

La historia preconcepcional como prevención primaria de discapacidades

Preconception history as primary prevention of disabilities

Luz M^a Fernández Mateos

Facultad de Educación, UPSA

María Sánchez Fernández

Aalborg University (Dinamarca)

Recibido: 7 de febrero de 2016 — Aceptado: 11 de abril de 2016

Resumen: La mujer, durante el periodo reproductivo y la gestación, se constituye, junto con el ser no nacido, en objeto especial de atenciones particulares tanto en el periodo preconcepcional, prenatal, como en el parto y periodo postnatal. La OMS (1985), con la intención de humanizar el proceso del embarazo y la llegada del nuevo ser, promulgó una serie de recomendaciones matizando que es fundamental, para prestar una atención perinatal adecuada, tener en cuenta en el proceso del embarazo los factores sociales, emocionales y psicológicos por los que atraviesa la mujer gestante en dicho periodo, así como valorar el apoyo social con el que cuenta la mujer en todo el proceso y fortalecer los vínculos entre la madre, el hijo y su familia. De acuerdo a los planteamientos de la OMS, los objetivos de un programa de control del embarazo tienen que estar encaminados a reducir la mortalidad neonatal y materna, el número de abortos, la incidencia de recién

Abstract: The woman, during the breeding period and pregnancy, becomes, together with the unborn, a special focus of attention not only during the prenatal period but also in the birth and postnatal period. The WHO (1985), with the aim of humanizing the pregnancy process and the arrival of the new human being, promulgated a series of recommendations explaining that it is essential, in order to give a proper prenatal attention, to take into account the social, emotional and psychological factors that the pregnant woman goes through during the pregnancy process. In addition, appreciate the social support the woman has during the mentioned process and strengthen the links between mother, child and family. According to the WHO's proposals, the goals of a pregnancy control program must target the decrease of neonatal and maternal mortality, the number of abortions, the percentage of newborns under weight, prematurity, malformations, etc. Prenatal atten-

nacidos de bajo peso, prematuridad, malformaciones, etc. La atención preconcepcional se enmarca dentro de la prevención primaria de salud.

Palabras clave: salud reproductiva, embarazo, atención preconcepcional.

tion is framed within primary health prevention.

Keywords: reproductive health, pregnancy, prenatal attention.

1. Introducción

Para obtener una imagen correcta y apropiada de la salud mental y física de una mujer en edad reproductiva es necesario realizar una evaluación multidimensional por la realidad biopsicosocial que supone el embarazo (Chou, Lin, Cooney, Walker y Riggs, 2003; Fernández, 2005; Fernández y Cabaco, 2004; Fernández y Cabaco, 2009). Dentro de estas medidas de evaluación la atención preconcepcional se enmarca dentro de la prevención primaria de salud, con el objetivo de conseguir un desarrollo óptimo del embarazo y el nacimiento de un hijo sano. La misma, forma parte de la asistencia prenatal efectuada por los ginecólogos-obstetras y por los médicos de atención primaria. Se define, por tanto, como un conjunto de intervenciones sanitarias dirigidas a las mujeres en edad reproductiva con el propósito de prevenir, identificar potenciales de riesgos de tipo social, físico o psíquico en la mujer que directa o indirectamente, pueden estar relacionadas con factores causales de las malformaciones, o con mal resultado perinatal tanto para la madre como para el niño (Ortiz, 2009; Torre, Coll, Coloma, Martín, Padrón y González, 2006).

Distintos estudios han podido demostrar que todas estas situaciones se reducen y los resultados del embarazo son mejores en función del tiempo o periodo en el que se acude a la consulta preconcepcional, la primera visita prenatal, controles rutinarios durante el embarazo, y óptima atención durante el parto (Fernández Cabaco; Mata; Pérez; González, 2014). Por tanto, el consejo preconcepcional debería incluir la valoración del riesgo preconcepcional junto con actividades preventivas y de educación y promoción para la salud. El establecimiento de indicadores psicosociales conduce a diseñar políticas sociales por parte de las administraciones públicas para implementar programas y proyectos de intervención social que fomenten el "bienestar social", la "calidad de vida", la "prevención del riesgo social, físico, psíquico de la madre y del futuro niño" y la "integración social" de la mujer gestante (Mancera-Romero, Paniagua-Gómez, Romero-Pinto, Sánchez-Pérez, Kuhn-González y Casals-Sánchez, 2009). Por eso es necesario conocer la génesis y dinámica de los mecanismos psicosomáticos y psicosociales que intervienen en el proceso de adaptación al embarazo, para poder realizar intervenciones preventivas desde distintos ámbitos o sectores (familia, trabajo, sistemas de salud, etc.)

que eviten las complicaciones y ayuden a cumplir los objetivos biológicos (nacimiento de un niño sano sin detrimento físico para la madre) y psicosociales del embarazo (aceptación del embarazo desde el punto de vista emocional y cognitivo, adaptación al nuevo rol de madre y vinculación afectiva madre-hijo) (Chacón, García y Flórez, 2000; Hayes, Reinold y Bradeley, 2001; Zlotnick, Jonson, Miller, Pearlstein y Howard, 2001).

Para valorar el riesgo preconcepcional la mejor fuente de información será una historia clínica completa que incluya la valoración de los riesgos físicos/biológicos (antecedentes o existencia de enfermedades crónicas en ambos miembros de la pareja o en las respectivas familias, portadores de infecciones transmisibles, estado de inmunización primaria y vacunaciones, tratamientos farmacológicos actuales, el peso, la talla y una exploración pélvica y mamaria) y los riesgos psicosociales (trabajo, vivienda, relación de pareja y apoyo del entorno, animales de compañía, características y conocimientos nutricionales, hábito de ejercicio físico, exposición a tóxicos o posibles teratógenos, hábitos tóxicos, exposición de gases, radiaciones o líquidos tóxicos) (Capitán y Cabrera, 2001; Fernández, Cabaco y Crespo, 2003; Fernández y Cabaco, 2007, 2009).

2. Análisis descriptivo de las variables a considerar en el cuidado preconcepcional

A continuación y partiendo de la clasificación de valoraciones médicas, psíquicas y sociales, describiremos aquellas variables que influyen de forma directa en las malformaciones o patologías durante el embarazo.

2.1. Valoración biomédica

2.1.1. Vinculados a la edad

La edad materna influye tanto en aspectos fisiológicos como psicológicos. Las gestaciones con una edad materna entre los 15-20 años o mayor de 40 conllevan un riesgo incrementado de alteraciones cromosómicas. En el primer caso se considera factor de riesgo de partos prematuros, malformaciones específicas como Gastrosquisis, bajo peso al nacer y mayor tasa de mortalidad infantil. Por su parte las gestantes mayores de 35 años tienen mayor riesgo de presentar diabetes gestacional, hipertensión o alteraciones de la placenta, partos prematuros, abortos espontáneos y mayor probabilidad de tener un hijo con el Síndrome de Down (Restrepo-Mesa, López, Parra, Escudero y Atalah, 2014).

Desde el punto de vista emocional diversos estudios indican que a menor edad de la mujer gestante mayor es la vulnerabilidad e inestabilidad emocional, pudiendo llegar a manifestar con más facilidad emociones negativas como ira, ansiedad, depresión, mayor índice de ansiedad rasgo, de fatiga y sensación de malestar etc. Todo ello puede estar influenciado porque suelen ser embarazos no deseados, y porque la mujer adolescente presentar menor probabilidad para desarrollar habilidades para solucionar las complicaciones y situaciones normales del proceso gestacional., lo cual impide a la mujer asumir suficientemente la responsabilidad de un embarazo (Dallas, Wilson y Salgado, 2000; Fernández, Cabaco y Crespo, 2003; Fernández et al 2014).

Además es necesario considerar también la edad de la pareja y cómo esta influye en el estado emocional de la mujer gestante. Así, con una edad inferior a 25 años en ambos, se encuentra un mayor índice de depresión. La edad de la pareja inferior a 25 influye también en que la mujer manifieste mayor índice de ansiedad estado, rasgo y estrés, mayor interferencia emocional y activadora (Fernández y Cabaco, 2006). En cambio el grupo de mujeres y sus parejas comprendidos entre 31-35 años manifiestan mayor nivel de satisfacción marital. A su vez la edad paterna avanzada (más de 45 años), aumenta el riesgo para mutaciones nuevas dominantes. En este sentido los estudios epidemiológicos realizados en Suecia, Israel y España han puesto de manifiesto que la edad del padre resulta especialmente relevante en la aparición de la esquizofrenia y de la patología autista en los niños (Malaspina, 2006).

2.1.2. Enfermedades crónicas maternas, no transmisibles o prevalentes maternos

Se presentan en la mujer previo a la gestación afectando a una de cada 20 mujeres. Las alteraciones fisiológicas así como la medicación que recibe la mujer y pueden afectar al feto. Entre las más relevantes tanto por su frecuencia como por las consecuencias sobre el feto serían las siguientes.

Diabetes. Las gestantes diabéticas tienen de 2 a 3 veces más riesgo que la gestante no diabética de presentar complicaciones como aborto espontáneo, alteraciones congénitas (malformaciones óseas, alteraciones cardiovasculares, defectos del tubo neural y alteraciones génito-urinarias), preeclampsia o parto prematuro. El efecto teratogénico depende del momento del desarrollo en que actúa: en el primer trimestre de gestación la diabetes induce la embriopatía diabética y produce malformaciones y aborto espontáneo. Más adelante en el embarazo se produce la fetopatía diabética expresada en hipoglucemia neonatal y macrosomía (Capitán y Cabrera, 2001). Además, las mujeres diabéticas, independientemente del tipo de diabetes que

presenten, son más propensas a sufrir alguna indicación de depresión durante el embarazo o tras el parto (Backes, 2009). Como medida preventiva lo aconsejable es comenzar el asesoramiento a las mujeres entre las 3 y 6 semanas previas a la concepción a fin de establecer niveles óptimos de glucosa tanto en este periodo como durante la organogénesis con el fin de reducir el riesgo de malformaciones fetales y abortos espontáneos.

Epilepsia. Afecta a una de cada 300 mujeres en edad reproductiva. En esta patología se dan dos efectos teratógenos comprobados, la patología en sí misma y los fármacos utilizados para su control. En el curso del embarazo la presencia de crisis epilépticas incontroladas es más negativa que la propia medicación. Episodios repetidos de crisis tónico clónicas generalizadas o parciales complejas se asocian con abortos espontáneos, hipoxia fetal, bradicardia y muerte perinatal.

Hipertensión arterial. Se relaciona con crecimiento intrauterino retardado, bajo peso al nacer, prematuridad y alta mortalidad perinatal. El riesgo fetal es máximo cuando existe proteinuria. Como medida preventiva se deben ajustar las cifras tensionales previamente al embarazo (Capitán y Cabrera, 2001).

Anemia. La anemia ferropriva suele ser la más frecuente (80% de todas las anemias), y se asocia con placenta previa, hipertrofia y desprendimiento placentario, preeclampsia y hemorragia post-parto. Si es severa, se asocia a crecimiento intrauterino retardado y natimortalidad. Toda mujer que se plantea un embarazo y sufre anemia deberá ser tratada previamente.

Fenilcetonuria. Las mujeres afectas de fenilcetonuria pueden exponer al feto a altas concentraciones de fenilalanina. La detección de la hiperfenilalaninemia materna tiene por objetivo prevenir los abortos espontáneos, malformaciones cardíacas congénitas, bajo peso al nacimiento, microcefalia y retraso mental en la descendencia (Capitán y Cabrera, 2001).

2.1.3. Enfermedades maternas transmisibles o prevalentemente fetales

La consulta preconcepcional es una buena oportunidad para revisar el estado inmunitario de la paciente y proceder a la vacunación que se precise (sarampión, rubéola, parotiditis, triple vírica, varicela, cólera oral). La mayoría de las enfermedades de origen infeccioso que se presentan a continuación son teratógenas porque interfieren en el desarrollo embrionario y fetal.

Rubéola. En el primer trimestre de gestación puede producir alteraciones fetales en un 50% de los casos incrementándose el riesgo de aborto espontáneo y recién nacido muerto y en un 35% si se produce en el segundo trimestre. El médico de Atención Primaria

debe detectar y proceder a la vacunación de la población femenina no inmunizada antes de la gestación y aconsejar sobre los métodos para evitarla en los 3 meses siguientes.

Citomegalovirus. El Citomegalovirus (CMV) es la infección congénita más frecuente y es la principal responsable por los casos de sordera neurosensorial y retardo mental de etiología viral. Esta infección ocurre en 1% de los nacimientos (80% son asintomáticos).

Toxoplasmosis. Aproximadamente 4 de cada 1000 mujeres embarazadas la contraen. En estas situaciones se observan signos de activación neuroendocrina y un aumento de la ansiedad estado. Cuando la infección se presenta en el periodo periconcepcional o en el primer trimestre de gestación, puede producir lesiones neurológicas severas en el feto e incluso la muerte intraútero (Capitán y Cabrera, 2001). A toda mujer que conozca o desconozca su estado serológico se le deben dar los siguientes consejos generales de prevención: eliminar el consumo de carne cruda o poco cocida, usar guantes y lavarse las manos intensamente después de manipular carne cruda, lavar profundamente todos los utensilios que estuvieron en contacto con carne cruda, lavar profundamente los vegetales que se comerán crudos, usar guantes cada vez que se esté en contacto con tierra y lavar las manos intensamente después de tocar la tierra.

Hepatitis B. La infección fetal por hepatitis B se asocia a prematuridad y niños pequeños para la edad gestacional. Como medida preventiva se deben identificar mujeres no vacunadas y/o susceptibles a contraer la enfermedad.

VIH. En la consulta preconcepcional es importante identificar a las pacientes que presentan mayor probabilidad de infección por VIH (mujeres con conductas de alto riesgo, parejas infectadas, enfermedades de transmisión sexual) y ofrecer unos cuidados preconcepcionales con actualizada información sobre VIH. En caso de pruebas tamizaje para VIH positivas se deberá informar sobre el riesgo de transmisión vertical y los tratamientos profilácticos existentes.

2.2. Valoración psicológica

Desde el abordaje psicológico es de suma importancia la forma en que la mujer asuma las tres realidades que la propia gestación plantea a la consciencia de la gestante, y la forma en que sean percibidas. Una primera realidad sería la aparición de un nuevo ser en su vida que modificaría las estructuras de su sistema familiar cambiando las relaciones diádicas, triádicas, etc., que ya existían. La segunda realidad la constituirían los cambios biológicos que sufrirá su cuerpo, los cuales alterarían la percepción sobre el mismo (Abrahams, 2001; Fernández 2005). La tercera realidad se configuraría entorno al

cambio en el rol social que experimentará la mujer gestante centrado sobre todo en su vertiente profesional (trabajo-abandono del trabajo) y en los lazos o redes sociales (distanciamiento de amistades, adquisición de otras nuevas, etc.) (Fernández y Cabaco, 2009).

Por tanto es importante valorar, desde este nivel, cómo acontecerá la transición desde una etapa a otra (mujer, embarazo, parto, madre, profesional), y tener en cuenta también la evaluación cognitiva que realizará de los procesos y cambios que el embarazo origina. Estas valoraciones tienen implicaciones en el desempeño del futuro rol de madre, como también en el desarrollo y cuidado del niño (Gaviria, 2006). La valoración cognitiva que la mujer realiza la basa en sus propias experiencias y en la educación recibida, y también por las informaciones que recibe a través de los medios de comunicación y las experiencias personales de otras personas (sus propios padres, amigas, compañeras de trabajo, etc.) (Canuso, 2003; Mancera-Romero, Paniagua-Gómez, Romero-Pinto, MSánchez-Pérez, MKuhn-González y Casals-Sánchez, 2009).

A partir de todo lo analizado, hemos podido comprobar cómo el embarazo se constituye en un proceso temporal que ocasiona cambios en la vida de una mujer a nivel biopsicosocial. Todo cambio genera una crisis que requiere de un proceso de adaptación a la nueva situación. Para conseguir esa adaptación y por tanto una óptima salud biopsicosocial, el organismo psicofísico de la mujer gestante, está en continua actividad procesando información que procede de distintos ambientes: el microambiente (propio organismo de la mujer gestante), matroambiente (información que proviene de la cavidad uterina, percepción del feto, etc.) y macroambiente (sistema de relaciones familiares y sociales; ambiente físico, cultural, social, etc.). El procesamiento de la información de los distintos ambientes requiere de la utilización de los propios subprocesos cognitivos (atención, percepción, memoria) y emocionales (miedo, felicidad, hostilidad, ira, sorpresa, etc.), dependiendo de la utilización de los mismos el proceso de adaptación (Cabaco y Fernández, 2001; DeCatanzaro, 2001; Fernández y Cabaco, 2007).

Cuando la mujer no consigue procesar adecuadamente la información surge el estrés. El estrés supone tanto una experiencia subjetiva como objetiva, de tal forma que son las características de personalidad de la mujer las que determinan de qué forma procesa la información tanto cognitiva como emocionalmente (Cabaco y Fernández, 1996; Ruíz, 2003).

Los patrones de respuesta adaptativos generan emociones positivas como la alegría, la felicidad, las cuales favorecen la recepción e interpretación positiva de los diversos estímulos ambientales, generan actitudes positivas hacia uno mismo y hacia los demás, facilitando el desarrollo de relaciones interpersonales, la empatía, el

rendimiento cognitivo, e inducen a sensaciones de vigorosidad, competencia, trascendencia. Favoreciendo de esta forma el desarrollo de conductas promotoras de salud materno-fetal y con ello se facilita el establecimiento del vínculo afectivo ya en el periodo prenatal. Por el contrario si los patrones de respuestas no son adaptativos, debido fundamentalmente a que la mujer no es capaz de hacer frente a factores estresantes que pueden provenir de factores psicosociales, complicaciones obstétricas, enfermedades psiquiátricas, que dan lugar a que las mujeres elaboren ambivalencia acerca del embarazo y la maternidad y desarrollan emociones negativas que se pueden dar lugar a respuestas de defensa o de rechazo hacia el proceso del embarazo y por tanto hacia el niño.

Los procesos psicológicos que se ponen en funcionamiento para desarrollar las estrategias de afrontamiento al estrés, pueden producir efectos negativos de fatiga mental y limitaciones de las capacidades de procesamiento, independientemente de que dicho afrontamiento haya tenido resultado positivo (aceptación del proceso de gestación en embarazos no deseados) o negativo (negación del la gestación en embarazos no deseados).

Las consecuencias que el estrés, y por tanto los mecanismos de afrontamiento que se generan para luchar contra el mismo, producen en la gestante alteración de su estado fisiológico, cognitivo-emocional (Leithner, Maar y Maritsch, 2002). Los esfuerzos derivados de afrontamiento contra el estrés y la ansiedad, produce errores en el procesamiento de la información induciendo a la mujer a ver el embarazo como algo dañino que no puede ser reparado. El estado depresivo produce disminución en el ritmo de la actividad, desánimo, pérdida de energía que ocasionan que la mujer no desarrolle conductas de salud materno-fetal e impiden un proceso de acercamiento y vinculación hacia el niño. Ello es debido a la relación entre el síndrome depresivo con la respuesta anormal del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) (Gale y Martyn, 2004; Gaviria, 2006). El incremento de los niveles catecolaminas pueden aumentar el riesgo de un parto prematuro, de crecimiento intrauterino retardado y, posiblemente, de un aborto espontáneo (Monk y cols., 2003). Los mismos efectos comportamentales han sido observados en los niños cuyas madres sufrieron depresión durante el embarazo manifestando más problemas de conducta, irritabilidad, hiperactividad, problemas del sueño y cognitivos (Díaz, Pérez, Martínez, Herrera y Brito, 2000; Koubovec, Geerts, Odendaal, Stein, Vythilingum, 2005; Fernández, y Cabaco, 2007).

El estudio publicado por O'Connor, Heron, Golding y Beveridge y Glover (2002) pone de manifiesto cómo el estrés y la ansiedad sufrida por la madre durante el embarazo, pueden tener repercusiones significativas sobre la salud mental infantil. En concreto la ansiedad

materna en la segunda mitad del embarazo puede producir afectación en el sistema límbico y el cortex prefrontal y producir cambios persistentes en nivel de adaptación al estrés del niño (a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal) cambios que le hacen vulnerable e incrementarán considerablemente el riesgo de que en la infancia y adolescencia se padezcan trastornos de conducta, emocionales, psicopatológicos e hiperactividad (Beverdors et al., 2005; Cohen y Paskevich, 2006).

Además, la ansiedad predice un bajo peso al nacer, menor perímetro cefálico, partos prematuros, abortos espontáneos, complicaciones obstétricas y puntuaciones más bajas en APGAR para los niños cuyas madres presentaron altos niveles de catecolaminas durante el tercer trimestre (Koubovec y cols., 2005; Ortiz, 2009).

Otros trastornos mentales asociados con el embarazo constituyen un importante problema de salud pública, porque a pesar de la alta prevalencia, el trastorno no es reconocido ni tratado adecuadamente, produciéndose un aumento de la morbilidad de las mujeres afectadas y de la morbilidad de sus hijos (Fernández, 2005; Fernández y Cabaco, 2009). Entre dichos trastornos destacamos la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar (Correa y Holmgren, 2005; Mesa, 2009).

2.3. Valoración social

El estilo de vida de la futura gestante con relación a hábitos nutricionales, cafeína, abuso de alcohol, tabaquismo, uso de drogas ilegales, exposición a tóxicos, riesgo laboral y entorno familiar se asocia a partos prematuros, crecimiento intrauterino retardado, mortalidad perinatal y defectos del tubo neural, aborto espontáneo, bajo peso al nacer (Farote y Bierdeman, 2002; Murillo, del Pilar y Pradilla, 2011; Rao, y cols., 2007; Fríguls, García-Algar, Puig, Figueroa, Sunyer y Vall, 2009).

De entre todos ellos es de destacar, por sus efectos, el consumo de alcohol durante el embarazo. La ingesta de alcohol de 28 a 56 g /día en etapas tempranas de la gestación puede producir síndrome alcohólico fetal (SAF). Además se asocia a muerte intraútero, retraso del crecimiento pre y postnatal, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central (SNC). Las personas que lo sufren se caracterizan por presentar anomalías faciales (aperturas oculares pequeñas) alteraciones de la conducta, hiperactividad, mala coordinación, problemas de aprendizaje de memoria, de atención, de comunicación, de visión, de audición, retardo en el habla y en el lenguaje, dificultades para dormir y problemas de succión en la infancia. El SAF es una de las primeras causas prevenibles, al 100%, de discapacidad mental y defectos, si la mujer no bebe alcohol durante el embarazo (Molina,

Chotro y Domínguez, 1995; Capitán y Cabrera, 2001). Las campañas de educación son de extrema importancia ya que no existe la noción de este riesgo en la población. Como tampoco existe en el uso de cocaína durante la gestación, el cual ha sido asociado a numerosas alteraciones congénitas como malformaciones génito-uritarias, alteraciones cardiacas, disrupción vascular, anomalías del SNC, alteraciones oftalmológicas o alteraciones en las extremidades (defectos por reducción de miembros), crecimiento intrauterino retardado, (Rao y cols., 2007).

Como medida preventiva es necesario valorar desde el período preconcepcional el riesgo social. Factores como el apoyo social, familiar, pueden incidir en el desarrollo del embarazo y que la mujer lo experimente de forma satisfactoria o no. En el ámbito familiar es necesario promover la participación del padre en las consultas preconcepcionales, prenatales y en las tareas del cuidado del embarazo, parto y del recién nacido. Cuando la mujer percibe un adecuado apoyo (pareja, familiar, social) tiende a aumentar las conductas de salud materno-fetal, a promover estilos de vida más saludables, a buscar mayor información sobre salud y cuidados, y recibir cuidados prenatales tempranos en su embarazo. Todo ello redundará en un óptimo desarrollo fetal tanto neurofisiológico como emocional (Fernández, Cabaco y Crespo, 2003; Martínez, Allué; Vall y Gómez de Terreros, 2010).

3. Conclusión

Por todo lo anteriormente señalado y siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) la consulta preconcepcional debe formar parte de la asistencia prenatal de todas las mujeres, ya que la salud durante el embarazo depende en gran medida del estado de salud o enfermedad, nutrición, hábitos personales, estilo de vida e influencias ambientales de la mujer antes de concebir. Su utilidad no se limita tan solo a la mujer que tiene el antecedente de una enfermedad o de un embarazo con mal resultado, también es beneficiosa para todas las mujeres que parecen estar sanas y que no presentan factores de riesgo conocidos que puedan afectar a su reproducción. Estas acciones facilitarían la prevención y evitarían, en algunos casos, el planteamiento de estudios innecesarios durante la gestación, así como la ansiedad en la embarazada derivada de los resultados obtenidos.

Cuando las campañas y las actividades han contado con la participación e intervención de los niveles sanitarios/médicos (atención primaria, matronas, ginecólogos, neonatólogos, etc) sanitarios/salud mental (detección de riesgo e intervención en la población general y de forma individualizada) y social (campañas y planes de

sensibilización y formación a toda la población en edad reproductiva), han demostrado su utilidad en el descenso de la morbimortalidad infantil mediante el abordaje de los siguientes aspectos: reducción de la mortalidad infantil producida por enfermedades genéticas o problemas influidos genéticamente; reducción de las malformaciones asociadas al consumo de sustancias teratógenas (fármacos o tóxicos) o agentes externos (radiaciones); reducción del bajo peso al nacer. A la vez que se ha demostrado que la mujer vive el embarazo más satisfactoriamente y ello redundará en el bienestar del feto y por tanto del futuro hijo. En este aspecto es necesario concluir matizando que la vida de todo ser humano presenta una continuidad e indisolubilidad (desde el SNC, inmunológico, emocional, neurológico, neuroendocrínológico, etc.) entre el periodo de la vida prenatal y el desarrollo posterior de la persona hasta la vida adulta.

Bibliografía

- BACKES, K. (2009). Las mujeres con diabetes son más propensas a sufrir alguna indicación de depresión durante el embarazo o tras el parto. *Jama*, 301 (8), 842-847.
- CABACO, A. S. Y FERNÁNDEZ, L. M. (2001). Memoria prenatal: desarrollo y estimulación. En A.S. Cabaco, M.S. Beato (Coords.), *Psicología de la Memoria: Ámbitos Aplicados* (pp.87-101). Madrid: Alianza.
- CHOU, F.H., LIN, L.L., COONEY, A.T., WALKER, L.O. Y RIGGS, M.W. (2003). Psychosocial factors related to nausea, vomiting, and fatigue in early pregnancy. *Journal Nursing Scholarsh*, 35 (2), 119-125.
- CORREA, A Y HOLMGREN, L. (2005). Trastorno bipolar en el período reproductivo. *Avances en psiquiatría biológica* 6, 58-76.
- DALLAS, C., WILSON, T. Y SALGADO, V. (2000). Gender differences in teen parents' perceptions of parental responsibilities. *Public Health Nursing*, 17 (6), 423-433.
- DE CATANZARO, D. (2001). *Motivación y emoción*. Madrid: Prentice Hall.
- FERNÁNDEZ, L.M., CABACO, A.S. Y CRESPO (2003). Factores ambientales y embarazo: influencias físicas, psicosociales y socioculturales. *Psicología e Educação*, 4, 5-14.
- FERNÁNDEZ, L.M. Y CABACO, A.S. (2004). Procesamiento del estrés en las gestantes: implicaciones para la salud de la mujer y del niño intrauterino. *Familia*, 28, 9-24.
- FERNÁNDEZ, L.M. Y CABACO, A.S. (2006). Los sistemas de apoyo familiares en la vinculación afectiva prenatal: implicaciones preventivas. En J.J. Fernández (ed.), *Medicina, familia y calidad de vida* (pp.55-84). Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.
- FERNÁNDEZ, L.M. Y CABACO, A.S. (2007). La depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal.

- Revista Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*. web: <http://www.usal.es/~RPPSM>.
- FERNÁNDEZ, L.M., CABACO, A.S. (2009). Cognición y comunicación en la gestación. La mediación de la hipervigilancia emocional. *Familia*, 38, 117-132.
- FERNÁNDEZ, L.M., CABACO, A.S., MATA, S., PÉREZ, M.C. Y GONZÁLEZ, S. (2014). Hipervigilancia emocional en la mujer gestante: factores psicosociales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1 - 1, pp. 229 - 242.
- FRÍGULS, B., GARCÍA-ALGAR, Ó., PUIG, C., FIGUEROA, C., SUNYER, J., & VALL, O. (2009). Exposición prenatal y posnatal al tabaco y síntomas respiratorios y alérgicos en los primeros años de vida. *Archivos de Bronconeumología*, 45 (12), 585-590. doi:10.1016/j.arbres.2009.09.004.
- GALE, C.R, Y MARTYN, C.N. (2004). Birth weight and later risk of depression in a national birth cohort. *Br J Psychiatry*, 184, 28-33.
- GAVIRIA, S. (2006) .Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 5 (2), 210-224.
- MALASPINA, D. (2006).The Influence of Paternal Age on Schizophrenia. *Medscape Psychiatry & Mental Health*, 11 (1).
- MANCERA-ROMERO, J., PANIAGUA-GÓMEZ, F., ROMERO-PINTO, M. J., SÁNCHEZ-PÉREZ, M. R., KUHN-GONZÁLEZ, M., & CASALS-SÁNCHEZ, J. L. (2009). Utilización de los servicios sanitarios por las embarazadas seguidas en un centro de salud. *Semergen: Medicina General / De Familia*, 35 (5), 214-220. doi:10.1016/S1138-3593(09)71366-8.
- MARTÍNEZ GONZÁLEZ, C., ALLUÉ MARTÍNEZ, X., VALL COMBELLES, O., Y GÓMEZ DE TERREROS, I. (2010). El pediatra ante los problemas sociales. *Anales de Pediatría*, 73 (5), 280.e1-280.e6. doi:10.1016/j.anpedi.2010.05.025.
- MESA, S. (2009).Alteraciones ultraestructurales de las mitocondrias en el cerebro de fetos de madres esquizofrénicas. *Interpsiquis* 1.
- MURILLO, O. L., DEL PILAR ZEA, M., & PRADILLA, A. (2011). Situación nutricional de la gestante y su recién nacido en Cali, 2008. *Revista De Salud Pública*, 13 (4), 585.
- O'CONNOR TG, HERON J, GOLDING J, BEVERIDGE M, GLOVER V. (2002).Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry*,180: 502-8.
- ORTIZ, E. I. (2009). Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo, según la medicina basada en la evidencia. *Colombia Médica*, 32 (4), 159-162.
- RAO, J., WANG, B., GIANNETTA, B.A., KORCZYKOWSKI, M.S., SHERA, Sc.D., AVANTS, B., GEE, J., DETRE, A., Y HURT, H. (2007). Altered Resting Cerebral Blood Flow in Adolescents With in Utero Cocaine Exposure Revealed by Perfusion Functional MRI. *Pediatrics*, 120, 1245-1254.

- RESTREPO-MESA, S. L., LÓPEZ, N. Z., PARRA, B.E., ESCUDERO, L.E., Y ATALAH, E. (2014). Embarazo adolescente: Características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 64 (2), 99.
- TORRE, J., COLL, C., COLOMA, M., MARTÍN, J.I., PADRÓN, E. Y GONZÁLEZ, N.L. (2006). Control de gestación en inmigrantes. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 29, (1).
- ZLOTNICK, C., JOHNSON, S.L., MILLER, I.W., PEARLSTEIN, T. Y HOWARD, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *American Journal of Psychiatry*, 158 (4), 638-640.