

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen
Volume **44**

Número
Number **1**




Enero-Marzo
January-March **1999**

Artículo:




Estrés y embarazo

Derechos reservados, Copyright © 1999:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

Estrés y embarazo

Rosa María Díaz Romero,*
Víctor Daniel Aguilar
Figuerola,** Roberto Santillán
García***

* Investigadora Asociada de la Subdirección de Investigación en Salud Pública.

** Investigador Asociado del Departamento de Psicología.

*** Odontólogo en Servicio Social del Instituto Nacional de Perinatología.

Resumen

El estrés es la palabra introducida en 1949 por Hans Selye, se le ha catalogado como uno de los problemas de salud más frecuentes en la población actual, éste se desarrolla en tres fases: fase de alarma, resistencia y agotamiento. Está condicionado por mecanismos vegetativos, inmunológicos y hormonales regulados por la hipófisis.

Ciertas etapas de vida son generadoras de estrés en particular para la mujer como el periodo menstrual, la gestación, el puerperio, menopausia y el climaterio, cuyos efectos pueden manifestarse en el área psicológica, física y/o laboral.

El objetivo general de la presente revisión es el dar a conocer los factores causantes de estrés, sus mecanismos de acción durante el embarazo. El estrés en esta etapa es debido al temor al parto inminente y a las probabilidades de peligro y daño para la gestante y su hijo durante este periodo y el parto, mucha de la angustia y miedo que se genera se debe a la tradición cultural, la cual puede incrementarse por la tensión que produce la práctica estomatológica por lo cual el odontólogo debe conocer e informarse de esta respuesta cuando trate a sus pacientes gestantes, así como incorporar al modelo de atención estomatológica en la gravidez las alternativas de manejo del mismo.

Palabras clave: Estrés, embarazo.

Abstract

Stress is a word introduced in 1949 by Hans Selye. It is catalogated as one of the problems of health more frequent in the actual population. Stress is developed in three phases: warning, resistance and exhaustion. It is conditioned by vegetatives, immunologics and hormonal mechanisms controlled by hypophysis.

Some life phases in women produced stress much as menstruation, gestation, puerperium, menopause and climaterium; their effects can be manifested in psychologic, physic and laboral areas.

The general objectives of the present revision is to know the factors that cause stress, its action mechanism during the pregnancy. Stress in this phase is caused by the fear to imminent childbirth and the probabilities of danger of the mother and her child. Many of the anguish and fear is the cause of the cultural tradition which can be increased by the tension that produces the stomatology practice. For all this, the odontologist must know and inform about his patients an how to incorporated the best stomatology attention in pregnancy and its alternatives.

Key words: Stress, pregnancy.

Introducción

Al estrés se le ha catalogado como uno de los problemas de salud más frecuentes en la población actual, esto provocado por las circunstancias económico-sociales y el medio ambiente que prevalece en la vida moderna en vísperas del fin de siglo. Éste ha sido punto de controversia desde hace mu-

chos años; en 1949 Hans Selye,¹ describió al estrés como «El estado que se manifiesta como un síndrome por todas las variaciones no específicas provocadas dentro del sistema biológico». Los estudios de Mason en 1968¹ demostraron que el estrés es una reacción psicoendocrina a la percepción de una amenaza, es decir, a un estímulo que pone en peligro su homeostasis y del cual el sujeto se da perfecta cuenta. Su

estudio ha sido abordado desde diferentes perspectivas.

Lazaruz² define al estrés psicológico como una reacción particular entre un individuo y su entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar; desde la perspectiva biológica se sabe que es una reacción psico-inmune-endocrina en donde existen vías de facilitación e inhibición de funciones, con una red de retroalimentación que permite un intercambio continuo entre el sistema nervioso central, el endocrino y el sistema inmune.³ Existe la propuesta del modelo ocupacional el cuál será tratado en próxima publicación.

Independientemente del modelo propuesto, se acepta que el estrés se desarrolla en tres fases: de alarma, de resistencia y de agotamiento. Éstas se generan, cuando el cuerpo debe acomodarse a una situación nueva, en la cual necesita mayor energía para poder llevar a cabo la exigida adaptación, ya sea para atacar, resistir o emprender la huida; la energía necesaria para ello es suministrada por la activación del sistema nervioso vegetativo y la secreción de determinadas hormonas todo con una base de información genética. Con esta activación se dispara la *fase de alarma*, si ésta continúa en un nivel más alto llamado de *resistencia*, la adaptación debe de producirse de manera continua; sin embargo, pasado algún tiempo, se hace patente un estado de pérdida de la energía de acomodación y se presenta el *agotamiento*; cabe señalar que es a partir de los años 60's, que mediante investigaciones se busca establecer la relación directa entre los acontecimientos de la vida y la enfermedad y estos como generadores de estrés. Existen situaciones y acontecimientos estresantes, Jean Straun y cols.⁴ señalan que existen tres grados de intensidad (*Cuadro I*). Ciertas etapas de vida son generadoras de estrés, en particular para la mujer, como el periodo menstrual, la gestación, el puerperio, menopausia y el climaterio cuyos efectos pueden manifestarse en el área psicológica, física y/o laboral.

En vista de que en el campo de trabajo con una gestante, amerita la intervención multidisciplinaria y considerando que el cirujano dentista en alguna etapa de su vida profesional tratará a mujeres en el periodo de gravidez, el presente artículo tiene como objetivo el valorar el impacto que tiene el estrés en la gestación y la conducta que debe de

asumir el profesionista de la salud bucal para su adecuado manejo en el consultorio dental.

Estrés y embarazo

Durante el embarazo se generan estados de tensión y ansiedad, en vista de que la gestación es un factor que demanda una serie de adaptaciones que pueden ser desequilibrantes, en esta etapa se presenta angustia al cambio de vida, ésta es definida por Laplanche⁵ como la reacción de un individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir sometido a una afluencia de evitaciones de origen externo o interno que es incapaz de controlar.

Un dato importante es el señalar que la primera gestación, tiene el carácter de un evento único al que se enfrenta la mujer sin experiencia personal alguna; en el segundo y tercer embarazo, representan habitualmente una sobrecarga biológica y social moderada; desde el cuarto embarazo en adelante, la multiparidad elevada conlleva una sobrecarga severa.

Un embarazo aparece de forma incidente, con señales dudosas, la actitud de la mujer es ambivalente, por un lado desea la gestación y a la vez la rechaza, Salvatierra⁶ dice textualmente «cuando entrevisto a jóvenes embarazadas algunas veces muestran pánico hacia los cambios corporales y describen el embarazo como un periodo que debe ser tolerado». De acuerdo a Wolman, en esta etapa la mujer puede sentirse trastornada o amenazada en su autoimagen y en su propia estimación.⁷

El estrés en el embarazo es en gran parte debido al presagio del parto inminente y de la incertidumbre del resultado final; es natural que existan preocupaciones y temores, que incluyen temor por ella misma, por su salud y durante este periodo y el parto, así como miedo al dolor y muerte. El temor por el hijo, incluyendo el miedo al aborto, a la malformación congénita, a la muerte intrauterina, de ahí que sea la primera gestación o no, tiene con la ambigüedad y la inminente incertidumbre del resultado final, las dos características para que sea un acontecimiento estresante.

Además, una gestación suele conllevar pequeñas exigencias y molestias que originan tensión como los trastornos físicos (náuseas, vértigo, cambio de apetito, disuria),

Cuadro I. Situaciones y acontecimientos estresantes.

Intensidad	Duración	Situación
Leve	De segundos a horas	Reprimendas, apariciones públicas ante audiencias numerosas, exámenes
Moderado	De horas a días	Periodo de trabajo excesivo
Severo	De semanas, meses, años	Muerte de una persona amada, enfermedades, operaciones quirúrgicas

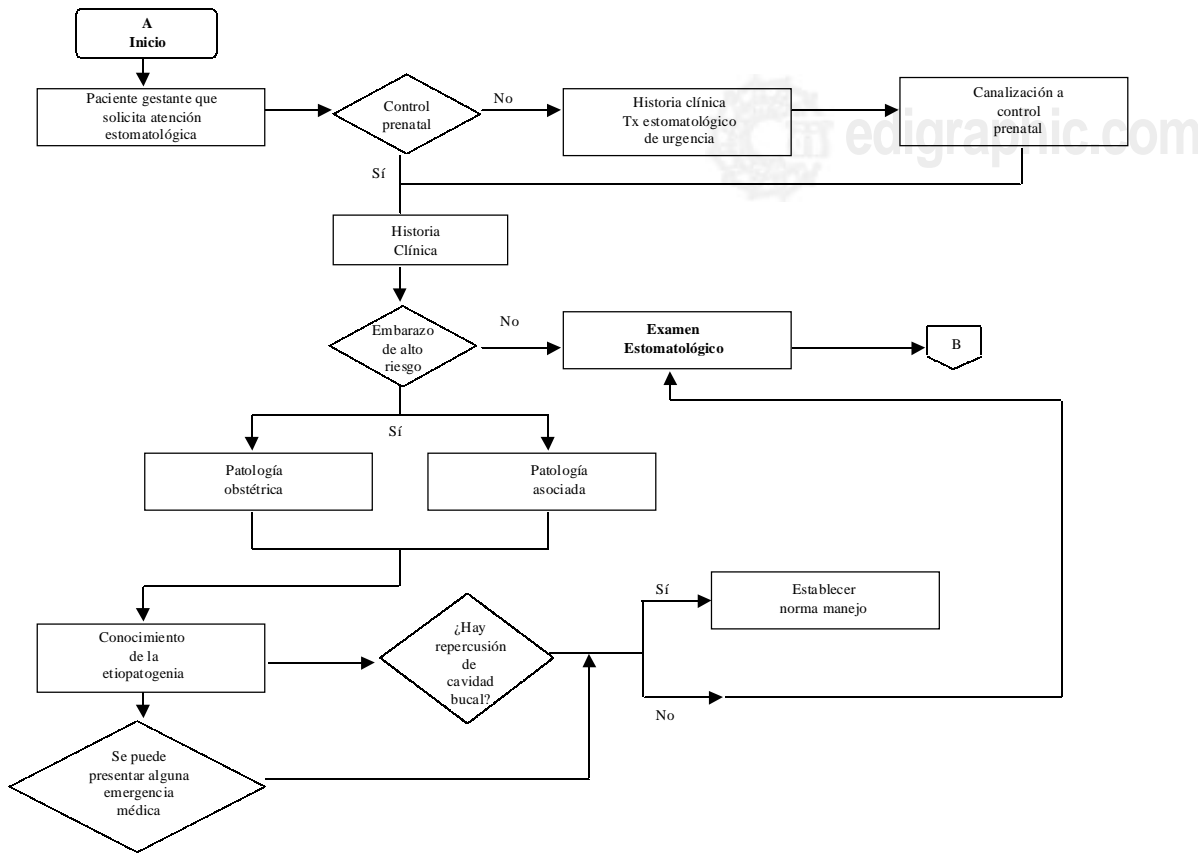


Figura 1A.

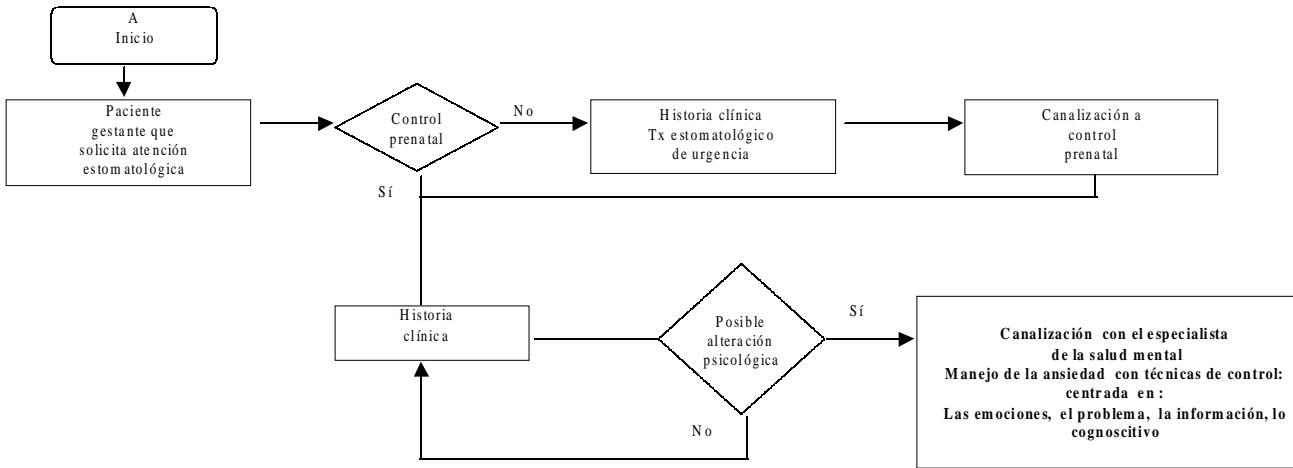


Figura 1B.

que pueden causar inquietud, así como el aumento de peso y el cambio de imagen corporal.

Por todas estas razones la gestación implica una tarea de desarrollo psicosocial o una sucesión de tareas u objetivos difíciles y comprometidos, cada vez más exigentes. La mujer consciente de ello, experimenta preocupa-

ción y miedo. El evento reproductivo la pone a cara con la realidad, intensificando su percepción de la misma, constituye de hecho una crisis de maduración, considerada por Morales⁸ como una crisis psicológica, un periodo de desequilibrio agudo, que tiene importantes repercusiones en la esfera emocional; Nulfield y cols. refieren

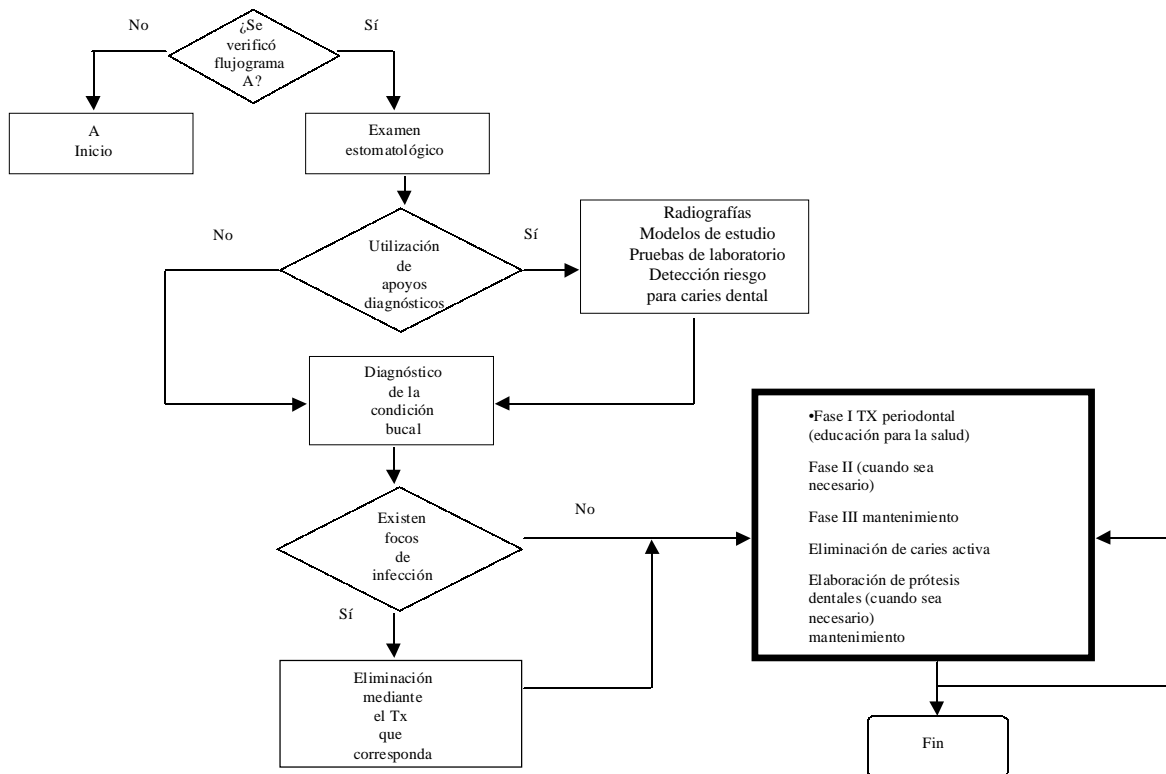


Figura 2.

que constituye una experiencia que afecta el área tanto física como mental, es decir una prueba generadora de esfuerzo metabólico.¹³

El órgano central sobre el cual actúa el embarazo es el útero; está demostrado que la contractilidad uterina y el flujo sanguíneo está bajo control neuro-hormonal; los estrógenos gobiernan la actividad parasimpática mientras que la progesterona influye indirectamente en la actividad simpática.³

El mecanismo contráctil básico depende de acetilcolina, prostaglandinas y ocitocina, mientras que la actividad simpática refuerza mecanismos de expulsión para liberar al útero de su contenido. El flujo adecuado de sangre se mantiene mientras hay un equilibrio entre el simpático y el parasimpático. La ansiedad aumenta la adrenalina, mientras que la tensión se asocia con la descarga de noradrenalina.¹⁰

La hiperactividad simpática con descarga de catecolaminas, característica de la primera fase del estrés, puede explicar bien una serie de perturbaciones del embarazo como:

1. Aborto espontáneo, malnutrición fetal y retardo en el crecimiento intrauterino.
2. Parto prematuro, ruptura prematura de membranas y distocia hipertónica.
3. Hipertensión.

Otras alteraciones que pueden ser generadas por el agotamiento del simpático por estrés crónico como fenómenos de inhibición inmunitaria y conducta anormal que repercute sobre el resultado perinatal algunos ejemplos son las infecciones, prolongación del embarazo y distocia hipotónica (inercia uterina), problemas de alimentación, adicción, rechazo de ayuda médica y social.

De acuerdo a lo anterior podemos detallar que la forma y situaciones que la mujer enfrenta su embarazo serán mostradas no sólo en aspectos biológicos sino por sus relaciones y respuestas hacia el medio ambiente y en esto deberíamos incluir las diversas respuestas a las intervenciones del personal de salud.

Estos son los fundamentos para proponer la integración en el modelo de atención estomatológica a la gestante,^{11,12} en primer término el conocimiento por parte del especialista en la salud bucal de la asociación estrés y embarazo; en segundo lugar el apoyo psicológico que se debe proporcionar y por último las alternativas de manejo del estrés en el consultorio dental, en donde el odontólogo no sólo debe ser capaz de reconocer que la atención de la paciente gestante requerirá en la mayoría de los casos este enfoque integrado, ya que recordemos que «la mujer gestante no es una paciente diferente, pero sí es una paciente especial».¹²

En los flujogramas de las figuras 1A y 2 se podrá observar la ruta de manejo estomatológico durante la gra-

videz que se recomendó en 1996;¹³ sin embargo, esta perspectiva está incompleta si consideramos los aspectos psicológicos antes mencionados por lo cual proponemos que en el momento en que se realiza la historia clínica, observar cuidadosamente a la mujer para poder interpretar todos los datos obtenidos y tener la capacidad de integrar hipótesis diagnósticas, para establecer correctamente el planteamiento diagnóstico, que a sus vez nos sirva para generar las medidas necesarias para restablecer su estado de salud bucal; en donde, si en la anamnesis observamos algún dato que nos hable de que la gestante carece de apoyo social, es decir —vínculos sociales como el que proporciona el matrimonio, las amistades, familia y la pertenencia a grupos formales o informales— nos debe poner alerta, ya que con seguridad este tipo de pacientes serán más fácilmente susceptibles a presentar estrés en el embarazo y por consecuencia, la angustia que genera la propia consulta dental¹⁴ puede exacerbarse por este antecedente personal y hacer de esta paciente un sujeto de difícil control en el acto operatorio.

El estomatólogo debe canalizar a la gestante con el especialista de la salud mental y utilizar técnicas como la relajación muscular dirigida¹⁴ y la musicoterapia^{15,16} como alternativas terapéuticas centradas en el «Control de las emociones». Si lo que genera la ansiedad y el nerviosismo es la consulta odontológica «per se», debemos de concientizar a la embarazada de la importancia que tiene su participación para la resolución exitosa de su tratamiento, el afrontar el problema disminuye la ansiedad y la tensión nerviosa, a esto se le conoce como «Control centrado en el problema».

Otra forma de minimizar la tensión de la gestante que se puede potencializar por la consulta estomatológica es el proporcionar información sobre el estado de salud y del tratamiento que se va a hacer «Control centrado en la información», así como concentrar la atención de la paciente en aspectos positivos que resulten del tratamiento dental «Control centrado en lo cognoscitivo».

De ahí que el flujograma de la figura 1B deberá de contemplar estos puntos que se señalan, en la nueva propuesta que se plantea en el flujograma de la figura 1B lo cual permitirá mejorar la calidad de la atención que proporciona el estomatólogo a la embarazada.

Discusión

Si bien al estrés se le ha catalogado como uno de los problemas más frecuentes en la vida moderna³⁻⁶ que afecta a todos los individuos es importante como especialistas de la salud bucal tener en mente que el estrés no deja de ser una reacción individual, es decir cada persona va a ser afectada en diferentes gradientes, exacerbándose su

respuesta en etapas de crisis, tornándose el individuo más susceptible a las consecuencias adversas del mismo, las cuales se pueden proyectar en la esfera conductual, biológica y/o laboral.⁷⁻⁹

En la gestación existen una serie de acontecimientos que en cascada ponen a prueba a la mujer, de ahí que diferentes autores^{7,9,14-16} recomiendan que cuando se vea sometida a la atención médica, sobre todo si ésta «per se» es generadora de tensión —como la consulta odontológica— reciba el apoyo de índole psicológico por parte del prestador de servicios para facilitar su manejo clínico y establecer con mayor facilidad la fuente de rapport, por cual consideramos que la propuesta aquí señalada es viable.

Bibliografía

1. Darley Glucksberg. *Psicología*. Prentice Hall Hispanoamericana Mex, 1993.
2. Grijalbo. *Diccionario práctico de la lengua española*, 25a. edición, Grijalbo S.A.
3. Molina VD. Las emociones y su relación con el sistema inmune. *Acta Pediátrica* 1997; 18(1): 6-11.
4. Straun JB. *¿Qué es el estrés?* Editorial Francesa, 1991.
5. Laplanche, Portales. *Diccionario de psicoanálisis*. España: Ed. Labor, 1983: 535.
6. Salvatierra V. *Psicología del embarazo y sus trastornos*, Barcelona España: Ed. Martínez Roca S.A, 1989.
7. Walman Benjamin. *Aspectos psicológicos en ginecología y obstetricia*, Capítulo I: Psicología femenina. México: Ediciones PCM, 1981.
8. Morales C y cols. Situación marital y emocional de un grupo de mujeres gestantes de alto riesgo. *Perinatal Reprod Humana* 1990; 4(2).
9. Hunfild JAM, Agterbergb. Quality of life and anxiety in pregnancies after late pregnancy loss a case control study. *Prenatal diagnosis* 1996; 16: 783-790.
10. Williams RH. *Tratado de endocrinología*, 1984. Ed Interamericana.
11. Díaz Romero y cols. Modelo de atención estomatológica durante la gravidez. *Práctica Odontológica*. Medicina Oral 1987; 8(6): 50-51.
12. Díaz Romero, Ruiz Dura. Modelo de atención estomatológica durante la gravidez. Segunda parte. *Práctica Odontológica* 1987; 8(7): 66-67.
13. Díaz Romero, Llorens G y cols. Abordaje clínico estomatológico de la paciente epiléptica gestante. *Rev ADM* 1995; LII(6): 299-304.
14. Fobia y ansiedad dental. *Clínicas Odontológicas de Norteamérica*. 1988; Vol. 4.
15. El tratamiento del estado de tensión del dentista y paciente. *Clínicas Odontológicas* 1988; Vol. 5.
16. García Bermúdez. *Manejo de la ansiedad en el consultorio dental y la musicoterapia*. Tesis pregrado, UNITEC 1988.