre, sus preocupaciones, la evolución del puerperio, las interrelaciones entre la pareja y con el bebé, la participación de las familias, la forma de manejar al bebé, etc.

Del mismo modo que en la entrevista del parto, en esta entrevista puede valorarse la conveniencia de una intervención inmediata de salud mental, o un seguimiento atento a través del pediatra, que nos derivaría el caso en el momento estimado por ella más indicado.

Una vez que todas las mujeres han dado a luz, comenzamos el segundo ciclo, el postparto, que consta de tres charlas con el grupo. Le dedicamos también unas dos horas cada día, un día por semana, tres semanas seguidas. Organizamos una improvisada guardería (unas sábanas de camilla sobre una o dos colchonetas de relajación), para que los padres puedan presentar a sus bebés en sociedad, tenerlos con ellos y atender a las charlas.

La tercera charla, enteramente dedicada a los cuidados contraceptivos, lo maneja a solas la matrona, ofertándoles ya

el seguimiento del Programa de Planificación Familiar del Centro. En las otras dos charlas estamos los dos profesionales de referencia y la pediatra. Esta se ocupa de abordar los temas relacionados con cuidados, alimentación, vacunas, fiebres, catarros, cólicos, etc., frecuentes en los primeros meses de vida del niño. Estas nociones sirven de base al trabajo que la pediatra hará con los padres y el niño a lo largo de los exámenes de salud, programados hasta los cinco años de vida.

La otra charla corre a cargo del profesional de salud mental, y pretende sensibilizar a los padres a la importancia de las funciones parentales, prepararles a la comprensión de los avatares del desarrollo psicológico del niño, y aproximarlos a separar sus propias vivencias en ese juego de identificaciones y proyecciones con su hijo, al que van a estar confrontados en las diferentes etapas de su desarrollo. Todo ello con vistas a que puedan permitir y tolerar la individuación y autonomía de sus hijos.

Hay naturalmente otros muchos aspectos tratados en la charla, como las relaciones con otros hijos, etc., etc., que los límites de esta exposición hacen imposible describir.

EN RESUMEN:

Al preguntarnos sobre la acción preventivo-terapéutica de estos programas sobre las parejas y la mujer embarazada podríamos valorar cuatro aspectos:

- La importancia de tener una información detallada, seria, fiable sobre todos los pasos que van a ir dando. Esto les permite conocer, preguntar, aclarar dudas, deshacer prejuicios, saber qué hacer, pensar posibilidades no imaginadas y prepararse a ellas, lo que aporta tranquilidad y seguridad a las parejas, y recursos para resolver imprevistos.
- La posibilidad de expresar inquietudes y temores movili- zados por el embarazo, que al poder ser compartidos en

el grupo, permite vivirlas de forma no vergonzosa ni culpabilizante. Además las intervenciones de salud mental recogen del grupo ciertos aspectos generales que permitan mirar a la infancia donde cada padre y cada madre puedan buscar en su historia, recordar, relacionar cosas, fantasear... abriendo así posibilidades elaborativas.

- El seguimiento de estas parejas en varios servicios del Centro (Planificación Familiar, Pediatría), supone condiciones muy favorables para valorar precozmente tanto la aparición de manifestaciones en la mujer, como problemas en el desarrollo psicomotor y de evolución en el niño, facilitando así la intervención terapéutica adecuada.
- El conjunto de todo ello tiene un efecto de "Holding" y de "Maternage", muy importante desde el punto de vista preventivo, para los futuros padres, por lo que supone como aporte a los investimentos narcisistas necesarios a la madre en ese período.

Terminaré mostrando una situación clínica:

A las siete semanas de dar a luz un hermoso niño, al que está amamantando, la Sra. C hace una descompensación maníaca con agitación, confusión, ideas delirantes, etc.

Atendida en urgencias la ingresan con tratamiento neuroléptico en un centro psiquiátrico. Rápidamente cae en un estado depresivo, con ideas delirantes de robo, negación de tener un hijo, negativa a ver a su marido, etc.

Su cuadro remite con tratamiento neuroléptico y es dada de alta a las dos semanas. Es una psicosis puerperal. La única en los 341 casos seguidos en nuestro programa hasta ese momento.

Ocho meses antes, embarazada de tres meses, la Sra. C. viene por primera vez a mi consulta, derivada por su médico general por gran ansiedad. 25 años, soltera, vive independiente; diplomada en Jardín de Infancia, trabaja a gusto en su profesión.

En un juego amoroso con su novio, sin penetración, la paciente queda embarazada.

De acuerdo los dos en seguir el embarazo, que, en la primera consulta está en su tercer mes, ella viene reivindicando un certificado médico que confirme su virginidad, antes de permitirse sus primeras relaciones sexuales completas, exigiendo también un cariotipo de su pareja e hijo “por si en el futuro lo necesitara”.

Sin antecedentes previos, a los 18 años decide dejar a su familia para estudiar en la Universidad en otra ciudad. Dos meses después es hospitalizada y diagnosticada de Psicosis Maníaco-Depresiva. Desde entonces sigue un tratamiento con sales de Litio, hasta un año antes de consultarme.

Una descompensación era previsible.

La Sra. C. había logrado en su infancia devolver a sus padres la ilusión de un hijo varón, al incorporar como propios los deseos frustrados de éstos por no haber sido ella el niño varón esperado. Su desarrollo puberal tardío y conflictivo, pone en evidencia un cuerpo femenino anteriormente rechazado, a la vez que la confronta a sus ambivalentes y frágiles deseos de autonomía. Su incapacidad de elaborar psíquicamente estos conflictos en relación a su identidad, la maneja actuando la separación física: se va a estudiar fuera. Pero su descompensación la devuelve a sus padres. La Sra. C. hará un segundo intento de autonomía, 2 años después marchándose a Madrid donde durante casi 5 años va organizándose y manteniendo, un equilibrio que le permite funcionar aceptablemente con ayuda de una medicación que representa sin duda unos cuidados maternos y un vínculo con sus padres. Es cuando ella empieza a interesarse por los chicos, un año antes de quedarse embarazada, que decide dejar sus sales de Litio. Y este nuevo intento de autonomía, de diferenciación de sus padres, de despegamiento de sus cuidados va a saldarse con un embarazo, que la descompensaría psíquicamente, la lleva a buscar

de nuevo refugio en sus padres. Pondrá así a su novio en una situación difícil por su ambivalencia entre aceptarlo yéndose con él, o rechazarlo yéndose con sus padres.

Un apoyo psicoterapéutico de la paciente, el seguimiento de su embarazo, y su integración en el Programa Materno Infantil, no han evitado su descompensación, pero han ayudado a contener una desorganización seria de su personalidad, permitiéndole aceptar una vida de pareja independiente de sus padres, una sexualidad satisfactoria, y, progresivamente tras su hospitalización, hacerse cargo de su niño, teniendo con él una relación muy adecuada. Ella ha venido los tres primeros años a sus sesiones casi siempre con el niño, que dentro de unos días va a cumplir cuatro años. Recuerdo que sólo dos meses después de su hospitalización y todavía con tratamiento neuroléptico me decía en una sesión: “¿Qué le habrá pasado a mi letra que ha cambiado? Antes escribía diferente. Tenía unos rasgos más fuertes, más agresivos, más viriles... no sé cómo... y ahora no me sale eso, ya no es igual, es una letra más redonda, y la firma tampoco es la misma... no se que habrá pasado...”.

Actualmente la veo cada dos o tres meses. Desde hace dos años no necesita ninguna medicación. Está haciendo una evolución muy adecuada. Va realizando un trabajo psíquico de elaboración de las fantasías de omnipotencia, la problemática de castración, etc., lo que en su vida diaria le ha permitido admitir su relación de pareja, pudiendo hace pocos meses mostrarme con satisfacción su alianza de casada tras celebrar su boda. Boda que al principio del embarazo al no poder asumirla, había anulado precipitadamente.

También tras muchas ambivalencias en sus deseos de tener más hijos (entre otras cosas por no arriesgarse a que fuera una niña), comienza a poder hablarme de sus deseos de tener también una hija, y decide pedir cita en el servicio de Planificación Familiar para asegurarse unas buenas condiciones para su segundo embarazo.

En su última sesión hace tres semanas me dice muy satisfecha que acaban ella y su marido de confirmar que está embarazada y que desea hacer de nuevo parte del Programa Materno Infantil del Centro.

Su hijo, un chaval listo, vivo, resuelto, expresivo, se desarrolla sin dificultades. Se ha integrado bien y ha disfrutado mucho en la guardería donde ella trabaja, y ahora acaba de comenzar la educación Pre-Escolar en otro colegio.

Diré finalmente como anécdota de esta última sesión que la paciente me comenta que desde hace unas semanas su hijo está muy mimoso y la sigue a todas partes, y añade “¿Usted cree que puede intuir ya algo de una hermanita?”.

BIBLIOGRAFIA

- BAR DIN, A.: "La madre deprimida y el niño". Siglo XXI Editores, México. 1989.
- BENHAIM, M.: "Les troubles de la relation à la mère". Ed. Privat. 1992. Toulouse Cedex.
- LE BLANC, M.: "Comparaison du comportement de mères d'enfant à terme et de mères d'enfant prématuré lors d'une interaction avec leur bébé". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXII, 1/1989.
- BOWLBY, J.: "Avènement de la psychiatrie du développement". Devenir. Numéro spécial. J. Bowlby. Vol. 4 - 1992. Numéro 4. Ed. Es-hel. Paris et Ed. Médecine et Hygiène Genève.
- BRAZELTON, T. B., CRAMER, B.G.: "La relación más temprana". Ed. Paidos Ibérica, Barcelona 1.990 (y Ed. Paidos Buenos Aires).
- CABALEIRO L.F. Y ESCRIVA, A.: "Salud mental y grupos de prevención en el Programa Materno Infantil". Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia infantil. N.º 1, 1986. Revista de la SEPYPNA.
- CABALEIRO, L. F. : "Espacios para lo psíquico en el trabajo preventivo de un Programa Materno Infantil". Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia infantil. N.º 6, 1988. Revista de la SEPYPNA.
- CAPLAN, G.: "Principios de psicología preventiva". Ed. Paidos S.A., C. F. Buenos Aires. 1980.
- CAZAS, O.; DHOTE, A. Y OTROS: "L'hospitalisation de la mère et de son nourrisson dans un service de psychiatrie adulte". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXIII, 2/1990.
- CRAMER, B.; PALACIO-ESPASA, F.: "La pratique des psychothérapies mères - bébés". Presses universitaires de France. 1993.
- DECERF, A.: "Les interactions précoces de la mère et de l'enfant et la naissance de la vie psychique". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXX. 2/1.987.
- FERRARI, PIERRE; BOTBOL, MICHEL Y OTROS: "Etude Epidémiologique sur la dépression maternelle comme facteur de risque dans la survenue d'une psychose infantile précoce". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXIV. 1/1991.

- FREUD: XXII Conferencia de introducción al psicoanálisis 1916-1917.
- GUEDENEY, N.: "Les enfants de parents déprimés". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXII 1/1989.
- LAMOUR, MARTINE; LEBOVICI, SERGE: "Les interactions du nourrisson avec ses partenaires; évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXIV. 1/1991.
- LANGER, M.: "Maternidad y Sexo". Ed. Paidos. Buenos Aires. 4.^a reim-presión. 1980.
- LEBOVICI, S.: "Névrose infantile", névrose de transfert". Rev. Française Le Psychanalyse. 1979-80.
- LEBOVICI, S.: "Le nourrisson, la mère et le psychanalyste". Ed. Paidos. Centurión.
- LEBOVICI, S.: Le Psychanalyste et le développement des représentations mentales". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXIII. 2/1990.
- LEBOVICI, S.: "Attachement et Métapsychologie". Devenir. Numéro spécial J. Bowlby. L'attachement. Vol. 4 - 1.992. Numéro 4 - Ed. Eshel Paris et Ed. Médecine et Hygiène, Genève.
- LEMAITRE-SILLERE, V.; MEUNIER, A. Y OTROS: "Baby-Blues", depression du post-partum et perturbation des interactions mère-nourrisson dans les trois premiers mois de la vie". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXII. 1/1989.
- LOWENSTEIN, M. K.; FIELD, T.: "Les effets de la dépression maternelle sur les nourrissons". Devenir n.º 3 - Septembre 1990. Ed. Eshel Paris et Ed. Médecine et Hygiène. Genève.
- MAHLER, M.: Estudios 1. "Psicosis Infantiles y otros trabajos". 1984. Ed. Paidos. Buenos Aires - Barcelona - México.
- MAHLER, M.: Estudios 2. "Separación-Individuación". 1984. Ed. Paidos. Buenos Aires - Barcelona - México.
- MAHLER, M.: "El nacimiento psicológico del infante humano". Ed. Maryman, Buenos Aires. 1984.
- MAZET, P.; LEBOVICI, S.: "Autisme et psychoses de l'enfant". Presses Universitaires de France. 1990. París.
- MURUAGA, S.: "Análisis y prevención de la depresión postparto". Serie estudios 2. Ministerio de Cultura. Instituto de la Mujer.

- ROSENFELD, J.; KOROLITSLKI, E. Y OTROS: "Transformation, déformation, dysfonctionnement des interactions précoces". La psychiatrie de l'enfant. Vol. XXXIII. 2/1990.
- SALVATIERRA, V.: "Psicobiología del embarazo y sus trastornos". Ediciones Martín Roca. S.A. Serie Salud 2000.
- SANTOS CASTROVIEJO, C.: "Los trastornos psíquicos del puerperio". 1.º Congreso de Neuropsiquiatría y Salud Mental de Castilla La Mancha, Junio 1992. Ed. ELA. Grupo Aran. Lab. Beecham S.A. 1993. Madrid.
- SOIFER, R.: "Psicología del embarazo, parto y puerperio". Ed.:Kargie-man. 1.977. Buenos Aires.
- SOULE, M. y otros: "Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée". Les Editions ESF, 1980. París.
- STERN, D.: "Le monde interpersonnel du nourrisson". PUF. 1989.
- ZUMBRUNNEN, R.: "Psychiatrie de Liaison". Masson. París. Milán. Barcelona. Bonn. 1992.