

# Obstetricia Psicosomática

Ana Cecilia Márquez

## Title

Psychomatic Obstetrics

## Abstract

Functional disorders of the reproductive system of psychogenic origin are frequent in psychosomatic pathology.

We attempt to briefly mention and describe some of the most frequently observed psychosomatic pathologies or disorders in women, related to women's ability to generate new life.

## Key Words

Obstetrics, psychosomatic, women, pregnancy, abortion, fertility.

## Introducción

Dentro de las especialidades de la medicina, uno de los campos más susceptibles de ser abordado desde el punto de vista psicosomático es el gineco-obstétrico. Si es válido el principio de que toda la medicina es psicosomática, tal principio resulta aún más aplicable a estas dos especialidades. Debido a las circunstancias impuestas a la mujer por el sexo y los fenómenos del ciclo reproductor, su experiencia vital se ve sacudida por un conjunto de acontecimientos críticos tales como la menarquia, el embarazo, el parto, el puerperio, la lactancia o la menopausia, las que colocan al organismo femenino en condiciones de estrés, tanto psíquico como físico, dando origen a reacciones psicopatológicas tan peculiares que las hacen diferentes de las que se ven en la psiquiatría general o en cualquier otro terreno de la medicina psicosomática. Estas condiciones biológicas, sólo operan como causas predisponentes y requieren de los factores psicosociales, para que puedan constituirse los estados psíquicos anormales.

Es muy variada y rica la patología psicosomática femenina. Los trastornos funcionales del aparato reproductor de origen psicógeno son frecuentes en la patología psicosomática.

Será nuestra intención mencionar y describir brevemente a continuación algunas de las patologías o alteraciones psicosomáticas más frecuentemente observadas en la mujer, relacionadas con la capacidad que esta tiene de dar origen a nuevas vidas.

## Aspectos psicosomáticos en el embarazo

*"Un niño que ha sido el favorito indiscutible de su madre, conserva toda la vida, la confianza en el triunfo que a menudo provoca el éxito real".*

Esta frase de Sigmund Freud nos ayuda a entender que el enfoque psicosomático también abarca la actitud de la madre hacia su hijo en la etapa de lactancia o etapa oral. En el estudio de los fenómenos psicosomáticos de la mujer embarazada, además de los efectos de las situaciones estresantes sobre la madre, interesa también, en grado sumo, su incidencia sobre el feto. Se ha podido comprobar que los fetos de madres sometidas a fuertes estados de tensión emocional presentaban aumento de la frecuencia cardíaca y de la actividad fetal en general. En estos mismos casos, en el período postnatal se encontraron niños con bajo peso, hiperactividad, aumento de la actividad intestinal y trastornos digestivos.

Podemos enfocar el parto desde un ángulo psicosomático en relación con la preparación psicológica de la gestante, especialmente si existen temores. Todas las mujeres, en grado variable, desarrollan temores relacionados con el parto. Nuestra labor consiste en brindar seguridad y confianza a la gestante. Es importante entender que la dimensión de la medicina psicosomática no culmina con el paciente; también se debe tomar en cuenta la situación de la pareja, el vínculo familiar y la repercusión psicológica que tienen sobre el embarazo. También deben ser tomadas en

cuenta las condiciones socioeconómicas, la planificación o la falta de ésta e inclusive la amenaza de un embarazo de alto riesgo, que pone en duda la vitalidad del feto y genera un estado de gran ansiedad en la gestante.

Por otro lado es necesario evaluar la actitud de la mujer ante su embarazo, que se constituye en un indicador pronóstico del mismo y por ende de la salud mental del futuro ser. Conocer la motivación para desear el embarazo indica quién es el que desea: es el deseo de la madre por complacerse a sí misma o es el deseo de complacer a otros (el padre, abuelos, hermanos, etc) para conseguir aprobación, aparente seguridad, sentirse valiosa, entre otras. Desde el deseo se empieza a describir la historia de cada ser. Es dramático ver el sentimiento de rechazo de una gestante hacia su embarazo; nos ubica en una realidad que hay que explorar desde una dimensión biopsicosocial para brindar la ayuda profesional adecuada y necesaria a esa mujer.

Entre los trastornos psicossomáticos gineco-obstétricos propiamente dichos se encuentran la pseudociesis, la hiperémesis gravídica y la frigidez. Son afecciones debidas a una causa psicológica aislada. Es importante explorar en la paciente la causa, el conflicto psicológico, pues de esto depende la cura. Hemos visto pacientes con hiperémesis que al tener la primera consulta psiquiátrica tienen una mejoría inmediata cuando la ayuda va dirigida a conectarse con el conflicto que la hace vomitar. Así mismo, la magnitud del elemento psicológico en un embarazo psicológico o pseudociesis se expresa de manera resaltante cuando éste desaparece abruptamente en el momento que el médico muestra a la paciente la placa abdomino-pélvica que pone en evidencia la ausencia de feto. Sólo la visión de la misma corrige el volumen abdominal.

Las figuras 1 y 2 esquematizan los procesos que llevan a la formación del síntoma psicossomático en ginecología y obstetricia, que no difieren en lo fundamental a los de otras afecciones psicossomáticas. El conflicto (situación estresante) provoca en el individuo un estado emocional. Éste como fenómeno psicofisiológico que es, se acompaña de un correlato fisiológico, el cual se traduce por inhibición o por estimulación de gonadotropinas hipofisarias. Éstas a su vez van a influir sobre la función ovárica. El resultado se expresa por el síntoma: amenorrea, anovulación, pseudociesis, persistencia de la lactancia, etc.

Entre otras patologías que afectan la condición y evolución de la mujer embarazada y el feto se encuentran los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos, cada vez más asociados a los aspectos psicossociales, con una frecuencia alta de aparición en cualquier trimestre.

Los trastornos psicóticos de aparición en el puerperio inmediato, son cuadros psicopatológicos heterogéneos que generalmente irrumpen sin ninguna causa física que actúe como agente etiológico y la presencia de síntomas confusionales en la fase inicial del cuadro clínico es evidente.

El embarazo en mujeres con retardo mental (producto de una violación en la mayoría de los casos) representa un embarazo de alto riesgo desde el punto de vista biopsicosocial. Esta situación debe manejarse con una intervención multidisciplinaria que oriente y de apoyo a la paciente y su familia en el curso del embarazo. Se debe tener en cuenta que en las mujeres que presentan RM las reacciones emocionales más comunes son angustia, depresión, ira y rechazo al embarazo. El familiar más allegado también puede reaccionar con angustia y preocupación.

### **Aspectos psicossomáticos en otras condiciones**

#### **Infertilidad**

El diagnóstico de infertilidad es siempre traumático y crítico para la pareja. La complejidad de la infertilidad puede verse:

1. Porque detrás del deseo vehemente de las mujeres de tener hijos, subyace un rechazo inconsciente al embarazo,
2. Porque la hostilidad inconsciente hacia el marido puede constituirse en un factor de esterilidad

3. En mujeres cuya infertilidad parece representar una profunda y persistente defensa psicossomática contra un daño psíquico interior, alguna amenaza interna derivada de la perspectiva de concebir y ser madre.
4. Cuando los resultados de diversos tratamientos a los cuales se somete la mujer han sido infructuosos, muchas veces se producen cuadros depresivos, reacciones de adaptación, estrés postraumático y cuadros de ansiedad.

#### Esterilización

La esterilización quirúrgica forma parte de nuestra competencia cuando la paciente presenta causas psiquiátricas para su indicación como: RM profundo, esquizofrenia con evidente deterioro de la personalidad, las psicosis vinculadas a la función reproductora de la mujer, las epilepsias que empeoran con el embarazo y con marcado deterioro de las funciones psíquicas, en especial las múltiparas, la depresión endógena desencadenada por el embarazo, parto y puerperio de carácter recidivante y con tendencia al suicidio.

#### Aborto

Con pocas excepciones, la causa más importante, y casi única del aborto provocado es el rechazo a la maternidad. Este rechazo también puede manifestarse a través de síntomas neuróticos, psicossomáticos y de una variada gama de conductas psicológicas. La culpa es frecuentemente el sentimiento que lleva a la paciente a buscar ayuda. El horror a la gestación puede tener desenlaces fatales. La intervención psicoterapéutica con el paciente, la pareja y la familia es de vital importancia.

#### Climaterio

No solo la mujer gestante o en edad reproductiva puede presentar síntomas físicos asociados a una condición emocional. Uno de los acontecimientos más traumatizantes en la edad madura de la mujer es la aparición de la menopausia. Esta edad es propicia para la aparición de los sentimientos de culpa, inutilidad, angustia y, sobre todo, depresión en su forma reactiva o endógena. Además del sentimiento de castración que genera la cesación de la regla, preocupa el alejamiento de los hijos, el enfrentamiento del futuro, la pérdida de las facultades. Nuestros esfuerzos deben ser dirigidos a identificar los estados emocionales reseñados: la angustia, la depresión, los sentimientos de culpa y de soledad, reacciones de la paciente ante la cesación de las reglas y la separación de los hijos, la jubilación en el trabajo y ofrecerle a la paciente las herramientas que le permitan hacer un manejo adecuado de esta nueva situación de vida que necesariamente debe enfrentar.

#### **Bibliografía**

- 1.- **Guzmán, Aquiles.** Tratado de Obstetricia y Ginecología Psicossomática. Editorial Disinlimed. 2da Edición.
- 2.- **Méndez Quijada, Jesús.** Las Epilepsias en el embarazo. Repercusiones en la madre y el niño.
- 3.- **Rodríguez Armas , Otto Zighelboim, Bajares Mariella, Agüero Oscar.** Ginecología, Obstetricia y Perinatología de Latinoamérica. Caracas 1984.
- 4.- **Amarista Félix José, Mata Vallenilla Jesús** Psiquiatría Clínica. Editorial Ateproca. 1999.

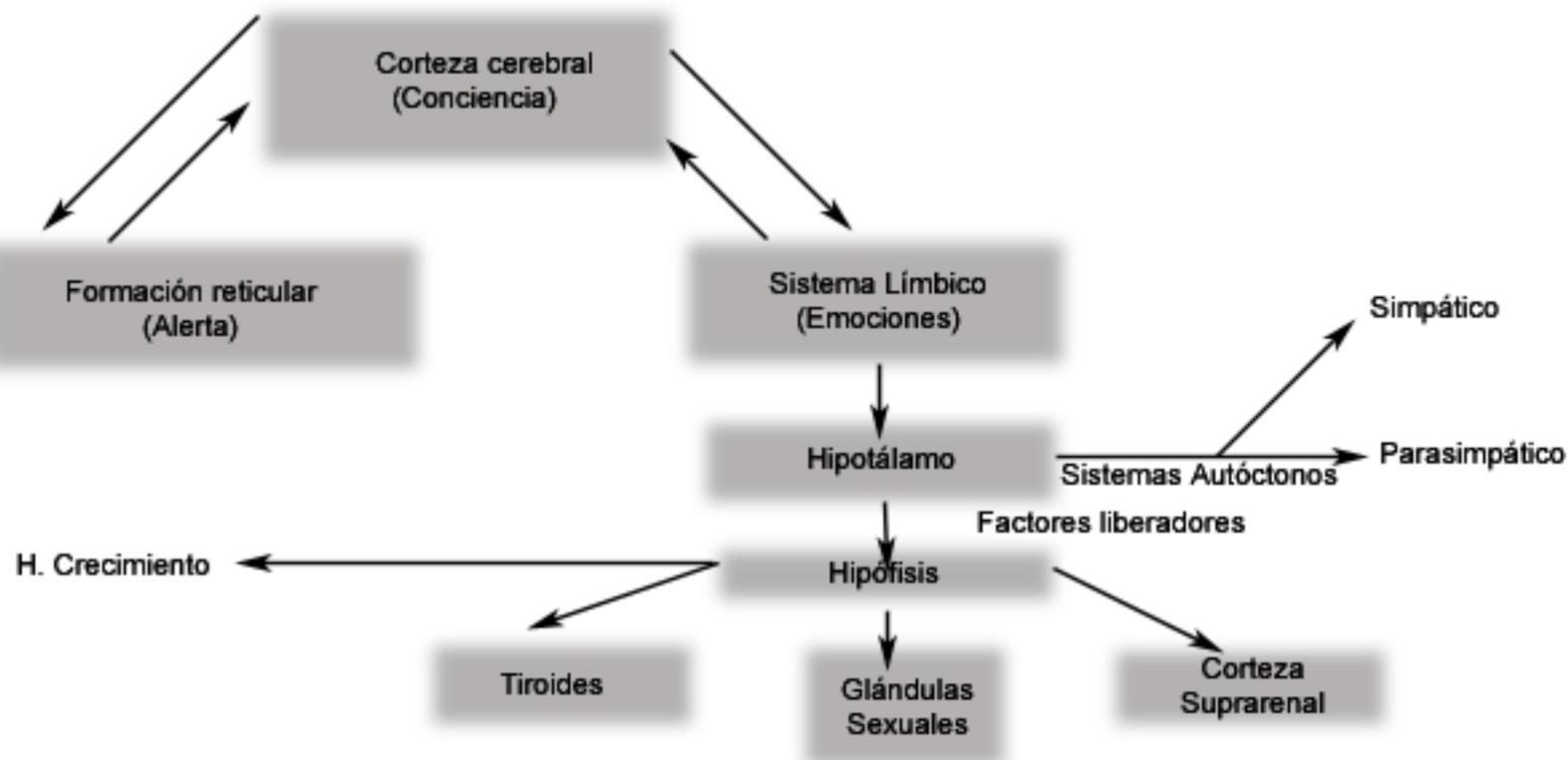


Figura.1

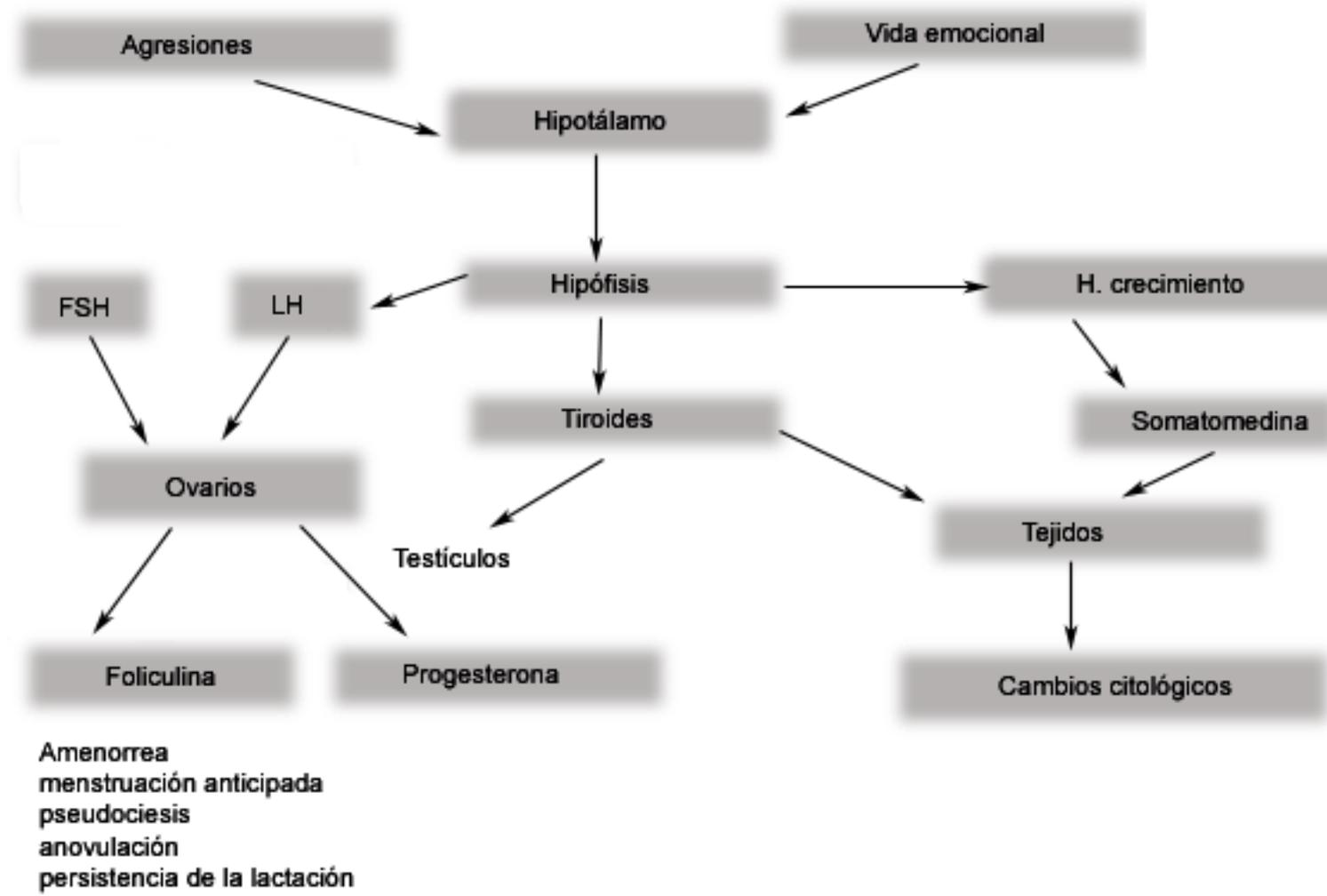


Figura 2