



RAQUEL NAVARRO MALDONADO

MATRONA DEL HOSPITAL CAN MISSES

«Las patologías mentales durante el embarazo son un tabú»

► «Las mujeres con problemas emocionales en el embarazo tienen más riesgo de preeclampsia, parto prematuro y bajo peso del bebé» ► «Hay mujeres que viven el primer trimestre con ansiedad y el tercero con miedo por la cercanía del parto»



Raquel Navarro Maldonado, en la puerta del paritorio de Can Misses.

■ Si los próximos días una embarazada o madre de un bebé de menos de un año recibe una llamada para participar en un estudio sobre salud mental perinatal, Raquel Navarro Maldonado, matrona de Can Misses, sólo les pide una cosa: «Que acepten». Esta ibicenca de 29 años está preparando su tesis doctoral en la Universitat Rovira i Virgili (codirigida por la Universitat de Barcelona), un estudio que no se quedará en el papel ya que su objetivo es promover mejoras en el Área de Salud de Eivissa y Formentera. «Siempre me ha interesado la salud mental», afirma la matrona, que asegura que su estudio «es el único en su naturaleza» hasta el momento. Navarro destaca la «presión social» que sufren las mujeres durante el embarazo, ya que sienten que deben vivirlo como un proceso de felicidad sin fisuras.

¿Qué es la salud mental perinatal?

Es la salud mental durante todo el periodo del embarazo y hasta el primer año después del parto. Embarazo, parto y postparto.

Vaya, que no todo se puede achacar a las hormonas.

A ver, hay una parte cierta en eso. El embarazo predispone a unos cambios emocionales. Es un periodo mucho más sensible, pero igual que muchas mujeres lo pasan de una manera natural y normal, en otras muchas puede acarrear un sufrimiento y unos síntomas que pueden desencadenar una patología mental.

¿Cuáles serían las señales de alarma?

Sabemos que durante el embarazo las patologías más prevalentes o que antes dan la cara son la ansiedad y la depresión. Se ha visto que mujeres que padecen depresión postparto o psicosis puerperal presentan indicadores de ello durante el embarazo. Hay factores de riesgo con los que tenemos que estar alerta, como que la mujer no cuente con apoyo emocional, que tenga una patología previa, un contexto de violencia o abuso, traumas en un parto previo, que sea un embarazo no deseado... Y, muchas veces, procesos de fecundación.

¿Y eso?

Porque al final logran el embarazo por otras vías, es un proceso muy complejo, largo y que acarrea una fuerte implicación emocional de la mujer y de su entorno.

Supongo que si le ha costado quedarse embarazada, vive la gestación con más ansiedad por si sale algo mal, ¿no?

Claro. Cargan una mochila que parte con muchas más piedras que la que lleva otra mujer. Es importante el apoyo y lo que la mujer tiene a su alrededor, pero partimos de un contexto muy diferente.

Se habla mucho de la depresión

postparto, pero ¿se ha estudiado tanto?

Es la patología que más se ha estudiado, la más visible, pero no es la única. Son mucho más tabú las patologías mentales durante el embarazo. Socialmente el embarazo está muy ligado a emociones positivas, parece que sentir algo negativo en un momento alegre no es lo correcto y muchas mujeres, por ese motivo, no plantean según qué dudas.

¿Se lo callan?

Sí, es un tema tabú en la sociedad y esto obstaculiza que planteen a los profesionales este tipo de emociones y dudas sobre lo que sienten.

¿Habría que empezar a preguntar por esto en las consultas de las matronas?

La realidad es que, a diferencia de lo que ocurre con la preparación al parto, por ejemplo, como no está protocolarizado es algo que depende del profesional. Lo que sabemos ahora que hemos hablado con los profesionales es que muchas mujeres hacen preguntas en torno a la salud mental, pero al no haber un protocolo, porque se ha empezado a hablar de estos problemas hace relativamente poco, no se pregunta ni hay un circuito ni un cribado. En otros países, como Australia o Reino Unido, en cambio, sí. Igual que se controla la tensión, el peso, o se hace el test de O'Sullivan, la matrona también escrutina cómo está la salud mental de la mujer. En España sólo existe un protocolo, en Catalunya. Estamos asistiendo a una época de cambios, todos nos estamos poniendo las pilas con la salud mental y cada vez hay más interés de los profesionales por formarse.

¿El estudio incluye a las madres?

Sí, al binomio mujer-matrona, que es clave en la relación terapéutica. La matrona es el profesional que está en mayor contacto con la mujer durante el embarazo y tiene una posición privilegiada para detectar problemas y acompañarla. Hemos enfocado el interés en conocer, en primer lugar, las experiencias y la percepción de las profesionales respecto al cuidado de la salud mental y, por otro lado, detectar problemas y necesidades de las mujeres. Saber cómo está el panorama en nuestro contexto, porque no lo sabemos.

¿En algún momento del embarazo es más habitual que se presenten estos problemas?

Sabemos que hay trimestres que acarrear más cambios emocionales: el tercero, por la proximidad al parto, y el primero que, en función de algunos factores predisponentes, hay mujeres que pueden vivirlo con ansiedad.

Como una mujer que encadena varios abortos en esos primeros meses, supongo.

Sí, aunque dependerá mucho de las habilidades y el apoyo que tenga cada mujer y de cómo conciba su salud mental, que es determinante tanto para la vivencia del embarazo



LAS FRASES

« La depresión postparto es la patología mental perinatal más visible, pero no la única»

« El cortisol y las cotelaminas del miedo inhiben las hormonas pro parto, como la oxitocina»

« Ver el embarazo y el nacimiento del bebé como algo dulce es una presión social para la mujer»

« Cualquiera que detecte un problema y quiera mejorarlo puede y debe hacer investigación desde Eivissa»



La investigadora, con Beatriz Lafuente, Rebeca Hernández, Nieve Clara Mateazzi, Núria Herreros y José Luis González.

JUAN A. RIERA

como para el parto. El miedo al parto frena las cascadas fisiológicas de oxitocina y, con ello, una vivencia positiva del parto. Trabajar la parte emocional también favorece lo físico.

❶ Con miedo, no hay oxitocina.

❷ Claro, son hormonas opuestas. Todo lo que son cortisol y cotelaminas nos inhiben las hormonas pro parto, como la oxitocina o que el hipotálamo esté en estado de relajación. Y eso bien lo saben las matronas. En paritorio se busca un entorno lo más tranquilo posible.

❸ ¿El miedo puede llegar a bloquear la epidural?

❹ No, son mecanismos diferentes, a tanto no llega el miedo. Sabemos que mujeres con problemas emocionales durante el embarazo tienen más riesgo de preeclampsia, parto prematuro, bajo peso del bebé... También tiene efectos en el recién nacido. Hay estudios sobre problemas emocionales en la vida adulta. Es una línea emergente, pero está habiendo un crecimiento muy acelerado del cuerpo de investigación sobre este tema.

❺ ¿Un embarazo en solitario afec-

ta a la salud mental?

❶ Puede ser un factor de riesgo, aunque no es determinante porque una mujer que decide vivir su embarazo sola, una situación que vemos cada vez más, puede contar con un muy buen apoyo y una muy buena concepción de su salud mental. Habría que ver qué apoyo y qué persona tenemos delante y sus factores de riesgo.

❷ Entran en el estudio las mujeres que tienen un problema de salud mental antes del embarazo?

❸ No, padecer una patología previa es uno de los excluyentes porque ya entraríamos en una atención especializada a personas que ya tienen un problema de base de salud mental. Los recursos en las Pitiusas son limitados, somos un hospital de tercer nivel y no podemos tener una unidad de salud mental perinatal. Queremos trabajar en la promoción y detección, ver qué podemos hacer. Las matronas, en las entrevistas individuales, están demandando formación. Es algo clave.

❸ Se detecta un caso de salud mental perinatal, ¿cómo se actúa?

❹ Se hace una derivación temprana. Las mujeres que dan un riesgo bajo en las escalas con un seguimiento un poco más cercano o estrecho ya van bien. También hay abordajes con acompañamiento por parte de la matrona. Y luego hay mujeres que hay que derivar a la unidad de psicología y psiquiatría.

❹ Al estar embarazadas, ¿se las puede medicar o hay que buscar otras vías?

❺ Depende. Cuando hay una pato-

logía grave se suelen valorar con el psiquiatra los riesgos y beneficios y, en función de eso se establece un plan de actuación consensuado con la mujer. Esto, sobre todo, de cara al postparto, que es donde está el mayor reto, especialmente si se requiere un ingreso, que supondría una separación de la madre y el bebé. Pero ahí ya estaríamos hablando de patologías.

❺ ¿Estas patologías y trastornos perinatales desaparecen?

❶ Pueden seguir. Cualquier patología mental es un proceso y cada mujer, dentro de ese proceso, hace el trabajo que corresponde con el profesional pertinente.

❷ El embarazo es un factor de riesgo para la salud mental?

❸ Es una crisis vital. Fisiológica. Nace una criatura, pero también nace una mujer. Pueden reaparecer traumas con la propia madre, por ejemplo, según indican artículos científicos. Es un proceso en el que van a aflorar en la mujer emociones que pueden acrear una patología mental.

❸ Pero se ve el embarazo y nacimiento como un momento dulce.

❹ Forma parte de la perspectiva de género. La típica frase, para cualquier cosa, de «es porque estás embarazada». O «pero si deberías estar feliz!». Es una presión social. Habrá mujeres que estén encantadas el primer trimestre y otras que no, a las que les surjan dudas, que tengan ambivalencia, que no estén seguras de si era lo que querían... A todo eso hay que darle un espacio y escucharlo.

❹ En qué fase está el estudio?

❺ Estamos en la primera fase: cono-

cer la percepción de las profesionales y de las mujeres, a las que empezaremos a reclutar la semana que viene. Las que estén en el primer, segundo y tercer trimestre de gestación y en postparto, para ver qué necesidades tienen. Es clave y prioritario conocerlas para establecer un plan de actuación y estrategias de mejora. Les pediría que, si las llamamos, que se animen, por favor, sin ellas no podemos hacer nada. También estamos acabando con las entrevistas de las matronas, que son coinvestigadoras en este estudio. Lo bonito de este tipo de investigación es que no son participantes, son protagonistas, tienen un rol activo transformando su realidad. También que no hay que esperar a futuros estudios para aplicar las mejoras, ya se producen durante la investigación, cuando las matronas empiezan a preguntar sobre salud mental en sus consultas. Nos ha sorprendido que haya tanto interés y motivación.

❺ ¿Cuándo tendrá resultados?

❸ Esperamos que el primer informe salga antes de Semana Santa, no sabemos cuánto vamos a tardar en el trabajo de campo, pero antes del verano, seguro. Tendremos un primer informe y en base a él y trabajaremos las medidas.

❹ Cuando apruebe la tesis será una matrona, pero también doctora.

❸ [Ríe] Es un poco raro aquí ese concepto. Me pasa en mi entorno, que me preguntan «¿doctora? ¿Estudias medicina?». Aquí aún está poco visibilizado hacer doctorados en según qué disciplinas. Se puede ser médico y no ser doctor y se puede ser en-

fermera y doctora.

❹ ¿De dónde le viene lo de dedicarse a la investigación?

❸ Es la base de nuestra disciplina, sin investigación no hay actualización y si no nos actualizamos no brindamos cuidados de calidad. La investigación no se ve como algo divertido, pero es clave para la mejora de la atención y, sobre todo, para responder a las necesidades de las personas a las que cuidamos.

❺ ¿Se puede investigar en Eivissa?

❸ Se puede y se debe hacer investigación aquí. Cualquier persona que detecte un problema y tenga interés en mejorarlo. Además, te digo una cosa: nuestro contexto permite cristalizar cambios y establecer mejoras, algo que en otros más amplios, como Barcelona o Madrid, es más complicado. Al ser un hospital pequeño, tanto los profesionales como la gerencia se implican de una forma muy positiva. Es fácil cambiar las cosas y en nuestro servicio se ve constantemente. ¿Quieren parto en el agua?, pues se pone una bañera. Y así una cosa tras otra.

❹ Imagino que cuesta mucho hablar de estos temas.

❸ Sí, las matronas en las entrevistas han hablado sobre su experiencia cuidando de las mujeres durante el embarazo y el parto. El otro día fui a presentar el estudio y una compañera se echó a llorar. Decía que durante el primer trimestre no sabía cómo decir que no estaba contenta porque no le venía bien estar embarazada en ese momento. Cuesta decir algo así. El objetivo es darle un nombre y un lugar a eso.