

# Psicopatología del rechazo al embarazo

Aquiles Guzmán M.

Maternidad Concepción Palacios

## La relación madre-hijo

Dado que cada ser humano guarda de esta relación una vivencia personal, íntima e intransferible, creemos que resulta innecesario insistir aquí acerca de su importancia. Sin embargo, diremos apenas, como simple recordatorio, que la calidad e intensidad de los fenómenos afectivos que se dan en el contexto de la relación madre-hijo, es un aspecto capital en el desarrollo de la personalidad infantil, ya que debido a su invalidez inicial y a su prolongada inmadurez (al contrario que otras especies animales y algunos mamíferos muy evolucionados, el recién nacido humano es un individuo desvalido física y emocionalmente), el niño es total y absolutamente dependiente de los padres para satisfacer todas sus necesidades, bien sean éstas de tipo material o emocional. Los lazos de dependencia se establecen mayormente con la madre, quien por lo tanto, viene a constituirse en la figura parental de más protagonismo en esta vinculación.

Es indudable que el acontecimiento más trascendente en el desarrollo psicosexual de la mujer es la maternidad. Sin embargo, el hecho de que la mujer alcance la capacidad biológica de concebir, no indica que esté capacitada psicológicamente para desempeñar tales funciones. Se considera, con suficiente fundamento, que el fenómeno de la maternidad reafirma los sentimientos de femineidad sólo en aquellas mujeres que han logrado alcanzar un adecuado desarrollo de la personalidad y un buen nivel de madurez emocional. Si bien, en un sentido literal, la relación madre-hijo comienza con el nacimiento del niño, considerando este problema desde un punto de vista menos restrictivo y más cercano a la realidad, esta relación se inicia durante el embarazo o acaso antes, en una etapa lejana del desarrollo. Por consiguiente, es dable pensar que en los juegos infantiles y en la identificación temprana con la madre, la niña incorpora los primeros esquemas de lo que más tarde será su actitud hacia la maternidad.

Desde el mismo momento en que la mujer se percibe embarazada, se inician sus relaciones emocionales con el nuevo ser mediante actitudes de aceptación, ambivalencia o rechazo. De la actitud que la mujer asuma frente a su embarazo, depende que la gestación siga o no su curso natural (por ejemplo, que se provoque aborto), que el parto sea normal o patológico (por ejemplo, que se desencadene un cuadro de hiperemesis gravídica), que la madre retenga a su lado al pequeño una vez nacido o que sea colocado en un régimen de adopción, y en fin, que el niño presente alguna patología psiquiátrica o que, por el contrario, siga un desarrollo psicofísico integral.

## Aspectos motivacionales del embarazo

No siempre los motivos por los cuales una mujer manifiesta deseos de tener un hijo son legítimos. Existen también motivaciones espurias para querer salir embarazada. Psicológicamente se consideran legítimas, maduras emocionalmente, las siguientes motivaciones (1) (Cuadro 1):

Cuadro 1

Motivos para desear el embarazo en la mujer emocionalmente sana y de personalidad madura (motivos legítimos)

- 
- 1.- Deseo de formar un hogar feliz
  - 2.- Deseo de expresar su amor al esposo
  - 3.- Consecución de un objeto de amor (el hijo)
  - 4.- Deseo de que el apellido familiar se perpetúe
  - 5.- Necesidad de cumplir con un deber social
- 

Las motivaciones "neuróticas" para desear el embarazo, que por su carácter espurio no excluyen el rechazo, comprenden las siguientes situaciones (1,2) (Cuadro 2)

Cuadro 2

Motivos para desear el embarazo en la mujer neurotica (Motivos espurios)

- 
- 1.- El hijo es visto como un objeto compensador de una vida llena de frustraciones.
  - 2.- Como medio para retener un marido indiferente
  - 3.- Como instrumento para asegurarse un sostén económico.
  - 4.- En las adolescentes
    1. Rebeldía
    2. Necesidad de ser estimada y aceptada
    3. Necesidad de tener algo propio
    4. Repetición de una norma familiar.
- 

Etiología del rechazo a la gestación

Podemos citar algunos de los factores etiológicos del repudio a la gestación, que como se observa en el Cuadro 3, incluyen un grupo muy variado de elementos

Cuadro 3

Etiología del embarazo rechazado

- 
1. Inseguridad conyugal (Desavenencias en la pareja)
  2. Factores económicos
  3. Motivos egoístas (Temor a ser relegada)
  4. Limitaciones físicas y sociales del embarazo
  5. Dificultades para desempeñarse en el medio profesional
  6. Rechazo a la feminidad
  7. Embarazo por violación
  8. Embarazo extraconyugal
  9. Embarazo en edad avanzada
  10. Sentimiento de incompetencia hacia la maternidad
  11. Enfermedad física agravada por la gestación
- 

Psicopatología del rechazo a la gestación

Los trastornos psicopatológicos observados en el curso del embarazo rechazado se pueden agrupar en dos categorías:

1. Los que se presentan en la mujer y que incluyen gran parte de la patología psiquiátrica gineco-obstétrica, y
2. Los que afectan al niño.

La antítesis de la patología por rechazo del embarazo es otra patología, conocida como pseudociesis o falso embarazo, en la cual se evidencia un vehemente deseo de ser madre, deseo que se ve frustrado por la incapacidad biológica de concebir. Como se puede observar, en el rechazo a la gestación la mujer puede quedar embarazada pero no quiere; en la pseudociesis en cambio, la mujer desea el embarazo pero, físicamente no puede lograrlo.

Examinaremos brevemente esta patología, comenzando por los trastornos psiquiátricos observados en la mujer que rechaza su embarazo (3) (Cuadro 4).

Cuadro 4

Trastornos psiquiátricos de la mujer determinados por el rechazo al embarazo

- 
1. Estados de ansiedad
  2. Estados depresivos
  3. Suicidio
  4. Hiperemesis gravídica
  5. Otros: Aborto provocado
- { Pueden determinar la muerte de la gestante
- 

Hay que tener en cuenta que esta patología es doblemente destructiva: no solamente es letal para la madre, sino también para el producto de la concepción. Tanto los cuadros de ansiedad como los cuadros depresivos que surgen en la mujer embarazada como consecuencia de un rechazo al producto de la concepción, no se diferencian en nada de los cuadros ansiosos y depresivos que se presentan fuera del embarazo. Sólo diremos al respecto que la patología ansiosa-depresiva es extremadamente frecuente, porque es una forma primaria, fundamental y universal de reaccionar el ser humano frente a las más disímiles situaciones dolorosas de la existencia. Es decir, cuando reaccionamos ante las situaciones vitales estresantes, mayormente lo hacemos bajo la forma de una depresión o de una ansiedad.

Suicidio y rechazo al embarazo

No podemos pasar por alto el suicidio y el intento de suicidio en el embarazo. Por baja que sea su frecuencia, la verdad es que cierto número de mujeres se quitan la vida o lo intentan a causa de una gestación repudiada. En un trabajo de investigación realizado por nosotros en la Maternidad "Concepción Palacios" en 30 mujeres que intentaron o cometieron suicidio durante el embarazo en el lapso comprendido entre

1966 y 1983, encontramos que en total, 10 actos suicidas (un tercio de la caustica) guardaron relación con el embarazo, y en 5 casos, el intento de suicidio fue una manera rotunda de expresar el rechazo al embarazo y un método desesperado de poner fin a la gestación (4).

#### Hiperemesis gravídica como causa de muerte materna

Las náuseas y los vómitos "suaves" son malestares tan frecuentes en la gestación que generalmente se les considera concomitantes "normales" del embarazo. Se calcula que alrededor de la mitad de las mujeres presentan vómitos suaves hasta el tercer mes del embarazo. Sin embargo, en un reducido número de embarazadas los vómitos se transforman en una complicación severa, dando lugar a la hiperemesis gravídica o vómitos graves del embarazo.

De acuerdo con los criterios más exigentes, el término de hiperemesis gravídica debería ser aplicado sólo a los casos de vómitos del embarazo rebeldes al tratamiento, y que cursan con trastornos nutricionales severos, tales como alteración del balance hidroelectrolítico, pérdida de peso de 5% o más, cetosis, acetonuria, trastornos neurológicos, daño hepático, daño renal y hemorragia retiniana (5). Entre los factores etiológicos de la hiperemesis gravídica deben mencionarse de manera muy especial los factores endocrinos y los factores psicológicos. En relación a los factores psicológicos, nosotros, en un estudio realizado en la Maternidad "Concepción Palacios", observamos que el 52% de la muestra presentaba rechazo al embarazo (6). La encefalopatía de Wernicke-Korsakov y la hemorragia retiniana constituyen las complicaciones más severas de esta dolencia.

Hasta el año 1941 aproximadamente, la hiperemesis daba cifras elevadísimas de mortalidad, pero el mejor conocimiento de sus mecanismos fisiopatológicos, entre las cuales está el desequilibrio hidroelectrolítico, hizo bajar dramáticamente las cifras de mortalidad. A pesar de ello, aún es posible observar casos de muerte por hiperemesis gravídica. En la Maternidad "Concepción Palacios" han ocurrido tres decesos por esta causa en el lapso comprendido entre 1968 y 1988 (7).

#### El aborto provocado como causa de muerte materna

De acuerdo con la definición de la OMS el aborto

provocado es el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo; todos los demás abortos se consideran espontáneos, aun cuando en ellos intervengan causas externas tales como los traumatismos o enfermedades transmisibles (8).

Se considera que todo aborto séptico es consecuencia de un aborto provocado efectuado bien por la misma gestante, bien por otra persona incompetente. El aborto séptico, que como hemos mencionado, sobreviene como complicación del aborto que la mujer, que repudia su embarazo, se provoca con el objeto de deshacerse del producto de la concepción, constituye la primera causa de muerte, entre todas las causas de muertes obstétricas en la Maternidad "Concepción Palacios".

Que el horror a la gestación puede tener balance trágico, está patentizado por el siguiente caso atendido en la Maternidad "Concepción Palacios" (3):

Se trata de una mujer de 29 años quien, creyéndose encinta, se sometió a prácticas abortivas para deshacerse de un embarazo inexistente. Durante el lapso subsiguiente a la maniobra abortiva, practicada por un lego en la materia, presentó síntomas de proceso infeccioso severo. Trasladada a la unidad de Terapia Intensiva, falleció a los pocos días a consecuencia de un shock séptico.

#### Conductas psicopatológicas maternas que afectan al niño

En este grupo de trastornos nos referimos específicamente al infanticidio, al abandono del niño, a la adopción, al síndrome del niño golpeado, a la negación del embarazo y a la venta del niño (3) (Cuadro 5). Hemos incluido aquí la negación del embarazo debido a que esta conducta afecta ulteriormente al niño.

Cuadro 5

Conductas psicopatológicas más frecuentemente observadas en la mujer que rechaza su gestación con respecto al niño

- 
1. Infanticidio
  2. Abandono del niño
  3. Dar al niño en adopción
  4. Síndrome del niño golpeado
  5. Negación del embarazo
  6. Venta del niño
-

**Infanticidio:** En general, el término infanticidio se utiliza para designar el asesinato de un niño. **Filicidio** se refiere a los casos en el que el homicida es uno de los padres de la víctima (9). El término **neonaticidio** ha sido propuesto para el asesinato del recién nacido (neonato) con una edad menor de 24 horas (9). Los métodos más utilizados para consumar el infanticidio son el trauma craneal, la estrangulación y el ahogamiento. También se utilizan con este fin las armas blancas y de fuego, la sofocación, el lanzamiento al vacío, el gas, venenos, quemaduras, la privación de alimentos hasta la inanición, etc.

Resnick agrupa los motivos aparentes del infanticidio en cinco categorías: 1) altruista, 2) por psicosis aguda, 3) rechazo al niño, 4) accidental, y 5) venganza. (9) (Cuadro 6)

El infanticidio altruista incluye dos subgrupos: el infanticidio asociado con suicidio en el que la madre además de cometer suicidio, mata al niño para evitar que éste sufra las penurias del desamparo, y el infanticidio ejecutado para aliviar el sufrimiento real o imaginario de la víctima. Existe también el infanticidio cometido por padres que presentan síntomas psicóticos agudos, tales como alucinaciones, ideas delirantes, estados confusionales epilépticos, etc. El infanticidio por rechazo a la criatura, como se ha dicho, se observa sobre todo en

la gestante soltera, en el embarazo adulterino, etc. El infanticidio accidental se presenta como complicación del síndrome del niño golpeado. No existe una verdadera intención homicida. El infanticidio por venganza es una forma de infanticidio en el cual la madre mata a la criatura en un deliberado intento de hacer sufrir al esposo. Su prototipo estaría representado en la literatura por Medea, quien turbada por el abandono de su esposo Jason, en venganza mata a sus dos hijos habidos de él.

En el material de Resnick, (9), conformado por un total de 168 casos de filicidio recopilados de la literatura mundial, hubo 123 infanticidios maternos, de los cuales 35 eran neonaticidios, y 45 infanticidios paternos, incluidos 2 neonaticidios. Como se ve, las madres perpetran más filicidios que los padres. Las madres que consumaron neonaticidio se diferenciaban del grupo de madres que cometieron infanticidio en niños de mayor de edad, porque eran más jóvenes y en general, se trataba de mujeres solteras con una baja proporción de manifestaciones psicóticas.

El síndrome del niño golpeado (“battered child syndrome”) o abuso del niño, es una enfermedad médico-social de la cual se ha afirmado que está adquiriendo proporciones epidémicas. Incluye tanto el abuso físico (el golpeo del niño propiamente

Cuadro 6.  
Clasificación del infanticidio por motivo aparente

Motivo		Neonaticidio materno		Filicidio materno		Filicidio paterno	
		Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Altruista	Asociado con suicidio	0		37	42	13	30
	Para aliviar el sufrimiento	1	3	12	14	2	5
Manifestaciones psicóticas		4	11	21	24	7	16
Rechazo al niño		29	83	10	11	8	19
Accidental		1	3	6	7	10	23
Venganza		0		2	2	3	7
Total		35	100	88	100	43	100

dicho) como el abuso sexual. En EUA el Centro Nacional para la Negligencia y el Abuso en Niños, con asiento en la Ciudad de Washington, ha estimado que un millón de niños son maltratados cada año, y que de esta cifra mueren entre 2000 y 4000 niños (10). El agente activo del abuso es más a menudo la madre. Habitualmente uno de los padres golpea al niño, mientras que el otro acepta pasivamente el castigo.

De acuerdo con algunas investigaciones, el 80% de los perpetradores vive regularmente en el hogar del niño maltratado. La mayor parte de los niños abusados proviene de familias muy pobres y aisladas socialmente. El cuadro clínico del abuso del niño fluctúa desde la privación de alimentos, vestidos, protección y afecto, a situaciones en que el niño es físicamente abusado y maltratado por una persona adulta, lo cual da como resultado traumas físicos evidentes que pueden conducir a la muerte (11). El niño maltratado es conducido a menudo al hospital o a la consulta privada con manifestaciones de insuficiente desarrollo físico, desnutrición, carencia de higiene, irritabilidad, tendencia al autismo, etc. Los niños sometidos a abusos más severos suelen ser vistos en las salas de emergencias hospitalarias con signos evidentes de traumas físicos, contusiones, abrasiones, heridas, laceraciones, quemaduras, tumefacciones y hematomas. También se pueden observar signos de deshidratación con hipernatremia por privación de agua, fracturas, dislocaciones, trastornos neurológicos por traumas craneales y lesiones viscerales como ruptura de estómago, intestino, hígado o páncreas, acompañadas de síntomas de abdomen agudo. Algunos niños son conducidos al hospital convulsionando, en estado de coma o moribundos.

Otra modalidad de abuso del niño lamentablemente muy extendida, es el abuso sexual. El abuso sexual del niño generalmente se produce en el hogar, en las escuelas y en los centros de cuidado diario. Aproximadamente, el 50% de los abusos son perpetrados por miembros de la familia, adoptando entonces la forma de incesto.

Quienes con más frecuencia abusan sexualmente del niño son los padres, los padrastros, los tíos y los hermanos mayores. El abuso del niño, bien sea físico o sexual, tiene un efecto psicológico devastador y duradero. El niño se torna ansioso, inseguro de sí mismo y desconfiado, especialmente de las personas adultas. Por otra parte, se ha observado

que la seducción, el incesto y la violación actúan más tarde como factores predisponentes en algunos trastornos psiquiátricos, tales como fobias, ansiedad y depresión.

También puede expresarse el rechazo al embarazo mediante el abandono de la criatura. (3)

Un cierto número de niños son abandonados anualmente por sus madres en la Maternidad "Concepción Palacios", conducta muy parecida a la de aquellas madres que, en el pasado, exponían (de donde viene la palabra expósito con la que se designaba al recién nacido abandonado) su pequeño hijo a la puerta de una iglesia o casa de familia con la indudable finalidad de que fuese adoptado por alguna alma piadosa y caritativa. En los casos que hemos visto en la Maternidad Concepción Palacios, la madre simplemente se va del hospital aprovechando las aglomeraciones humanas que se producen los días de visita.

Una de las formas de rechazo a la gestación más despreciable y ofensiva a la sensibilidad humana es la venta del recién nacido. Generalmente implica a tres personas: una madre que rechaza al niño, una mujer infértil que desea ardientemente un hijo, y un intermediario, como por ejemplo, una camarera que lleva a cabo la transacción. A veces se pagan altas cantidades de dinero por el niño yendo a parar la mayor parte de esta suma a los bolsillos del intermediario.

La negación del embarazo es una forma poco frecuente de rechazo al embarazo. Constituye un cuadro psicopatológico bastante severo, observado sobre todo en las mujeres solteras, jóvenes y con profundos rasgos de personalidad histérica.

Nuestra experiencia clínica nos lleva a distinguir dos formas de negación del embarazo. En la primera, la mujer más que negar el embarazo, lo disimula valiéndose de ciertos subterfugios tales como la utilización de fajas para disminuir el volumen abdominal, la reducción de peso corporal, el uso de vestidos muy holgados, etc. En la segunda forma, que vendría a ser negación propiamente dicha, se produciría a través de un proceso inconsciente muy elaborado de manera tal que, no obstante la presencia de síntomas obvios de embarazo, sobre los cuales la mujer no ejerce ninguna acción para ocultarlos a la vista de los demás, son negados de la manera más olímpica.

El pronóstico de este cuadro clínico no es bueno.

Puede culminar en dos situaciones que son: 1) el neonaticidio, y 2) la omisión de los deberes maternos más elementales: alimentación, higiene, etc, debiendo los familiares, y especialmente la madre de la paciente, asumir la responsabilidad de velar por el menor.

No obstante el panorama en apariencia desalentador que de acuerdo a lo expuesto, presenta la relación madre-hijo y, sobre todo, el carácter tan dañino que adquieren algunas conductas maternas, los hechos permiten mirar el porvenir con optimismo y esperanza: lo cierto es que, en comparación con las mujeres que rechazan el embarazo, las que los aceptan y desarrollan una adecuada actitud maternal constituyen la inmensa mayoría. Y no podía ser de otra manera, si se tiene en consideración que, desde una perspectiva biológica y finalista, la supervivencia de muchas especies, incluso la humana, descansa en los cuidados maternos iniciales.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Kroger WS, Freed SC. Ginecología Psicosomática. Barcelona, Salvat Editores, S.A., 1955.
2. Daly M. The unwanted pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1970;13:713-726.
3. Guzmán MA. Tratado de Obstetricia y Ginecología Psicosomáticas. Caracas, Editorial Disinlimed, 1987.
4. Mata J, Guzmán MA. Suicidio e intento de suicidio en el embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez 1984; 44:176-182.
5. American Council on Pharmacy and Chemistry: Current status of therapy in nausea and vomiting of pregnancy JAMA 1956;160:208.
6. Guzmán MA, Valarino F. Contribución al estudio de la hiperemesis gravídica en Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez 1971;31:335-350.
7. Guzmán MA. La hiperemesis gravídica como causa de muerte materna. Rev Obst Ginol Venez 1990;50: 55.
8. OMS: Aborto espontáneo y provocado. Informe N° 461, Ginebra, 1970.
9. Resnick PJ. Infanticid. En: Modern Perspectives in Psychoobstetrics (Ed. Howells, J.G.) New York, Brunner-Mazel Publishers, 1972.
10. Kaplan HI, Sadok B J.s Child abuse. En: Synopsis of Psychiatry. Sixth Edition, Baltimore, Williams and Wilkins, 1991.
11. Fontana VJ. The maltreated child: the maltreatment syndrome in children. Springfield, IL, Thomas, 1979.

### “Efectos fisiológicos y psicológicos de las presentaciones de casos clínicos en la cama de los enfermos”

“La presentación de casos clínicos en la cama de los enfermos es un método de enseñanza médica, honrado por el tiempo. Los proponentes de este ejercicio arguyen que sirve a varias funciones únicas. Hace válida la historia, demuestra los hallazgos claves en el examen físico y sirve como un modelo para la interacción entre médico y paciente. Sus críticos, sin embargo, han sugerido que puede causar estrés al paciente, lo cual puede ser especialmente perjudicial en aquellos con enfermedad cardíaca. Para resolver esta controversia, realizamos un estudio objetivo de los efectos de la presentación clínica en pacientes con sospecha de infarto miocárdico agudo, admitidos a un servicio de enseñanza de un hospital

universitario. Encontramos que dicha presentación no provoca una respuesta tipo estrés en los pacientes. No hubo cambios en la rata promedio de latidos cardíacos, ni en la concentración plasmática de nor-epinefrina durante la presentación, y sólo ligeros aumentos de la presión sistólica ( $7\pm 5$  mm Hg;  $P < 0,01$ ) y diastólica ( $3\pm 4$  mm Hg;  $p < 0,01$ ). Las reacciones subjetivas de los pacientes a las presentaciones clínicas, evaluadas por medio de instrumentos de medición de ansiedad y entrevistas, estuvieron caracterizadas por sensaciones tranquilizantes más que de estrés”. (R Simons, R Baily, R Zelis, C Zwilich. New Eng J Med 1989;321:1273-1275).