

Impacto emocional del embarazo de alto riesgo¹

Manuel Torres Gutiérrez²

Resumen

En este artículo se revisa la evolución psicológica del embarazo normal, se examinan las cuatro etapas del proceso de duelo disparado por la noticia de un embarazo de alto riesgo o por el nacimiento de un niño con dificultades, se detalla el mecanismo psicológico principal utilizado por los padres en cada una de las etapas y se formulan recomendaciones para el manejo de las actitudes de los padres en esta situación.

Palabras clave: embarazo, embarazo de alto riesgo, duelo, padres.

Title: Emotional Impact of a High-Risk Pregnancy.

Abstract

In this article the author reviews the psychological evolution of a normal pregnancy. The four stages of the process of bereavement unleashed by the news of a high-risk pregnancy or by the birth of a child with difficulties are examined. The main psychological mechanism used by the parents in each one of these stages is described in detail. Finally, the author formulates recommendations for the management of the attitudes of parents in this situation.

Key words: *pregnancy, high-risk pregnancy, bereavement, parents.*

Para hablar del impacto emocional del embarazo de alto riesgo resultan convenientes algunas consideraciones sobre las características psicológicas del embarazo normal. Debo partir de dos afirmaciones esenciales casi obvias: la primera, que el embarazo es una situación

natural, resultado de la acción de un instinto básico y que resulta ser la culminación de la sexualidad adulta. De hecho, la madurez de una pareja suele estar señalada por la disposición y la capacidad para ser padres. La segunda, que casi todas las mujeres desean tener un

¹ Conferencia presentada en el Primer Congreso Internacional de Medicina Materno-Fetal. Bogotá, 6-18 de octubre de 2003.

² Médico psiquiatra, jefe Servicio de Salud Mental, Fundación Cardio-Infantil, Instituto de Cardiología. Correo electrónico: maantores@hotmail.com.

hijo. Las fantasías de las no embarazadas alrededor de la maternidad son casi universales. Todas las mujeres que ya la han vivido califican la experiencia como significativa e intensa. Casi todas ellas la perciben como un suceso grandioso y terrible, que las acerca a los misterios de la vida y de la muerte. Por la misma razón, todas experimentan ambivalencia frente al embarazo. Tienen intenso deseo de ser madres, pero temen a la experiencia o al resultado.

En el aspecto psicológico, el embarazo es el período durante el cual deben realizarse tareas de maduración emocional que preparan a la mujer para su futuro papel de madre. Esas tareas son esencialmente tres (1):

1. La aceptación del embarazo, es decir, la adaptación a los inevitables y progresivos cambios corporales y a las molestias físicas, así como la aceptación de la amenaza inexorable del parto con sus riesgos y su dolor.
2. La adaptación al papel materno, esto es, la aceptación definitiva de que existe un niño, que ese niño impondrá cambios en el rol personal y cambios en la pareja; la asignación al feto de una identidad, y la asunción de una actitud de protección y pertenencia.
3. El desarrollo de apego materno fetal, que puede describirse como el progreso de la inter-

acción psicológica de la madre con el feto, que se hace progresiva y permanente y que es la base de la futura relación afectiva con el niño.

El hecho de que estas tareas acompañen a un proceso normal no las hace automáticamente tareas psicológicas fáciles o exentas de patología. El estereotipo cultural nos las muestra como procesos felices, que ocurren tranquilamente y, en general, sin alteración. La realidad es bien distinta. Un embarazo, incluso el más normal, constituye una situación de estrés real. Utilizo de manera precisa la definición de estrés de Lazarus y Folkman: "Una relación entre la persona y su ambiente, que es evaluada por la persona como amenazante, que excede sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (2).

Más aún, si seguimos la clasificación de la intensidad de las situaciones estresantes, el embarazo normal corresponde a un grado de estrés elevado, que se comparte con eventos como la muerte de una persona amada, las pérdidas financieras importantes y las enfermedades e intervenciones quirúrgicas. Es sabido que una situación de estrés se acompaña de un estado emocional desagradable. Se recomienda llamarla *tensión emocional*, puesto que la misma situación puede provocar ansiedad, vergüenza, cólera y, a veces, hasta una emoción indefinible. Pero

la mayor parte de los autores aceptan que el estado emocional característico del estrés es la ansiedad.

El estrés del embarazo es debido, en gran parte, al presagio del parto, pero aceptar el embarazo implica no sólo asumir esa amenaza inevitable. Al margen del gran acontecimiento, ocurren muchos y pequeños sucesos breves, pequeñas exigencias y molestias que originan estrés por sí mismas: trastornos físicos que pueden causar inquietud, náuseas, vértigo, cambio del apetito o disuria; aumento de peso; deformación corporal; necesidad de acudir al médico y aceptar exploraciones y pruebas; obtención de ciertos papeles en la empresa de salud, etc. La gestación favorece esas pequeñas irritaciones que la escuela de Lazarus considera tal vez más importantes que los acontecimientos mayores para la producción del estrés.

¿En qué consiste la adaptación al papel materno?

La escuela psicoanalítica ha insistido en que el embarazo impone una crisis de maduración. Helen Deutsch sostiene, por ejemplo, que el embarazo “pone a la mujer cara a cara con la realidad, intensificando su percepción de la misma” (3). Esos “darse cuenta”, “hacerse cargo de la realidad”, “hacerse consciente” constituyen para la escuela psicoanalítica la característica más importante de la madurez.

Simultáneamente, con la maduración y precisamente para acceder a ella, la mujer gestante experimenta una regresión a las etapas tempranas de su desarrollo y conducta. La regresión es un mecanismo inconsciente de defensa del Yo. Se presenta en muchas otras circunstancias, en muchas otras crisis vitales, y desempeña una función de adaptación. Regresión significa el retorno del sujeto a etapas ya superadas de su desarrollo. En este caso, devuelve a la mujer a los conflictos del desarrollo infantil y puberal y, especialmente, a los problemas con su madre. En ello insiste exhaustivamente María Langer (4) en su libro *Maternidad y sexo*. Es decir, el modelo que la embarazada tiene ante sí es el de su propia madre. Paula Heiman sostiene que la gestación “es una preparación para la maternidad que incluye la repetición y la reactivación de los conflictos tempranos de la mujer con su propia madre” (5). La gestante debe admitir, rechazar o modificar el modelo materno. El proceso no es completamente consciente ni perfectamente racional.

Muchos otros investigadores no psicoanalistas han hecho observaciones parecidas. Las entrevistas a primigrávidas y a sus madres sugieren que la relación madre-hija es esencial para la adaptación de la gestante al papel materno. En general, los problemas de la hija gestante reflejan los de la madre, hasta el

punto de que se ha hablado de *transferencia generacional*. Con mayor precisión, diríamos entonces que el trabajo de identificación con la madre o de rechazo del modelo materno y la aceptación de la propia gestación se facilitan por el mecanismo de regresión, en el que la mujer se ve inconsciente e involuntariamente inmersa. La gestante se identifica con su propio hijo y revive las etapas de su propio desarrollo.

Para terminar la descripción de la crisis psicológica del embarazo normal, unas breves palabras sobre las características psicológicas de la parturienta. En términos de ansiedad, el parto constituye el acmé de la gestación. Tiene un carácter de inevitabilidad que obliga a una solución, esté dispuesta o no la mujer. Todos los médicos saben que durante el parto hay momentos de disociación de la conciencia, alteraciones de la percepción, pérdida de la capacidad de raciocinio y juicio crítico y perturbaciones del autocontrol. La individualidad y la autosuficiencia se reducen. La mujer se siente en una situación de emergencia y se vuelve como un niño pequeño. Pide ayuda del exterior y, en particular, necesita la colaboración de una figura materna. Se produce una nueva reactivación de los conflictos y de las conductas infantiles.

Muchas mujeres y todos los médicos confirman el carácter gozoso del dar a luz. Vale la pena no

confundir la situación de la mujer después el nacimiento, sobre todo de un hijo deseado y sano, con la situación que ella tiene durante el parto. El estrés del parto es el más intenso del embarazo. Es importante que la sociedad y la familia se preocupen por prestarle apoyo y rodearla de afecto y seguridad.

¿Cuál es la situación emocional en el embarazo de alto riesgo?

El amor materno, como lo conocemos hoy, es un descubrimiento de finales del siglo XVIII. Antes de esa época ni la sociedad ni la familia protegían la vida del niño que estaba por nacer. Tener hijos era un asunto del destino. La multiparidad era la norma social. Las familias eran numerosas en miembros y extensas en vínculos, y casi todas las mujeres de edad media habían pasado por la experiencia de perder uno o varios hijos en el proceso del embarazo y del parto. No dudamos de su dolor, pero la muerte durante el proceso era tenida en mente como una contingencia cierta, sujeta a "la voluntad de Dios". Y las parejas parecían mejor dispuestas aceptarla con sentimientos de resignación y pasividad.

La sociedad urbana del siglo XXI no sólo está muy unida a la tecnología, sino que está sumamente *medicalizada*. Asistimos a la intervención de todos los procesos vitales y de todo el proceso reproductivo. La obs-

tetricia moderna ofrece fertilidad asistida y control casi perfecto de la fecundidad, vigilancia total del embarazo y parto programado. Nos enorgullecemos de nuestra capacidad para el diagnóstico precoz de muchas de las condiciones maternas y para el diagnóstico prenatal del estado fetal. La intervención médica permite hoy la sobrevivencia de fetos de muy escasa edad y la corrección quirúrgica de muchas malformaciones congénitas, aspectos que dan una esperanza de vida aceptable a niños antes condenados.

Los progresos han provocado enormes cambios en la relación madre-hijo: el embarazo suele ser planeado, es decir, buscado de forma deliberada y consciente por los padres. Su curso se confía a la vigilancia médica mensual. Cada signo de alarma tiene una respuesta en la medicina. El parto es un proceso tan confiablemente controlado que algunos padres lo planean y hasta solicitan su filmación. El puerperio inmediato se vive como un período seguro.

No es raro que los padres se sientan con el derecho a esperar y a exigir la mayor precisión del sistema de salud, de manera que se les garantice —se les dé la seguridad— que el proceso empezado terminará felizmente. La pérdida de un embarazo, el diagnóstico precoz de una situación desfavorable insoluble o la muerte del recién nacido se viven como una tragedia sin equi-

valentes, y seguramente provocan reacciones psicológicas muchísimo más intensas que antes.

Las parejas que se enfrentan a la expectativa de dar a luz en medio de dificultades médicas, de tener un hijo con malformaciones o con reducidas posibilidades de vida y de desarrollo experimentan una ruptura del proceso psicológico normal del embarazo. El curso natural se ve reemplazado por otro, una secuencia de reacciones emocionales que agrupamos bajo el rótulo común de *reacciones de duelo*. Pero esto rara vez ocurre de manera sencilla y clara. La mayoría de las veces se produce una mezcla entre los dos procesos y el resultado final depende mucho del período en el cual se recibe la noticia, de la naturaleza de las dificultades mismas (es decir, de su pronóstico), de la historia y el grado de ajuste de la pareja y de la personalidad de los padres.

El duelo es un período normal para cualquiera que sufra una pérdida emocional significativa (6). Es un proceso indispensable de adaptación a la pérdida. Si sus etapas no son vividas adecuadamente, si los sentimientos no son expresados, si la angustia es ocultada y la tristeza no es consolada, si la culpa evoluciona en silencio, es mucho más frecuente que se presenten complicaciones psiquiátricas posteriores (en particular, depresión prolongada y enfermedades psicósomáticas).

Las variaciones del cuadro clínico o de las manifestaciones son tan numerosas como los pacientes. La amenaza de aborto sorprende de manera distinta a la mujer joven, primigestante, casada, que ha recorrido rápidamente y con entusiasmo el camino de aceptación de su papel, que a la adolescente soltera que enfrenta un embarazo no deseado, en medio de la hostilidad de su familia y tiene buenos motivos para desear la muerte del hijo en curso. En ella, probablemente, las reacciones psicológicas inmediatas no sean tan dramáticas, pero las consecuencias a mediano plazo (ideas de culpa intensas, autodesprecio y conducta autoagresiva y una franca depresión posterior) pueden ser catastróficas.

El diagnóstico precoz de las malformaciones evidencia cuánto puede cambiar la situación dependiendo del momento del diagnóstico. Los estudios que reflejan las diferencias psicológicas entre padres a los cuales se entregó un diagnóstico falso negativo para síndrome de Down con respecto a parejas a las cuales no se ofreció la posibilidad del diagnóstico prenatal o que declinaron la oportunidad de realizar esa prueba (7) nos revela que los primeros, los padres del grupo que recibió una noticia falsamente negativa, se mostraban más ansiosos, más culpables y tenían más frecuentemente actitudes negativas hacia sus niños. Y, algo nada sorprendente, tenían más rabia y esa rabia estaba dirigida con-

tra los médicos y contra el sistema de salud. Los estudios sobre actitudes de los padres ante otros diagnósticos prenatales ominosos muestran resultados semejantes (8).

El tema de las malformaciones ha sido ampliamente investigado por los equipos de salud mental. Los estudios exploran el proceso psicológico de los padres desde el diagnóstico hasta la decisión de terminar el embarazo y señalan la ambivalencia que acompaña a la decisión, así como la generación de fuertes sentimientos de culpa cuando la toman y la actitud ambivalente, si no francamente negativa, ante el hijo cuando —voluntariamente, o por obediencia a la ley o por su código religioso— permiten su nacimiento. Pero, desde luego, es muy distinto el proceso si la decisión debe ser tomada en los primeros meses, que sobre el segundo trimestre, cuando la madre ya ha realizado la tarea de asumir el rol materno.

Es completamente distinta la situación si la malformación diagnosticada es visible —como un paladar hendido complicado con labio leporino— que si se trata de una malformación interior, aun cuando ésta ponga en un riesgo aún mayor la vida del niño (9). Las madres estudiadas se sienten mejor dispuestas a enfrentar con amor las dificultades de un niño con una cardiopatía congénita que de un niño con deformidad física. Pero resulta evi-

dente que no se sienten autorizadas para expresar esta preferencia de manera pública.

El cuadro de duelo es mucho más claro cuando los padres evidencian el diagnóstico durante el parto, sobre todo, porque han tenido el tiempo suficiente para la elaboración de sus papeles y para el pleno desarrollo de sus fantasías de un niño perfecto a quien cuidar y con el cual corregir sus propias limitaciones y frustraciones. La presencia del hijo defectuoso o enfermo destruye de manera súbita esa fantasía y los precipita más claramente hacia la reacción de duelo, que es aún más intensa cuando el niño debe ser separado de la madre y llevado a una unidad de cuidados especiales, frecuentemente en un piso distinto o en un hospital diferente. Un duelo tiene cuatro etapas claramente diferenciadas (10):

- Negación.
- Rabia y rechazo.
- Depresión.
- Resolución del conflicto.

En la primera etapa, el proceso empieza inmediatamente con la 'mala' noticia, e interrumpe toda la elaboración psicológica normal en el punto en el que ella se encuentre. Para el observador su primer indicio suele ser una actitud de choque psicológico, que incluye conmoción, parálisis e incredulidad. La conmoción puede durar desde ho-

ras hasta días, y suele ser seguida del mecanismo de negación. Las personas parecen aturcidas y se sienten perplejas.

Durante el período de choque, diríase, hay una cierta escisión de la conciencia, porque los sentimientos están como 'embotados' y comprometida la percepción del transcurso del tiempo. Muchas mujeres actúan como si no entendieran las circunstancias que se están produciendo. De hecho, no entienden las explicaciones que les da su médico o el personal paramédico y luego, obviamente, no pueden recordarlas o las deforman de acuerdo con sus necesidades interiores. Éste es el momento en que se tipifica en la viñeta del obstetra que informa a los padres que el niño está "en malas condiciones" y que debe ser remitido a una unidad especializada y la madre le pregunta si el bebé saldrá de esa unidad a tiempo para irse a la casa con ella.

Algunas mujeres pueden recordar con absoluta precisión los eventos y hasta las palabras exactas usadas por el médico, pero refieren sentir las como si "no fuera con ellas". Algunos padres expresarán esta misma idea con frases como "esto no puede estar pasándonos". La negación (11), es decir, la actitud de desconocimiento de una situación evidente, es una respuesta psicológica que amortigua el impacto de la noticia, que les permite "tomar

aire”, organizar sus recursos internos y demorar la respuesta. El período es más o menos breve, de acuerdo con la inminencia de la amenaza o las necesidades de actuar frente a ella.

Cuando el evento médico lo permite, el período se prolonga por días o semanas. En el caso del diagnóstico prenatal ominoso, los padres pueden retraerse o no regresar a la consulta para evitar el dolor de aceptar la situación. O, incluso, pueden ir de médico en médico en búsqueda de uno que contradiga la predicción. Si son necesarias nuevas pruebas diagnósticas o si los márgenes de error de las pruebas utilizadas permiten la duda, sobre todo, si el médico apoya con su actitud las dudas de los padres, recurrirán a nuevos y nuevos exámenes, pruebas y esfuerzos, con la esperanza de que la realidad amenazante se esfume y pueda regresar la fantasía feliz.

Otro es el caso si la situación exige la toma de decisiones inmediatas. Ésta es la circunstancia cuando el recién nacido necesita reanimación y luego cuidados especiales. Entonces el mecanismo de negación se rompe y surge de manera abrupta la conciencia de realidad, acompañada de fuertes sentimientos de hostilidad, angustia, culpa y vergüenza. De nuevo, el predominio de uno o de otro de estos sentimientos depende tanto del período de desarrollo psicológico del embarazo en

curso como de la personalidad de los miembros de la pareja.

No es fácil dar indicaciones de manejo para el período de negación. Cuando el estado de perplejidad es tan evidente, el médico debería tener en cuenta que no debe dar explicaciones muy extensas y que, menos aún, resulta necesario o considerado que haga apreciaciones sobre las posibilidades futuras, los márgenes estadísticos de confiabilidad de los diagnósticos o que exhiba estadísticas acerca de las perspectivas de ‘estos niños’. En realidad, es preferible que ofrezca una explicación sencilla y asuma una actitud reposada y segura. No tiene sentido discutir con los padres conmocionados y es preferible citarlos para una nueva reunión (si se trata de un diagnóstico prenatal amenazante) o indicarles que debe ocuparse del tratamiento del niño (si el evento ocurre después del parto).

En la segunda fase, la rabia suele ser el sentimiento predominante. En general, es el resultado inmediato de la frustración de las ilusiones de los padres y de la vergüenza por su eventual participación en el defecto del hijo. Un dispositivo inconsciente, el mecanismo de proyección (11), dirige la rabia hacia otros y así protege al yo de ser abrumado por los sentimientos de culpa.

La hostilidad del padre, por ejemplo, puede estar dirigida con-

tra la vida misma, contra su esposa o contra el médico o el personal del servicio. Todos sabemos que no es imposible que alguno golpee o insulte a los miembros del equipo. Con frecuencia es posible ver a los dos padres culpándose mutuamente o a uno de ellos aprovechando los antecedentes familiares del otro o de su familia para descargar su ira. No es raro que se culpe al médico por errores supuestos o reales en el curso o en la atención del embarazo o del parto.

Ésta es una situación que suele ser difícil de enfrentar; por ello es una enorme tentación para el médico calificar a estos padres como 'difíciles'. Ciertamente lo son. Pero el resultado de esa categorización es el alejamiento afectivo del personal. No es infrecuente que el abandono sea total, que no sólo no se les ofrezca apoyo emocional, sino que la información que se les brinda sea incompleta, breve y descorazonadora. Abandonados a su angustia, los padres tendrán mejores argumentos para la proyección de su rabia.

Los psiquiatras y psicólogos sabemos que solamente cuando los sentimientos hostiles pueden ser expresados es posible el paso a la siguiente etapa del duelo. Pero no es fácil para el médico, en medio de la emergencia, asumir una actitud comprensiva. Y tampoco me parece humano pedírsela. Sin embargo, resulta deseable que pueda compren-

der y asumir una que no sea de enojo y alejamiento definitivos. En realidad, en ese momento, él es el único que puede apoyarlos y evitar con ello una actitud más difícil a largo plazo. A propósito, para el caso, no resulta útil el llamado de emergencia al psiquiatra de turno o al servicio de seguridad.

Culturalmente, es más frecuente que las madres expresen su rabia en forma de pánico. En el caso de la muerte neonatal y, sobre todo, ante la noticia de malformaciones, es posible que se nieguen a ver al niño. El personal debería estar entrenado para apoyarlas en el acercamiento al hijo y su indispensable visualización. Las fantasías sobre el mortinato nunca visto son siempre peores que la más frustrante de las realidades, y las perseguirán toda su vida. La mayoría de las mujeres expresa alivio después de verlos.

La tercera etapa, el período de depresión, suele ser más larga que las dos anteriores. Su mecanismo psicológico secreto es la introyección (11) de la culpa. Sus síntomas son los que caracterizan a cualquier otro tipo de depresión: llanto frecuente, tristeza, rumiación de ideas de culpa, aislamiento social, laconismo o mutismo, sensación de futuro inexistente, abandono de las otras responsabilidades, pérdida del interés en el entorno, síntomas somáticos diversos, anorexia e insomnio. Es éste el período de las preguntas:

¿por qué me sucedió a mí? ¿Qué estuvo mal? ¿Por qué Dios quiso esto? Generalmente se formulan en doloroso silencio y no tienen respuesta.

Si el duelo se dispara en el período posparto y el niño sobrevive, los padres tendrán que iniciar sus contactos con él en el marco de este sentimiento. Si se trata de un diagnóstico ominoso hecho durante el embarazo, la tristeza será el sentimiento que tiña y modifique los meses y los procesos psicológicos que habrán de darse. Éste es el período en el que más frecuentemente se invita a participar al equipo de salud mental y en el que resulta más fructífero que lo haga. Sus estrategias especializadas no son motivo de esta revisión. Dedicaré las líneas que me restan a mostrar sus síntomas y a recordar algunas recomendaciones pertinentes para el equipo médico. En particular, en aquellos casos en que hay un niño luchando por sobrevivir y unos padres tratando de rehacerse emocionalmente para acogerlo.

Se puede ayudar enormemente a los padres en su proceso de duelo si el ambiente y el personal fomentan el desarrollo del apego con el niño. Lo normal es que el apego de la madre a su bebé surja espontáneamente, sean cuales sean las condiciones de éste; sin embargo, dos factores se oponen a su despliegue natural: en primer lugar, la tecnología empleada en la atención médica del niño y, en segundo lugar,

la depresión de la madre. En la mayor parte de las unidades los niños permanecen en la incubadora y los padres apenas pueden verlos a través de una ventana. A veces les permiten alzarlos unos breves segundos o alimentarlos. Pero nada más. Los padres generalmente se turnan para acompañarlos, y suele ser la madre la que permanece más tiempo, inmóvil y silenciosa, junto a la ventana. Algunos padres toleran sólo visitas breves al comienzo y deben salir de la sala para manejar su dolor. Nosotros recomendamos no sólo aceptar su conducta, sino indicarles que eso es normal.

Los padres pueden estar tan impactados e incluso tan 'aplastados' por su dolor que pueden resistirse a establecer una relación emocional con el niño, sobre todo cuando está en duda su supervivencia. Por lo general, se preparan para su muerte y simultáneamente rezan para que viva. Ellos tienden a abstenerse de tocar al niño. Nosotros actuamos al contrario: los empujamos al contacto físico y visual con la certeza de que aun la muerte posterior no va a empeorar el proceso de duelo.

Sabemos que es importante que ambos padres estén exactamente informados de la condición del niño. Por experto que sea el personal de enfermería, su médico debería ser la *única* persona que les da la información cardinal sobre el empeora-

miento, la recuperación o la muerte. Creemos que debe usar un optimismo cauteloso para informarlos. No tiene sentido decirles que la muerte o el retardo mental son una probabilidad real. Son desenlaces difíciles de asegurar y, en cambio, la afirmación hecha será determinante para el establecimiento de la relación si el niño sobrevive.

Para acelerar el proceso de duelo los padres siempre deben ver al niño lo más pronto posible, preferiblemente en el momento mismo del parto, antes de que sea remitido a otra unidad. Deben ser informados con anterioridad de las condiciones de salud, deben dar su consentimiento para el traslado y, hasta donde sea posible, deben viajar con él. Asimismo, hay que animar a los padres a visitar, tocar, acariciar, hablar y cuidar al niño hospitalizado. Si se puede, la madre debe ser estimulada a darle de mamar al pecho o con biberón. Esto ofrece una oportunidad de contacto que no se logra de otra forma. Durante esos momentos hay que retirar las vendas de los ojos del bebé para facilitar el contacto visual de la mamá con su hijo. La idea es que los padres deben participar en algunas de las actividades de cuidado del niño. Al principio quizá sólo puedan cambiar su pañal o limpiarle la boca con una gasa. Incluso las más elementales tareas pueden disminuir el sentimiento de desesperanza y contribuir a desarrollar el rol parental.

Debemos proteger a los padres de la frustración y de los sentimientos de incompetencia advirtiéndoles algunas reacciones típicas de un niño enfermo o debilitado. Por ejemplo, un niño muy prematuro apenas exhibe reflejo de moro y llora débilmente si lo tocan. La madre puede creer que no es querida por el bebé y que sus atenciones han sido rechazadas. Puede interpretar el hecho de comer poco, de dormirse mientras lo alimenta o de regurgitar como indicios de su ineptitud como madre. Recomendamos que la enfermera no le quite el niño de inmediato y la reemplace con su habitual eficacia. Los sentimientos de inadecuación y el resentimiento se imponen sobre todas las otras dificultades psicológicas.

La intimidad es casi imposible en la mayor parte de las unidades, y al principio es necesario que la enfermera esté presente en las visitas; pero luego debe dejar a los padres solos con su niño. La supervisión constante del personal tiende a inhibir las conductas parentales de tocar al hijo y de mirarlo a los ojos.

Los padres necesitan permanente estímulo y aseguramiento para aprender a cuidar al bebé. La enfermera debe guiarlos, más que suplantarlos. Su competencia puede descorazarlos. Cuando los padres aceptan entrar a participar del cuidado, su manera de acercarse y de tocar al niño revela su estado

emocional. Al principio ellos prefieren tocarlo con las puntas de los dedos, más que estrecharlo entre sus brazos. Temen hacerle daño y la presencia de catéteres y aparatos de registro electrónico no ayuda. Los padres inseguros se ven más tensos e incómodos y tienden a mantener al niño lejos de su cuerpo. Ellos buscan reaseguramiento permanente de la enfermera. Es frecuente que hagan una y otra vez las mismas preguntas.

No siempre las madres deprimidas lloran. Las más afectadas llaman poco, molestan menos y casi no vienen de visita. Las enfermeras las detectan por su escaso interés en participar de los cuidados del niño y porque sostienen al bebé sobre sus rodillas, con la cabeza en el antebrazo y a distancia de su tórax. En el caso más patético, en lugar de hacer contacto visual con el niño, sus ojos vagan por la habitación o permanecen fijas en algún punto neutro, apáticas y desinteresadas. Con tan pobre atención es frecuente que el tetero esté sostenido incorrectamente y que el chupo se llene con aire y no con leche. Hay que detectarlas tempranamente y remitirlas para ayuda psiquiátrica y psicológica. Es difícil trazar la frontera entre una intensa reacción de duelo y una patología como un trastorno depresivo mayor o el comienzo de un episodio sicótico.

Los padres encuentran inapropiado compartir sus temores con los médicos y el personal que cuida a su hijo enfermo. Temen que, de manera mágica, su pesimismo pueda influir el curso del tratamiento. En cambio, se sienten más seguros de reconocerlo con otros padres y con personas que no estén directamente involucradas en el cuidado.

La última etapa del desarrollo del duelo, la aceptación de la realidad, puede tardar muchos meses y puede no llegar, especialmente en el caso de niños seriamente limitados. Es un proceso largo que nace en el anterior y que evoluciona gradualmente hasta que la familia alcanza un nuevo estado de equilibrio. Toma meses. Durante ellos el estado de ánimo es aún bajo y los padres se sienten frecuentemente exhaustos. Pero mejora insensiblemente. Con frecuencia hay retrocesos y recurrencia en los estados emocionales propios de los estados previos.

En consecuencia, a pesar del serio compromiso afectivo y de la realidad de su condición de padres, a la par frustrante y exigente, si les damos oportunidad y ayuda, saldrán lentamente hacia esa situación de aceptación madura, aunque siempre dolorosa, de las condiciones difíciles de su hijo.

Bibliografía

1. Salvatierra V. Psicobiología del embarazo y sus trastornos. Barcelona: Martínez Roca; 1989.
2. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
3. Deutsch H. The psychology of women. New York: Grune-Stratton; 1945.
4. Langer M. Maternidad y sexo. Buenos Aires: Paidós; 1974.
5. Heiman P. Aspectos psicoanalíticos del embarazo. In: Rovinsky J, Guttmacher A, editors. Complicaciones médicas, quirúrgicas y ginecológicas del embarazo. México: Interamericana; 1965.
6. Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires: Paidós; 1982.
7. Hall S, Bobrow M, Marteau T. Psychological consequences for parents of false negative results on prenatal screening for Down's syndrome: retrospective interview study. *BMJ* 2000;320:407-12.
8. Polnay JC, Davidge A, Lyn Ch, Smyth AR. Parental attitudes: antenatal diagnosis of cystic fibrosis. *Arch Dis Child* 2002;87:284-6.
9. Sklansky M, Tang A, Levy D, Grossfeld P, Kashani I, Shaughnessy R, et al. Maternal psychological impact of fetal echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr* 2002;15(2):159-66.
10. Sadock B, Sadock V, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
11. Laplanche J, Pontalis JB. *Diccionario de psicoanálisis*. 3rd ed. Barcelona: Labor; 1987.

Manuel Torres Gutiérrez

Correspondencia:

Jefe del Servicio de Salud Mental,

Fundación Cardio-Infantil, Instituto de Cardiología

Calle 163A No. 28-60

Bogotá, Colombia

Correo electrónico: maantorres@hotmail.com.