

SECUELAS PSICOPATOLOGICAS DE LAS CESAREAS

Dra. Ibone Olza
Médico Psiquiatra
Co-fundadora del foro "APOYO CESAREAS"

El nacimiento de un hijo es uno de los acontecimientos vitales más significativos y de mayor impacto en la vida de la mujer. Desde hace tiempo se conoce la existencia de trastornos psiquiátricos específicos del puerperio y postparto así como su efecto sobre el vínculo y el desarrollo psicomotor y emocional del lactante. Algunos estudios sobre la etiología de los trastornos psiquiátricos del postparto señalan la influencia del tipo de parto y la vivencia que la madre tenga del mismo en el desencadenamiento de dichos trastornos. Así se sabe que los factores obstétricos, el tipo de parto, el retraso en el primero contacto madre-hijo, el estado de salud del recién nacido o su ingreso en una unidad de neonatología pueden influir en la aparición de trastornos afectivos del puerperio.

Sin embargo la mayoría de los trabajos que revisan las posibles complicaciones de la cesárea sobre la salud materno infantil omiten las repercusiones que el nacimiento por cesárea tiene sobre la salud psíquica de la mujer y sobre aspectos tan importantes como el vínculo materno filial, la lactancia o la relación de pareja. Mientras los cirujanos de otras especialidades médicas suelen ser conocedores de que las reacciones depresivas son frecuentes en la convalecencia de cualquier cirugía mayor ⁽¹⁾, en el caso de la cirugía obstétrica este hecho ha recibido una atención mínima y de hecho ni siquiera se suele mencionar al explicar los riesgos de la intervención.

Sin embargo basta con revisar detalladamente las implicaciones inmediatas del nacimiento por cesárea para percibir la singularidad de dicha situación y el incremento de la vulnerabilidad psíquica que genera para la madre y el niño.

El primer efecto de la cesárea en la mayoría de las situaciones es un retraso significativo en el primer contacto madre-hijo. En muchos casos esto se puede demorar medio o un día, en algunos hospitales españoles todavía se tiene a los niños nacidos por cesárea 24 horas en observación sin su madre. Esta separación es importante y significativa, supone un obstáculo importante para el establecimiento del vínculo.

Cuando se produce el encuentro además la madre suele estar cansada, somnolienta y dolorida. La analogía más sencilla es imaginar a un paciente recién operado de apendicitis teniendo que ocuparse de un recién nacido en las horas inmediatas a la intervención. La madre puede encontrarse situación de shock psicológico intentando procesar los acontecimientos vividos en las últimas horas. La integración y asimilación de dichos sucesos puede llevar meses o incluso años (2), así se comprende las dificultades que la madre puede experimentar para ocuparse afectivamente del bebé. Por otra parte el duelo por la pérdida de estas primeras horas o días de vida del recién nacido suele ser uno de los temas recurrentes entre las madres que han dado a luz por cesárea.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REACCION PSICOLOGICA

Para algunas mujeres la cesárea no supone ningún trauma aparente, sin embargo otras van a experimentar una compleja reacción psicológica, con sentimientos de pérdida, fracaso y dificultades notables en la adaptación posterior y en el vínculo con sus hijos, o van a sufrir incluso la llamada "depresión postcesarea" o bien un síndrome de estrés postraumático. ¿Porqué son tan variables las reacciones ante un mismo suceso? Toda una serie de factores pueden inclinar la balanza en uno u otro sentido.

En primer lugar los factores obstétricos, es decir, los motivos que decidieron la cesárea y el como se desarrolló la intervención. Si la cesárea es urgente y motivada por una situación de sufrimiento fetal la mujer va a experimentar mayores dificultades en el postparto (3). Necesitará tiempo para poder asimilar lo vivido e integrar la experiencia. Si la intervención se desarrolla con anestesia general el malestar psíquico suele ser mayor. No hay que olvidar que la situación de urgencia vital, el miedo por la vida del bebé o la propia vida puede ser una situación tan estresante como para desencadenar un verdadero *síndrome de estrés postraumático*, una reacción psicológica que inicialmente sólo se consideraba en personas expuestas a guerras o situaciones de gran violencia y que hoy se sabe que puede producirse igualmente después de situaciones estresantes en el parto (4). La aparición del síndrome conlleva una re-experiencia, es decir, se vuelven a vivir mentalmente los momentos estresantes como si de una película se tratara, y cualquier pequeño suceso (como conducir delante del hospital o incluso ver a una mujer embarazada) que recuerde el parto da lugar a una reacción ansiosa (hiperventilación,

taquicardia, sudoración o mareos...). En el caso de las cesáreas, parece ser que el hecho de que la cesárea sea urgente incrementa notablemente el riesgo de sufrir el síndrome de estrés postraumático⁽⁵⁾.

Por contra las cesáreas programadas pueden permitir que la mujer se prepare mejor psicológicamente para la intervención. Sin embargo este aspecto por sí sólo no justifica el programar la cesárea sin que haya trabajo de parto previo, ya que casi siempre se puede esperar a que se inicie el parto de manera espontánea y entonces realizar la intervención, así la mujer ha podido prepararse para la cesárea y también evitar entre otros el riesgo de prematuridad iatrogénica asociado a las cesáreas programadas. Además al no haber un trabajo de parto previo a la cesárea no se permite el efecto favorecedor del vínculo que tienen las hormonas del parto, (oxitocina y prolactina) como veremos más adelante.

La calidad de la atención recibida es un aspecto crucial en la recuperación de la cesárea ⁽⁶⁾. Si la mujer se ha sentido partícipe de la decisión, si ha sido bien informada de las opciones, y sobre todo si ha percibido la cesárea como imprescindible es más probable que la asimilación sea relativamente sencilla. Por el contrario, si se ha sentido maltratada verbalmente, si no ha sido acompañada emocionalmente y si la indicación de la cesárea ha sido dudosa o claramente innecesaria el malestar psicológico probablemente será significativo o incluso creciente conforme pase el tiempo.

Algunos autores han sugerido que los rasgos de la personalidad previa podrían causar las diferencias en la adaptación en el postparto inmediato ⁽⁷⁾. Lo que parece evidente es que la reacción va a estar muy influida por las expectativas que la mujer tenía respecto al parto así como su visión del nacimiento, su satisfacción corporal previa o incluso su vivencia de la sexualidad. Cuanto más distante sea la experiencia vivida con la que se anticipaba, mayor será la percepción de pérdida y la reacción de duelo.

Los aspectos socioculturales pueden favorecer la satisfacción de la mujer con el procedimiento, como es el caso de aquellos círculos sociales donde la cesárea se percibe como un privilegio de las clases altas (fenómeno descrito en algunas sociedades latinoamericanas) ⁽⁸⁾ o por el contrario pueden incrementar su aislamiento y sufrimiento interno, ya que si el entorno social no permite la expresión de la decepción de la madre

con el nacimiento se fomenta la represión del duelo, la no identificación del malestar y por lo tanto la no resolución del mismo.

CARACTERISTICAS DE LA REACCION PSICOLOGICA

Varios autores han estudiado las reacciones psicológicas presentes entre algunas mujeres que han dado a luz por cesárea ⁽⁶⁾. La más generalizada es la sensación de **pérdida**, es decir, el duelo por no haber tenido el parto soñado. Esto se puede expresar en términos de decepción “nunca imaginé que no podría parir a mi hija” o de tristeza intensa por no haber estado presente en el nacimiento: “cuando pienso en mi hijo en brazos de desconocidos nada más nacer, mientras yo estaba casi dormida por la anestesia, siento mucha pena”, “aunque me lo enseñaron al nacer yo no lo recuerdo, me da rabia tener que imaginarme lo que otras mujeres recuerdan toda su vida”.

También son frecuentes las **dudas recurrentes** sobre si el bebé es realmente su hijo: algunas mujeres tienen pesadillas en las que descubren que el bebé que tienen no es realmente su hijo, otras expresan abiertamente “siento que no la he parido yo, realmente no es mía, intelectualmente sé que es mi hija, pero es como si mi cuerpo no la reconociera”. Esta reacción parece ser más frecuente en las cesáreas programadas, donde al no haber un trabajo de parto previo tampoco se ha producido el efecto de las hormonas oxitocina y prolactina a nivel cerebral que como sabemos facilitan el vínculo y las conductas de maternaje. Por lo tanto parece recomendable que incluso cuando se prevé una cesárea se espere a realizarla una vez que se ha iniciado el parto o cuando menos los pródromos.

Como decíamos anteriormente se acepta que el parto puede ser un evento lo suficientemente estresante como para desencadenar un síndrome de estrés postraumático (SEPT). La prevalencia de este síndrome en el postparto parece oscilar entre un 1,5 un 6%, aunque algunos trabajos sugieren que hasta el 30% de las madres presentan un síndrome incompleto. El SEPT tras el parto conlleva un enorme sufrimiento psíquico y afecta a la relación de la madre con su bebé, su pareja, su familia y los profesionales de la salud. Tiene unos síntomas propios diferentes de la depresión postparto, aunque algunas madres pueden presentar los dos trastornos. Los síntomas pueden durar meses o años ⁽⁹⁾.

Cheryl Beck ⁽¹⁰⁾ en un trabajo cualitativo analizó la psicopatología diferencial del síndrome de estrés postraumático relacionado con el parto. Encontró que las madres que lo padecen:

1. Continuamente recuerdan y reviven el parto mediante flashbacks y pesadillas, durante semanas o meses.
2. Se sienten desconectadas o extrañadas ante sus bebés y ausentes de la realidad, como si no estuvieran allí o no fueran las mismas.
3. El trauma vivido hace que necesiten entender y hablar continuamente de lo que les sucedió y que busquen información obstétrica de manera obsesiva ("obsesión y monotema")
4. Se sienten enfadadas con los profesionales, con sus familiares y consigo mismas. Presentan síntomas de ansiedad y depresión.
5. Su experiencia de la maternidad se ve muy afectada. A menudo se sienten distanciadas de sus hijos. Tienen muchas dificultades para relacionarse con otras madres, no pueden evitar comparar su parto con el de las otras. El síndrome puede producir un rechazo a la sexualidad, a tener más hijos, o hacer que la madre pida una cesárea programada en el siguiente embarazo.

El SEPT dificulta la relación de las madres con los profesionales sanitarios. El tratamiento del SEPT incluye la comprensión del mismo por parte de los profesionales que atienden a la mujer así como por sus familiares ⁽¹⁰⁾.

La **relación madre hijo** puede ser difícil, sobre todo en los primeros días. Algunas mujeres sienten inmediatamente un intenso vínculo con sus hijos a pesar de la cesárea, otras sin embargo confiesan "ni siquiera estaba contenta de tenerla conmigo, después de tantos meses soñando con verla estaba aquí y no sentía nada, era como si todo aquello no estuviera ocurriendo en realidad". A esto se suelen añadir los problemas de identidad como madre e incluso como mujer: "no sé que clase de madre soy si ni siquiera he podido parir a mis dos hijos", los sentimientos de culpa "siento que la culpa fue mía por no haber aguantado el dolor y haber pedido la anestesia" o el pensar que se ha decepcionado a la pareja "siento como si hubiera fallado a mi marido, mi cuerpo me falló en un momento crucial".

Algunas mujeres refieren sentirse mutiladas ⁽⁶⁾ . La actitud hacia la cicatriz suele ser reflejo de dichas emociones. Hay mujeres que confiesan que no pueden mirar la cicatriz y evitan su visión incluso en el baño “mi cicatriz es un recuerdo permanente de lo que sucedió”. También hay mujeres que refieren muchas dificultades para volver a tener relaciones satisfactorias tras la cesárea, un hecho que hasta ahora ha recibido poca atención en la literatura especializada.

El enfado o la rabia con los profesionales también suele ser común, sobre todo si la mujer percibe la cirugía como innecesaria: “me siento engañada, furiosa, llena de rabia”; “lo que tenía que ser el mejor día de mi vida fue uno de los peores”; “difícilmente podré confiar en los médicos otra vez”.

En cualquier caso, la vivencia de la cesárea es un proceso cambiante a lo largo del tiempo y que va estar muy influido por el apoyo y el soporte emocional que la mujer encuentre en su entorno inmediato, así como por la duración de la lactancia y el estado de salud del bebé.

EFEECTO SOBRE LA RELACION DE PAREJA

A pesar de sentirse aliviados o contentos por tener un hijo sano, los padres también suelen experimentar sentimientos de incompetencia, aislamiento, ansiedad, tristeza, miedo, estrés, rabia, preocupación, nerviosismo, decepción y sensación de fracaso por no haber cumplido con el papel que se esperaba de ellos como soporte activo en el parto. Estos sentimientos se intensifican si el padre no ha podido estar con su mujer mientras le hacían la cesárea ⁽⁷⁾ .

Pero otra parte hay que tener en cuenta que la cesárea es casi la única situación donde se permite la presencia de la pareja como acompañante de la mujer durante una intervención de cirugía mayor. Este acompañamiento se suele realizar sin ningún tipo de preparación previa: en la mayoría de los casos los padres ni siquiera habían pisado un quirófano con anterioridad. Para el padre, la experiencia puede ser dramática, casi siempre inesperada, y contemplar el nacimiento quirúrgico de su bebé puede ocasionarle así mismo un malestar psicológico significativo. De hecho algunos padres reconocen a posteriori que preferirían no haber estado presentes, pero que lo hicieron por su mujer ⁽¹¹⁾ . La percepción que el padre tiene de los cuidados recibidos por parte del equipo

médico influye notablemente en su respuesta emocional, si sienten que han sido respetados y que se les ha permitido opinar suelen estar más satisfechos con toda la experiencia. En realidad una manera sencilla de minimizar el sufrimiento emocional de la cesárea es permitir la presencia del padre u otro acompañante elegido por la madre durante la intervención, práctica que ya es habitual en otros países europeos (12)

Otro fenómeno común en la cesárea es que muchas veces el bebé va a pasar las primeras horas de vida junto al padre, y tal vez en ausencia de la madre, que o bien está en la sala de despertar, o a pesar de estar junto a ellos puede estar en un estado de somnolencia posterior a la anestesia. Algunos estudios han señalado que los padres de hijos nacidos por cesárea participaban más activamente en el cuidado del bebé e incluso se mostraban más satisfechos con dicha relación que los padres de bebés nacidos vaginalmente (6)

La experiencia de una cesárea traumática también suele afectar a la relación de pareja. Las parejas que han tenido un hijo por cesárea pueden sentirse menos felices con la experiencia de tener un hijo (7) .Además la cesárea va a condicionar el futuro reproductivo de la mujer, no tanto por motivos físicos, sino que los aspectos psicológicos motivan que muchas madres decidan no tener más hijos o distanciarlos mucho más de lo que previamente habían planeado (13)

Además los siguientes embarazos van a estar marcados en muchos casos por el miedo a que se repita la situación anterior. La cicatriz uterina estará siempre presente, el útero ha dejado de ser un sitio intacto y seguro, como dicen algunas mujeres “mi médico dice que se me puede romper el útero”. Este miedo a la rotura uterina se convierte en un tema recurrente a lo largo del siguiente embarazo. Sin embargo numerosos trabajos han señalado que el parto vaginal después de cesárea es la opción más segura en la mayoría de los casos, incluso después de dos o tres cesáreas (14). El parto vaginal después de cesárea suele ser una experiencia muy reparadora en la mayoría de los casos de mujeres que se sintieron traumatizadas por la cesárea.

LA CESÁREA SUPONE UN OBSTÁCULO PARA EL INICIO DE LA LACTANCIA

Casi todos los estudios sobre el efecto de la cesárea en el inicio de la lactancia asumen o concluyen que la bajada de la leche tarda más en las madres que han parido por cesárea. Sin embargo, la causa del retraso es difícil de precisar, ¿es debido a la cesárea en si misma o al retraso en el inicio de la lactancia, los fármacos, la tendencia a dar más biberones o chupetes, la anemia secundaria a la hemorragia etc.? Lo que está claro es que los niños nacidos por cesárea tardan más en realizar la primera toma, reciben más biberones en los primeros cuatro días y hacen menos tomas nocturnas ⁽¹⁵⁾ .

Un estudio⁽¹⁶⁾ señaló que las madre que daban a luz por cesárea urgente presentaban niveles más bajos de oxitocina y prolactina en el las primeras 48 horas del postparto. Otros autores también han concluido que las madres que dan a luz por cesárea presentan un riesgo tres veces mayor de abandonar la lactancia en el primer mes ⁽¹⁷⁾ . Sin embargo las diferencias en la duración de la lactancia entre las madres que han dado a luz vaginalmente y las que lo han hecho por cesárea desaparecen después del primer mes ⁽¹⁸⁾ . Por lo tanto resulta necesario insistir en la necesidad de que las madres que han tenido una cesárea reciban un apoyo individualizado y un seguimiento estrecho en el inicio de la lactancia, además de favorecer el que la demora en el inicio de la lactancia sea mínima ⁽¹⁹⁾ .

FACILITANDO LA RECUPERACION

Indudablemente la prevención primaria del sufrimiento psicológico que genera en muchos casos la cesárea consiste en evitar todas las cesáreas innecesarias, hasta llegar a las tasas que aconseja la Organización Mundial de la Salud. Igualmente la educación para la salud debería favorecer el conocimiento del parto como un proceso natural y la toma de conciencia social de los problemas que la excesiva medicalización del parto conlleva.

Los profesionales que acompañan a la mujer en el parto y en la cesárea tienen un papel crucial en la prevención del sufrimiento psíquico en el postparto. Si consiguen que a pesar de la intervención quirúrgica la mujer sea en todo momento protagonista de su

parto, si facilitan el contacto madre hijo lo antes posible, y si además ofrecen un apoyo cercano y un asesoramiento correcto en el inicio de la lactancia, las repercusiones posteriores serán menos dramáticas. El permitir que el padre y acompañante acceda al quirófano, el mantener un momento de silencio cuando se extrae al bebé para que la madre pueda dirigirse a él en primer lugar, el facilitar que ella sea la primera en abrazarlo, todos estos pequeños pueden hacer una gran diferencia.

El entorno familiar y social puede favorecer la recuperación psicológica reconociendo las características especiales del nacimiento por cesárea. Para ello el primer paso consiste en dejar de negar el sufrimiento psíquico, de hecho la frase de que “lo importante es que el bebé está bien” sólo consigue alienar aún más a la mujer que ha visto sacrificada su integridad física por el bien de su hijo. Si el entorno reconoce la pérdida del nacimiento deseado y favorece apoyo concreto para que la mujer pueda reposar durante las primeras semanas la convalecencia será menos dolorosa.

Existen diversos recursos que ofrecen apoyo psicológico e información a las mujeres que han tenido cesáreas. El Movimiento para la Prevención de las Cesáreas surgió en Estados Unidos en el inicio de los ochenta y hoy en día constituye la asociación ICAN: International Cesarean Awareness Network (Asociación Internacional de Concienciación sobre las Cesáreas). En su excelente página web (www.ican-online.org) se puede acceder a una lista de correo gratuita en inglés que ofrece apoyo las 24 horas del día a mujeres que han tenido cesáreas o que planean un parto vaginal después de cesárea. Igualmente existen numerosos libros en inglés centrados en la recuperación de la cesárea y en la preparación del parto vaginal después de cesárea (20, 21) .

En español, el foro Apoyo Cesáreas ofrece apoyo psicológico para las mujeres que han tenido cesáreas. Esta lista se encuentra en www.elistas.net/apoyocesareas y funciona de manera gratuita. Ha crecido de manera constante desde su inicio hace dos años, acogiendo en la actualidad a más de 500 suscriptores, entre mujeres y profesionales. Además de ser un lugar de encuentro seguro para las mujeres que han tenido cesáreas o partos vaginales traumáticos está permitiendo la realización de diversas iniciativas destinadas a la educación de las mujeres embarazadas o la formación de una asociación de usuarias.

BIBLIOGRAFIA

1. Blacher, R (ed). *The psychological experience of surgery*, Wiley New York, 1987.
2. Shearer E.C. "How do parents really feel after a cesarean birth?" *Birth* 10, 91, 1983.
3. Fisher J, Astbury,J., Smith A: "Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study". *Aust N Zeal J of Psych* 1997, 31:728-738.
4. Lyon S. "Posttraumatic stress disorder following childbirth: causes, prevention and treatment". IN Clement S (ed) *Psychological perspectives on pregnancy and childbirth* pp 123-143. Edinburgh; Churchill, 1998.
5. Ryding EL, Wijma B, Wijma K. "Posttraumatic stress reactions after emergency caesarean" *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1997; 76; 856-861.
6. Clement S. "Psychological aspects of caesarean section". *Best Pract Research Clinical Obst and Gynaecology*, vol 15 no 1, pp 109-126 2001
7. Murtryn CS: "Psychosocial impact of cesarean section on the family: a literature review" *Soc Sci Med* vol 37, no 10, pp, 1271-1281, 1993
8. Nuttall C. *The cesarean culture of Brazil*. *British Medical Journal*. 2000, 320, 1072.
9. Bailham, D., Joseph,S. *Post-traumatic stress disorder following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice*. *Psychology, health and medicine*, 8, 159-168, 2003
10. Beck, CT. *Post-traumatic stress disorder due to childbirth. The aftermath*. *Nursing research*, vol 53, no 4, july august, 2004.
11. Lee S. "Having a baby by cesarean: an experience for fathers" *Soc Work Hlth Care* 11,41-52,1986.
12. Robinson N *Partners should be allowed to stay in the operating theatre during caesarean section under general anaesthesia*. *Int J Obstet Anesth* 2004 Oct;13(4):251-3
13. Hemminki E. "Impact of cesarean section on future pregnancy: a review of cohort studies". *Paediatric and Perinatal epidemiology* 1996; 10: 366-79
14. Spaans WA, van der Vliet LM, Roell-Schorer EA, Bleker OP, van Roosmalen J *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003 Sep 10;110(1):16-9. *Trial of labour after two or three previous caesarean sections*.
15. Vestermark, V et al. "Influence of the Mode of Delivery on Initiation of Breastfeeding". *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. January 1991. 38(1):33-8.
16. Nissen, E et al. *Different Patterns of Oxytocin, Prolactin But Not Cortisol Release During Breastfeeding in Women Delivered By Caesarean Section or by the Vaginal Route*. *Early Hum Dev*. July 1996. 45(-2):103-18.
17. Weiderpass, E et al. *Incidence and Duration of Breast-Feeding by Type of Delivery: A Longitudinal Study in Southeastern of Brazil*.*Rev Saude Publica*. June 1998. 32(3):225-31.
18. Sozmen, M. *Effects of Early Suckling of Cesarean-Born Babies on Lactation*. *Biol Neonate*. 1992. 62(1):67-8.
19. Perez-Escamilla, R et al. *The Association Between Cesarean Delivery and Breast-Feeding Outcomes among Mexican Women*. *Am J Public Health*. June 1996. 86(6):832-836.
20. Lynn Madsen "Rebounding from childbirth: toward emotional recovery" Bergin and Garvey, CT, 1994.

21. Wainer Cohen, N y Estner L. "Silent knife: cesarean prevention and vaginal birth after cesarean" Bergin Garvey, CT, 1983.