



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

AGC SALUD MENTAL ÁREA SANITARIA V

IV JORNADAS INTERAUTONÓMICAS DE SALUD MENTAL DEL NORTE

FOMENTO DEL VÍNCULO TEMPRANO Y REDUCCIÓN DEL MALESTAR EMOCIONAL DURANTE EL EMBARAZO



Jose Figueiras Balea¹; Marina Lagarón Criado²

¹ Psicólogo Clínico. ² Psicóloga Interno Residente (Área V, Gijón)

Contacto: josefigueiras55@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

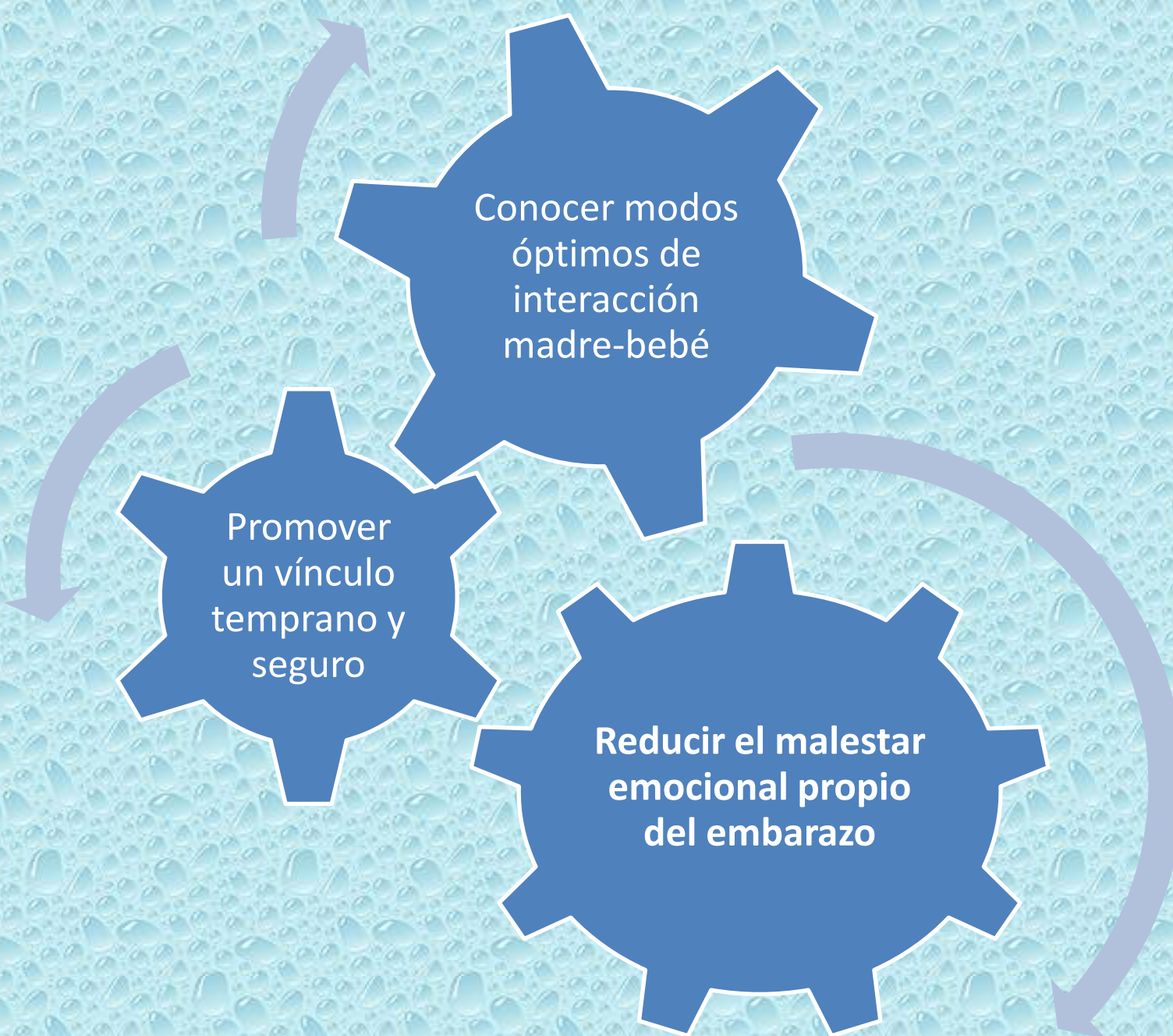
Existe consenso a la hora de afirmar que desde el punto de vista psíquico la gestación se considera un tiempo crítico. Numerosas investigaciones sobre los aspectos comportamentales, emocionales y cognoscitivos de la madre ante la gestación, apuntan hacia unas características propias de cada trimestre (Ej. Lederman, 1995). Generalmente, las mujeres embarazadas durante el último trimestre tienen sentimientos en los que se mezclan la ansiedad, la impulsividad y una feliz espera, y dentro de su entorno se encuentra a la futura madre tanto deprimida o aturdida como soñadora y esperanzada (Armengol, Chamorro y García-Díe, 2007).

Lederman (1995) a través de entrevistas con embarazadas se dio cuenta de que todas experimentaban algún conflicto en relación al embarazo y que sus patrones de respuesta eran adaptativos o no adaptativos. Los patrones de respuesta adaptativos se observaron que eran progresivos en la manera en que las embarazadas avanzaban hacia una orientación para el rol maternal. Cuando las respuestas no eran adaptativas, las mujeres elaboraban su ambivalencia acerca del embarazo y la maternidad y tenía lugar un pequeño estancamiento en su clarificación de rol.

Por ello, algunos autores han basado sus estudios en la búsqueda de mejoras para el proceso del embarazo subrayando la importancia de la preparación psicológica para este momento. Un autor de referencia en este ámbito es Brazelton (1993) quien propone que dicho trabajo de preparación psicológica de las futuras madres se debe llevar a cabo hacia el tercer trimestre del embarazo: "La ansiedad, sumada a los esfuerzos por reconciliar los bebés de sus sueños, produce en ellos una especie de reacción de alarma. Una reacción de alarma que llena el sistema de energía: fluye la adrenalina, sube la presión sanguínea y el oxígeno circula para preparar el cerebro. Toda esa agitación interior sacude viejos hábitos y vuelve a las madres receptoras a la tarea de reestructurar sus vidas". De no llevarse a cabo tal reestructuración, podrían presentarse dificultades para elaborar adecuadamente una serie de mecanismos inconscientes que sintetizan toda la trama que supone el deseo del hijo, dificultades que a su vez pueden afectar a las futuras relaciones madre-hijo. Ya que en la interacción entre el niño de pecho y la madre, ésta pone en marcha sus representaciones a través de gestos (*handling*) y de su repetición (*holding*). Traduce así sus emociones, sus movimientos de humor y temperamento, descifrables por el bebé que, sin comprender el sentido de las palabras, tiene la aptitud y la actitud de captar el lenguaje del cuerpo y de los sentimientos.

Aceptando esa manera de ver, se establece una relación entre una problemática intrapsíquica, las representaciones inconscientes de la madre, y una problemática interrelacional, los intercambios madre-bebé (semántica conductual). Si esta relación entre dos niveles (intrapsíquico e interrelacional) es pertinente, se hace plausible plantear una verdadera hipótesis para la prevención en materia de psicopatología infantil teniendo en mente las relaciones dinámicas entre ambos planos.

OBJETIVOS



METODOLOGÍA

Para poner a prueba nuestra hipótesis, hemos llevado a cabo un *ensayo clínico aleatorio*, consistente en un diseño analítico, experimental y prospectivo. Se realizaron análisis de frecuencias, porcentajes y medias para la descripción de la muestra investigada y las variables dependientes. Para los análisis bivariados se optó por el uso de pruebas no paramétricas, dado que el número de sujetos de ambos grupos es inferior a 30. De forma que para analizar si existen diferencias pre tratamiento en las variables analizadas entre el grupo de tratamiento y el grupo control se utilizó la prueba *U de Mann-Whitney*. Tras la aplicación del tratamiento se compararon las puntuaciones de las variables pre y post en ambos grupos por separado, utilizando la *prueba W de Wilcoxon*.

Se utilizó el programa Excel (versión 2007) para crear la base de datos, en la que se introdujeron los datos sociodemográficos de las mujeres participantes, así como las puntuaciones obtenidas en cada cuestionario empleado en la investigación, tanto en la fase pre como en la fase pos tratamiento. Para el análisis estadístico se utilizó el programa informático SPSS (bajo licencia del Hospital de Cabueñes).

□ El protocolo de investigación pretratamiento estaba compuesto por los siguientes cuestionarios:

1. Cuestionario de Evaluación Prenatal (CEP) (Armengol, Chamorro y García-Díe, 2007). Se trata de una adaptación española del PSQ (*Prenatal Self-Evaluation Questionnaire*) de Lederman (1996). El CEP evalúa seis dimensiones psicosociales: a) *Aceptación del embarazo*; b) *Identificación con el rol maternal*; c) *Calidad de la relación con la madre*; d) *Calidad de la relación con la pareja*; e) *Preparación al parto*; y, f) *Preocupación por el bienestar propio y del bebé*. También nos da una puntuación total.
2. Cuestionario de 90 síntomas revisados (*SCL-90-R*) (Derogatis y cols., 1977; González de Rivera y cols., 1989). 12 dimensiones
3. Cuestionario de datos sociodemográficos. Elaborado *ad hoc* para la presente investigación, donde se recogen cuestiones genéricas relativas a la edad, nivel de estudios o situación laboral, por ejemplo; y cuestiones más específicas relativas al embarazo y al parto: si es primigesta o no, si ha tenido cesáreas previas, abortos previos o el fallecimiento de un ser querido en los últimos cinco años.

□ Las medidas pos tratamiento, es decir, las variables dependientes, están conformadas por las 12 dimensiones que componen el SCL-90-R.

➤ La variable independiente consiste en la intervención que describimos a continuación, con dos niveles: presencia de tratamiento (grupo experimental) y ausencia de tratamiento (grupo control).

DESARROLLO

Se puso en marcha un programa psicoeducativo en un Centro de Salud de Gijón, en colaboración con la matrona, que se insertó dentro del programa estándar de preparación al parto dirigido por ella misma y que se lleva a cabo también en otros centros de Gijón y de la comunidad autónoma de Asturias. La muestra inicial para el grupo experimental se componía de 25 mujeres gestantes que se encontraban entre las semanas 30 y 38 de embarazo, completando el programa 11 de ellas. Se realizaron medidas pre y post tratamiento a través de una serie de tests estandarizados con el fin de cuantificar los cambios, en caso de que los hubiese. A su vez, se tomó un grupo de control compuesto por 13 mujeres de las mismas características que las del grupo experimental, que recibieron sesiones de preparación al parto en otro Centro de Salud, con el objetivo de controlar los cambios producidos por el paso del tiempo y por la intervención matrona. Por tanto, la muestra para nuestro estudio se ha obtenido a partir de un muestreo no probabilístico de conveniencia.

□ Para el desarrollo del Programa de intervención, se llevó a cabo una adaptación de los contenidos del trabajo de Brazelton y Cramer (1993), para estructurar un programa psicoeducativo de tres sesiones en el que se abordan los siguientes aspectos:

1. **El nacimiento del apego antes del nacimiento:** el objetivo es presentar un panorama general, y sienta las bases para el desarrollo de las posteriores sesiones. También se plantea el efecto que ejerce en la relación de los futuros padres las ecografías, gracias a las cuales el feto se convierte en una presencia visible, y el nuevo conocimiento sobre las respuestas del feto en el útero. Se exponen también, en esta primera sesión, las fantasías y las expectativas de la futura madre y se comparan y contrastan con las del futuro padre.
2. La segunda parte incorpora al otro participante en la relación, **el recién nacido:** "el montón de anatomía y fisiología", que decía Winnicott, que influirá en esa relación desde el primer día. Se aborda y expone sobre todo lo que el bebé aporta a la relación (reflejos; capacidades sensoriales y estados de conciencia), haciendo una descripción de sus fuerzas y aptitudes desde el punto de vista de la psicología del desarrollo y la investigación de la primera infancia.
3. En la tercera parte se presenta el **modelo interactivo** que proponen los autores, un modelo de sistemas para la interacción; como ellos mismos definen. Se exponen las etapas de la interacción temprana e ingredientes clave como la sincronía, la contingencia y el arrastre. Se pretende integrar lo expuesto en las dos sesiones anteriores con el fin ponerlo a disposición de la creación de un vínculo seguro madre-bebé.

CONCLUSIONES

■ Teniendo en cuenta el reducido tamaño de la muestra, los análisis estadísticos así como la validez de los resultados son muy limitados, por lo que hemos procurado ser muy cautos a la hora de interpretar y explicar los resultados.

■ En cuanto a los datos sociodemográficos de la muestra, comprobamos que son representativos de la población de mujeres asturianas embarazadas según lo descrito por el Observatorio de Salud de Asturias (2016).

■ En relación a las variables psicosociales, observamos unas mujeres que informan de sentir un grado de apoyo por parte de sus madres y parejas óptimo.

■ En líneas generales se constata en nuestros resultados que el estado mental de las mujeres embarazadas no es el mismo que el de la población general, observando unos índices de sintomatología psíquica en el pre tratamiento superiores a los de aquella en casi todas las dimensiones estudiadas (Ansiedad; depresión; somatizaciones; ansiedad fóbica; sintomatología obsesivo-compulsiva; hostilidad; susceptibilidad interpersonal).

■ Tras el tratamiento, se observan diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental en varias de las dimensiones sintomáticas estudiadas (obsesiones y compulsiones, susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad y hostilidad) en el sentido de una disminución de las mismas en el grupo de tratamiento.

■ Comprobamos que entre las participantes del grupo en el que se ha realizado la intervención se produce una disminución significativa en la dimensión malestar referido a síntomas positivos, en contraste con el grupo control.

■ La vinculación afectiva con el nonato será, entonces una herramienta más desde la cual las madres expectantes podrían valerle para hacer más llevaderos los problemas físicos y emocionales que experimentan directa o indirectamente uno o ambos miembros de la familia en gestación, ayudándoles en su mejor adaptación al embarazo.

■ **Limitaciones:** La no inclusión en el protocolo de investigación de un cuestionario de apego prenatal con el fin de comprobar si la intervención realizada producía efectos en esta dimensión. Además, sería deseable hacer medidas de seguimiento tras el parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armengol, R., Chamorro, A. y García-Díe, M. T. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: El Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de Psicología*, 23 (1), 25-32.
- Brazelton, T.B. y Cramer, B.G. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.
- Dirección General de Salud Pública (2016). Atención sanitaria al parto y al nacimiento en los hospitales del SESPA. En *Boletín de Informaciones del Observatorio de Salud en Asturias*. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.
- González de Rivera, J. L.; Derogatis, L.R.; de las Cuevas, C.; Gracia Marco, R.; Rodríguez-Pulido, F.; Henry-Benítez, M; Monterrey, A. L.: The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population. *Clinical Psychometric Research*, Towson, 1989.
- Lederman, R. (1995). Anxiety in pregnancy: recent results. *11th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* (Basel, Switzerland, 21 may 1995).