



EMBARAZO CRÍPTICO O NEGACIÓN DEL EMBARAZO: UNA REALIDAD DESCONOCIDA

CRYPTIC PREGNANCY OR NEGATION OF THE PREGNANCY: AN UNKNOWN REALITY

ALICIA LLORCA-PORCAR
Universidad de Valencia, España

KEYWORDS

*Cryptic Pregnancy
Negation Pregnancy
Psychological Disorder
Unknown Pregnancy
Unchanged Pregnancy
Unreality Pregnancy
Risk infanticide*

ABSTRACT

Cryptic pregnancy or denial of pregnancy, according to research, presents alterations that generate risk of death and/or maternal and infant disease. Part of society seems to be unaware or denies the existence of this disease. The objectives of this investigation are the search, collection and dissemination of existing information to detect a possible reality that can be acted upon. The results show the existence of this reality, together with maternal helplessness, lack of support and punishment, rather than help. Little research and dissemination of the problem and the need to detect and help these women and their offspring is evident.

PALABRAS CLAVE

*Embarazo Críptico
Negación del Embarazo
Desorden Psicológico
Desconocer Embarazo
Embarazo Asintomático
Irrealidad Gestacional
Riesgo de Infanticidio*

RESUMEN

El embarazo críptico o negación del embarazo, según investigaciones, presenta alteraciones que generan riesgo de muerte y/o enfermedad materno-infantil. Parte de la sociedad parece que desconoce o niega la existencia de esta enfermedad. Los objetivos de esta investigación son búsqueda, recogida y difusión de la información existente para detectar una posible realidad ante la que se pueda actuar. Como resultados se constata la existencia de esta realidad, unida a indefensión maternal, falta de apoyo y castigo, más que ayuda. Se evidencia poca investigación y difusión del problema y necesidad de detectar y ayudar a estas mujeres y a su descendencia.

Recibido: 02/ 10 / 2022

Aceptado: 12/ 12 / 2022

1. Introducción y justificación

Desde que una mujer se queda embarazada hasta que se produce el nacimiento de su hijo o hija el cuerpo y mente de la gestante sufren una serie de cambios. En condiciones normales la gestante empieza teniendo una serie de signos y síntomas que pueden señalar el inicio de una gestación y, progresivamente, se van produciendo una serie de cambios, visibles a simple vista, que hacen evidente la gestación no sólo a la gestante, si no, también a cualquier persona que la observe (Carrillo-Mora et al., 2021; Vargas Porras, Ferré Grau y Molina Fernández, 2022).

Aunque hay una serie de características semejantes en la mayoría de los cambios que se producen en las gestantes, estos no son iguales para todas las mujeres. Las modificaciones en el cuerpo de la gestante dependen de múltiples causas personales y medioambientales, como la edad, embarazos previos, medioambiente, nutrición, presencia o ausencia de enfermedad, etc. Las transformaciones en el cuerpo de la gestante abarcan diferentes niveles físicos, como modificaciones cardiovasculares, pulmonares, respiratorias, renales, urinarias, gastrointestinales, hematológicas, endocrinas, metabólicas e inmunológicas, además de cambios en el estado de ánimo y otros cambios psicológicos y anatómicos macroscópicos, entre otros. Como cambios anatómicos macroscópicos cabe destacar el incremento de peso, agrandamiento del volumen abdominal y crecimiento del pecho (Carrillo-Mora et al., 2021; Vargas Porras, Ferré Grau y Molina Fernández, 2022).

Por otro lado, se conocen numerosos casos como el que relatan estas noticias:

Una joven da a luz en la Región sin saber que estaba embarazada (Vidal, 2021).

Cryptic pregnancies: 'I didn't know I was having a baby until I saw its head' (Hunt, 2019).

A Carla Collazo le habían dicho que era casi imposible que fuera madre, por eso, cuando a finales de agosto sintió fuertes cólicos jamás imaginó que estaba en trabajo de parto. Apenas se enteró de que había estado embarazada cuando ya tenía a su bebé en brazos.

Una sorpresa similar se llevó Dannette Glitz, que, aunque ya era madre de dos hijos, nunca llegó a asociar su agudo dolor de espalda con contracciones. Fue a urgencias creyendo que tenía piedras en el riñón y terminó dando a luz a trillizos. (Capiello, 2009)

La levantadora de peso chilena Elizabeth Poblete, afincada en Sao Paulo, dio a luz a un bebé durante un entrenamiento sin saber siquiera que estaba embarazada, según la Federación chilena (RTV (Radiotelevisión Española), 2009).

Muere el bebé prematuro de la levantadora de peso chilena Elizabeth Poblete. (EFE (Agencia de noticias internacional), 2009).

Ocurrió con una mujer en Bilbao, quien acudió al baño de un polideportivo tras sentir unos retortijones y acabó con un bebé llorando en sus brazos. También con otra en Valencia, aunque su historia fue trágica: dio a luz en su casa, pero su bebé murió por la hemorragia derivada de no anudar el cordón umbilical. (Miranda, 2014)

Las noticias anteriores y otras que aparecen de vez en cuando en los medios de comunicación dan a conocer historias de mujeres que explican que a lo largo de su embarazo no han experimentado los cambios físicos anatómicos que evidencian su estado de gestación y que refieren no haber sentido los síntomas y signos que experimentan la mayor parte de mujeres a lo largo de su gestación. Estas historias son en muchas ocasiones corroboradas por personas de su entorno (Capiello, 2009; EFE, 2009; Hunt, 2019; Miranda, 2014; RTV, 2009; Vidal, 2021).

Hay diversas teorías e investigaciones que apuntan a la existencia y sufrimiento de lo que se conoce como embarazo críptico o negación del embarazo. Esta patología en un principio consistiría en una serie de alteraciones físicas y psicológicas que podrían ocasionar el desconocimiento de la gestación hasta que se aproxima el parto, el momento del parto, o incluso un tiempo después. Esta patología podría causar gran riesgo materno-infantil, sin embargo, la sociedad, en muchas ocasiones ha demostrado ser reacia a considerar esta alteración como real y, en vez de ayudar a la madre, se le ha juzgado, condenado y separado de su hija o hijo, si este no ha fallecido. Hay un elevado número de personas que no conciben que un embarazo pueda pasar desapercibido a partir de unos meses de embarazo.

Además de las noticias mencionadas con anterioridad, también se encuentran numerosas noticias sobre el desenlace fatal para el neonato y su madre y la implicación penal, como:

Una psiquiatra vincula el neonaticidio de la joven de Alcalá al trastorno de negación del embarazo (Europa Press, 2020).

Una mujer que mató a su bebé evita la cárcel por no saber que estaba embarazada. La acusada, que acabó con la vida del recién nacido en el cuarto de baño de su casa, padecía un trastorno de negación del embarazo. (EFE, 2014)

Todas las noticias que se han comentado son sólo una pequeña muestra de todas las noticias que hay sobre este tema, no son hechos aislados, de ahí la importancia de conocer más sobre la veracidad o falsedad de esta patología y, si procede, todas las formas de proteger al binomio madre-neonato. Este trabajo de investigación puede ser de utilidad para la población general y en especial a los profesionales que puedan ayudar al binomio madre-neonato que puedan verse afectados por este fenómeno.

2. Objetivos

2.1. General

Analizar información científica sobre los fenómenos “embarazo críptico” “negación del embarazo” y otros fenómenos similares, para conocer y divulgar la evidencia que hay en la actualidad sobre este tema.

2.2. Específicos

- Comprobar la veracidad o falsedad de la existencia de la negación del embarazo, embarazo críptico o fenómeno similar.

Y en el caso que se encuentre evidencia sobre la existencia de este fenómeno:

- Averiguar la frecuencia con que se produce la negación del embarazo, embarazo críptico y/o fenómeno similar.
- Recoger las características de las mujeres más susceptibles de padecer un embarazo críptico y/o fenómeno similar.
- Estudiar los posibles síntomas que se pueden encontrar en una negación de embarazo, embarazo críptico y/o fenómeno similar
- Analizar causas y consecuencias de la negación del embarazo, embarazo críptico y/o fenómeno similar

3. Metodología

La realización de este trabajo de investigación se ha llevado a cabo a partir de una revisión bibliográfica en la que se ha seguido una metodología de revisión sistematizada de artículos científicos y, además, se ha realizado una búsqueda en internet sobre noticias de la actualidad.

Se ha estructurado una pregunta clínica basada en la metodología PICO:

P – Embarazadas susceptibles de presentar negación del embarazo o fenómeno similar.

I – Prevención y manejo de la negación de embarazo o fenómeno similar.

C – Se pretende comparar las diferentes teorías sobre la negación del embarazo o fenómeno similar.

O – Se espera detectar que es una patología real ante la que se puede actuar.

La pregunta: ¿La prevención y manejo de la negación del embarazo (o fenómeno similar) en las mujeres embarazadas susceptibles de padecer esta alteración es una realidad ante la que se puede actuar?

Para realizar la búsqueda de la bibliografía se ha realizado un listado de palabras clave (mencionadas al inicio del ese trabajo) relacionadas con el tema a estudio en los idiomas: castellano, valenciano, inglés, portugués y francés. Las palabras clave se han extraído en su gran mayoría a partir del título. Además, también se han buscado los términos: “síntomas de embarazo” como apoyo para la realización de la introducción y “sífilis en embarazo” “eclampsia” y “diabetes gestacional” como refuerzo para explicación de problemas derivados del tema a estudiar. Los términos se han empleado para la obtención de thesaurus correspondientes en descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y en Medical Subject Reading (MeSH). Se han tenido en cuenta los DeCS negación del embarazo, embarazo negado, embarazo críptico y embarazo desconocido en diferentes idiomas. Los thesaurus MeSH se han empleado junto con otros términos en lenguaje natural en la base de PubMed. En el resto de las bases de datos se ha utilizado únicamente el lenguaje natural excepto en la base de datos Scopus, donde se emplearon los thesaurus DeCS. Se han filtrado los resultados según los criterios de inclusión y, además, para llevar a cabo la estrategia de búsqueda se han combinado los descriptores con los operadores booleanos “AND”, “OR”, “NOT”.

La búsqueda de información ha sido realizada en bases de datos, repositorios y portales de revistas relevantes en ciencias de la salud, psicología, ciencias sociales y humanidades: MEDLINE and PubMed, Dialnet, SciELO, Cuiden, PsycINFO, SAGE journals, LILACS, Scopus, Medes, Cochrane Library, Embase, ERIC, PePSIC, entre otros. También se ha utilizado Google Académico como método de “búsqueda salvaje”. No obstante, no se han encontrado artículos en todos los sitios consultados. Además, se ha evaluado críticamente la validez y utilidad de la literatura científica utilizada a partir de las pautas de valoración crítica de artículos establecidas por “Critical Appraisal Skills Programme España” (CASPe) y Mincir en estudios descriptivos.

3.1. Criterios de inclusión de los artículos a investigar

Se han incluido en esta investigación los artículos que trataban sobre el tema de esta investigación, es decir sobre la negación del embarazo, el embarazo críptico y fenómenos similares con sus diferentes terminologías y sus posibles variantes. También se han incluido artículos de reciente publicación con temática sobre el embarazo y sus síntomas para la realización de la introducción y justificación de las consecuencias del tema estudiado.

3.2. Criterios de exclusión de los artículos a investigar

Se han excluido los artículos con temática diferente al tema de esta investigación, a excepción de los artículos utilizados para la introducción y para la explicación de las consecuencias derivadas del tema estudiado.

3.3. Límites establecidos en los artículos a investigar

Con respecto a la antigüedad, se intentó que los artículos estuviesen publicados dentro de los últimos 10 años, pero dada la poca publicación actual, aunque se han tenido en cuenta mayoritariamente los artículos más recientes, se han recogido datos de artículos científicos con más antigüedad que se han considerado de especial interés.

Además, se han escogido los artículos de los que se han podido acceder al texto completo. A su vez, con respecto al idioma, se han utilizado artículos redactados en castellano, valenciano, inglés, portugués o francés y asimismo se han tenido en cuenta el cumplimiento de los criterios de validez según CASPe.

4. Resultados

El 12 de septiembre del 2014 el juzgado de lo Penal número 2 de Valencia reconoce y aplica en una sentencia por primera vez en España la eximente incompleta de trastorno de negación del embarazo. (Europa Press, 2014).

4.1. Conceptos

Según, Ballerini et al. (2022), Gonçalves (2011), Maldonado-Durán (2011) y Maldonado-Durán y Juan Manuel Saucedo-García (2011) es importante distinguir entre los siguientes conceptos:

4.1.1. Ocultación del embarazo

Se trata de una negación afectiva donde la mujer no interioriza que está embarazada y oculta a los demás los signos de su embarazo.

Se produce aumento del útero y volumen del abdomen y la gestación se hace evidente de manera objetiva conforme avanza la gestación

4.1.2. Negación no psicótica del embarazo

Ocurre cuando la mujer y su entorno desconocen el embarazo. Hay ausencia de conciencia subjetiva por parte de la mujer en relación con el hecho de estar embarazada.

En este caso, la gestación no es evidente cuando se observa a la mujer, ni siquiera cuando está en los últimos meses de embarazo. Hay ausencia o gran minimización de las señales físicas asociadas al embarazo.

En la negación no psicótica del embarazo el feto se desarrolla a lo largo de la columna y no se visualiza desde el exterior. Además, se pone de manifiesto un patrón cognitivo, perceptivo y afectivo que implica con frecuencia la trivialización, racionalización o negación de las percepciones físicas que pueden dar indicio de presencia de embarazo.

4.1.3. Embarazo críptico

Según diversos autores el embarazo críptico se corresponde con la negación no psicótica del embarazo, es decir estos dos términos vendrían a ser sinónimos. Para que se trate de este fenómeno la gestante no debe haber perdido el contacto con la realidad, el resto de su vida y actividades no deben haber sufrido ninguna alteración. Además, tampoco se tiene que tratar de un disimulo del embarazo para evitar problemas con el entorno.

En esta alteración se produce desautorización de la percepción y se genera un impedimento para establecer conexiones psíquicas y atribuir un significado a la experiencia del embarazo. Puede deberse a un resultado del predominio de las intensidades traumáticas en el psiquismo.

4.1.4. Negación psicótica del embarazo

Se produce cuando hay una ruptura con la realidad y la mujer vive la gestación de una forma delirante.

En la negación psicótica del embarazo existe creencia delirante de que no se está embarazada, a pesar del anuncio del embarazo, de las manifestaciones físicas específicas y del conocimiento del embarazo por parte del entorno. Se produce aumento del útero y volumen del abdomen y se evidencia el estado de gestación cuando pasan los primeros meses. Esta forma específica de negación se asocia a los trastornos psicóticos, especialmente a la esquizofrenia, o a los episodios típicos con rasgos psicóticos. En este contexto, la negación del embarazo

no suele ser aislada y se encuentran otros síntomas psicóticos (desorganización o alucinaciones). La patología psicótica puede ser preexistente o ser descubierta durante este episodio.

4.1.5. Otras formas de psicosis

Aparte de las alteraciones mencionadas se han descrito a lo largo de la historia numerosas formas de psicosis que pueden afectar durante el embarazo, parto o puerperio y que pueden interferir en el establecimiento de la relación madre-hijo o madre-hija.

4.2. Problema con los diferentes Conceptos

Se ha descrito la evidencia de la existencia de la posibilidad de que una mujer presente en el mismo embarazo, pero en diferentes periodos de tiempo, varias de las alteraciones de los conceptos comentados en el punto anterior (Ballerini et al, 2022).

Se han observado casos de periodos de ocultación de embarazo y negación de embarazo en el transcurso del mismo embarazo, sobre todo, en episodios de negación psicótica, en las que una mujer, en un principio, puede ser consciente de su embarazo, un tiempo después, decidir ocultarlo y, finalmente, pasar a olvidarlo por completo. Según esto, la ocultación del embarazo y la negación del embarazo podrían no ser dos procesos diferentes, si no ser diferentes en intensidad de la concienciación, racionalización y somatización del estado de gestación (Ballerini et al, 2022).

Por todo lo anterior, para agrupar los diferentes conceptos nombrados en el punto anterior, se ha propuesto el uso del concepto “negación del embarazo” como representante de una diversidad de presentaciones clínicas que llevan a la no aceptación y concienciación del embarazo, haciendo distinción entre las opciones de que el proceso sea realizado de forma consciente o inconsciente. A su vez, existe la tendencia de agrupar las formas conscientes bajo el término “ocultación del embarazo”, aun así, en la práctica clínica no es fácil distinguir entre las diferentes formas de negación. La ocultación del embarazo puede darse de forma inconsciente e involuntaria, y algunas negaciones del embarazo (no conscientes en un principio) pueden llegar a ser conscientes. Como problema añadido hay que señalar que algunas formas de negación del embarazo se producen en mujeres con factores físicos que dificultan la evidencia de embarazo, como, edad superior a 45 años, presencia de obesidad mórbida o menstruación fisiológicamente irregular (Ballerini et al, 2022).

A partir de aquí, se usará el término negación del embarazo como término que abarca toda la variedad de la problemática no psicótica mencionada, a no ser que se quiera incidir en unos aspectos concretos de las diferentes patologías.

4.3. Formas de manifestación de la negación del embarazo

Algunos autores han descrito las diferentes formas de manifestación de este fenómeno según la duración en el tiempo:

4.3.1. Negación total del embarazo

La negación total del embarazo consiste en llegar al parto sin ser consciente del embarazo, lo que provoca un impacto muy fuerte en la mujer, al no tener un margen de preparación y transición hacia la maternidad (Gonçalves 2011, 2016).

4.3.2. Negación parcial del embarazo

La negación parcial del embarazo consiste en el desconocimiento del embarazo durante un periodo de tiempo de este.

Según algunos autores, como Delcroix et al., (2019) y Gonçalves (2011), para que se considere una negación parcial del embarazo tiene que presentarse una inconsciencia subjetiva del embarazo a partir del quinto mes de gestación. Este tipo de negación es compatible con la posibilidad de que la mujer se prepare durante la gestación para ser madre.

Otros autores, como Ballerini et al, (2022), definen la negación del embarazo como el descubrimiento de este después del primer trimestre de gestación, es decir, a partir de las 12-13 semanas de gestación.

4.3.3. Negación del embarazo y del parto

La negación del embarazo y del parto es la forma clínica más extrema del síndrome de negación no psicótica del embarazo. También se consideran denegaciones completas. Se caracteriza por que la mujer (y el entorno) desconoce el embarazo y da a luz sin ser consciente de ello. Con frecuencia el parto se produce en soledad y sin testigos y la mujer desconoce que lo que le está pasando es que está pariendo a un hijo o hija. (Ballerini et al, 2022; Delcroix et al., 2019).

4.4. Frecuencia con que se produce la negación del embarazo

Es un problema que, aunque sus denominaciones son posteriores a los años 70, ya fue descrito en el siglo XVII por el ginecólogo François Moriceau. Con posterioridad, en 1838, el psiquiatra Jean-Etienne Esquirol expuso un caso de ocultación de embarazo con infanticidio que interpretó de acto de engaño durante el parto y, su alumno, Louis-Victor Marce señaló el hecho de que había mujeres embarazadas que no eran conscientes de su estado de gestación. A partir de entonces ha habido más descripciones de este fenómeno por diferentes profesionales (Ballerini et al, 2022; Gonçalves y Macedo, 2011; Seigneurie, Limosin, 2012)

Según diversos autores esta alteración del embarazo no se puede adjetivar como extraña. Como se puede observar en la tabla 1, diversos estudios apuntan una prevalencia de 2 ó 3 casos cada 1000 embarazos. Por ejemplo, en el estudio alemán del 2002 se trataría de 1600 casos de denegación parcial más total, y 80 casos de denegación total en un año. Se estima que la negación del embarazo en cualquiera de sus modalidades se da con más frecuencia que la eritroblastosis fetal, la ruptura uterina o apendicitis y que la negación total acontece tres veces más que el nacimiento de trillizos, con la misma frecuencia que la eclampsia y con más frecuencia que el embarazo psicológico. La negación del embarazo podría representar alrededor del 29% de los embarazos con control prenatal retrasado o sin control prenatal. La negación del embarazo con descubrimiento en el parto es la menos frecuente, representando entre 0,3 nacimientos de cada 1000 y 1 de cada 2500. La finalización de la negación es variable, ocurre entre las 15 y 19 semanas de amenorrea para 1,09 casos cada 1000 embarazos, y entre las 20 y 38 semanas de amenorrea para 2,3 casos cada 1000 embarazos (Ballerini et al, 2022; Bonnet, 2021; Gonçalves 2014; Gonçalves y Macedo 2011; Maldonado-Durán y Saucedá-García, 2011; Seigneurie, Limosin, 2012).

Según Delcroix et al. (2019) la negación del embarazo y del parto es una forma de manifestación 4 veces más rara (1 cada 10.000 partos) que la negación total del embarazo. A su vez también manifiesta que la negación total del embarazo es 5 veces menos frecuente (1 cada 500 partos) que la negación parcial del embarazo,

Tabla 1. Casos de negación del embarazo según algunos estudios retrospectivos internacionales.

	Negación no psicótica del embarazo Manifestación total + parcial	Negación total del embarazo
Estudio realizado en Tirol (Austria) Año 1994	1 caso cada 400 embarazos	1 caso cada 2.500
Estudio realizado en Alemania Año 2002.	1 caso cada 475 embarazos	1 caso cada 2.455 embarazos
Estudio realizado en Francia Año 2002	1 caso cada 500 embarazos	
Estudio realizado en Gales (Reino Unido) Año 2006		1 caso cada 2.500 embarazos
Estudio realizado en Estados Unidos Año 2007	1 caso cada 500 embarazos	
Estudio realizado en Francia. Año 2013	1,3 casos cada 500 embarazos	

Fuentes: Ballerini et al, 2022; Gonçalves 2014; Gonçalves y Macedo 2011; Maldonado-Durán y Saucedá-García, 2011; Wessel, Endrikat, Buscher, 2002; Wessel, Gauruder-Burmester, Gerlinger, 2007 (elaboración propia basado en estas publicaciones).

4.5. Características de las mujeres más susceptibles de padecer un embarazo críptico

Los estudios indican que la negación no psicótica del embarazo no se produce mayoritariamente en adolescentes, primíparas y mujeres solteras. Las edades son diversas. Hay estudios con más casos en edades extremas, es decir en menores de edad y mayores de 40 años y hay estudios con más casos entre los 18 y 29 años. Tampoco hay un nivel socioeconómico claro. Hay una ligera asociación con situaciones de precariedad e inestabilidad social, pero

no es clara. Puede darse en niveles socioprofesionales altos, estudiantes, e incluso en personas que pertenecen al personal sanitario. A nivel de estado civil o tenencia de pareja estable se ha observado en algunos estudios que no tener pareja y vivir sin apoyo puede suponer mayor riesgo de padecer este problema. En otros estudios ha habido mayor número de mujeres con este problema que tenían pareja estable y apoyo. Con respecto a seguimiento sanitario habitual de las mujeres, aunque puede haber una asociación entre no hacer los seguimientos médicos y ginecológicos recomendados y acudir poco a la consulta de profesionales sanitarios, con una mayor incidencia de aparición de negación de embarazo, se han dado casos en los que la mujer ha consultado con personal sanitario durante su gestación y el profesional sanitario no se ha percatado del embarazo de la mujer. Con respecto a la toma o no de anticonceptivos, este problema se ha dado tanto en mujeres que toman anticonceptivos, como en mujeres que no toman. La negación del embarazo se ha dado incluso en contextos dónde se está buscando la gestación (Ayhan, 2022; Ballerini et al., 2022; Delet y Monthieux, 2021; Gomez, Delcroix, 2021; Gonçalves, 2011, 2016; Maldonado-Durán y Saucedo-García, 2011; Wessel, Gauruder-Burmester y Gerlinger, 2007).

Por otra parte, el hecho de haber experimentado síntomas de embarazo en el pasado no protege contra la negación del embarazo. También pueden producirse negativas al embarazo en mujeres diagnosticadas de infertilidad. A su vez, es posible que se produzcan varias negativas de embarazo con pocos años de diferencia (Ballerini et al., 2022).

Asimismo, con respecto a los antecedentes psiquiátricos, hay un elevado número de informes de casos de mujeres con negación del embarazo sin antecedentes de trastornos o síntomas psiquiátricos. En caso de haber antecedentes psiquiátricos en mujeres con negación de embarazo, se ha encontrado principalmente síntomas ansioso-depresivos en los meses anteriores a la negación y se ha descrito un número considerable de pacientes una historia de trastornos por consumo de sustancias, como: cannabis, analgésicos, éxtasis, alcohol o ansiolíticos (Ballerini et al., 2022; Gonçalves 2014).

Aunque no hay un perfil claro y diferenciado de las mujeres a las que les pueda ocurrir este problema, según diversos autores (Ayhan, 2022; Ballerini et al., 2022; Bonnet, 2021; Gonçalves 2011; Maldonado-Durán y Juan Manuel Saucedo-García, 2011; Seguin, Missonnier y Vibert, 2022; Seigneurie y Limosin, 2012; Wessel et al., 2007) hay una serie de características en la población femenina que aumentan el riesgo de padecerlo:

- Antecedentes de menstruación muy irregular
- Mujeres que en otros embarazos presentaron pérdidas de sangre periódicas.
- Mujeres con perfil psicológico frágil. Diversos autores refieren que, aunque no se dé psicosis, tener una negación del embarazo refleja fragilidad psíquica.
- Existencia de antecedentes familiares de negación del embarazo, especialmente en antecedentes de familiar de primer grado.
- Presencia de trastornos del espectro esquizofrénico. El riesgo de padecer negación de embarazo en estas mujeres se eleva, sobre todo, cuando la sintomatología de embarazo no es muy evidente y cuando el tratamiento para la esquizofrenia no está optimizado. Los procesos activos de delirio también facilitan la negación psicótica del embarazo.
- Aparición en la mente de la mujer de fantasías de agresión contra el feto, que se intentan reprimir y pasan a ser inconscientes.
- Vivencia de acontecimientos vitales que entran en conflicto con un plan de embarazo (separación, conflicto conyugal, huida del hogar).
- Presencia de recuerdos traumáticos que la mujer pueda relacionar con el proceso la gestación.
- Antecedentes de padecimiento de acontecimientos estresantes o traumáticos agudos de cualquier entidad.
- Historial de maltrato físico o sexual. Antecedentes traumáticos de abuso físico o sexual, abuso por parte de un familiar e historia de incesto o cuestiones de infidelidades, también podrían ser un factor de riesgo.
- También se ha detectado que una educación familiar con actitudes paradójicas de los padres hacia sus hijos en relación con la sexualidad puede suponer un riesgo para los hijos e hijas educados de esta forma. Estas actitudes paradójicas se refieren a, por ejemplo, por un lado, que los padres repriman y prohíban los asuntos relacionados con la sexualidad, pero por otro se comporten de forma sexualizada con sus hijos

4.6. Síntomas en mujeres con negación del embarazo

Como se ha expuesto con anterioridad, en el embarazo críptico pueden no darse los signos y síntomas típicos de un embarazo, o no darse, de la misma forma e intensidad que se dan en la mayoría de los embarazos.

Puede haber ausencia de modificación física del abdomen, continuar con la menstruación, no tener náuseas matutinas, no notar cambios en el pecho, no presentar hiperlordosis, ni pesadez de piernas, ni notar movimientos fetales. El síntoma que más llama la atención es la ausencia de aumento y modificaciones en el abdomen. La gente que se relaciona con la mujer no se percata de ningún cambio que haga pensar en un embarazo. Incluso, manteniendo relaciones sexuales con su pareja, la pareja puede no darse cuenta del embarazo. Hay mujeres que aumentan un poco de peso, pero algunas hasta pierden peso. Hay estudios que no han encontrado diferencias

hormonales entre mujeres con embarazo normal y mujeres con negación de embarazo (Ballerini et al., 2022; Gonçalves y Macedo, 2011).

Pero, a su vez, también se ha detectado que muchas mujeres que han padecido negación del embarazo en realidad sí han experimentado algún síntoma. El problema ha sido que estos síntomas no han sido relacionados con un posible embarazo. Se produce una racionalización de los síntomas del embarazo. Por ejemplo, algunas mujeres refieren que han notado cambios en la menstruación (aunque no siempre se dan), pero lo han relacionado con el estrés u otras cosas como cambio de vivienda, menopausia etc. Otras mujeres han notado aumento de peso, pero lo han relacionado con vida sedentaria, cambios en la dieta, etc. También se ha dado casos de mujeres que sentían más ganas de dormir o mayor cansancio, pero que lo vincularon a exceso de trabajo, mayor edad u otras causas. Hay mujeres que los movimientos fetales los asociaron con problemas digestivos como gases, y mismo puede ocurrir con todos los síntomas que pudieron experimentar las mujeres con negación del embarazo. Y esta forma de negar los síntomas y no ver el embarazo, se ha observado, que se extiende a las personas que se relacionan con estas mujeres, incluso profesionales de la salud. A su vez, la negación por parte de las personas que tienen contacto con la mujer refuerza la racionalización de la mujer de que no está embarazada y que lo que siente no son síntomas de un posible embarazo (Ballerini et al., 2022; Delet y Monthieux, 2021; Gonçalves 2014; Gonçalves y Macedo 2011; Maldonado-Durán, 2011)

Por otra parte, cuando una mujer tiene una negación del embarazo sin signos físicos evidentes de embarazo y por cualquier circunstancia (a veces por la realización circunstancial de una prueba diagnóstica) se descubre el embarazo, se le notifica y la mujer toma consciencia de que está embarazada, en un espacio de tiempo muy breve de tiempo (incluso entre unos minutos y unas horas) se desencadenan los diferentes cambios físicos que evidencian el embarazo. El problema es que cuando se descubre el embarazo, la mujer sufre un impacto y se pueden dar numerosos síntomas psicológicos de estrés y culpabilidad, incluso amnesia traumática. (Ballerini et al., 2022; Gonçalves; Gonçalves y Macedo, 2011).

4.7. Consecuencias de la negación del embarazo

El hecho de que una mujer no reconozca su propio embarazo conlleva diferentes peligros para la salud, tanto del feto o bebé, como de la propia madre. En el embarazo críptico parcial se imposibilita la atención sanitaria temprana del embarazo, pero en el embarazo críptico total esta es nula. La negación del embarazo es la segunda causa de no control de embarazo (precedida del consumo de sustancias tóxicas). Cuando una mujer decide tener un hijo o hija, lo ideal, es realizar una serie de visitas sanitarias antes de concebir al bebé para asegurarse de que no hay ninguna patología previa que pueda interferir con la salud materno-infantil. En el caso de que sí exista una patología previa y, siempre que sea posible, esta se debe resolver antes de que se produzca el embarazo. Además, una vez producido el embarazo y de la forma más temprana posible, se deben hacer una serie de controles y detección de problemas de salud, al inicio y durante toda la gestación, ya que en la gestación pueden aparecer o agravarse numerosos problemas de salud que pueden poner en riesgo la salud e incluso la vida de la madre, de su descendiente, o de ambos. Estos problemas de salud, en muchas ocasiones, son evitables o suponen un menor riesgo con una atención sanitaria adecuada. Un ejemplo de esto puede ser la sífilis, eclampsia y diabetes gestacional (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2020; Leal et al., 2011; Magley y Hinson, 2022; Organización Panamericana de la Salud, 2019).

A causa de la ausencia de atención prenatal y de preparación para el parto y para la maternidad y de la imposibilidad de evitar o reducir problemas de salud materno-infantil se produce un aumento del riesgo de mortalidad y morbilidad física y mental de madre, feto y neonato, en comparación, con las mujeres que reciben atención sanitaria prenatal. Se han documentado casos de negación del embarazo con resultado de muerte materna o neonatal por complicaciones obstétricas, como hemorragias en el parto, dificultad de salida del feto por malposición, problemas en el feto y neonato, hemorragia neonatal periparto, desgarro o rotura del cordón traumático neonatal, prematuridad, bajo peso al nacer, retraso mental, mortalidad intrauterina y neonatal, a veces relacionada con insuficiencia placentaria, o complicaciones por eclampsia o preeclampsia. Todo esto conlleva mayor número y tiempo de ingresos hospitalarios y peores puntuaciones APGAR en neonatos con negación del embarazo, comparado con quienes no lo han padecido. A su vez, al desconocer el embarazo no se toman medidas preventivas con respecto al consumo de drogas, tabaco, alcohol, medicación, actitudes de riesgo y exposición a radiaciones. Algunas mujeres al desconocer el embarazo siguen tomando anticonceptivos de estrógeno-progestágeno que aumenta el riesgo de síndrome de hipoplasia cardiaca izquierda, gastrosquisis, hipospadias y problemas de micción sus descendientes. Además, tras la negación del embarazo, el descubrimiento del embarazo también puede provocar estrés, depresión, trauma psicológico o postraumático y alteraciones en el establecimiento del vínculo entre madre y bebé. Desde el punto de vista emocional, el periodo que sigue a la percepción de la mujer de su propio embarazo y parto, suele ser un proceso mental doloroso y un momento que hay que tener muy en cuenta para realizar una adecuada la atención psiquiátrica perinatal de la mujer. Las mujeres que han sufrido la negación del embarazo sienten culpabilidad por el daño causado y por los peligros a los que ha expuesto a su descendiente al mantener conductas desaconsejadas en un embarazo y pueden

desarrollar la creencia de ser mala madre por no haber sentido ni física ni psicológicamente las señales de la existencia de su descendiente. Igualmente pueden sufrir diferentes estados de ánimo negativos, como tristeza, miedo, vergüenza o arrepentimiento. Algunas mujeres sienten que su cuerpo les ha traicionado y se sienten unas víctimas. El hecho de sentirse víctima se une al trauma que puede aparecer tras la desaparición de la negación y en ocasiones genera síntomas de trastorno de estrés postraumático. En los casos de eliminación de la negación en el momento del parto puede producirse pérdida de la realidad y de la concepción de uno mismo e incluso sufrir alucinaciones intrapsíquicas (como comentarios internos). En esta situación el parto genera un verdadero trauma psíquico y se convierte en causa de riesgo de trastorno de estrés agudo y postraumático. En ocasiones se da amnesia traumática en el posparto inmediato. Hay informes de mujeres con signos de haber tenido un parto reciente sin recuerdo de la paciente de haber parido. Este hecho puede dañar la salud mental de la mujer por imposibilidad de metabolizar la realidad de lo ocurrido. Después del parto, la relación y establecimiento del vínculo materno con el recién nacido varía de un caso a otro. En ocasiones, la madre solo ver al bebé le coge gran afecto. No todas las pacientes presentan trastornos de interacción tempranos, algunas presentan interacciones de buena calidad con su descendiente. En otras ocasiones, la madre se niega a ver a su descendiente, o a tocarlo o escucharlo. En algunos casos, dentro de la desconexión con la realidad, las mujeres pueden llegar a sentir que es otra mujer la que ha dado a luz y no ellas. El trauma de la negación del embarazo puede afectar negativamente la relación de pareja, la sexualidad, la procreación y la vida en general de la mujer y su familia. Se han dado casos intento de suicidio materno (Ballerini et al., 2022; Bonnet, 2021; Delet y Monthieux, 2021; Gonçalves 2014, 2016; Maldonado-Durán y Juan Manuel Saucedo-García, 2011; Palacios Hernández, 2016; Stenton y Cohen, 2020).

Con respecto a las tasas de ingreso neonatales hay estudios que apuntan una incidencia mayor en las gestantes con negación del embarazo. A su vez, el problema del establecimiento del vínculo madre-bebé puede ser tan grave que no permita que la madre acepte su maternidad y aunque el bebé nazca sano y se mantenga sano, no pueda hacerse cargo de él y lo acabe dando en adopción o relegando sus cuidados a otras personas. En algunos casos la madre puede cuidar a su hija o hijo con gestos técnicos realizados automáticamente y no implicarse emocionalmente en los cuidados de su descendiente. Hay posibilidades maternas de padecer extrañeza ante el recién nacido y tener sentimientos contradictorios sobre el bebé. Un estudio indicó que alrededor de una de cada cuatro madres con negación parcial del embarazo solicitaron un aborto poco después del descubrimiento del embarazo. Esto puede estar asociado a falta de creación de vínculos afectivos con el feto por desconocimiento de su existencia. Cuando el aborto solicitado no se puede realizar se observa que la mayoría se queda y se encarga de los cuidados de su descendiente. Aunque hay alrededor del 15% de las mujeres que no se hace cargo del descendiente. (Ballerini et al., 2022; Gonçalves 2014, 2016; Gonçalves y Macedo, 2011; Delcroix et al., 2019; Maldonado-Durán y Juan Manuel Saucedo-García, 2011; Palacios Hernández, 2016; Stenton y Cohen, 2020).

En la mayoría de las gestaciones, en el transcurso del embarazo, se va desarrollando una relación entre la madre y el bebé mucho antes de que se produzca el nacimiento, como, por ejemplo, cuando las madres hablan a su bebé que aún no ha nacido o le compran cosas. Esta relación en el caso de la negación del embarazo extremo no se produce, por lo que se añade a todo lo anterior mayor dificultad para el establecimiento del vínculo madre-hija o hijo. El proceso de evolución, vivencia y consciencia de estar embarazada permite, en la gran mayoría de las ocasiones, que la madre se prepare psicológicamente para tener un bebé, pero en el caso de la negación extrema del embarazo la preparación y el proceso de asimilación de cambios está ausente o disminuido en los casos no extremos. La ausencia o disminución de preparación psicológica para tener un hijo o hija e ir asumiendo los cambios sociales, económicos y familiares que se derivan de este hecho, supone un gran impacto emocional y psicológico para la nueva madre que puede provocar en la madre rechazo hacia el bebé, dificultad para poder ponerle nombre, maltrato emocional, maltrato físico e incluso filicidio entre otras alteraciones (Bonnet, 2021; Gonçalves 2014, 2016; Gonçalves y Macedo, 2011; Maldonado Durán 2011; Maldonado-Durán y Juan Manuel Saucedo-García, 2011; Zagury, 2011)

En casos graves de negación total del embarazo, cuando llega el momento del parto y el embarazo aún es desconocido, la madre puede sentirse aterrada por lo que está ocurriendo, sin comprensión de la realidad y puede sufrir una descompensación y pérdida de contacto transitorio con la realidad en el momento del parto y postparto inmediato. En ocasiones, el parto puede sobrevenir en un momento en el que la madre se encuentra acompañada y puede recibir algún tipo de ayuda, pero, en otras ocasiones, puede suceder que la madre esté completamente sola, confundida y con gran dolor desconocido. Se han documentado historias de mujeres que han dado a luz en un sanitario completamente solas. En estos momentos de confusión puede suceder que el nuevo ser no reciba la atención sanitaria que necesita después del nacimiento, sufra abandono y padezca alteraciones como hipotermia o hipoglucemia y acabe muriendo. El neonato puede necesitar resucitación cardiopulmonar o cualquier tipo de atención sanitaria especializada y no recibirla. A causa de esto el nuevo ser puede morir o desarrollar una enfermedad o diferentes secuelas por falta de atención (Behtane y Maïdi, 2017; Delcroix et al., 2022; Gonçalves 2014, 2016; Gonçalves y Macedo, 2011; Maldonado Durán 2011; Maldonado-Durán y Juan Manuel Saucedo-García, 2011; Pelladeau, Marchand y Pommier, 2018; Stenton y Cohen, 2020; Zagury, 2011).

El homicidio del recién nacido producido durante las primeras 24 horas de vida se conoce como neonaticidio. A partir de las 24 horas se conoce como infanticidio. En el neonaticidio realizado por la madre acontecido en breve espacio después del parto no suele haber trastorno psicótico, mientras que en el infanticidio ocurrido un tiempo después del nacimiento sí suele haberlo. Con respecto neonaticidio tras la negación del embarazo las teorías apoyan la naturaleza inconsciente para el neonaticidio pasivo y la impulsiva para el neonaticidio activo. Ambos casos de neonaticidio están relacionados con un estado agudo de estrés que provoca el conflicto mental que supone la diferencia entre la realidad de lo que está pasando con lo que la mujer cree saber que está pasando. Hay un estado disociativo que puede provocar la incapacidad materna para reconocer la existencia de un descendiente y administrarle los primeros cuidados o auxilios. Por otra parte, la aparición repentina de un bebé puede hacerse insoportable para la madre y de forma impulsiva querer hacer que desaparezca, así el neonaticidio permite perpetrar la negación, y el bebé muere antes de hacerse un lugar en el mundo psicológico y físico de la madre. La madre puede sufrir una gran confusión por toda esta situación y realizar un neonaticidio activo por estrangulamiento, asfixia, ahogamiento, defenestración, golpes u otros métodos, generalmente en un contexto de pánico. Se ha constatado que una forma frecuente de neonaticidio es el ahogamiento del bebé en las tazas de los inodoros, ya que es comúnmente el sitio donde termina el parto en estos casos. De repente acontece un violento dolor abdominal y ganas de empujar y muchas mujeres acuden a un retrete o bañera para expulsar un cuerpo extraño que resulta ser un recién nacido. La madre puede percibir el parto como eliminación de algo o un ataque a su organismo. La brutal expulsión de un cuerpo extraño, que resulta ser un bebé, expone a la mujer, que está sola, a un traumatismo somato-psíquico catastrófico. El lactante puede ser confundido por un excremento o tumor expulsado. Puede darse el caso de que la mujer, presa de la sorpresa y con gran pánico, mate a su bebé, un bebé del que no tenía conocimiento previo y que, en numerosas ocasiones, no concibe como hijo o hija suyo. El asesinato del recién nacido por parte de la madre que sufre una negación total del embarazo y parto puede darse por varias causas. Una de las causas puede ser por un impulso inconsciente de no contactar con una realidad que le ha sido revelada de forma abrumadora. Otra de las causas de neonaticidio puede deberse a que el bebé lllore y la madre estresada y con gran confusión, intente callar al bebé produciéndole ahogamiento o asfixia. Otra actuación de la madre que puede causar la muerte del recién nacido es la actitud pasiva de la madre después del parto, donde la madre se desentiende del ser que acaba de nacer, no le proporciona ningún tipo de cuidado y/o lo abandona en cualquier lugar inhóspito, hostil o letal para el recién nacido, como un cubo de basura o un congelador. La extrema inseguridad somato-psíquica del síndrome de negación total del embarazo y del parto está en el origen de la disociación psíquica que presenta desrealización y despersonalización. Esta disociación, producida después de un periodo de estupor, imposibilita el trabajo de integración cognitivo-conductual necesario para hacer soportable la presencia de un hijo real y ser consciente y comprender los actos realizados durante este nacimiento y el posible acto impulsivo de neonaticidio (Araya Villavicencio y Barrantes Ortiz, 2020; Barnes, 2022; Behtane y Maïdi, 2017; Dayan y Bernard, 2013; Delcroix et al 2019; Delcroix et al., 2022; Gonçalves 2014, 2016; Gonçalves y Macedo, 2011; Maldonado Durán 2011; Maldonado-Durán y Juan Manuel Saucedo-García, 2011; Pelladeau, Marchand y Pommier, 2018; Seigneurie y Limosin, 2012; Stenton y Cohen, 2020; Zagury, 2011).

A pesar de la difusión del neonaticidio por medios de comunicación y redes sociales, este es relativamente raro y la asociación directa del neonaticidio con la negación del embarazo es débil. Por ejemplo, en Francia se calcula que hay entre 0,07 y 2,1 neonaticidio por cada 100.000 y, de estos, los causados por negación del embarazo representan el 1%. Estos hechos ocurren mayoritariamente cuando el parto se desencadena partos en el domicilio y la mujer está sola. Según el psiquiatra Jacques Dayan, se producen de 2 a 5 casos de neonaticidio al año por unos 1750 casos de denegación de embarazo (1500 casos de denegación parcial y 250 casos de denegación total). Sin embargo, el neonaticidio aparece destacado en exceso en la literatura científica sobre la negación del embarazo. Esto es debido potencialmente al sesgo de publicación de los informes de casos, hay casos de negación del embarazo que pueden pasar desapercibidos, pero una situación trágica, como es el neonaticidio es muy difícil que pase desapercibida. Otro motivo que hace que se destaque el neonaticidio es la inclusión en los estudios de casos de ocultación del embarazo junto con casos de negación de este (que además en muchas ocasiones puede darse en el transcurso del mismo embarazo), ya que la ocultación del embarazo es un factor de riesgo para el neonaticidio. A pesar de su violencia, en estos casos, sobre todo a nivel de penalización del acto, es importante la diferenciación de la posible premeditación del neonaticidio asociada a la ocultación del embarazo, o a la negación parcial seguida de ocultación. Diferentes autores coinciden en afirmar que todavía se necesitan más estudios para comprender mejor los mecanismos psicopatológicos implicados en el neonaticidio en la negación del embarazo y la puesta en marcha de protocolos de atención sistemática y seguimiento sociopsicológico adecuado. A su vez, a causa de la baja prevalencia, es difícil establecer grupos de riesgo maternos. Los estudios parecen apuntar que hay más riesgo en mujeres jóvenes, aisladas, sin apoyo familiar y/o pareja, con conflictos familiares, de clase media-alta con rasgos como inmadurez, poca confianza personal, alteraciones emocionales, poco nivel educativo, o ligero retraso mental. (Ballerini et al., 2022; Blanchot et al., 2021; Behtane y Maïdi, 2017; Chassagne Delpech, 2021; Dayan y Bernard, 2013; Delcroix et al., 2022; Gonçalves 2014; Gonçalves y Macedo, 2011; Maldonado-

Durán y Juan Manuel Saucedá-García, 2011; eigneurie y Limosin, 2012; Pelladeau, Marchand y Pommier, 2018; Stenton y Cohen, 2020; Zagury, 2011).

4.8. Que causa o puede causar una negación del embarazo

La forma que cada mujer escucha a su cuerpo es única y la forma de interpretar la señales que emite el cuerpo también. Cuando una mujer no reconoce su propio embarazo, parece haber una falta o alteración de recursos psíquicos (Delet y Monthieux, 2021; Gonçalves 2014, 2016; Gonçalves y Macedo 2011).

Aunque hay diferencias para los investigadores sobre negación de embarazo, en cuanto a las nomenclaturas y la descripción de los tipos de negación del embarazo, en general, hay consenso en que se relaciona con la conciencia de este. La negación en mujeres no diagnosticadas de psicosis, con el desconocimiento del proceso gestacional, y la negación psicótica se asocia a una situación de ruptura con la realidad. Hay diferentes teorías que intentan explicar las causas de un embarazo críptico. (Ballerini et al, 2022; Delcroix et al., 2019; Grobet et al, 2020 Gonçalves 2014 Maldonado-Durán 2011).

Ballerini et al. (2022) afirma que la negación del embarazo está condicionada por mecanismos psicopatológicos y que por medio del estudio de estos mecanismos se puede llegar a entender el neonaticidio. Este autor pone como ejemplo el caso de una mujer con sentimiento de la sexualidad y la fecundidad problemáticas. Esta mujer tendrá emociones negativas con respecto a este tema y esto facilitará procesos de represión. en relación con esto, la negación del embarazo sería un trastorno del eje conyugalidad-sexualidad-procreación y tendría relación social, afectiva y sexual.

La negación del embarazo también puede percibirse como un mecanismo de protección, adaptación y cooperación, entre la madre y su descendiente, para sobrevivir. La madre puede protegerse inconscientemente de diferentes conflictos psíquicos que le provocaría saber que está embarazada. Para el feto la protección sería evitar considerar la interrupción del embarazo. Se ha considerado la negación del embarazo como la reacción del organismo de la madre a un aborto no voluntario fallido o a los deseos de la madre de abortar. Para la madre, pueden existir una serie de sentimientos contradictorios como querer un descendiente, pero también querer seguir con las actividades de la vida diaria, no tener preocupación por los cambios que supone quedarse embarazada y tener un descendiente del que responsabilizarse. Por ejemplo, se puede desear un bebé, pero no tener medios económicos para hacerlo. Otro ejemplo son los casos de mujeres con negación del embarazo a las que se les había desaconsejado medicamente el embarazo por problemas maternos de salud o riesgo de herencia de enfermedades graves, donde se puede considerar la negación del embarazo una protección para lograr un descendiente y una forma en que la mujer anula la contradicción del deseo de tener un hijo con el riesgo que supone (Alby, Quaderi y Vedio, 2014; Ballerini et al, 2022; Gonçalves 2014 Gonçalves y Macedo 2011).

También se baraja la posibilidad de que la negación del embarazo sea una respuesta inconsciente a un sufrimiento. Este sufrimiento puede ser de tipo traumático general, traumático sexual relacionado con abuso, violación, incesto, educación sexual traumática, infidelidad, etc. Los traumas vividos pueden provocar dificultades a la hora de ejercer la sexualidad y problemas con la idea del embarazo al estar este claramente relacionado con la sexualidad. En ocasiones la negación del embarazo va acompañada de negación de la fecundidad y del potencial procreador. En estas mujeres la relación sexual puede estar separada de posibilidad de procreación, como si una relación sexual no pudiera generar un embarazo. Según esta idea en la negación del embarazo hay una experiencia traumática que daña la conyugalidad, la sexualidad y la procreación, dificultando que estas mujeres mantengan un equilibrio físico y mental saludable (Ballerini et al, 2022; Gonçalves 2014; Maldonado-Durán y Juan Manuel Saucedo-García, 2011).

Otra teoría que se maneja para la explicación de las causas de la negación del embarazo es la cultural. Hay culturas o familias de origen en las que los términos embarazo o embarazada están prohibidos o son muy negativos y según esta teoría esto puede influir en la mujer y generar una negación del embarazo (Ballerini et al, 2022; Gonçalves 2014; Maldonado-Durán y Juan Manuel Saucedo-García, 2011).

A su vez hay teorías que señalan problemas de diferenciación entre generaciones como posible causa de negación de embarazo. Estas teorías se basan en los cambios de papel dentro de una familia que sufren sus miembros con el paso del tiempo. Por ejemplo, un niño o niña deja de ser la niña o niño pequeño de la casa cuando tiene un hermano y este deja de ser el hermano pequeño al nacer otro miembro de la familia ocupe su lugar y lo mismo ocurre con todos los miembros de la familia, que van cambiando su rol con el tiempo. El problema se da en las familias que hay imposibilidad de desplazamiento o alteración y que, por ejemplo, en un momento dado no se conciba que la niña pequeña se convierta en madre (Ballerini et al, 2022; Gonçalves 2014; Maldonado-Durán y Juan Manuel Saucedo-García, 2011).

Bottemanne, y Joly (2022) señalan que hay una teoría (la teoría bayesiana) que propone que el cerebro se anticipa a los fenómenos sensoriales futuros cuando hay cambios, como ocurre en el embarazo, y señala que la negación del embarazo podría deberse a defectos en el acoplamiento interoceptivo materno-fetal durante el embarazo, lo que produciría trastornos en percepción y la conciencia interoceptiva materna (por ejemplo, de los movimientos fetales).

Pereira de Oliveira (2013) apoya la hipótesis de que la negación parcial está vinculada a la negación, mientras que la negación total se asemeja más al proceso de exclusión. Este autor plantea la duda entre si la negación del embarazo es un proceso defensivo vinculados a una estructura psíquica bien definida o es una posición

psíquica, pero añade que en todo embarazo hay negaciones y dudas, aunque en la mayoría se resuelven de forma satisfactoria para el binomio madre-descendiente.

Por último, hay que tener en cuenta, como comentan Seigneurie y Limosin (2012), que hay casos extremos en los que no sólo se niega el embarazo, sino, que también se niega al niño o niña recién nacido. Y a su vez, Zagury (2011) refiere que en el ámbito del embarazo se pueden dar diferentes tipos de negación, negación de la concepción, negación de las metamorfosis corporales, negación de la alteridad, negación del proceso vital en curso, negación del significado y/o negación de la inevitabilidad de lo que conlleva un embarazo. Y añade que todas ellas pueden provocar una improvisación catastrófica en el momento de un nacimiento imprevisto psíquicamente.

5. Discusión

En primer lugar, es importante señalar que la mayoría de los autores consultados para la realización de este estudio coinciden en cuatro puntos. El primer punto en que coinciden es en las graves consecuencias en cuanto a morbilidad y mortalidad materno-infantil de la negación del embarazo.

El segundo punto en que coinciden es en que hay estudios insuficientes que evalúen los procesos psicológicos y biológicos asociados a la negación y que la negación del embarazo es una entidad vaga y mal definida, no cubierta por ningún consenso internacional. Un ejemplo de la poca literatura científica sobre el tema de esta investigación es el caso de Gonçalves (2014) que defendió la primera tesis de maestría sobre en Brasil, siendo la primera investigación sobre el tema desarrollada en América Latina. La primera tesis doctoral sobre este tema se realizó en 1988 doctoral (Labarthe, 1988), y en 1995 la primera investigación epidemiológica (Wessel, Endrikat, & Buscher, 2002). En 2003 se creó la Association Française pour le Reconnaissance du Déni de Grossesse (AFRDG), la primera y única asociación científica del mundo dedicada a este tipo de negación del embarazo. La negación no psicótica del embarazo refleja una gran complejidad. Es un tema en el que es preciso continuar investigado, llegar a consensos, ver si se pueden implementar medidas preventivas respecto a su ocurrencia y analizar todos los factores relacionados con este proceso, hacer seguimientos de la madre y su descendencia, estudiar el ámbito familiar, la historia de vida de estas mujeres, y recoger datos epidemiológicos fiables de diferentes regiones.

Este punto lleva al tercero, que es la importancia de la investigación en neurociencia perinatal para entender los mecanismos implicados en la negación del embarazo, y poder mejorar su manejo médico en la práctica clínica y en la investigación de los afectados a largo plazo. En la actualidad no se han evaluado de forma objetiva las consecuencias a largo plazo, en niños y niñas, además de en su madre. Hay resultados que parecen indicar que la negación puede causar gran número de consecuencias negativas del desarrollo neurológico, además de consecuencias físicas.

Y el cuarto punto es que en los estudios que se han realizado no hay consenso en muchos aspectos, como, por ejemplo, en la definición y características del problema. Un ejemplo de la falta de consenso son las diferentes definiciones de la negación parcial del embarazo. En la negación no psicótica del embarazo el tiempo mínimo de descubrimiento del embarazo, para considerar que ha habido una negación parcial del embarazo, difiere de un autor a otro y de un país a otro, barajando valores diversos, como puede ser el ejemplo de Delcroix et al., (2019) y Gonçalves (2011), o Ballerini et al., (2022).

A su vez, Chaulet et al. (2013) destaca la percepción de este fenómeno por los profesionales de la salud. En este punto, este autor coincide con la opinión de la autora de este trabajo de investigación y con gran parte de los investigadores que hablan sobre este tema, en que los profesionales de la salud tienen muchas dudas con la negación del embarazo, tanto sobre su origen como sobre su gestión. Chaulet et al. (2013) realizaron un estudio retrospectivo durante cinco años en una maternidad y detectaron ausencia de un consenso preciso, necesidad de establecer criterios de inclusión y el establecimiento de una definición de negación del embarazo consensuada de forma universal, con el fin de prevenir complicaciones. Para estos autores el mejor método de estudio es la entrevista psicológica o psiquiátrica a cualquier mujer que presente, o se crea que pueda presentar, una negación del embarazo y proponen un enfoque dual, somático y psicológico, pueda mejorar el manejo y prevenir las recidivas. Janati Idrissi, Dany y Libert, (2014) coinciden en que los resultados de los estudios señalan la disparidad de representaciones de la negación del embarazo, la importancia del contenido emocional asociado a este fenómeno y la necesidad de desarrollar una formación sobre la negación del embarazo. Ballerini et al (2022) y Gonçalves (2011) destacan que una mejor comprensión de las especificidades clínicas y de los mecanismos de los procesos psicopatológicos vinculados a este problema, podría ayudar a mejorar la forma de actuación y refiere que el problema de la negación del embarazo es un gran enigma que refleja el gran poder que tiene la mente humana con respecto al control de mecanismos biológicos. Las intervenciones con los profesionales de la salud también son necesarias, ya que tendrían como objetivo sensibilizar a estos profesionales sobre el fenómeno, permitiendo así un enfoque preventivo y de promoción de la salud. Delcroix et al., (2019) también refiere que la negación del embarazo, con su prevalencia y sus consecuencias potencialmente dramáticas, es un problema de salud pública, pero que aún así, hay muchas ideas erróneas e incredulidad por parte de los profesionales sanitarios que dificultan una atención adecuada. Por otra parte, también hay consenso en la necesidad del enfoque multidisciplinar. Con

todas las apreciaciones de este párrafo coinciden diferentes autores, como, Ayhan (2022), Delet y Monthieux, 2021 y Gonçalves (2014 y 2016).

Otra cosa, que la autora de este trabajo de investigación considera importante a la vista de las publicaciones consultadas es que, debido a sus características clínicas, la investigación sobre este trastorno es compleja, ya que las mujeres con negación del embarazo no son conscientes de ello, no piden ayuda porque no ven el problema y escapan a la vista del clínico. Un ejemplo se puede ver en una encuesta realizada en 2006 que constató que el 38% de las mujeres habían consultado a algún profesional de la salud durante su embarazo no conocido y este profesional no se había percatado del estado de gestación de la mujer. La autora de este trabajo también considera que es muy difícil realizar estudios prospectivos sobre este trastorno, ya que no se puede saber qué mujer va a tener esta patología, y si se detectara una negación de embarazo en el curso del mismo embarazo, no se le podría ocultar a la mujer su situación, por lo que el embarazo dejaría de ser desconocido para la mujer. Por todo esto, la negación del embarazo es un problema que, aunque puede atentar contra la salud y la vida de madre e hijo o hija, no está muy presente en la literatura científica.

Como se ha comentado, la negación del embarazo es un concepto de uso reciente y psicológicamente aún no está bien definido. El hecho de no tener claramente definido el concepto de negación del embarazo, también genera una serie de problemas que dificultan la correcta atención y prevención de complicaciones de las personas afectadas. En 1991 se intentó por primera vez la entrada del concepto negación del embarazo en la clasificación del IV Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-IV), haciendo oficial el término negación del embarazo. En 2006, se intentó incluir este fenómeno en el DSM y en el Código Internacional de Enfermedades (CIE), en una nueva categoría para los trastornos reproductivos sin causa orgánica (Beier, Wille y Wessel, 2006). Sin embargo, en la última edición del DSM-V no se incluyó este fenómeno y en la actualidad aún no se ha conseguido y no está incluida en las clasificaciones internacionales de trastornos mentales como el DSM5, o el CIE-10. (Ballerini et al., 2022).

Según Ballerini et al., 2022 la presencia de negación del embarazo se codifica habitualmente, como embarazo comprobado incidentalmente o seguimiento del embarazo con historia de atención prenatal inadecuada, dentro de la CIE-10. La falta de clasificación y descripción concreta de la negación del embarazo dificulta la consideración de la negación del embarazo dentro de las clasificaciones internacionales. Hay propuestas alternativas de incluir la negación del embarazo como un trastorno de adaptación o trastorno psicossomático (por el conflicto que se da entre cerebro y cuerpo). Se ha propuesto la subcategoría trastorno de adaptación con negación inadaptada del embarazo, pero este término no es aceptado por todos los autores porque casi la mitad de las embarazadas con este problema no tienen problemas de adaptación. Otra alternativa propuesta es considerar la negación del embarazo como un trastorno psicossomático. Se trataría del mismo caso que los trastornos en los que cerebro y mente entran en conflicto, como los son, los trastornos neurológicos funcionales, los trastornos del dolor funcional o el síndrome del intestino irritable (Ballerini et al., 2022; Barnes, 2022; Murphy Tighe y Lalor, 2015).

Otro de los problemas a la hora de investigar, es que, como se ha comentado en resultados, dentro de un mismo embarazo se pueden dar diferentes formas de negación de embarazo, tanto consciente, como inconsciente y se puede observar negación parcial, negación emocional y negación completa en diferentes fases del embarazo, por lo que, en la práctica clínica habitual es difícil la distinción, clasificación y tratamiento del problema y sus secuelas.

Por otro lado, hay autores, como Del Giudice (2007) que no está de acuerdo con las hipótesis psicodinámicas sobre conflictos inconscientes relacionados con el embarazo. Par este autor las teorías psicodinámicas son erróneas porque no recogen el papel biológico activo del feto en la determinación del curso del embarazo, porque no tienen en cuenta los diferentes niveles de conflicto entre la madre y el feto. Este autor propone definir la negación del embarazo como embarazo críptico e investigar la parte fisiológica del proceso. La gestación críptica parece reducir los costes de la gestación, tanto energéticos como ecológicos (movilidad, dependencia, etc.). Este autor expone la probabilidad de que exista reducción de la producción y/o la eficacia de la hormona del embarazo, pero otros estudios que han estudiado este aspecto no lo han detectado esta diferencia hormonal. Este autor propone tres hipótesis evolutivas no excluyentes para explicar este fenómeno: el primero, que el embarazo críptico podría ser un resultado no adaptativo para resolver de conflictos a la hora de asignar recursos en el embarazo. Del Giudice (2007) también expone la posibilidad de que estas mujeres presenten pequeñas alteraciones de los mecanismos de impresión genómica. El segundo fenómeno es que el embarazo podría ser el resultado de abortos espontáneos perdidos de fetos de baja calidad. Esta teoría es compartida por otros autores mencionados en este trabajo en el apartado de resultados. Y el tercero es la idea de cooperación forzada entre la madre y el feto en circunstancias ecológicas amenazantes o estresantes, como alto estrés psicossocial. A su vez Del Giudice (2007) coincide con autores comentados en resultados en que el aspecto de embarazo críptico como protección y que, en caso de probabilidad de supervivencia reducida, tanto la madre como el feto se beneficiarían si la madre redujera la inversión en el embarazo para maximizar sus posibilidades de sobrevivir y llegar al parto.

Por último, señalar que según Stenton y Cohen (2020) y Kenner y Nicolson (2015), la literatura forense sobre el embarazo negado se ha centrado en el rechazo de la mujer a la maternidad, en vez de centrarse en el trauma y la disociación que impulsan la negación. Esto puede ser debido a la asociación de la negación del embarazo con

el neonaticidio, que puede haber conducido a datos forenses engañosos y ocultar el papel central del trauma y la disociación. Una reevaluación de la negación del embarazo puede ser vista como lo contrario del embarazo psicológico. Con este cambio de perspectiva igual se podría ayudar a las mujeres a entender su estado de embarazo para evitar partos inesperados con resultados trágicos.

6. Conclusiones

- La negación del embarazo es un problema de salud pública que sí existe y puede tener consecuencias negativas en la salud materno-infantil, que incluso pueden llegar a ser letales.
- Los mecanismos asociados a la negación son todavía poco conocidos, y aún no se dispone de estrategias de detección y prevención de este trastorno.
- La investigación en neurociencia perinatal sobre la percepción de las señales corporales internas y la relación entre el cuerpo y el sistema nervioso podría conducir a una mejor comprensión de los mecanismos implicados en la negación del embarazo, y mejorar su gestión en la práctica clínica.
- La investigación, prevención y tratamiento de este problema debe ser multidisciplinar y abarcar profesionales con conocimientos diversos, como conocimientos obstétrico-ginecológicos, psicológicos, pediátricos y forenses.
- Los pocos estudios sobre la relación madre-bebé en situaciones de negación no psicótica del embarazo no exploran lo aspectos más sutiles de su relación en el embarazo y después.
- Faltan investigaciones sobre las repercusiones psíquicas en el madre y descendiente.

Referencias

- Alby, V. J., Quaderi, A. & Védie, C. (2014). Le déni de grossesse relève-t-il d'une maladie mentale ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(5), 382-386. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.05.001>.
- Ayhan, Y. (2022). *Approche psychodynamique du déni de grossesse* [Unpublished master's thesis Université de Liège, Liège, Belgique]. <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/14366>
- Araya Villavicencio, S. & Barrantes Ortiz I. (2020). Trastornos psiquiátricos frecuentes en el periodo postparto. *Revista Médica Sinergia*, 5 (12). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7677762>
- Barnes, D.L. (2022). Towards a new understanding of pregnancy denial : the misunderstood dissociative disorder. *Arch Womens Ment Health*, 25(1), 51-59. doi: 10.1007/s00737-021-01176-7.
- Ballerini, M., Raimbaud, M., Joly, L. & Bottemanne, H. (2022). La grossesse invisible : caractéristiques cliniques et perspectives autour du déni de grossesse. *Gynecol Obstet Fertil Senol*, 50(4), 322-332. doi: 10.1016/j.gofs.2022.02.079
- Blanchot, A., Antal, M. C., Ameline, A., Gheddar, L., Arbouche, N., Raul, J. S. & Kintz, P., (2021). Déni de grossesse et accouchement inopiné à domicile : discussion des causes de décès fœtal et de l'imputabilité d'une consommation maternelle d'ecstasy. *Toxicologie Analytique et Clinique*, 33(4), 250. <https://doi.org/10.1016/j.toxac.2021.08.006>
- Bonnet, C. (2021). Description clinique et accompagnement pluridisciplinaire du déni de grossesse Clinical description and multidisciplinary support for pregnancy denial. *Sages-Femmes*, 20(2), 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2021.01.003>.
- Behtane, A., & Maïdi, H. (2017). Perversion et criminalité. *Le Journal des psychologues*, 343(1), 52-55. <https://doi.org/10.3917/jdp.343.0052>
- Bottemanne, H., Joly, L., (2022), Cerveau maternel : Théorie bayésienne de l'intéroception maternelle pendant la grossesse et le postpartum, *L'Encéphale*. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.05.011>
- Carrillo-Mora, P., García-Franco, A., Soto-Lara, M., Rodríguez-Vásquez, G., Pérez-Villalobos, Johendi, & Martínez-Torres, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 64(1), 39-48. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>
- Capiello, M. I. (2019). ¿Cómo es posible que una mujer no sepa que va a tener un bebé hasta el momento del parto? Lo explicamos. *Univisión*. <https://www.univision.com/noticias/salud/como-es-posible-que-una-mujer-no-sepa-que-va-a-tener-un-bebe-hasta-el-momento-del-parto-lo-explicamos>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020). *Diabetes gestacional y embarazo*. <https://www.cdc.gov/pregnancy/spanish/diabetes-gestational.html>
- Chassagne Delpech, C. (2021). Le statut juridique du déni total de grossesse. The lawyer's view of the legal status of denial. *Sages-Femmes*. 20(2), 27-28. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2021.01.008>
- Chalet, S. Juan-Chocard, A. S., Vasseur, S., Hamel, J. F., Duverger, P., Descamps, P. & Fanello, S. (2013). Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(10), 705-709. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.06.004>.
- Dayan, J., Bernard, A. (2013). Déni de grossesse, infanticide et Justice. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(7), 494-498. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.05.019>.
- Delcroix, M. H., Gomez, C., Bayle, B., Paraf, F., Rusch, E. & Braillon, A. (2019). Déni total de grossesse et d'accouchement: la mort du nouveau-né n'est pas criminelle. *Presse Med*, 48(12), 1580-1582. doi: 10.1016/j.lpm.2019.09.055
- Delcroix, M. H., Gomez, C., Dequidt, N., Gomez, N., Delpech, C. C. & Rush, E. (2021). Implications médico-judiciaires du déni total de grossesse et d'accouchement, *Sages-Femmes*, 20(2), 29-31. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2021.01.007>
- Delet, J., Monthieux, A. (2021). Prise en charge du déni de grossesse en Martinique Management of pregnancy denial in Martinique. *Sages-Femmes* (20), 2021, 23-26. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2021.01.006>
- Del Giudice M. (2007). The evolutionary biology of cryptic pregnancy: A re-appraisal of the «denied pregnancy» phenomenon. *Med Hypotheses*, 68(2), 250-8. doi: 10.1016/j.mehy.2006.05.066.
- EFE (Agencia Española de Noticias). (2009). Muere el bebé prematuro de la levantadora de peso chilena Elizabeth Poblete. *RTVE.es*. <https://www.rtve.es/deportes/20091217/muere-bebe-prematuro-levantadora-peso-chilena-elizabeth-poblete/306423.shtml>
- EFE (Agencia Española de Noticias). (2014). Una mujer que mató a su bebé evita la cárcel por no saber que estaba embarazada (Tribunales). *ABC*. <https://www.abc.es/local-comunidad-valenciana/20141013/abci-negacion-embarazo-201410131222.html>
- Europa Press (2014). Una sentencia que aplica por primera vez la eximente incompleta de trastorno de negación del embarazo (Actualidad jurisprudencia). *Noticias jurídicas*. <https://noticias.juridicas.com/actualidad/jurisprudencia/5896-una-sentencia-que-aplica-por-primera-vez-la-eximente-incompleta-de-trastorno-de-negacion-del-embarazo/>
- Europa Press (2020). Una psiquiatra vincula el neonaticidio de la joven de Alcalá al trastorno de negación del

- embarazo. *Europapress*. <https://www.europapress.es/madrid/noticia-psiquiatra-vincula-neonaticidio-joven-alcala-trastorno-negacion-embarazo-sufria-20200221134721.html>
- Grobet, M., Capelle, X., Willems, T., Triffaux, J. M. Gaspard, U. & Kridelka, F. (2020). «Je ne suis pas enceinte !» A propos du déni de grossesse... [«I am not pregnant !» About denial of pregnancy...]. *Rev Med Liege*. 75(7-8), 484-488. French. PMID: 32779894.
- Gomez, C., Henri Delcroix, M. (2021). Déni de grossesse à l'adolescence Denial of pregnancy and adolescence. *Sages-Femmes*, 20(2), 16-18. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2021.01.004>
- Gonçalves, T. G. (2014). Negação não psicótica da gravidez: definições, especificidades e explicações. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(3), 1005-1020. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000300017
- Gonçalves, T. G., & Macedo, M. M. K. (2011). A desautorização do processo perceptivo na negação não psicótica da gravidez. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(4), 1521-1546. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000400009&lng=pt&nrm=iso
- Gonçalves, Thomás Gomes. (2016). Denial of pregnancy: a literature review and case report in Brazil. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16(2), 624-643. Retrieved October 29, 2022, from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812016000200017&lng=en&tlng=en.
- Hunt, E. (2019). Cryptic pregnancies: 'I didn't know I was having a baby until I saw its head'. *The guardian*. https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2019/mar/31/cryptic-pregnancies-i-didnt-know-i-was-having-a-baby-until-i-saw-its-head?CMP=fb_gu
- Janati Idrissi, M. Dany, L. & Libert, M., Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62, (4), 195-202,. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.09.002>.
- Kenner, W. D. & Nicolson, S.E. (2015). Psychosomatic disorders of gravida status: false and denied pregnancies. *Psychosomatics*, 56(2), 119-28. doi: 10.1016/j.psym.2014.09.004.
- Leal, E., Campos, S., Pardo, I., Vázquez-Rodríguez, M., García-Jiménez, E., & Moral, E. (2011). Sífilis y embarazo. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 38(3), 114-117. DOI: 10.1016/j.gine.2009.10.006
- Magley, M., & Hinson, M. R. (2022). Eclampsia. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554392/>
- Maldonado-Durán (2011). Psicosis en el período perinatal. En N. Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *Salud mental y perinatal* (pp. 203-223). Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf
- Maldonado-Durán, J. M., & Saucedo-García J. M. (2011) Dificultades psicósomáticas en la etapa perinatal. En N. Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *Salud mental y perinatal* (pp. 234-238). Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf
- Miranda, I. (2014). La «negación del embarazo»: una gestación sin síntomas, un hijo por sorpresa. *ABC sociedad*. <https://www.abc.es/sociedad/20141020/abci-negacion-embarazo-trastorno-201410171241.html>
- Murphy Tighe S & Lalor J. G. (2016). Concealed pregnancy: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 72(1), 50-61. doi: 10.1111/jan.12769.
- Organización Panamericana de la Salud (2019). Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. http://www.fasgo.org.ar/images/SIFILIS_EN_LA_EMBARAZADA.pdf
- Palacios Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno- infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista Salud Uis*, 48, (2), 2016, 164-176. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6752706>
- Pelladeau, É., Marchand, J. & Pommier, F. (2018). Du déni de grossesse à l'infanticide : quand l'infans renaît en psychothérapie. *La psychiatrie de l'enfant*, 61, 3-18. <https://doi.org/10.3917/psy.611.0003>
- Pereira de Oliveira, C. (2013). « Le déni de grossesse » : une entité clinique valide ?. *Topique*, 123, 189-207. <https://doi.org/10.3917/top.123.0189>
- Radio y Televisión Española (RTVE) (2009). Dio a luz sin saber que estaba embarazada. *RTVE.es*. <https://www.rtve.es/deportes/20091214/dio-luz-sin-saber-estaba-embarazada/305820.shtml>
- Seigneurie, A. S. & Limosin, F. (2012). Déni de grossesse et néonaticide : aspects cliniques et psychopathologiques. *La Revue de Médecine Interne*, 33(11), 635-639, <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2012.07.013>.
- Seguin, S., Missonnier, S. & Vibert, S. (2022). Déni et négations de grossesse : une tentative de dégageement de l'emprise?. *La psychiatrie de l'enfant*, 65, 69-85. <https://doi.org/10.3917/psy.651.0069>
- Stenton S., Cohen M.C. Assessment of neonaticide in the setting of concealed and denied pregnancies. *Forensic Sci Med Pathol*. 2020,16(2), 226-233. doi: 10.1007/s12024-019-00212-4.
- Vargas Porras, C., Ferré Grau, C., & Molina Fernández, M. I. (2021). Aspectos que favorecen el proceso de convertirse en madre: experiencia vivida de una gestante primeriza. *Index de Enfermería*, 30(1-2), 115-119. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100025&lng=es&tlng=es.
- Vidal, D. Una joven da a luz en la Región sin saber que estaba embarazada. *La verdad*. <https://www.laverdad.es/>

murcia/milagro-llamado-bebe-20210222075734-ntvo.html

Wessel, J., Endrikat, J. & Buscher, U. (2002). Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81(11), 1021-7. doi: 10.1034/j.1600-0412.2002.811105.x.

Wessel, J., Gauruder-Burmester, A. & Gerlinger, C. (2007). Denial of pregnancy--characteristics of women at risk. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007, 86(5), 542-6. doi: 10.1080/00016340601159199

Zagury, D. (2011). Quelques remarques sur le déni de grossesse. *Perspectives Psy*, 50, 314-321. <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2011-4-page-314.htm>