

Negación del embarazo: a propósito de un caso

Pregnancy denial: a case report

Laura Álvarez-Cienfuegos Cercas¹, María Villasante Holgado²

¹Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

²Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

Resumen: El fenómeno de negación del embarazo genera mucha incompreensión en las mujeres que lo sufren y en los sanitarios que se encuentran estos casos en la práctica clínica. Presentamos un caso clínico que no presenta factores clásicos como antecedentes traumáticos o problemas de salud mental, lo que respalda los estudios más recientes sobre este tema. Reflexionamos acerca de dos circunstancias especiales presentes en el caso: la particular relación con su percepción del cuerpo y los antecedentes de negación del embarazo a nivel familiar. Los estudios han demostrado cómo el descubrimiento del embarazo tardío, junto con el encuentro con un niño hasta entonces ignorado, produce un fuerte shock en las madres. Por ello, es importante que los sanitarios detecten este fenómeno, así como la intervención psicoterapéutica especializada con las mujeres y su familia, para garantizar la adecuada vinculación madre - bebé así como su adaptación al nuevo rol de madre.

Palabras clave: negación del embarazo, psicoterapia, perinatal

Abstract: Pregnancy denial is as incomprehensible for the women who suffer from it as it is for health professionals who deal with these cases in their clinical practice. We present a clinical case in which classical factors such as a history of psychological trauma or mental health problems are not present, which supports the most recent studies on this topic. We have taken into account two special factors found in this case: a specific relationship with body perception and a medical history of pregnancy denial within the family. Studies have shown that the disclosure of a late pregnancy and abrupt meeting with the unknown child can cause a severe shock to the future mother. It is therefore important for this condition to be detected by the health professionals and to afford specialized psychotherapeutic treatment for these women and their families in order to facilitate positive mother-baby bonding and mother role adjustment.

Keywords: pregnancy denial, psychotherapy, perinatal

Laura Álvarez-Cienfuegos Cercas Psicóloga especialista en psicología clínica, FEA en Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

María Villasante Holgado Psicóloga especialista en psicología clínica, FEA en Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada).

Para citar este artículo: Villasante Holgado, M. y Álvarez-Cienfuegos Cercas, L. (2025). Negación del embarazo: a propósito de un caso. *Clínica Contemporánea*, 16(1), Artículo e4. <https://doi.org/10.5093/cc2025a4>

La correspondencia de este artículo debe ser enviada a María Villasante Holgado: villasantemaria@gmail.com



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

El fenómeno de la negación del embarazo genera mucha incompreensión tanto en las mujeres que lo padecen como en los profesionales sanitarios que se encuentran con estos casos en la práctica clínica. Un mejor conocimiento de este fenómeno hará que las pacientes que sufren estos procesos se sientan menos aisladas, avergonzadas y culpables (Bayle, 2016).

Los primeros casos registrados datan de 1858 (Bayle, 2016), pero aún no existe un consenso para su definición ni tampoco para la estimación de su prevalencia. Algunos estudios hablan de 1 caso por cada 475 nacimientos (Wessel et al., 2007; Narlesky et al., 2021), otros en cambio hablan de 1 de cada 516 nacimientos (Narlesky et al., 2021). En cuanto a su definición, algunos autores lo describen como la no toma de conciencia del embarazo en curso, durante una parte o en su totalidad con pocas transformaciones en el cuerpo (Bayle, 2016), o como la falta subjetiva de conciencia de la mujer de estar embarazada (Wessel et al., 2002). Otros en cambio lo definen como la falta de conciencia sobre el embarazo tras 20 semanas de amenorrea (Simermann et al., 2018), así como aquellos embarazos que suceden sin ser buscados y en los cuales la mujer no es consciente de estar embarazada (Van Brouwershaven et al., 2023). Asimismo, se define también como un fenómeno que sucede cuando la mujer no es capaz de realizar las adaptaciones emocionales necesarias que se requieren en un embarazo y, para evitar la ansiedad que esto generaría, actuaría el mecanismo de defensa de la negación que hace que la mujer desconozca el proceso de gestación (Van Brouwershaven et al., 2023).

En cuanto a la terminología utilizada para nombrar a este fenómeno, tampoco hay consenso. Hay autores que prefieren denominarlo “embarazo en blanco” (Bayle, 2016), o “embarazo no percibido” (Van Brouwershaven et al., 2023) y otros que diferencian entre negación del embarazo psicótica y negación del embarazo no psicótica, siendo esta última aquella que se produce en mujeres con el juicio de realidad conservado, salvo por su negación del embarazo (Narlesky et al., 2021). Otra clasificación que se puede encontrar en la mayoría de los artículos científicos publicados sobre este fenómeno es la que diferencia entre negación del embarazo total, cuando la mujer descubre que está embarazada en el momento del parto; y negación del embarazo parcial, cuando descubre que está embarazada durante el periodo gestacional normalmente después de la semana 20 (Simermann et al., 2018; Van Brouwershaven et al., 2023). Los estudios más recientes, como el de Del Giudice (2007), optan por utilizar el término “embarazo críptico”, al considerarlo una etiqueta más general y adecuada por encontrarse libre de sesgos interpretativos.

Es importante diferenciar la negación del embarazo de aquellos casos de ocultación del embarazo, en los que la mujer sabe que está embarazada, pero se lo oculta a otras personas de su entorno de forma intencional, como puede ocurrir en familias con creencias religiosas muy estrictas, embarazos de adolescentes o madres solteras (Wessel et al., 2002; 2007).

Algunos estudios han hipotetizado que variables como el aislamiento social, la baja capacidad intelectual, el bajo nivel socioeconómico, la inmadurez, ser joven, que se trate de un embarazo prematrimonial, estar soltera y el conocimiento limitado sobre el funcionamiento biológico del cuerpo, podrían aumentar el riesgo de aparición del fenómeno de negación del embarazo, pero la mayor parte de las investigaciones no han respaldado esta hipótesis (Wessel et al., 2002). Por lo que, en el momento actual, no existen datos de que la negación del embarazo se relacione de forma significativa con una determinada edad ni nivel socioeconómico concreto, así como tampoco se ha encontrado una psicopatología que justifique la aparición de este fenómeno (Bayle, 2016).

En cuanto a los datos que se conocen sobre el desarrollo somático, físico y biológico de este tipo de embarazos, se ha visto que en las gestaciones que se desarrollan con normalidad, el útero tiende a inclinarse hacia adelante, permitiendo el crecimiento del vientre. En cambio, en los embarazos negados el útero se coloca hacia arriba y por detrás de la faja abdominal, la cual impide el crecimiento del vientre hacia afuera (Bayle, 2016). Los casos de negación de embarazo suelen desarrollarse sin que aparezcan los síntomas y cambios en el cuerpo típicos que acompañan a una gestación. El primer síntoma que suele alertar de la posibilidad de un embarazo es la amenorrea, según el estudio realizado por Brezinka et al (1994) sobre una muestra de 27 mujeres, un 44% de las mujeres tuvieron menstruaciones irregulares, un 15% normales y un 26% amenorrea para la cual no se encontró explicación a nivel endocrino y fue atribuida a estrés. Según este mismo estudio, las náuseas y los vómitos fueron poco observados a lo largo del primer trimestre y la ganancia de peso fue escasa o inexistente, así como el desarrollo del vientre o el aumento de las mamas. Los movimientos fetales deberían empezarse a sentir a partir de la semana 18 de gestación, en los casos de negación del embarazo, las mujeres refieren que no

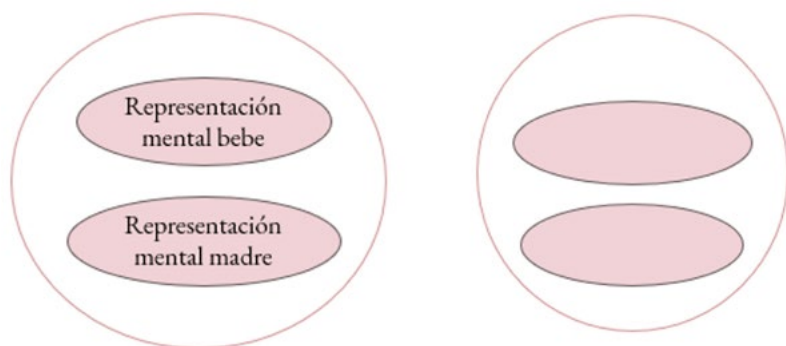
perciben los movimientos del bebé y, en el caso de sentir algo, lo interpretan como molestias digestivas (Bayle, 2016). Una vez que la mujer toma conciencia de que está embarazada, se ha observado cómo el cuerpo comienza a manifestar estos cambios, incluso pocas horas después de conocer la noticia (Pierronne et al., 2002). El vientre crece, el pecho se hincha, las articulaciones comienzan a doler, las madres empiezan a sentirse más cansadas, ganan peso e incluso comienzan a sentir movimientos en su abdomen (Van Brouwershaven et al., 2023) En cuanto al parto, este suele producirse en el wc del domicilio de las madres, sucediendo de forma rápida y poco dolorosa (Bayle, 2016). El dolor de las contracciones se suele interpretar, en la mayoría de los casos, como dolor abdominal y la rotura de la bolsa como una pérdida de orina (Bayle, 2016).

Con respecto a la parte psíquica de este fenómeno, desde la corriente psicodinámica hablan de que la negación del embarazo sería el testigo de un conflicto inconsciente (Bayle, 2016). Explican que este fenómeno pone de manifiesto que existen dos procesos paralelos de gestación: la gestación somática y la gestación psíquica. El cuerpo sigue el curso natural de un embarazo, aunque no muestre todos los síntomas típicos de un embarazo, pero el bebé se forma y desarrolla con normalidad, en cambio el psiquismo niega al cuerpo y esconde a su principal autor, el bebé que está por nacer (Bayle, 2016). En estos casos actuaría el mecanismo de defensa inconsciente de la negación, el cual podríamos definir como una desautorización directa de datos sensoriales traumáticos, una defensa contra el mundo externo cuando la realidad es abrumadora (Gabbard, 2006) y que, en el caso de este fenómeno generaría un rechazo a reconocer la realidad de una percepción traumatizante, protegiendo así al psiquismo de la mujer de este hecho (Bayle, 2016).

Durante el curso de un embarazo normal se suele dar un periodo de crisis de identidad y de maduración psíquica para la mujer que va a convertirse en madre. Entre el cuarto y el octavo mes del embarazo, comienzan a aparecer las representaciones cognitivas maternas, la mujer se va imaginando como madre, haciendo uso de las representaciones mentales de su propia historia vincular (Bayle, 2016). Poco a poco se va construyendo una imagen diferenciada de sí misma, y al bebé le va atribuyendo características temperamentales y descriptivas en paralelo a la percepción de sus movimientos dentro de su vientre. Por lo tanto, convertirse en madre supondría un trabajo de recolocación y de modificación psíquica, “el viaje psíquico del embarazo” sería un movimiento regresivo de rememoración de la infancia, donde la futura madre se busca en la niña que fue. La forma en la que se desarrollen estas representaciones mentales condicionará la relación con el bebé y, por lo tanto, la calidad del apego y del vínculo posterior (Bayle, 2016).

En la negación del embarazo, la gestación psíquica se constituye en una ignorancia inconsciente del bebé en camino y de la futura madre en desarrollo. A nivel consciente no van a existir estas representaciones mentales del bebé ni de la mujer como futura madre, pero sí habrá una representación inconsciente que va a suponer un conflicto imposible de asumir para el psiquismo y por eso lo borra y niega (Bayle, 2016).

Figura 1. Representaciones psíquicas en embarazo “normal” vs en embarazo negado



Dentro de los estudios que han relacionado este fenómeno con la presencia de psicopatología y antecedentes en salud mental, destaca el de Margaret G. Spinelli (2010) que realiza un estudio en el cual analiza la

sintomatología más frecuente en una muestra de 17 mujeres acusadas de matar a sus bebés tras haber sufrido este fenómeno de negación del embarazo. La clínica que encontró consistía en despersonalización, sintomatología disociativa, alucinaciones disociativas, *belle indiférence*, psicosis disociativa y alteraciones cognitivas en lo relacionado con la habilidad de abstracción y la resolución de problemas. Asimismo, también encontró una historia familiar similar en todas ellas. Eran mujeres solteras, que continuaban siendo vistas como las niñas dentro de su familia de origen, imagen que persistía también en el momento del parto. En algunas familias habían existido episodios de abusos sexuales, y la mayoría de las relaciones parentales eran negligentes, con padres intrusivos y abusadores y madres frías, hostiles y que solían ser poco cariñosas y estar poco disponibles para sus hijas por su propia psicopatología, enfermedades físicas o abuso de sustancias. (Spinelli, 2010)

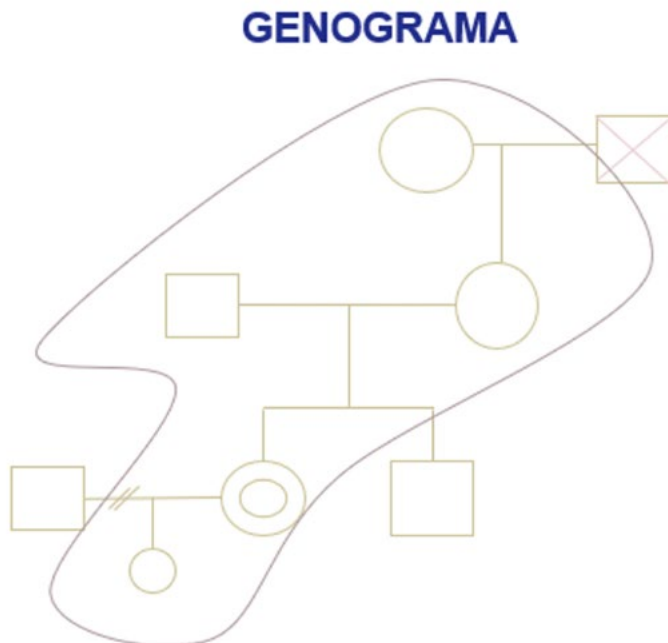
Sin embargo, estudios más actuales (Chechko et al., 2023) concluyen que, en los estudios realizados tanto en muestras epidemiológicas como no epidemiológicas, la presencia de trauma no es reportado y si está presente en su historia, es en muy pocos casos, y tampoco muestran una relación con trastornos psiquiátricos como se ha asumido en muchas ocasiones.

Por lo tanto, se puede apreciar como hasta el momento actual, los diferentes estudios realizados sobre este fenómeno presentan datos contradictorios sobre los antecedentes traumáticos. Aunque sí que coincidirían en que se han encontrado algunos actores relacionados con la dificultad en el reconocimiento de las emociones, así como en la detección de las señas del cuerpo que implicarían una menor conciencia somática.

Descripción del caso clínico

Mujer de 28 años que es traída por el SAMUR, acompañada por su madre, al servicio de urgencias tras un parto en domicilio. El recién nacido es una niña sana en la semana 36+5 con un peso de 2790g. Se procede al ingreso en obstetricia. La paciente refiere encontrarse en estado de shock ya que desconocía que estaba embarazada y las matronas observan que presenta una actitud distante con la bebé, por lo que se realiza una interconsulta al programa de salud mental perinatal, que acude al día siguiente a valorar a la paciente, la cual se encuentra acompañada por su madre.

Figura 2. Genograma



Durante la primera entrevista con la paciente, ésta explica que hace 8 meses comenzó con menstruaciones irregulares y amenorrea en alguna ocasión por lo que acudió a consultar con su médico de atención primaria, donde le dijeron que lo más probable que las alteraciones en su ciclo menstrual fuesen causadas por el estrés, sin que la paciente ni el médico realizasen una prueba de embarazo ni ninguna otra prueba médica diagnóstica. Refiere que en ese momento no tenía deseo de ser madre, debido a su condición económica precaria, se encontraba centrada en sus estudios y no mantenía una relación de pareja estable. Muestra gran labilidad emocional, escaso contacto con la recién nacida y distanciamiento afectivo hacia ella, sintiendo que de momento no puede apropiarse del rol materno (“si una madre necesita 9 meses para hacerse a la idea, yo he tenido un día”). Rechaza la lactancia materna ya que se siente abrumada por la responsabilidad y dependencia que generaría en ella, anticipando esa situación con gran malestar (“no siento que quiera dar el pecho, no me sale tener a un bebé dependiendo de mí”), pero sí desea y realiza piel con piel con la bebé y se emociona al relatarlo, explicando que se sintió muy tranquila pero muy asustada cuando tuvo a la bebé en canguro, preocupada por si será capaz de hacer frente a la responsabilidad de criar a un hijo. Durante la entrevista, la madre de la paciente expresa su sorpresa inicial ante la noticia del nacimiento, aunque en ese momento se encuentra en el proceso de acoger emocionalmente a la bebé y se hace cargo de ella, atendiendo sus necesidades, en el tiempo que estamos en la habitación.

El servicio de neonatología realiza múltiples pruebas a la recién nacida, determinando que se trata de una niña sana sin ningún problema médico reseñable, salvo un pequeño desajuste en los niveles de bilirrubina que provocan que sea necesario un ingreso hospitalario breve. Durante ese tiempo, tanto la paciente como su madre acudieron diariamente para estar con ella en la Unidad de Neonatología hasta el alta al domicilio a los pocos días.

A lo largo de las primeras entrevistas, la paciente relata más en detalle y con gran intensidad emocional lo ocurrido durante los pasados 9 meses. Explica que, aunque acudió a su médico de atención primaria por la presencia de amenorrea y menstruaciones irregulares desde hacía 4 meses, no se realizó ninguna prueba de embarazo al considerar que no había tenido prácticas sexuales de riesgo y por miedo al resultado, ya que no deseaba ser madre en este momento. Esta idea es reforzada por la explicación médica de que las irregularidades menstruales y amenorrea eran debidas al estrés, en ausencia de pruebas médicas que confirmaran tal causa. Los meses posteriores se desarrollan con normalidad, continúa con problemas relacionados con la menstruación, pero no tiene los síntomas ni cambios físicos propios de un embarazo: niega aumento del vientre, crecimiento de las mamas, cambios en su nivel de energía, así como haber percibido movimientos fetales.

A las semanas, al continuar con problemas menstruales, empieza a plantearse la posibilidad de que podría estar embarazada, por lo que decide realizarse un test de embarazo que resulta ser positivo. Acude de nuevo al Centro de Salud, donde se le realiza una analítica de sangre que, confirma el embarazo. Al informar la paciente de que los desajustes y ausencia de menstruaciones están presentes desde hace 8 meses, se interpretan los resultados de la analítica como un problema hormonal y es derivada a ginecología para su estudio (“mientras esperaba el día de la cita del ginecólogo pensaba en qué me pasaba, en que podría ser una enfermedad grave o que podría estar embarazada sin saberlo, recuerdo que en esos días lloraba con mi madre en el coche, le pedía que se quedara a dormir conmigo aunque esto último no era posible. Yo seguí haciendo mi vida normal, estudiando una certificación profesional y trabajando en un proyecto de mayores”).

A los pocos días, comienza con malestar gastrointestinal, náuseas y vómitos, lo cual interpreta como cólicos menstruales (“al levantarme me encuentro mal, me duele la tripa y sangro, lo interpreto como una regla más ya que mis reglas son dolorosas”). Va a trabajar, después a comer a casa de su abuela, tras la comida decide tumbarse para descansar porque continuaba encontrándose mal. Posteriormente, acude a casa de unos amigos para cuidar a los hijos de estos, como continuaba con molestias gastrointestinales acude al baño, momento en el cual se produce el parto. La paciente describe cómo la bebé cae al WC y el estado de sorpresa e incredulidad con el cual ella la recoge y la pone sobre sus piernas. A continuación, da la voz de alarma y acude una mujer que se alojaba en la casa de sus amigos, la cual, a pesar de no hablar castellano, socorre a la paciente y le ayuda a cortar el cordón umbilical. La paciente le hace una foto a la bebé para enviársela a su madre, la tapan y llaman a la madre de la paciente y al 112, quienes las trasladan al hospital (“Fui al baño

y al hacer fuerza salió una niña de dentro de mí, al escucharla llorar rápidamente la saqué con las manos de la taza y me la puse en las piernas. Pegué un grito”, “yo estaba paralizada sentada en el baño, tenía miedo pues perdía mucha sangre y no me creía lo que había sucedido, que había dado a luz”).

Figura 3. Cronología del embarazo



La paciente muestra en todo momento gran confusión y sorpresa con relación a lo ocurrido, así como sensación de irrealidad en torno a lo vivido en los últimos días (“era como estar en una pesadilla de la que no despertaba”, “en casa estaba triste, no paraba de llorar por el recuerdo del parto, del estrés, de no asimilar lo que había pasado”, “todos me decían que tenía que estar contenta o feliz por haber tenido una niña porque es lo mejor que te puede pasar en la vida, pero yo no, ni me sentía feliz”). Reconoce que si hubiera sido conocedora del embarazo hubiera realizado una interrupción voluntaria del embarazo, y reflexiona sobre si al no desear quedarse embarazada eso habría generado que se apoyase en la información médica y no afrontara la situación de hacerse un test de embarazo previamente. También relaciona esta falta de deseo y este miedo a estar embarazada con la ausencia de cambios físicos en su cuerpo (“es como si el cuerpo fuera por un lado y la mente por otro”).

Dada la situación de riesgo para el proceso de vinculación madre-bebé, así como la posible psicopatología en la paciente que podría interferir en dicha vinculación, acordamos realizar seguimiento psicoterapéutico por el programa de salud mental perinatal durante el primer año de vida de la bebé, en un encuadre de psicoterapia quincenal planteándonos los siguientes objetivos terapéuticos: Ayudar a la paciente a aceptar y entender su negación del embarazo, ahondar en su historia biográfica, sus vínculos significativos y comprender sus mecanismos de defensa y cómo habrían podido actuar en esta situación en cierta medida en la negación del embarazo; realizar un reprocesamiento emocional del parto; Facilitar la vinculación con su bebé y encontrar su lugar como madre en la familia, trabajando para lograr una independencia y autonomía.

Es la mayor de una fratría de dos hermanos. Refiere que fue una hija deseada y buscada, su madre tuvo un parto muy complicado. Ella se crio con sus abuelos maternos (“Salí de la teta de mi madre para ir a las faldas de mi abuela”), debido a que su hermano dos años menor que ella, presentó desde el nacimiento una patología cardíaca e ingresaba en múltiples ocasiones en el hospital, teniendo sus padres que ocuparse de él. La paciente

tenía una relación muy cercana con su abuelo materno, siendo éste su figura de referencia paternal le echa mucho de menos en la actualidad al considerarlo como un pilar fundamental, emocionándose cada vez que habla de él a pesar de que falleció hace tres años. Lo describe como alguien cercano, muy afectivo y a quien recurría buscando ayuda cuando tenía dudas o dificultades, incluso menciona que, en lo relacionado con lo acontecido en los últimos meses, le hubiera animado a insistir médicamente (“me acordaba mucho de mi abuelo porque necesitaba su apoyo y su seguridad”). Al trabajar en su psicobiografía, niega experiencias sexuales adversas durante su infancia, adolescencia y edad adulta. En el trascurso y desarrollo de las sesiones psicoterapéuticas, no aparece en ningún momento ningún contenido o emoción que haga pensar que exista alguna vivencia traumática reprimida o disociada, aunque por supuesto, no se puede descartar totalmente su existencia. Como episodio a destacar, la paciente relata que, durante su adolescencia, mientras cursaba la educación secundaria, sufrió bullying por parte de sus compañeros. Explica que fue una de las primeras niñas de su clase en desarrollarse físicamente, y que a raíz de esto comenzó a recibir insultos y críticas sobre su cuerpo y su peso. Sus resultados académicos se vieron resentidos y tuvo que cambiarse de instituto y repetir 3º de la ESO. En la edad adulta, cursa estudios de animación sociocultural y refiere no haber tenido relaciones de pareja estables. En relación con los antecedentes médicos, la paciente ha padecido migrañas desde los 10 años, una pielonefritis aguda y una rotura del metatarsiano. Todos estos eventos son descritos por la paciente como acontecimientos poco dolorosos.

Respecto al primero de los objetivos psicoterapéuticos, se trabaja con la paciente para desculpabilizar y entender cómo el embarazo no estaba en su mente, y no podía pensarse como madre. Y cómo esto quedó reforzado con la explicación médica que atribuía las irregularidades menstruales al estrés, sin realizar ninguna prueba médica que lo corroborase. Este fenómeno se denomina “colusión de la negación”, y podría definirse como el contagio de la negación del embarazo a los profesionales sanitarios que atienden a la paciente e incluso a la familia. Actuaría como una comunicación implícita que orienta al psiquismo del interlocutor y de esas mujeres hacia la misma dirección, de forma similar a como lo haría el mecanismo de la identificación proyectiva (Bayle, 2016).

Al revisar su historia biográfica, la paciente relata que su abuela no supo que estaba embarazada de su segundo hijo hasta el séptimo mes de gestación, lo que podría considerarse como una negación del embarazo parcial. Su abuela compartió con ella este suceso cuando ella dio a luz a su hija. Realizamos una entrevista telefónica con la abuela de la paciente para poder comprender mejor lo ocurrido, relata cómo su primer embarazo fue muy deseado y buscado, y también muy complicado, ya que tuvo múltiples manifestaciones físicas como vómitos o mareos. La segunda gestación se desarrolla en un momento de estrés, donde no existía un deseo de quedarse embarazada. Al contrario que en el primero, no existieron síntomas físicos que hicieran sospechar de un posible embarazo, únicamente sufrió menstruaciones irregulares, al igual que su nieta. Al acudir a su médico por dichas irregularidades, sí que se le realizaron las pruebas correspondientes y le dieron la noticia de que se encontraba embarazada de siete meses, ante lo que la abuela refiere que “me quedé en blanco”. Tuvo un parto prematuro, de un bebé sano con el cual desarrolló un vínculo adecuado. Explica que este acontecimiento es conocido por el resto de la familia y que nunca lo ocultó, aunque su nieta niega que este hecho estuviera presente en el discurso familiar, y ella no lo supo hasta este momento. En lo relacionado con el embarazo negado de su nieta, refiere que unos 15 días antes de que diera a luz se planteó la posibilidad de que estuviera embarazada “tenía barriga como si estuviera en estado, pero a ella no le dije nada porque me daba apuro”, coincidiendo esto con el momento en el cual la paciente ya comenzaba a plantearse esta posibilidad por lo que ya podría haberse manifestado algún ligero cambio físico en ella, tal y como explica la investigación de Pierronne et al. (2002) mencionada anteriormente. Respecto a la bebé, está ayudando a su nieta a apropiarse del rol materno, la ve como una muy buena madre y colabora mucho con los cuidados de la niña “Me quedé en blanco, pero luego contentísima, estamos locos con ella”.

Como ya se ha mencionado al enumerar los objetivos psicoterapéuticos, a lo largo del tratamiento se trabaja el reprocesamiento emocional de la vivencia traumática del parto. Durante el primer mes de postparto, la paciente relata que todos los lunes aparecía clínica ansiosa, recuerdos intrusivos del parto y flashbacks “como si estuviera pasando de nuevo”. Esto empeora de forma notable el 28 de abril, día en el cual se cumple un mes exacto desde el parto. Relata que a las 18:00 horas, hora a la cual se puso de parto, comienza con recuerdos

intrusivos muy intensos, sensaciones físicas molestas y desagradables, escalofríos, gran sensación de angustia y malestar emocional, flashbacks del parto y llanto incontrolable. Con el trabajo de reprocesamiento emocional, esta sintomatología va desapareciendo de forma progresiva durante las sucesivas semanas. Sin embargo, permanece el miedo a mantener relaciones sexuales con penetración por temor a volver a quedarse embarazada. Al cumplirse un año del nacimiento de la niña, el día de su cumpleaños, la paciente explica cómo sin darse cuenta no fue al WC durante toda la tarde, creyendo que *“mi cuerpo y mi mente se pusieron de acuerdo para que no fuera al baño y sufriera”*.

La paciente explica en los primeros meses que vive la maternidad y los cuidados de su hija como obligaciones que realiza de forma automática (*“los cuidados de la niña los vivía desde la obligación, de decir esto es así y lo tengo que hacer. Mi hermano me decía que se me veía disfrutando al tener a la niña en brazos, pero yo no lo sentía así”*, *“el día de la madre lo pasé fatal, todos me felicitaban y yo seguía aceptando que soy madre”*). Al nacer la niña, la paciente se traslada a vivir con sus padres y abuela materna para que le ayuden con los cuidados de la bebé, pero desea independizarse ya que en el domicilio familiar tiene conflictos en torno a la crianza de la bebé, y siente que su rol de madre se diluye y son tratadas como si fueran hermanas. (*“fue difícil llegar a acuerdos con mi abuela y con mi madre respecto a la crianza y mi rol de madre porque pensamos distinto, no obstante, su ayuda me permitía trabajar y continuar con el restablecimiento de mi vida”*).

Progresivamente, la vinculación con su hija va mejorando, disfruta de momentos con ella y se siente más segura en su rol de madre, explica que le gusta mucho sentir cómo su hija se calma cuando está con ella y fantasea con planes de futuro junto a ella, la incluye en sus planes sociales, disfruta de la interacción, del juego y de los cuidados. (*“Poco a poco fui creando el vínculo con mi hija, y pasó de la obligación al disfrute, pero con muchos altibajos”*). Cuando la niña tiene 8 meses, la paciente acude con ella a una sesión de psicoterapia, lo que permite observar la interacción de la madre y su bebé. La paciente se muestra sensible a las necesidades de la bebé, interpretándolas de manera adecuada y dando respuestas que calman a la niña. Hay momentos de disfrute compartido, a través de un juego que trae a la consulta, amplifica la emoción de la niña y ésta la busca en momentos donde hay confusión o necesita que la madre le explique cambios en el ambiente, mostrándose tranquila y receptiva a la madre. Se observa cómo la bebé explora el ambiente sobre el regazo de su madre, que interviene cuando hay alguna situación de riesgo pero que deja que la niña vaya descubriendo ella sola. Finalmente, cuando la niña cumple un año, siguiendo los criterios del programa de salud mental perinatal, se le da el alta a la paciente, sin que sea necesario derivarla a otro dispositivo dada la mejoría significativa y la ausencia de criterios psicopatológicos.

En palabras de la paciente:

“En definitiva, he recorrido un camino muy difícil pasando del no saber qué hacer y ver la maternidad como una obligación a poder disfrutar de momentos, espacios y tiempo con mi hija. Todo este camino ha tenido muchos obstáculos, momentos muy complicados a nivel emocional, sentimientos de culpa, miedos y soledad. Gracias al apoyo familiar y terapéutico que he tenido he podido poco a poco superar todos esos pensamientos, bloqueos y sentimientos negativos, así como poder pasar de contar cómo tuve a mi hija llorando porque la imagen y las sensaciones me podían, a contarlo sin llorar desde la serenidad y la aceptación de que esta ha sido mi experiencia. Lo más importante para mí, es que he podido generar un vínculo sano con mi hija e integrarla en mi vida, lo cual ha supuesto un proceso de conocernos ambas. Vínculo que paso inicialmente de no ser deseado a ser afectivo y deseado, en el cual actualmente soy la figura afectiva de referencia de mi hija”.

Conclusiones

Como ya se ha reflexionado a lo largo del presente artículo, el fenómeno de la negación del embarazo genera una gran incompreensión tanto en las mujeres que sufren como en los profesionales sanitarios que se encuentran con estos casos en la práctica clínica. Ampliar nuestro conocimiento sobre el fenómeno mejorará la detección y comprensión del mismo, y hará que las pacientes que lo atraviesan se sientan menos aisladas, avergonzadas y culpables. En esta línea, sería muy interesante poder llevar a cabo formaciones, talleres y sesiones de sensibilización destinadas a profesionales sanitarios de atención primaria, así como de ginecología y obstetricia, para

poder dar a conocer este fenómeno, mejorando la detección y el abordaje del mismo. Esto es algo que no pudo realizarse en el caso clínico que aquí se describe, pero que sin duda sería importante implementar en el futuro.

Aunque algunos estudios apunten que suele tratarse de mujeres con antecedentes de trauma o con alteraciones psicopatológicas, en este caso clínico hemos podido ver cómo no se daban ninguno de estos factores, lo que apoyaría las revisiones más actuales sobre este fenómeno. Sí que puede ser interesante reflexionar acerca de dos circunstancias especiales que presenta el caso: la particular relación de su percepción del cuerpo y los antecedentes de negación del embarazo a nivel familiar. Respecto al primero de ellos, se puede ver cómo es una mujer que aparentemente parece tener un alto nivel del umbral de dolor, ya que refiere unos antecedentes médicos en los cuales patologías como migrañas frecuentes, una pielonefritis aguda y una rotura del metatarsiano han sido percibidas por la paciente como poco dolorosas e interferentes en su vida diaria. Por otro lado, resulta llamativo que, siendo un fenómeno tan poco frecuente, haya sucedido dos veces en la misma familia. Cuando la abuela materna relata su caso, explica que no se trataba de algo que fuese un secreto en la familia y que tanto sus hijos como su nieta conocían este hecho, sin embargo, la paciente niega que esa información la tuviera presente cuando ella presentaba las alteraciones menstruales. La abuela de la paciente reconoce que en algún momento llegó a pensar que a su nieta le estaba sucediendo lo mismo que a ella, pero que no se lo llegó a comunicar.

Los estudios han demostrado cómo el brutal descubrimiento del embarazo tardío, junto con el encuentro precipitado con un niño hasta entonces ignorado, produce un fuerte shock en las madres; y el bebé comenzará su vida sin estar representado en la mente de su madre (Bayle, 2016). Esto lleva a algunos autores a reflexionar sobre si este hijo o hija estará condenado al rechazo, pero la experiencia clínica ha demostrado que estos bebés suelen ser aceptados y pueden vincularse de forma adecuada con sus madres con la ayuda profesional adecuada. Aquí es donde cobra gran importancia la detección de este fenómeno por parte de los servicios de atención primaria, obstetricia y ginecología, así como la intervención psicoterapéutica especializada con las mujeres y su entorno familiar cercano, para garantizar de esta forma la adecuada vinculación de la madre con su bebé no esperado, así como su adaptación al nuevo rol de madre al que tiene que enfrentarse.

En palabras de Donald W. Winnicott “El placer de la madre debe estar presente, pues de no ser así toda su actividad resulta muerta, inútil y mecánica” (Winnicott, 1970).

Referencias

- Bayle, B. (2016). *Le déni de grossesse: Un trouble de la gestation psychique*. Editorial Eres.
- Brezinka, C., Brezinka, C., Biebl, W. y Kinzl, J. (1994). Denial of pregnancy: Obstetrical aspects. *Journal of Psychosomatic Obstetrics y Gynecology*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.3109/01674829409025623>
- Chechko, N., Losse, E. y Nehls, S. (2023). Pregnancy denial: Toward a new understanding of the underlying mechanisms. *Current Psychiatry Reports*, 25(10), 493–500. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01448-2>
- Del Giudice, M. (2007). The evolutionary biology of cryptic pregnancy: A re-appraisal of the “denied pregnancy” phenomenon. *Medical Hypotheses*, 68(2), 250–258. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2006.05.066>
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* (3.a ed.). Editorial Médica Panamericana
- Narlesky, M. R., Rasul, F., Braaten, S., Powell, A. y Wooten, R. G. (2021, April 30). Denial of pregnancy in a patient with a history of pseudocyesis. *Cureus*, 13(4), Artículo e14773. <https://doi.org/10.7759/cureus.14773>
- Pierronne, C., Delannoy, M. A. y Florequin, C. (2002). Le déni de grossesse: À propos de 56 cas observés en maternité. *Perspectives Psy*, 41(3), 182–188.
- Simermann, M., Rothenburger, S., Auburtin, B. y Hascoet, J.-M. (2018). Outcome of children born after pregnancy denial. *Archives de Pédiatrie*, 25(3), 219–222. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.01.004>
- Spinelli, M. G. (2010). Denial of pregnancy: A psychodynamic paradigm. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38(1), 117–131. <https://doi.org/10.1521/jaap.2010.38.1.117>
- Van Brouwershaven, A. C., Dijkstra, C. I., Bolt, S. H. y Wermuller, A. M. (2023). Discovering a pregnancy after 30 weeks: A qualitative study on explanations for unperceived pregnancy. *Journal of Psychosomatic*

- Obstetrics y Gynecology*, 44(1). <https://doi.org/10.1080/0167482X.2023.2197139>
- Wessel, J., Endrikat, J. y Buscher, U. (2002). Frequency of denial of pregnancy: Results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(11), 1021–1027. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2002.811105.x>
- Wessel, J., Gauruder-Burmester, A. y Gerlinger, C. (2007). Denial of pregnancy – Characteristics of women at risk. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(5), 542–547. <https://doi.org/10.1080/00016340601159199>
- Winnicott, D. W. (1970). *La maternidad y el desarrollo del niño* (The Child, the Family, and the Outside World). Tavistock Publications.

Artículo recibido: 07/05/2024

Artículo aceptado: 27/02/2025