

Dificultades psicósomáticas en la etapa perinatal

J. MARTÍN MALDONADO-DURÁN,^a TERESA LARTIGUE,^b FELIPE LECANNELIER^c

RESUMEN

El artículo describe un número de alteraciones durante el embarazo que se consideran generalmente como de naturaleza psicósomática. Éstas incluyen condiciones frecuentes como el ptilismo, la hiperemesis gravídica y la pica, así como otras menos comunes, tales como la negación del embarazo en sus diferentes manifestaciones. En la práctica obstétrica diaria es común observar a la gestante que tiene múltiples quejas somáticas y en las que no se encuentra ninguna enfermedad específica. Esto incluye alteraciones como los trastornos somatoformes, tendencias hipocondríacas y el trastorno por somatización. En todos estos hay a menudo el antecedente de experiencias traumáticas en la vida de la paciente. En todas estas alteraciones se revisa la información disponible en cuanto a su epidemiología, factores predisponentes, posibles aspectos fisiológicos y psicológicos, así como estrategias de tratamiento.

PALABRAS GUÍA: *Hiperemesis gravídica, ptilismo, pica, somatización durante el embarazo.*

INTRODUCCIÓN

Se describen varios trastornos con manifestaciones de índole somática, pero que tienen una correlación con factores emocionales y psicosociales. Esto no quiere decir que sean “causados” por tales factores, pero éstos tienen una importancia central en su aparición y curso clínico.

HIPEREMESIS GRAVÍDICA

Consiste en la sensación constante de náusea y vómitos repetitivos, que son intensos y duran más allá del primer trimestre del embarazo. Los síntomas son persistentes y pueden durar toda la gestación. La hiperemesis puede ocasionar complicaciones metabólicas graves para la mujer y consecuencias adversas para el feto, y hasta la muerte de ambos. Tiene un impacto negativo en la capacidad de la mujer para desempeñar sus labores diarias o el trabajo. Un efecto importante es la pérdida de peso, que puede ser hasta de 5 a 10% o más del peso anterior. La náusea y el vómito generalmente cesan con el final del embarazo.

Epidemiología

La náusea matutina y los vómitos normales afectan hasta a 70-80% de las embarazadas. Generalmente se presentan entre la 6^a y 7^a semanas y tienden a ser más frecuentes entre la

^a Associate Professor.
Dep. of Psychiatry. School of Medicine. University of Kansas City, Missouri, USA.

^b Co-Chaire para Latinoamérica del Comité de Mujeres y Psicoanálisis de Asociación Psicoanalítica Internacional,

^c Director de la Unidad de Intervención Temprana. Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

Correspondencia:

Dra. Teresa Lartigue
Bosque de Caoba 67, Col. Bosques de las Lomas,
Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11700, México D.F. Tel.: 5596-0009.
Correo electrónico: lartigue@prodigy.net.mx

Recibido: 2 de octubre de 2007.

Aceptado: 28 de noviembre de 2007.



8ª y la 12ª, pero alrededor de la vigésima desaparecen.

La hiperemesis gravídica afecta a una de cada 200 gestantes¹ o sea alrededor de 0.5%. Un promedio generalmente aceptado es de 3 a 5 por 1000.^{2,3} Puede dar lugar a frecuentes hospitalizaciones y una buena proporción de los ingresos es por este trastorno.⁴ Hay una mayor frecuencia si el feto es femenino⁴ y en tal caso, los síntomas tienden a ser más graves.^{4,5} Hay mayor riesgo de hiperemesis cuando hay enfermedades preexistentes: trastornos gastrointestinales, diabetes, asma, enfermedad psiquiátrica, un diagnóstico previo de mola hidatiforme, hipertiroidismo y obesidad. La prevalencia es mayor en mujeres de bajo nivel socioeconómico. En países industrializados como Alemania⁶ o el Reino Unido⁷ ocurre con mayor frecuencia en inmigrantes.

Es más frecuente en el primer embarazo y cuando éste es gemelar,¹ como también cuando el producto tiene una trisomía cromosómica o *hidrops fetalis*.

Cuando hubo hiperemesis en el primer embarazo hay mayor riesgo de que recurra en el segundo (riesgo de un 15%), sobre todo si el producto es del mismo padre.⁸ Entre más tiempo pase entre el primer y el segundo embarazo, el riesgo de recurrencia es más probable.

Manifestaciones clínicas y diagnóstico

La Sra. C. tuvo un primer embarazo muy difícil. Éste no había sido planeado pero estuvo contenta al oír la noticia de la gravidez. Sin embargo, desde el segundo mes empezó a presentar náusea y vómito constantes. Requirió cinco hospitalizaciones durante el curso de la gestación debido a la deshidratación. No podía comer casi nada y en lo posible, no quería tomar medicamentos por temor de que dañaran al bebé. Hubo mucho estrés durante el embarazo y se sentía deprimida la mayor parte del tiempo, además de sentir mucha ansiedad. Piensa que no gozó toda esta etapa por la náusea constante y ahora tiene mucho temor a tener otro hijo.

La gestante vomita varias veces al día o tiene náusea constante, puede pedir una cita urgente

a la clínica obstétrica o acudir a una sala de urgencias. Debe evaluarse si hay deshidratación u otras complicaciones. Hay que descartar la posibilidad de que haya otras enfermedades como, pielonefritis o mola hidatiforme. Debe evaluarse el funcionamiento tiroideo y eliminar la posibilidad de tirotoxicosis. Puede ser tan grave el cuadro que requiera ingreso al hospital. Debe prevenirse que haya desbalance electrolítico (cetonuria) y baja de peso de más de 5%, debida a pérdida de líquidos.

Mecanismos

Anteriormente –esto ya no es así– se consideraba como un trastorno causado por factores psicológicos⁹ aunque la evidencia para esto siempre fue escasa. Se la asociaba con un “rechazo inconsciente” del bebé. También se pensaba que se debía al temor de la futura madre a hacer frente a las demandas de la maternidad. Sin embargo, hay alguna evidencia de que en las mujeres con hiperemesis hay una mayor prevalencia de dificultades psicosociales, aunque la relación no necesariamente es causal.

Actualmente se cree que el trastorno se debe a los cambios hormonales y fisiológicos del embarazo.

Otros factores contribuyentes podrían ser la infección por *Helicobacter pylori* y una dieta con alto contenido de grasas. El papel causal de la infección no ha podido ser demostrado.¹⁰ Un estudio realizado en Turquía que comparó mujeres embarazadas con y sin hiperemesis no encontró evidencia de infección crónica con *Helicobacter pylori*.¹¹

Complicaciones

Las más graves y raras son la ruptura del esófago, del bazo, neumotórax y neuropatía periférica debida a déficit de vitaminas B6 y B12. Otra es la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff¹² causada por deficiencia de tiamina.¹³ Su tríada sintomática clásica es: ataxia, alteración de los movimientos oculares y confusión mental. La encefalopatía causa pérdida de la memoria para eventos recientes y la confabulación consiguiente para ocultar este fenómeno (la paciente inventa recuerdos

que no tiene), además de polineuritis (debilidad de los miembros), paresia de los músculos extraoculares.¹⁴ Para evitar esta encefalopatía se debe administrar tiamina. Aquella es rara en países industrializados, pero es mucho más común en los subdesarrollados.

En cuanto al bebé *in utero*, éste puede tener déficit del crecimiento por la pobre nutrición de su madre y bajo peso para la edad gestacional.^{15,16} Puede haber muerte fetal.

Una consecuencia emocional es que la hiperemesis puede “arruinar” la experiencia del embarazo y convertirlo en una pesadilla. Un estudio a profundidad con mujeres que tuvieron hiperemesis gravídica¹⁷ mostró que no gozaron del embarazo y no podían pensar en el bebé, sino sólo en su náusea y continuo malestar. La hiperemesis las hace sentirse realmente “enfermas”. Actividades de la vida diaria como subirse a un automóvil pueden convertirse en un gran problema por desencadenar náusea. La experiencia puede dejar recuerdos tan desagradables que la mujer no desea volver a embarazarse o tiene gran temor de ello.

Intervención

Las estrategias van desde modificaciones dietéticas, intervenciones psicológicas (la sugestión y la hipnosis) hasta las farmacológicas. Las bebidas con sabor de cítrico se toleran mejor que el agua y pueden servir para enjuagarse la boca después del vómito. Se puede intentar evitar comidas con olor o sabor muy intensos. Se sugiere también lavarse los dientes más tarde en el día.

Las pastillas que contienen hierro pueden exacerbar la náusea y se pueden suspender, tratando mejor de consumir verduras frescas.

Se ha utilizado con éxito la acupresión para reducir la náusea y vómito en general.¹⁸ Se ha estudiado sobre todo la acupresión en un punto llamado pericardio 6 o punto Neiguan. Este punto se encuentra unos centímetros arriba de la muñeca. Sin embargo, un estudio reciente ciego y aleatorio no demostró superioridad respecto al grupo control.¹⁹

Hay pocos estudios empíricos, sobre la eficacia de la sugestión psicológica, imaginaria

guiada y la hipnosis. Varios estudios han mostrado la eficacia de la hipnosis médica.^{20,21} Durante el trance hipnótico se puede sugerir a la paciente sentir un olor a frescura, a hierba buena, menta, una flor u otro que ella prefiera, en vez de la sensación de náusea. Al sentir este “olor favorito” disminuyen los síntomas. Otra técnica consiste en ayudarla a relajar los músculos del abdomen y la tensión en la garganta.

Después de unos dos o tres episodios hipnóticos la mujer puede aprender a “autohipnotizarse” o hacer imágenes visuales guiadas que le ayuden a sentir alivio.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se puede comenzar con administración de Piridoxina o vitamina B6, así como tiamina. Se puede usar Fenérgán (una fenotiacina) que es antiemético. Los medicamentos más usados son la procloroperazina, la prometazina y la clorpromazina. En casos graves el antiemético puede ser administrado por vía intravenosa al principio. Todos aquellos han demostrado su utilidad con respecto a placebos. No así los antihistamínicos como la meclizina y la difenhidramina. Todos pueden tener un efecto sedante.

En las mujeres con trastorno grave se puede utilizar metilprenisolona por vía bucal. Sin embargo, ha sospechado que ésta puede producir labio y paladar hendidos durante el primer trimestre del embarazo. Otros estudios no han encontrado tal asociación.^{22, 23} La metoclopramida puede ayudar a acelerar el vaciamiento gástrico. Los antiácidos pueden aliviar el reflujo gastroesofágico inherente al vómito. Si persiste éste, la paciente puede necesitar ser alimentada por vía parenteral al menos por algunos días.³

SIALORREA GRAVÍDICA (PTIALISMO GRAVÍDICO)

Consiste en la salivación excesiva y la necesidad consecuente de escupir constantemente. No se conoce su fisiología, pero a menudo se asocia con náusea matutina y vómito.²⁴ La mujer afectada suele llevar consigo un recipiente para escupir allí casi continuamente. Puede necesitar limpiarse la



boca al hablar o sentir que la lengua y glándulas salivales son más voluminosas de lo normal. La hipersalivación disminuye durante la noche, pero con frecuencia afecta también la calidad del sueño. Muchas pacientes se quejan de que su saliva es demasiado líquida y que tiene un sabor desagradable. Una adulta normal produce alrededor de 1.2 litros de saliva en 24 h; en el ptilismo puede ser mucho mayor, más de 1,900 mL por día.²⁵ La saliva es más viscosa durante el primer trimestre del embarazo y se vuelve menos densa con el avance de éste. Hay mayor riesgo de que la mujer que ha tenido hipersalivación en un embarazo la tenga en los subsecuentes y que empeore cada vez. Se ha descrito anecdóticamente un patrón hereditario, en que la abuela, la madre y la presente mujer encinta la presentaron.²⁵ Muchas mujeres con ptilismo se muestran ansiosas y fatigadas, en parte por lo molesto del síntoma pero también por el temor de lo que podría significar la salivación excesiva. Además están las implicaciones sociales y la sensación de vergüenza e incomodidad.

Intervención

Se han recomendado remedios populares como usar goma de mascar, tomar bebidas con carbohidratos y chupar pastillas dulces, pero estos no siempre ayudan a aliviar el problema. Se puede intentar el uso de medicamentos como los atropínicos y el hexametonio. No hay estudios adecuados sobre su eficacia y existen además las reservas referentes a los posibles efectos negativos en el feto.

PICA

El apetito va más allá de los “antojos” usuales: se trata de la ingestión persistente y casi compulsiva de sustancias usualmente no comestibles (o de muy poco valor nutritivo) en el grupo cultural al que se pertenece. Alexander von Humboldt describió algunas “tribus de Sudamérica” que consumían tierra. Avicena recomendaba el tratamiento de beber vino fino, que tenía algún contenido de hierro. Las formas más comunes son el deseo de comer hielo (pagofagia), almidón (amilofagia) o tierra (geofagia). Entre las mujeres afroamericanas

en el sur de Estados Unidos de Norteamérica no es infrecuente el deseo de comer almidón en polvo. Otras sustancias ingeridas son la arcilla, jabón y tiza (gis, yeso). Hay casos de consumo de papel, pelo, fósforos quemados, carbón, ceniza, bolas de naftalina, bicarbonato de sodio y pasta dentífrica.²⁶ Todo esto tiene un fuerte componente cultural, en algunos grupos sociales se sanciona el consumo de arcilla, almidón, hielo, etc. y puede “recomendarse” su ingestión para aliviar la náusea, vómitos y malestares en general, o para hacer que el bebé nazca sano.

Prevalencia

Se han citado cifras tan altas como de 23-44% de gestantes.²⁶ Un estudio en Kenia encontró que había una prevalencia de 50-70%.²⁷ En Ensenada, México, una investigación²⁸ reportó una prevalencia de 44%, mientras que en Argentina de 22.9%.²⁶ En contraste, en algunos países ricos, como en Dinamarca, el trastorno parece ser muy raro.²⁹

En algunas mujeres con pica se presenta anemia (por déficit de hierro). Un estudio que evaluó gestantes con y sin pica encontró menores niveles de hemoglobina en las primeras.³⁰ La anemia podría ser un resultado de la geofagia, más que su causa. También se ha relacionado con estados de desnutrición y déficit de calcio.

Consecuencias

La pica conlleva el riesgo que algunas sustancias implican para la salud del bebé *in utero*. Hay toxicidad cuando se ingieren materiales con plomo, pesticidas y herbicidas. Para la futura madre puede haber mayor riesgo de toxoplasmosis por ingerir tierra, además de otras parasitosis.³¹ Si se consume polvo para hornear (bicarbonato de sodio) puede haber alteraciones hidroelectrolíticas, baja del potasio sérico e hipertensión arterial. Cuando se trata de excesiva cantidad de arcilla, puede causar hipocalemia grave.³²

Intervención

Lo primero es identificar el problema: preguntar a la gestante o a sus parientes si ella ingiere alguna sustancia inusual. También hay

que instruirles respecto a los posibles efectos negativos de la sustancia en cuestión. Puede intentarse la suplementación con hierro en el caso de la geofagia. Pueden utilizarse estrategias psicoterapéuticas, cuando hay mucha ansiedad y obsesión con respecto a la sustancia deseada.

SEUDOCIESIS O EMBARAZO PSICOLÓGICO

Se conoce también como “embarazo fantasma” o preñez falsa. Se sabe poco de los mecanismos que la producen. Ocurre también con frecuencia en mamíferos de varias especies.

Se trata de una mujer que presenta síntomas de embarazo, sin que éste exista. Suele haber “antojos”, náusea, vómito, percepción subjetiva de movimientos fetales y aumento del volumen abdominal. Puede que crezcan las glándulas mamarias y aun que produzcan leche. La menstruación cesa. Todo esto hace que la mujer concluya que espera un hijo.

Se ha descrito desde hace siglos en la literatura médica, desde el tiempo de Hipócrates. Son célebres los falsos embarazos de la reina María Tudor, quien ardientemente deseaba producir un heredero para el trono. Un caso “típico” podría ser el siguiente:

La Señora G. acude a la sala de ingresos de un hospital obstétrico en una metrópolis. Está convencida de que ha comenzado su trabajo de parto. Muestra el abdomen abultado y camina como una mujer en estado de gravidez avanzada. Al intentarse localizar el latido fetal, no se encuentra. La señora dice que sigue percibiendo los movimientos del feto. Al realizársele una ultrasonografía se observa que no hay bebé sino sólo los intestinos con abundante gas. Se le informa a la paciente que no está embarazada. Llora y dice que le cuesta trabajo creerlo. Se la refiere al servicio de salud mental para poder elaborar sus sentimientos y tener apoyo psicológico y emocional ulteriormente.

No hay mucha información sobre su prevalencia, que se ha reportado en un rango amplio, desde cifras como un caso en cada 250 embarazos, hasta seis por cada 22,000.³³

Hay que distinguir laseudociesis de otros dos estados. Uno es fingir estar embarazada; en esta situación, la mujer conscientemente miente y pretende que espera un bebé por diversas razones, por ejemplo, para atraer a un posible marido o para recibir atenciones especiales. El otro estado es el delirio de embarazo, en el cual la mujer está convencida de su preñez y no se puede razonar con ella de que no lo está, ni aún cuando se presenta la evidencia radiológica, ultrasonográfica o bioquímica. Este delirio ocurre en algunas formas de esquizofrenia y otros estados psicóticos.³⁴ Esta creencia delirante suele acompañarse de otros síntomas de psicosis.³⁵ En algunos casos raros, una mujer que nunca ha tenido hijos está convencida delirantemente de haber sido madre.³⁵

Un factor de riesgo en laseudociesis es el antecedente de infertilidad.³⁶ En algunas culturas es esencial que la mujer demuestre su capacidad de concebir y producir un heredero, lo cual tiene un impacto en su *status* social. Hay una gran presión psicosocial para producir un bebé y así satisfacer al esposo y a las respectivas familias interesadas. Ocasionalmente, laseudociesis da lugar a un “falso trabajo de parto”.¹² En una monografía escrita hace varias décadas, Bivin y Klinger³⁷ reportaron sobre 333 casos deseudociesis, hubo dolores de parto en 138.

En cuanto a intervenciones, la mujer conseudociesis puede requerir apoyo psicológico y emocional al recibir la noticia adversa. También, es necesario entender si hay factores que producen una necesidad inminente de “sentirse embarazada”.

NEGACIÓN DEL EMBARAZO

En esta situación la mujer no se da cuenta de su gestación. El proceso puede llegar hasta término, sin que haya sabido que estaba esperando un hijo. Repentinamente es llevada al médico o al hospital por dolores abdominales que se creen de otra índole y allí se le diagnostica que está en trabajo de parto. En muchos casos, ningún miembro de la familia ha notado la preñez y el nacimiento es verdaderamente una sorpresa para todos.^{38,39}



La Sra. H. de 26 años es una mujer soltera que vive en la casa de su madre (viuda) y su hermano de 18 años que es autista. Sufre de ataques epilépticos y toma medicamentos anticonvulsivos para evitar subsecuentes crisis epilépticas. Ha estado aumentando de peso y cree que simplemente “se estaba volviendo más gorda”. Un día empieza a tener dolor abdominal intenso y su madre la lleva al hospital, donde le indican que en unas horas nacerá su hijo. La futura abuela tampoco se había dado cuenta del proceso. La madre del bebé dijo que siempre había tenido menstruaciones irregulares y, por ello, no pensó que podría estar embarazada, nunca sintió movimientos del feto. Durante el parto, su propia madre está muy enojada con ella, la maldice y le indica que no podrá llevar al bebé a la casa. Al tercer día de haber nacido, la abuela sintió que “el Señor le habló” y le dijo que este niño había nacido para que ella lo criara y lo consintiera en todo lo posible. Entonces decidió aceptarlo.

En efecto, algunas mujeres tienen la menstruación de un modo muy irregular. Si están acostumbradas a no menstruar por varios meses consecutivos, les puede ser difícil identificar la amenorrea como signo de embarazo. También, algunas gestantes tienen algún tipo de sangrado semejante a la menstruación y creen que no pueden estar embarazadas.⁴⁰ Es necesario distinguir entre la verdadera negación de la preñez y “esconder el embarazo” deliberadamente. En el segundo caso, la mujer lo sabe, pero no quiere que nadie se de cuenta por diversas razones.⁴¹ En el momento del parto puede mentir y decir que “no se había dado cuenta” de su estado hasta ahora. Con frecuencia se trata de una mujer joven, que vive con sus padres y que aún asiste a la escuela. Algunos autores sugieren que, aunque la psicodinámica es diferente, podrían unificarse ambos fenómenos bajo la categoría diagnóstica de “embarazo negado”.⁴¹⁻⁴³ El diagnóstico diferencial debe incluir la negación psicótica de la gestación. En la psicosis, la mujer que está fuera de la realidad, a pesar de estar encinta insiste en que no lo está y no puede

ser convencida de lo opuesto. Varios autores han sugerido que se trata de una presentación más del “Síndrome de Cotard”.⁴⁴ En este síndrome la paciente puede negar la existencia de algunas partes de su cuerpo (intestinos, cerebro, etc.).

Se estima que la negación del embarazo ocurre con una frecuencia de uno en 475 nacimientos.⁴³ Esta definición es amplia e incluye aquellas mujeres cuya preñez no se ha diagnosticado hasta después de la vigésima semana. La frecuencia de la gestación negada hasta el momento del parto se ha estimado de alrededor de un caso en 2,455.⁴³ Estas aproximaciones están basadas en un estudio de población en Berlín. Es un problema relativamente frecuente.

En el estudio de Beier, Wille y Wesell en Berlín, entre las mujeres que no se habían dado cuenta de su gestación, unas cuantas tenían psicosis, otras tenían antecedente de abuso de sustancias, pero no en la mayoría de los casos. La tercera parte ya habían tenido gestaciones anteriores, entonces no se puede afirmar que la negación siempre esté relacionada con la falta de experiencia.

Casi la mitad de pacientes reportaron haber seguido teniendo sangrados “menstruales”. También, una buena proporción (38%) habían ido a ver a un médico y no les diagnosticaron la gestación. Se ha sugerido que esto puede deberse a la influencia de la paciente en el médico, quien por un mecanismo de identificación proyectiva, no piensa en esa posibilidad diagnóstica.⁴⁰

No hay un “tipo de mujer” que niegue el embarazo, se trata de un fenómeno heterogéneo. Puede haber una asociación con antecedentes de maltrato físico o sexual en la mujer,⁴⁵ recuerdos traumáticos y fantasías inconscientes de agresión contra el feto, que son reprimidas.⁴⁶ Es claro que cada caso debe abordarse individualmente. En casos graves, el bebé puede no recibir atención después del nacimiento y morir o requerir resucitación.³⁸ Ha habido múltiples reportes de mujeres que repentinamente dan a luz en un sanitario y no sabían hasta entonces que había un embarazo.⁴⁷

Intervención

Por su naturaleza el problema se detecta tarde en el embarazo o en el trabajo de parto. Sólo después de éste se podría intentar dilucidar qué llevó a la negación y cuál es el funcionamiento psíquico de la mujer o familia y ofrecer una intervención psicológica adecuada. Sin embargo, la persona o familia afectada puede no estar interesada en más exploraciones o sesiones. Se debe intentar, sin embargo, aliviar el sufrimiento de la mujer y ayudarla a establecer un vínculo adecuado con su nuevo hijo o hija.

QUEJAS SOMÁTICAS EXCESIVAS DURANTE EL EMBARAZO

Hay ocasiones en que una gestante presenta un número exagerado de síntomas, mucho más allá de los usuales en el embarazo, son de mayor gravedad o tienen una frecuencia excesiva.

La paciente o sus familiares llaman repetidamente al médico con múltiples preguntas, molestias corporales diversas y la paciente está muy preocupada de tener una enfermedad grave. Puede ser que los síntomas no correspondan a ninguna enfermedad o que no tengan una base "física".

Cuando la gestante está aislada, no tiene con quien hablar o nadie le pone atención, y tiene antecedente de maltrato físico, sexual o emocional, es más propensa a manifestar sus ansiedades en forma somática.

Es imperativo no llegar a un diagnóstico de somatización o trastorno somatoforme en forma precipitada. Muchos casos que al principio se piensan de "conversión" a la larga resultan ser enfermedades difíciles de diagnosticar, por ejemplo la esclerosis múltiple. Es necesario pensar en las posibles patologías que podrían causar los síntomas presentes y no cerrar la mente de modo prematuro.

Cuando se han excluido razonablemente los factores físicos como causa de los síntomas, surge la pregunta de si éstos pueden tener un origen psíquico o psicósomático: por razones que basadas en conflictos interiores, tensiones, emociones intensas o recuerdos reprimidos, las emociones dolorosas se manifiestan a través del cuerpo, como síntomas físicos.

Factores causales

El principal es el antecedente de traumatismo psicológico o emocional en la infancia. Varios estudios muestran correlación entre trastorno por estrés postraumático y somatización en la embarazada.⁴⁸ Resulta también que cuando se está *in utero* (cuando la madre tiene mucho estrés en el embarazo), el hijo tendrá una mayor tendencia a manifestar preocupaciones somáticas cuando es adulto. Este fue el hallazgo en un estudio de seguimiento de una cohorte de individuos (*British Cohort Study* de 1970) nacidos hace 26 años (e niños evaluados desde el nacimiento).⁴⁹ Hubo correlación estadística entre un elevado nivel de estrés en el embarazo de la madre y una frecuencia mayor de síntomas psicósomáticos en el adulto a los 26 años, controlando varios posibles factores de confusión. Incluyó a 15,222 participantes, virtualmente todos los nacidos en Inglaterra en el año de 1970. Una investigación semejante en Suecia, demostró que entre más bajo sea el peso al nacimiento, mayor será la vulnerabilidad al estrés en la edad adulta.⁵⁰

La hipocondría se distingue por la preocupación excesiva con los signos y señales del cuerpo: un ligero dolor puede ser tomado como un indicio muy peligroso de enfermedad y hacerla acudir de inmediato a la sala de urgencias. La mujer vive constantemente con una sensación de gran vulnerabilidad.

La hipocondría no es un trastorno raro. Se estima que 5% de las visitas al médico general se deben a hipocondría. El 10% de los costos de tratamientos médicos se deben a personas con este problema.⁵¹

Una investigación con 1,785 pacientes que asistían a una clínica médica encontró una prevalencia de trastorno hipocondríaco de 9.5%. Uno de los criterios diagnósticos más importantes es la rumiación ideacional (ideación repetitiva) sobre síntomas somáticos.⁵² Otros criterios son: preocupación con la idea de tener una enfermedad con procesos fisiológicos, ser muy sugestionable, miedo irreal a las infecciones, sentir fascinación por la información de índole médica y temor a las medicinas que se han prescrito.



Por otro lado, los trastornos somatoformes (de conversión) también son frecuentes en las clínicas de medicina primaria: alrededor de 15% de todas las consultas.⁵³

Cuando la grávida con quejas somáticas múltiples va al médico y se le dice que no hay ningún problema grave, no puede ser tranquilizada. Algunas están obsesionadas con tener una enfermedad y entonces consultan libros de medicina o en el Internet buscan evidencias de que tienen tal o cual enfermedad. Ponen atención excesiva a sus síntomas y se preocupan con las menores disfunciones. Toman medicinas autoprescritas para tratar sus síntomas o demandan que se les hagan múltiples pruebas diagnósticas y de laboratorio para tratar de descartar alguna nueva enfermedad o complicación.

Es posible que las personas con hipocondría perciban las sensaciones corporales en forma más intensa que otras. La paciente tiende a registrar sólo la información que la ayuda a confirmar sus sospechas, mientras que pasa por alto otra información o evidencia que la contradiga. Otra característica puede ser una tendencia perfeccionista, en que se espera que todo órgano funcione perfectamente y la menor disfunción o incomodidad (que otras personas pasarían por alto) es notada intensamente.

Un posible aspecto de todos los síntomas físicos con base psíquica es la ganancia secundaria: la persona es objeto de la compasión de otros. Muchas personas con estos problemas aprendieron en la infancia que la única o mejor forma de ser tratado con ternura o recibir manifestaciones de cariño es cuando se está enfermo.

Intervención

Lo más importante es eliminar razonablemente la posibilidad de una enfermedad con claro sustrato físico. La paciente típicamente tendrá reticencia a ir a tratamiento con un psicólogo o psiquiatra, de modo que la intervención suele recaer en el profesional de salud primaria. Habrá que establecer un balance entre no hacer demasiado poco, ni realizar intervenciones o estudios excesivos. Después de todo, la paciente podría en efecto tener una enfermedad “real”. Cuando los estudios médicos han indicado lo contrario, se puede concluir que el problema es psicossomático. Es necesario subrayar y tomar en cuenta que la mujer no está “fingiendo” síntomas, sino que realmente los siente. Hay que intentar tranquilizar a la aquejada de que no hay nada grave o que amenace su vida. Se le puede señalar que tiene un trastorno que hace que sienta magnificados los signos de malestar o de dolor y empatizar con ella. Hay que sugerirle aprender a “vivir con” algunos de sus síntomas, más que tratar de eliminarlos por completo. Se recomienda tener citas periódicas y establecidas con anticipación y no esperar hasta que la paciente llame con un nuevo malestar. Es preferible evitar prescribir múltiples medicamentos innecesarios. No es aconsejable enviar a la paciente a otros médicos si es posible evitarlo, pues puede iniciarse una “caravana de visita de doctores”. La psicoterapia de naturaleza cognoscitivo conductual o psicodinámica puede ser útil. Una herramienta técnica es sugerir a la paciente que escriba todos sus síntomas en un diario y hablar de éstos en la terapia a contener y aliviar su ansiedad.

ABSTRACT

The article describes a number of conditions observed during pregnancy, which are usually considered psychosomatic. These include very common conditions such as ptyalism hiperemesis gravidarum and pica, and less frequent ones such as denial of pregnancy in its different manifestations. The pregnant woman with multiple somatic complains that have no basis on any specific condition is a frequent presentation in obstetric practices. Conditions such as somatoform disorders, hypochondriacal tendencies, somatization disorder are discussed. In all of these there is frequently a history of traumatic experiences in the life of the patient. The evidence available for all of these conditions is reviewed in terms of epidemiology, predisposing factors, possible physiological and psychological issues involved and treatment strategies.

KEY WORDS: *Hyperemesis gravidarum, ptyalism, pica, somatization during pregnancy.*

REFERENCIAS

1. Loh KY, Sivalingam N. Understanding hyperemesis gravidarum. *Med J Malaysia* 2005; 60: 394-400.
2. Bailit JL. Hyperemesis gravidarum: epidemiologic findings from a large cohort. *Am J Obstetr Gynecol* 2005; 193: 811-4.
3. Lamondy AM. Hyperemesis gravidarum and the role of the infusion nurse. *J Infus Nurs* 2006; 29: 89-100.
4. Fell DB, Dods L, Joseph KS, Allen VM, Butler B. Risk factors for hyperemesis gravidarum requiring hospital admission during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 277-84.
5. Tan PC, Jacob R, Quek KF, Omara SZ. The fetal sex ratio and metabolic, biochemical, haematological and clinical indicators of severity of hyperemesis gravidarum. *Br J Obstet Gynaecol* 2006; 113: 733-7.
6. David M, Borde T, Kentenich H. Ist die Hyperemesis gravidarum heute vor allem eine Erkrankung von Migrantinnen? [¿Es la hiperemesis gravídica sobre todo una enfermedad de inmigrantes?] *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2002; 62: 327-32.
7. Swallow BL, Lindow SW, Masson EA, Hay DM. Psychological health in early pregnancy: relationship with nausea and vomiting. *J Obstet Gynaecol* 2004; 24: 28-32.
8. Trogstad LIS, Stoltenberg C, Magnus P, Skjaerven R, Irgens LM. Recurrence risk in hyperemesis gravidarum. *Br J Obstet* 2005; 112: 1641-5.
9. Munch S. Chicken or the egg? The biological-psychological controversy surrounding hyperemesis gravidarum. *Soc Sci Med* 2002; 55: 1267-78.
10. Jacoby EB, Porter KB. Helicobacter pylori infection and persistent hyperemesis gravidarum. *Am J Perinatol* 1999; 16: 85-8.
11. Karadeniz S, Ozdegirmenci O, Altay MM, Solaroglu A, Dilbaz S, Hizel N, Haberal A. Helicobacter Pylori seropositivity and stool antigen in patients with hyperemesis gravidarum. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2006; 1-3. Artículo ID. 73073.
12. Brockington I. Eleythia's Mischief. The organic psychoses of pregnancy, parturition and the puerperium. Bredenburg, Reino Unido: Ery Press; 2006.
13. Chiossi G, Neri I, Cavazzuti M, Basso G, Facchinetti F. Hyperemesis gravidarum complicated by Wernicke encephalopathy: background, case report and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 61: 255-68.



14. Selitsky T, Chandra P, Schiavello HJ. Wernicke's encephalopathy with hyperemesis and ketoacidosis. *Obst Gynecol* 2006; 107: 486-90.
15. Dodds L, Fell DB, Joseph KS, Allen VM, Buttler B. Outcomes of pregnancies complicated by hyperemesis gravidarum. *Obstet Gynecol* 2006; 207: 285-92.
16. Zhou Q, O'Brien B, Relya J. Severity of nausea and vomiting during pregnancy: what does it predict? *Birth* 1999; 26: 108-14.
17. Meighan M, Wood AF. The impact of hyperemesis gravidarum on maternal role assumption. *JOGN Nursing* 2005; 34: 172-9.
18. Brent R. Medical, social and legal implications of treating nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 5262-6.
19. Heazell A, Thorneycroft J, Walton V, Etherington I. Acupressure for the inpatient treatment of nausea and vomiting in early pregnancy: A randomized control trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 815-20.
20. Simon EP, Schwarz J. Medical hypnosis for hyperemesis gravidarum. *Birth* 1999; 26: 248-53.
21. Fuchs K, Paldi E, Abramovici H, Peretz BA. Treatment of hyperemesis gravidarum by hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn* 1980; 28: 312-23.
22. Rodriguez-Pinilla E, Martinez-Frias ML. Corticosteroids during pregnancy and oral clefts: A case control study. *Teratology* 1998; 58: 2-5.
23. Park-Wyllie L, Mazzotta P, Pastuszak A. Birth defects after maternal exposure to corticosteroids: Prospective cohort study and meta-analysis of epidemiological studies. *Teratology* 2000; 62: 385-92.
24. Erick M. Ptyalism gravidarum: an unpleasant reality. *J Am Diet Assoc* 1998; 98: 129.
25. Van Dinter M. Ptyalism in pregnant women. *JOGN Nurs* 1991; 20: 206-9.
26. López LB, Ortega SCR, Martín de Portela ML. La pica durante el embarazo: un trastorno frecuentemente subestimado. *Arch Latinoam Nutr* 2004; 54: 17-24.
27. Geissler PW. Geophagy, iron status and anemia among pregnant women on the coast of Kenya. *Transact Royal Soc Trop Med Hyg* 1998; 92: 549-53.
28. Simpson E, Longley MD, East J. Pica during pregnancy in low income women born in Mexico. *West J Med* 2000; 173: 20-4.
29. Mikkelsen TB, Andersen AM, Olsen SF. Pica in pregnancy in a privileged population: myth or reality. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 1265-6.
30. Rainville AJ. Pica practices of pregnant women are associated with lower maternal hemoglobin level at delivery. *J Am Diet Assoc* 2001; 101: 318.
31. Luoba AI, Geissler PW, Estambale B, Ouma JH, Alusala D, Ayah R, et al. Earth-eating and reinfection with intestinal helminths among pregnant and lactating women in Western Kenya. *Tropical Med Internat Health* 2005; 10: 220-7.
32. Ukanonu C, Hill A, Christensen F. Hypokalemic myopathy in pregnancy caused by clay ingestion. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 1169-71.
33. Rosch DS, Sajatovic M, Sivec H. Behavioral characteristics in delusional pregnancy: a matched control group study. *Int J Psychiatry Med* 2002; 32: 295-303.
34. Friedman SA, Rosenthal MB. Treatment of perinatal delusional disorder: a case report. *Int J Psychiatry Med* 2003; 33: 391-4.
35. Hrdlicka M. Delusion of pregnancy. A case report and review of the literature. *Psychopathology* 2003; 5: 276-8.
36. Dafallah SE. Pseudocyesis and infertility. *Saudi Med J* 2004; 25: 964-9.
37. Bivin GD, Klinger MP. Pseudocyesis. Bloomington: Principia; 1937.
38. Niefert L, Bourgeois JA. Denial of pregnancy: A case study and literature review. *Mil Med* 2000; 165: 566-8.
39. Maldonado-Durán JM, Lartigue T, Feintuch M. Perinatal psychiatry: infant mental health interventions during pregnancy. *Bull Menn Clin* 2000; 64: 317-43.

40. Wessel J, Endrikat J, Kästner R. Projektive Identifizierung und Schwangerschaftsverdrängung. Überlegungen zu Ursachen und Hintergründen der auch ärztlicherseits nicht erkannten Schwangerschaft [Identificación proyectiva y negación del embarazo. Investigación sobre las causas y antecedentes del embarazo tampoco reconocido por el médico]. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2003; 207: 48-53.
41. Wessel J. Geburten beim vorher nicht bekannter Schwangerschaft. Schwangerschaftsverdrängung und menstruationsähnliche Blutungen in Graviditate [Nacimientos en mujeres que no sabían estar embarazadas. Negación del embarazo y sangrado similar a menstruación durante la gravidez]. *Geburtshilfe und Frauenheilkd* 1987; 47: 850-3.
42. Beier KM, Wille R, Wessel J. Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification systems. *J Psychosom Res* 2006; 61: 723-30.
43. Wessel J, Buscher U. Denial of pregnancy. Population based study. *Br Med J* 2002; 324: 458.
44. Walloch JE, Kauwer C, Lanczik M, Brockington IF, Kornhuber J. Delusional denial of pregnancy as a special form of Cotard's syndrome. Case report and review of the literature. *Psychopathol* 2006; 40: 61-4.
45. Leeners B, Richter-Appelt H, Schönfeld K, Neumaier-Wager P, Görres G, Rath W. Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter: Auswirkungen und Ausätze su einer verbesserten Betreuung bei Schwangerschaft, Geburt, Still und früher Neugeborenzeit [Embarazo y maternidad después de abuso sexual en la infancia: Estrategias para una mejor identificación durante el embarazo, parto y puerperio]. *Dtsch Artzebl* 2003; 22: 715.
46. Bonnet C. Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse Negl* 1993; 17: 501-13.
47. Mitchell EK, Davis JH. Spontaneous births into toilets. *J Forensic Sci* 1984; 29: 591-606.
48. Seng JS, Low LK, Sparbel KJ, Killion C. Abuse-related post-traumatic stress during the childbearing year. *J Adv Nurs* 2004; 46: 604-13.
49. Cheung YB. Early origins and adult correlates of psychosomatic distress. *Soc Sci Med* 2002; 55: 937-48.
50. Nilsson PM, Nyberg P, Ostergren PO. Increased susceptibility to stress at a psychological assessment of stress tolerance is associated with impaired fetal growth. *Intl J Epidemiol* 2001; 30: 75-80.
51. Harvard Medical Letter. Hypochondria 2004; 21: 4-6.
52. Fink P, Ornbol E, Toft T, Sparle KC, Frostholm L, Olesen. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1680-91.
53. Arnold IA, de Waal MWM, Eekhof JAH, van Hemert AM. Somatoform disorder in primary care and the need for cognitive-behavioral treatment. *Psychosomatics* 2006; 47: 498-503.

