

## Aspectos psicológicos del embarazo. parto y la anestesia

DR. RAÚL CAMACHO CASTILLO \*

### INTRODUCCION

EN todos los hospitales de gineco-obstetricia existe gran interés en estudiar el impacto emocional que provoca el embarazo, el parto y la anestesia, así como los exámenes de laboratorio o la pelvimetría. Desgraciadamente aún hay médicos que consideran el embarazo y el parto como una función fisiológica, y no le dan la debida importancia a los aspectos psicológicos.<sup>1,2</sup>

Es relativamente frecuente que el anestesiólogo, por el volumen de trabajo en un hospital obstétrico y por tratarse en su gran mayoría de anestésias de urgencia, piense únicamente en función de "un caso", y no considere a la paciente como una entidad compleja, perteneciente a un contexto económico social concreto, con niveles educativos diferentes y con problemas personales y familiares diversos.

### PSICOLOGIA DEL EMBARAZO

La mujer normal reacciona al embarazo en la misma forma en que lo hace a otras situaciones en su vida, adaptándose y des-

arrollando cierto grado de felicidad y aceptación o de rechazo y desagrado de acuerdo a factores como son: personalidad, constitución, etc.<sup>1,4</sup>

Si el embarazo fue planeado será una fuente de agrado al enterarse de su condición y soportará las incomodidades, restricciones y cambios inherentes a él; a pesar de que la madre experimente reacciones de ansiedad, temor o conflictos, estos son equilibrados por la admiración de parte del marido, padres, parientes y amigos, por la confianza en su médico y por el conocimiento del buen estado de salud, y el progreso satisfactorio de su embarazo; en pacientes con desajustes emocionales derivados de conflictos de su infancia o adolescencia, se pueden desarrollar síntomas neuróticos, y con menor frecuencia reacciones psicóticas consecutivas al impacto psicológico del embarazo.

*Resentimiento y rechazo.*—Son las dos reacciones emocionales al embarazo que se presentan inicialmente, en forma habitual se desarrollan en cuanto la paciente se entera de que está embarazada, sobre todo si el embarazo no fue planeado.<sup>1,12</sup>

\* Médico Anestesiólogo de base.

La mayoría de estas pacientes dan razones para justificar el rechazo de su embarazo, las cuales están en parte justificadas; inseguridad económica, condiciones habitacionales inadecuadas y gran número de hijos; denominador común de gran parte de nuestra población; en la mujer perteneciente a otros estratos económicos habrá razones diferentes tales como: interferencia con su vida social o profesional, prejuicios económicos y pérdida de atractivos físicos. El rechazo también puede presentarse en embarazos planeados pero que han sido motivados por razones ilógicas, inmaduras o irracionales, tales como probar femineidad, obtener apoyo, dominar a los padres o a una hermana rival, en otras ocasiones, el embarazo es planeado por la mujer como parte de un esquema para inducir a su marido a asumir responsabilidades, o para alejarlo del alcoholismo, el juego, u otros hábitos negativos.

#### *Embarazo fuera del matrimonio.*

Es una de las causas más frecuentes de resentimiento materno y puede provocar otras reacciones que persisten durante todo el embarazo, el trabajo de parto y aún el periodo del postparto; en nuestra sociedad tales embarazos y el producto resultante son un recuerdo permanente del "error" materno, de ahí que la madre puede desarrollar rechazo hacia el hijo no deseado y un sentimiento de culpa o remordimiento por la actitud hacia él.

#### *Ambivalencia y sentimiento de culpa.*

Estas reacciones negativas están en conflicto con el instinto básico de reproducción de la mujer, provocando reacciones ambivalentes, cuando estos sentimientos suprimidos o reprimidos se acumulan, pueden ser la base de algunas formas depresivas

durante el embarazo; el sentimiento de culpa puede presentarse en mujeres con embarazos legítimos, quienes desarrollaron resentimiento y rechazo al inicio de aquel y que posteriormente aceptaron su embarazo, lo cual las hace sentirse culpables por haber rechazado su estado de gravidez.

#### *Aprensión, ansiedad y miedo.*

Estas reacciones emocionales son experimentadas por una gran mayoría de pacientes durante su embarazo; existen dos temores que a menudo van unidos, el temor por sí misma y el temor por su hijo, el primero está relacionado con el estado de salud de la madre y a la posibilidad de complicaciones durante el parto; el segundo está en relación con la salud del producto, temor al aborto, muerte intrauterina, deformidades y factor Rh negativo. La atención psicológica adecuada durante el embarazo es de gran utilidad para ayudar a la embarazada a eliminar estas reacciones emocionales; en pacientes con trastornos de personalidad el médico deberá tomar medidas adecuadas en forma temprana ya que de no hacerlo la paciente presentará algunos de los siguientes trastornos: cefalea intensa, dolor abdominal, dolor lumbar, náusea, vómito o preferencia o rechazo por algunos alimentos en especial; en algunas de estas pacientes hay una gran agresividad, que puede llegar a ser peligrosa para madre e hijo; en otras, el rechazo del embarazo causa ingestión compulsiva de algunos alimentos, alcohol o uso exagerado de tabaco u otros tóxicos, todo esto, agregado al riesgo del embarazo puede tener efectos deletéreos sobre la nutrición del producto y complicar por otro lado el manejo anestésico.

#### *Aspectos psicológicos del parto.*

El parto, por sí mismo, refuerza muchas

de las reacciones emocionales mencionadas antes, y provoca a su vez otras específicas de este periodo, se ha sugerido que las emociones maternas pueden causar alteración de la fisiología fetal y afectar la conducta postnatal.

La madre "normal", bien adaptada y preparada correctamente acepta, el parto como una etapa natural y transitoria; muchas mujeres sanas desde el punto de vista mental tienen partos psicológicamente satisfactorios, y consideran este periodo no como un hecho desagradable sino como una experiencia grata, en contraste en la mujer con inestabilidad emocional o sin preparación psicológica, el parto constituye un impacto psicológico intolerable, lo cual conduce a conductas anormales durante el parto y en ocasiones a traumas psíquicos permanentes. El temor básico a la muerte es muy importante y provoca reacciones poderosas, este temor es difícil de eliminar por medio de la educación y condicionamiento psicológico.

#### *Causas de temor y ansiedad durante el trabajo de parto.*

Parientes y amigos.—Desde muy temprana edad, las mujeres reciben la influencia de consejos y enseñanzas que provocan temor, muchas madres en nuestro medio no han tenido las ventajas del manejo obstétrico moderno y como resultado han desarrollado actitudes de temor, que sin intención transmiten a sus hijas embarazadas.

De la misma manera la influencia del marido es importante, si él desarrolla ansiedad y temor, lo transmitirá a la esposa y reforzará aún más sus temores.

*Medios de comunicación.*—En la época actual, con el desarrollo de los medios masi-

vos de comunicación las mujeres no pueden sustraerse a la influencia de las opiniones difundidas en libros, periódicos, radio, televisión y el cine.

#### *El médico tratante.*

Debe considerarse el papel del médico obstetra que sin intención, puede provocar reacciones emocionales en su paciente derivadas de su conducta, actitudes y comentarios; el uso de términos que provocan temor tales como: dolores del parto, laceraciones, hemorragias y mortalidad. El médico debe suprimir sus propios temores y ansiedad acerca del parto para que la paciente no se percate de ello.<sup>1,8</sup>

#### *Hospitalización.*

La aprensión, ansiedad y el temor son provocados con frecuencia por el traslado al hospital, estos pueden agravarse por la separación de la paciente de su familia, especialmente en la primigesta que se ve súbitamente privada de la protección y compañía del marido y sus padres, en cambio, las múltiparas pueden desarrollar aprensión y ansiedad por los niños que han dejado en casa; estas reacciones pueden ser provocadas o reforzadas por la actitud o conducta negativas del personal de admisión, la auxiliar de enfermería o la enfermera obstétrica, los temores de la paciente pueden ser reforzados, (tal vez justificadamente) cuando es trasladada a las salas de trabajo de parto en donde hay otras pacientes, por otro lado, si se le aísla en un cuarto se puede provocar temor si la paciente no recibe la atención ni las explicaciones necesarias.

*Dolores del parto.*

En la parturienta sin preparación, el dolor durante el parto puede provocar o agravar el temor y la ansiedad, cuando el dolor no ha sido eliminado por medio de cualquier método de analgesia, pueden producirse experiencias desagradables, aún en pacientes sanas y con partos normales; también pueden precipitarse trastornos emocionales muy serios los cuales pueden afectar la salud de la paciente e influenciar las relaciones con su hijo, durante los primeros días del postparto, en ocasiones la paciente puede desarrollar temor a futuros embarazos y afectar las relaciones emocionales y sexuales con su marido.

*Aspectos psicológicos de la anestesia.*

Las reacciones emocionales provocadas por la anestesia son (o deberían ser) importantes para todo el equipo obstétrico, pero en particular para el anestesiólogo quien debe poner en juego sus conocimientos, su habilidad y sus atributos como médico para disminuir y contrarrestar todos los factores que pueden contribuir a convertir la anestesia en una experiencia muy desagradable; tales reacciones emocionales son muy similares, y están relacionadas con las que se han mencionado anteriormente, se describirán por separado, enfatizando el papel que juega la anestesia en su desarrollo, se agregarán algunos otros fenómenos emocionales peculiares de la anestesia, como son los sueños durante la anestesia, y ciertos efectos en el periodo postanestésico.

*Reacciones emocionales del periodo preanestésico.*

Este periodo empieza en el instante en

que se hace el diagnóstico del embarazo y se considera la anestesia para el parto; la paciente puede presentar grados variables de ansiedad y temor acerca de la anestesia, el más serio es el miedo a morir, que es una fuerza inconsciente con raíces muy profundas, es más común en la paciente primigesta sin información o mal orientada, o con informaciones falsas acerca de posibles complicaciones anestésicas en técnicas como las regionales, ya que aún en esta era de la anestesia moderna hay muchas pacientes y no pocos médicos que tienen conceptos equivocados acerca de las complicaciones inherentes a ciertas técnicas anestésicas; en otras ocasiones los conceptos equivocados son debidos a experiencias desagradables que han ocurrido a parientes o amistades de la paciente antes del advenimiento de la anestesia obstétrica moderna.<sup>7,10</sup>

*Reacciones emocionales durante el periodo transanestésico.*

Las reacciones emocionales más importantes ocurren antes de la administración del anestésico, un temor muy frecuente y explicable es a que el obstetra inicie, algún procedimiento, antes de que exista analgesia adecuada, en otras pacientes la anestesia por inhalación simboliza sofocación y asfixia y pueden desencadenar reacciones de ansiedad en la inducción; otra causa de temor es que durante la anestesia, al producirse pérdida de la conciencia, se ejecuten actos irresponsables o se divulguen secretos íntimos. El miedo a la anestesia puede ser inducido por actitudes, comentarios o reacciones del equipo obstétrico.

La actitud del anestesiólogo es muy importante ya que puede tener efectos bené-

ficos o adversos sobre la paciente reafirmando su confianza o provocando reacciones psicológicas negativas, cualquier expresión de molestia, agresividad o intolerancia por parte del anesthesiólogo provocarán en la paciente resentimiento, ansiedad y miedo; el temor y la ansiedad en el anesthesiólogo pueden inducir lo mismo en la paciente; los sueños durante la anestesia pueden provocar reacciones físicas anormales o producir efectos psicológicos indeseables consecutivos a la anestesia; los sueños son respuesta o estímulos externos o internos y alteran la hipnosis anestésica, los sueños se presentan habitualmente durante la inducción o en el periodo de recuperación. La preparación prematura (aseos, limpieza de región), manipulaciones o instrumentación por el obstetra antes de que la paciente esté suficientemente anestesiada, son de los errores más frecuentes en la práctica obstétrica, tales maniobras no sólo interfieren con una inducción tranquila, sino también pueden provocar actividad física (movimientos involuntarios) o desencadenar una respuesta simpática anormal durante la anestesia y provocar reacciones emocionales severas en el postparto.

#### *Reacciones emocionales del periodo postanestésico.*

Algunas mujeres, como una resultante de ciertos patrones culturales o religiosos, tienen el concepto de que la anestesia obstétrica no es necesaria o aún debe ser evitada, y puede desencadenar sentimientos de culpa y reacciones depresivas después de la anestesia; otras pacientes, que han tenido partos por métodos naturales sólo por curiosidad o por ser las iniciadoras, pueden presentar

problemas emocionales después de la experiencia. Citaremos a continuación los diferentes métodos para analgesia psicológica: hipnosis, parto natural (Método de Read), psicoprofilaxis (Técnicas de Riley y Lamaze); los autores de cada una de las técnicas preconizan que el método reduce o elimina los dolores del parto en un gran porcentaje de pacientes, sin producir efectos indeseables sobre la madre, el producto o el trabajo de parto.<sup>6,9,11</sup>

#### *Aspectos psicossomáticos del parto y la anestesia.*

Agregado a las reacciones emocionales del parto y la anestesia, con frecuencia se producen respuestas somáticas, a pesar de que la magnitud de ellas varía de acuerdo a la reacción individual de adaptación, y a la preparación antes del parto, el patrón general es similar, e involucra mecanismos endocrinos nerviosos y humorales que causan alteraciones uterinas, metabólicas y cardiovasculares, así como otros efectos psicossomáticos.

#### *Efectos sobre la función endocrina.*

Las reacciones emocionales afectan la función del eje hipotálamo —hipófisis— suprarrenal, con aumento de corticoides endógenos, glucocorticoides, mineralocorticoides y hormonas, que pueden inducir estados con gran excitación y confusión, seguidos por depresión marcada de las actividades reflejas y aún producción de anestesia profunda.

#### *Efectos sobre el metabolismo.*

La ansiedad, el temor y el dolor del parto causan aumento importante en la tasa de

metabolismo basal, irritabilidad refleja y mayor demanda de oxígeno.

#### *Efectos cardiovasculares.*

La ansiedad, el temor y otras reacciones emocionales pueden provocar elevación de la presión arterial, aumento de la frecuencia del pulso y del gasto cardiaco.

#### *Efectos respiratorios.*

La ansiedad y el temor afectan la frecuencia y la amplitud de la respiración y alteran al contenido de bióxido de carbono de la sangre.

#### *Efectos gastrointestinales.*

El miedo, la ansiedad y los dolores del parto, inhiben el peristaltismo intestinal y reducen el tono del estómago, disminuyen la función glandular y el tiempo de llenado del estómago.<sup>1,12</sup>

Por lo que respecta a la atención psicológica que se brinda a las pacientes en nuestro hospital está muy lejos de ser la ideal, en primer término son controladas desde el punto de vista prenatal en la clínica correspondiente, a su llegada al hospital la gran mayoría en franco trabajo de parto, pasan por los departamentos de recepción y admisión, si no son subrogadas, ingresan a las salas de trabajo de parto junto con otras pacientes donde son atendidas por personal médico de diferentes niveles, desde el pre-interno, interno, residentes, al médico de base, los cuales por el volumen de trabajo y el sistema de horarios, ofrecen poca información y escasa preparación psicológica a las pacientes.

Para finalizar debemos hacer énfasis en la importancia que se debe prestar a los

factores psicológicos del embarazo, el parto y la anestesia, por todos y cada uno de los integrantes del equipo obstétrico, lo cual redundará en una mejor atención de la paciente, que es nuestro principal y común objetivo.

Con el objeto de estudiar la relación entre la anestesia y el embarazo, así como el parto eutócico o distócico, estudios recientes sugieren que la ansiedad estaría relacionada con la edad, la gravidez y paridad. Se ha observado que las madres que han desarrollado un estado más acentuado de ansiedad durante el embarazo han tenido partos anormales o distócicos en mayor proporción que las que han sido controladas en forma adecuada durante el periodo prenatal. La valoración fue objetiva utilizando dos posibilidades: falsa o verdadera.

Los resultados fueron estadísticamente significativos en relación a la presencia de ansiedad y distocias.<sup>3</sup>

En relación a la etiología del dolor del trabajo de parto, aún es oscura y no obstante que el papel que juega el stress es discutible, se está de acuerdo en que el temor aumenta el dolor.

Se distinguen cuatro momentos stressantes durante el trabajo de parto, cada uno de ellos precipitado por características psicofísicas específicas y a su vez, cada una de ellas conduce a efectos emocionales y físicos demostrables: a) falso trabajo de parto, b) etapa de transposición, c) de transición y 4) etapa de expulsión.

El temor al dolor es innato, pero existen otros factores que son adquiridos, lo cierto es que la naturaleza ha creado condiciones, como el trabajo de parto, que deben ser sufridos con dolor o mitigados con la sedación o analgesia obstétrica.<sup>5</sup>

## BIBLIOGRAFIA

1. Bonica, J. John: Chapter 2, Psychologic aspects of pregnancy, parturition and anesthesia: Principles and Practice of Obstetric Analgesia and Anesthesia. Vol. I. F. A. Davis Co. Philadelphia, 1967, p. 40.
2. Baudry, F. y Wiener, A.: Preoperative preparation of the surgical patient. *Surgery*, 63: 855, 1968. Tomado de *Survey of Anesthesiology*. 13:305, 1969.
3. Burnstein, I., Finch, R.A.H. and Stern, L.: Anxiety pregnancy, labor and the neonate. *Amer. J. Obst. Gynecol.* 118:195, 1974.
4. Collins, J.V.: Consideraciones psicológicas. *Anestesiología. Interamericana*, Cap. 9, p. 149. México, 1968.
5. Friedman, D.: Parturiphobia. *Amer. J. Obst. Gynecol.* 178:130, 1974.
6. Hale, E. D.: Chapter 22, Anesthesiology. F.A. Davis Co. Philadelphia, 1963. p. 628.
7. Jouffray C., Cordeiro-Ferrey, A., Chatelain, M., Guignier, M. y Stieglitz, P.: Psychologic reactions to surgery: concerning 39 patients treated in a hospital environment. (Preliminary observations) *Can. Anesth.* 17:557, 1969. Tomado de *Survey of Anesthesiology*: 15:292, 1971.
8. Moore, C. D.: Father participation and the physician anesthesiologist. Strictly personal. *Anesth. and Analg.* 44:417, 1965.
9. Platonov, K.: La palabra como factor fisiológico y terapéutico. Ediciones en Lenguas Extranjeras, p. 425. Moscú, 1958.
10. Ramsay, M.A.E.: A survey of preoperative fear: *Anaesthesia*, 27:396, 1972. Tomado de *Survey of Anesthesiology*. 17:459, 1973.
11. Schnider, S.M.: Psychological analgesia; Obstetrical anesthesia. Current concepts and practice. The Williams and Wilkins Co. p. 57. Baltimore, 1970.
12. Vasconcelos Palacios, G.: Preparación psicológica de la paciente obstétrica para los procedimientos de anestesia regional. *Rev. Mex. de Anest.* 21:339, 1972.

## CURSO MONOGRAFICO

### ACTUALIDADES ANESTESIOLOGICAS EN PATOLOGIA OBSTETRICA

del 13 al 17 de Octubre de 1975,

HOSPITAL DE GINECOBSTETRICIA N° 1, DEL IMSS,  
Gabriel Mancera 222 México, 12, D. F.

Profesor del Curso:

**Dr. Guillermo Vasconcelos Palacios.**

Profesor Adjunto:

**Dr. Leonel Canto Sánchez.**