



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/237d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Efectos de la ansiedad en el trabajo de parto**

Autores Rocío González Segura, Natalia Benayas Pérez, María Mercedes Huertas Pérez, Azahara Sánchez Gómez, María del Carmen Valero Soto

Centro/institución Hospital Torrecárdenas

Ciudad/país Almería, España

Dirección e-mail rociigse@hotmail.com

RESUMEN

El embarazo es una etapa de cambio para la mujer que requiere de una serie de adaptaciones rápidas a los distintos momentos o fases. Los estados de tensión en la gestante pueden modificar el normal funcionamiento de su sistema endocrino. El estrés, la ansiedad y la tristeza serán las reacciones más comunes durante esta etapa. Se define ansiedad como "el estado emocional de miedo no resuelto o una activación del estado de alerta pero sin objetivo preciso de resolución ante la percepción que el individuo tiene de la amenaza". Y estrés, como "la dificultad para relajarse, excitación nerviosa, facilidad para la agitación/molestia, irritación/reacción exagerada e impaciencia" [...]

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El embarazo es una etapa de cambio para la mujer que requiere de una serie de adaptaciones rápidas a los distintos momentos o fases. Los estados de tensión en la gestante pueden modificar el normal funcionamiento de su sistema endocrino. El estrés, la ansiedad y la tristeza serán las reacciones más comunes durante esta etapa¹⁻³.

Se define ansiedad como “el estado emocional de miedo no resuelto o una activación del estado de alerta pero sin objetivo preciso de resolución ante la percepción que el individuo tiene de la amenaza”⁴. Y estrés, como “la dificultad para relajarse, excitación nerviosa, facilidad para la agitación/molestia, irritación/reacción exagerada e impaciencia”⁴.

Las mujeres con más ansiedad, neuroticismo, vulnerabilidad, depresión, autoestima baja, insatisfacción con la pareja y falta de apoyo social son quienes manifiestan mayores niveles de ansiedad relacionada con el embarazo y temor al parto^{5,6}.

Existe multitud de escalas para evaluar la ansiedad, una de ellas es la escala de Hamilton para ansiedad (HARS), en su versión adaptada al castellano por Carroble y cols.

Pero la ansiedad y el estrés se incrementa en las últimas semanas de gestación; algunos son temores objetivables, como puede ser temor al dolor, a la herida, a la hemorragia, a malformaciones del feto... y otros por pura sugestión a la futura madre⁷. El miedo desencadena ansiedad, y como consecuencia de ambas un mecanismo de defensa orgánica, que se manifiesta sobre todo por espasmos uterinos y contractura de la musculatura del suelo de la pelvis que no solo dificulta y retiene el parto sino que resulta además doloroso⁸.

Los programas de preparación al parto utilizan y enseñan a las gestantes diferentes técnicas de relajación, para de esta forma atenuar la ansiedad y como consecuencia romper con esa lucha de fuerzas musculares y obtener una mejoría del dolor. La Guía NICE en el 2007 recomendaba la preparación del parto para una adecuada información, y así obtener unas expectativas reales del proceso. Por todo esto, consideramos de especial relevancia estudiar las consecuencias de la ansiedad, por la dificultad añadida que ocasiona en el momento del parto.

El objetivo del presente trabajo es evidenciar los efectos negativos que la ansiedad produce en la embarazada en su período activo de parto.

Metodología

Revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cuiden, PubMed, Medline, Cochrane Plus, Scielo, sobre estudios realizados en los últimos 15 años, utilizando para ello las palabras clave “gestación”, “parto”, “ansiedad”, “orgasmo” y “dolor de parto”.

Resultados

Histológicamente el útero está compuesto por tres capas⁹:

1. Endometrio (mucosa uterina).
2. Miometrio (capa muscular). Es un músculo liso compuesto de tres concéntricas:
 - 2.1 Capa externa o de *fibras longitudinales*
 - 2.2 Capa media, con *entrecruzamiento de fibras*, que representa la capa de mayor grosor. Son haces muy apretados que rodean, en forma de ochos y de espirales, los vasos sanguíneos.
 - 2.3 Capa interna o de *fibras circulares*. Son escasos en la parte superior de la bolsa uterina y se van haciendo más seguidos hacia la parte media inferior, para terminar formando los compactos haces circulares del cérvix.
3. Peritoneo (capa serosa).

Los músculos longitudinales y los circulares de la capa muscular, forman un par de fuerzas que debe funcionar de manera sincronizada; de este modo, cuando unos están contraídos los otros se distienden y viceversa, como por ejemplo ocurre en el caso del bíceps y el tríceps de nuestros brazos¹⁰.

El miedo no sólo está relacionado con el trinomio miedo- tensión- dolor, sino que, además, mantiene activo el sistema simpático, produciendo un movimiento espasmódico del útero, considerado como una disfunción de la fisiología del parto, dificultando así el mismo⁸.

“Los haces longitudinales tienen la función de vaciar y los circulares de retener, y cuando los longitudinales empujan hacia fuera, los circulares deben de aflojarse y distenderse, lo mismo en el útero que en la vejiga urinaria”. Continúa explicando Read que *“los haces longitudinales están inervados al sistema nervioso parasimpático (SNPs) mientras que los circulares al simpático (SNS). Como es sabido, el SNPs, también llamado sistema vagal, es el que se activa en el estado de relajación, y el SNS el que funciona en estado de stress y de alerta; de manera que por eso, concluye Read, el cérvix no 'dilata' cuando la mujer está en ese estado, con el SNS activado”*¹⁰.

Y es que en definitiva una mayor relajación se traduce en menos dolor por no estimular el sistema adrenérgico que nos pone en alerta, en un momento en el que precisamos del parasimpático o colinérgico, para dejar a la musculatura que interviene en el parto lo más relajada posible, porque *el miedo impide la relajación y la distensión de los haces circulares del útero, produciendo el movimiento espástico del útero*¹¹. Es llamativo cómo cuando el útero se dilata del todo, el dolor es menor, aun cuando pueden incorporarse nuevos elementos álgicos como la compresión de partes vecinas y del periné. En la percepción dolorosa hay variaciones individuales, con notable influencia de la sensibilidad individual, la ansiedad, la preparación de la mujer, su cultura¹².

Según la teoría de Caldeyro Barcia y Cols, la contracción se inicia en el fondo uterino y progresa hacia las zonas inferiores en forma de ondas, siendo éstas más intensas y más duraderas en el fondo que en las partes más bajas, constituyendo así la teoría del *triple gradiente descendente*. Y es que las contracciones son el motor del parto, sin ellas, no se desencadenaría el parto. Pero se necesitan que las fuerzas actúen de forma sinérgica, y eso sólo se logra con la contracción de distensión de las fuerzas antagónicas. El dogma de parto doloroso, peligroso y penoso, como ha surgido en el transcurso de

nuestro desarrollo cultural, crea un miedo de expectación responsable de los dolores y de muchas de las complicaciones que de ello se derivan¹³. *Si no sabes relajarte, es probable que te agotes a consecuencia de la contracción de todos los músculos del cuerpo, en reacción al estrés de las contracciones uterinas. La ansiedad y la tensión generalizada afectan a veces la forma en que se contrae el útero, provocando su funcionamiento incoordinado, lo que significa que las contracciones producirán dolor, pero no resultarán muy eficaces para dilatar el cérvix*⁷ además, altera toda la bioquímica de tu cuerpo, lo que puede reducir el aporte de oxígeno al niño.

Por ello, con el objetivo de facilitar la adaptación a estos cambios se ha ido generalizando la implantación de programas o talleres con frecuencia, denominados de “preparación al parto”. En ella se implementan técnicas como la relajación, la visualización y la respiración, muy útiles durante el trabajo del parto. Otras herramientas como el yoga, la meditación y la hipnosis también se utilizan para el control del dolor durante el parto¹³, aunque al ser menos accesibles a las mujeres embarazadas su uso es minoritario.

Las técnicas de relajación pueden ser una excelente herramienta para promover la vinculación afectiva de la madre gestante con el feto, un incentivo de bienestar físico y psicológico en una interacción entre el cuerpo del bebé en el útero y el cuerpo de la madre, estableciéndose una comunicación placentera, que pueden resultar efectivas como estrategia de afrontamiento que ayude a gestionar el estrés propio de esta etapa de la vida y, por lo tanto, proporcionar una reducción de los síntomas de ansiedad y de depresión que ayude a la madre a tener una mayor confianza en sus propias habilidades.

Discusión

Existe controversia sobre el concepto de parto no doloroso o parto orgásmico. Sexólogos españoles como fueron Mereló Barberá y Serrano Vicens siguen esta línea de trabajo, y la relacionan con la sexualidad y el orgasmo. Pensaban que el miedo no permite la relajación de los haces circulares del útero; porque el miedo es incompatible con cualquier acto sexual, dado que *toda la sexualidad es la extrema relajación, la activación total del tono vagal, la confianza en el entorno, el switch off del simpático y de la intervención del neocortex, etc., lo opuesto al estado neuro-endocrino-muscular de un cuerpo que tiene miedo*¹¹.

Otros autores llegaron más allá, y afirmaron que *“el orgasmo fue un invento evolutivo para accionar el dispositivo de apertura del útero”*¹⁵. Parafraseando a Reich, el útero relajado puede tardar de 1 a 5 horas en dilatarse, mientras que uno espástico puede llegar hasta las 40 horas¹⁶.

Conclusiones

A la luz de la literatura consultada parece ser que el miedo mantiene activo el sistema simpático, impide la relajación y la distensión de los músculos circulares de la boca del útero, produciendo el movimiento espástico o espasmódico del útero, lo que considera una disfunción de la fisiología natural y normal del parto. Y es que el dolor está relacionado con el trinomio *miedo- tensión- dolor* y lo define como un síndrome de naturaleza vegetativa. Por todo ello, los profesionales sanitarios que estamos

relacionados con la preparación al parto o asistimos a la mujer en el parto, debemos procurar relajar y atenuar la ansiedad de la mujer, ya que de esto depende la mejor o peor evolución del parto.

Bibliografía

1. Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M. y Tambelli, R. *Maternité et grossesse*. Paris:PUF; 1999.
2. Maldonado, M. T. *Psicología da gravidez*. São Paulo: Saraiva; 1997.
3. Maldonado, M. T., Dickstein, J. y Nahoum, J. C. *Nós estamos grávidos* (10ª ed.). São Paulo: Saraiva; 1997.
4. Sigales Ruiz, S.R. Catástrofe, víctimas y trastornos: Hacia una definición en psicología. *Anales de Psicología*, 2006,22(1), 11-21.
5. Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Gissler, M., Halmesmäki, E. y Saisto, T. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2011; 118, 1104-1111.
6. Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E. y Halmesmaki, E. (2001). Psychological characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2001; 108, 492-498.
7. Kitzinger, S. *Embarazo y nacimiento. La guía más completa y autorizada sobre el embarazo, el parto y la primera época de la maternidad*. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 1982.
8. Read G.D. *Revelation of childbirth*. William Heinemann Medical Books, 1945.
9. Bonilla Musoles, F. y Pellicer, A. *Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas*. Madrid: Médica Panamericana, S.A; 2007.
10. Rodríguez Bustos, C. (2008). *La sexualidad y el funcionamiento de la dominación para entender el origen social del malestar individual. La rebelión de Edipo, IIª parte*. Murcia: Casilda Rodríguez Bustos. Versión digital (2011). Recuperado el 01 de Diciembre de 2012 de <http://sites.google.com/site/casildarodriganez>.
11. Rodríguez Bustos, C. *Pariremos con placer*. Madrid: Ediciones Crimentales S.L; 2007.
12. Usandizaga, J.A. y De la Fuente, P. *Obstetricia y Ginecología*. Obstetricia. Madrid, España: Marbán Libros, S.L.; 2011.
13. Becerro de Bengoa Callau, C. *Educación maternal y beta-endorfinas en plasma materno durante el parto*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina; 1993. Disponible en <http://pendientedemigracion.ucm.es/BUCM/tesis/19911996/D/0/AD0085601.pdf>
14. Vickers, A., Zollman, C. ABC of complementary therapies: Massage therapies. *British Medical Journal*. 1999; 319, 1254-1257.
15. Rodríguez Bustos, C. (2002). *El asalto al Hades, La rebelión de Edipo Iª Parte*. Versión digital (2010). Recuperado el 01 de Diciembre de 2012, de <http://sites.google.com/site/casildarodriganez>.
16. Reich, W. (1956). Carta a A.S. Neil .Es. Te.R.