

## **O medo tamén se comunica: reflexión ética sobre o impacto emocional da comunicación clínica no embarazo**

**El miedo también se comunica: reflexión ética sobre el impacto emocional de la comunicación clínica en el embarazo**

**Fear Is Also Communicated: An Ethical Reflection on the Emotional Impact of Clinical Communication During Pregnancy**

Sofía González Salgado

Matrona no Hospital da Barbanza (Ribeira-A Coruña) e en Fisiolagoas (Ourense) Secretaria da Comisión Deontolóxica do Colexio Oficial de Enfermaría de Pontevedra Vogal do Comité de Ética Asistencial de Santiago-Barbanza.

**Correo electrónico:** demayorquieroserpiloto@gmail.com

Unha muller embarazada sae da consulta con máis preguntas que respostas e, sobre todo, con máis medo ca antes de entrar. Non aconteceu nada extraordinario: a evolución é normal. Porén quedaron no aire expresións como “isto pode complicarse” ou “haberá que vixialo de preto”. A intención é protexer; o efecto, non sempre previsto, é outro: inquedanza, inseguridade e unha vivencia do embarazo atravesada pola posibilidade constante de que algo vaia mal.

Lonxe de constituír unha excepción, escenas como esta forman parte da práctica cotiá do seguimento do embarazo. Neste proceso marcado pola continuidade asistencial e os vínculos de confianza, a maneira de comunicar pode influír tanto como a propia información transmitida. Neste contexto, os matices adquiren unha relevancia especial: non se trata unicamente do que se di, senón tamén de como se di e desde que lugar se fai.

Nas últimas décadas, os avances no control e seguimento do embarazo traducíronse nunha mellora dos resultados clínicos. Con todo, este progreso foi acompañado dunha transformación máis silenciosa: a consolidación dunha cultura do risco que tende a redefinir o embarazo (maioritariamente fisiolóxico) como un estado potencialmente perigoso, sometido a vixilancia constante. O posible adquire con frecuencia máis protagonismo ca o probable.<sup>1</sup>

Comunicar riscos forma parte da práctica clínica e constitúe unha responsabilidade inevitable. Pero a comunicación non é neutra. O modo en que se constrúe (o que se subliña, o que se omite, o ton empregado ou mesmo os silencios) pode transformar a prudencia en medo.<sup>2</sup> Poderíamos falar, neste sentido, dun “medo iatroxénico”: aquel que non nace do proceso biolóxico en si, senón do xeito en que este se transmite e se interpreta no encontro clínico.

Este fenómeno non pode entenderse nun único sentido. O medo tamén está presente nos profesionais e forma parte da relación clínica. O temor ás complicacións, á incerteza ou ás consecuencias legais inflúe, ás veces de maneira sutil, na forma de presentar a información.<sup>3</sup> Así, a preocupación do profesional pode acabar sendo asumida pola muller e condicionar a súa maneira de vivir o embarazo.

Non todos os profesionais se relacionan igual coa incerteza. Hai perspectivas que priorizan o control do risco e outras que sinalan como problemática a tendencia ao exceso de intervención ou a dificultade para respectar os tempos fisiolóxicos. Estas diferenzas tradúcense en prácticas distintas e tamén en experiencias diferentes para as mulleres. Nese marco, o intervencionismo pode entenderse, polo menos en parte, como unha resposta ao medo. Moitas intervencións están

sustentadas na evidencia e resultan necesarias, pero tamén poden funcionar como mecanismos de control fronte ao imprevisible. O problema aparece cando, no intento de reducir a incerteza, alteramos sen suficiente reflexión o equilibrio entre beneficio e dano.<sup>4</sup>

Porque o medo non é só unha idea. É tamén unha experiencia corporal que condiciona a maneira de interpretar a realidade.<sup>5</sup> Non sempre tememos porque comprendemos un risco; ás veces chegamos a comprender desde o medo xa presente.<sup>5,6</sup> O estado emocional inflúe na percepción, na capacidade de decisión e na forma en que recibimos a información.

Cando a activación emocional é elevada, resulta máis difícil comprender, deliberar e decidir con calma.<sup>6</sup> A ansiedade pode ser útil cando alerta fronte a un perigo, pero pode acabar limitando a capacidade de pensar con claridade ou sosterse na incerteza. Nesas circunstancias, tanto a muller como o profesional poden ver afectada a súa capacidade de xuízo, mesmo mantendo formalmente unha comunicación correcta. Ademais, o medo non se transmite só a través das palabras. O ton, os silencios, a postura ou a expresión facial comunican de xeito inmediato. Cando o profesional non dispón de espazos para elaborar a súa propia incerteza (por presión asistencial, inexperiencia ou temor ao erro) pode producirse unha transmisión emocional pouco modulada. Establécese así un circuíto no que o medo dun alimenta o do outro.



**Figura 1. O ciclo do medo no seguimento do embarazo**

A isto engádese a influencia da memoria emocional. As experiencias clínicas difíciles deixan pegada e poden reaparecer ante situacións semellantes.<sup>7</sup> O medo non se vencella unicamente ao risco presente, senón tamén á posibilidade de revivir episodios pasados nos que as cousas non saíron ben. Esta dimensión, moitas veces invisible, tamén condiciona a toma de decisións.

As consecuencias deste proceso son múltiples. A muller pode vivir o embarazo desde a inseguridade e a perda de confianza no propio corpo.<sup>8</sup> A práctica clínica pode inclinarse cara a unha menor tolerancia á incerteza e a un maior intervencionismo. E, inevitablemente, aparecen preguntas éticas difíciles de ignorar:

- Inclúe o principio de non maleficencia o dano emocional derivado da forma de comunicar?
- Pode considerarse plenamente autónoma unha decisión tomada baixo a influencia do medo?
- En que medida se cumpre a beneficencia cando a prevención do risco biolóxico se acompaña dunha vivencia negativa do proceso?

A resposta non pasa por ocultar nin minimizar os riscos. A cuestión central é como se comunican e desde que posición se fai. Entre o silencio e a alarma existe un espazo de comunicación honesta, contextualizada e respectuosa coa capacidade da muller para comprender e participar activamente nas decisións.<sup>2,3</sup>

Tamén o contexto asistencial inflúe nesta maneira de comunicar. A presión, a sobrecarga, as dinámicas de equipo ou a cultura institucional condicionan a forma en que os profesionais xestionan a incerteza. Contornas onde é posible compartir dúbidas, pedir axuda e revisar a práctica sen xuízo favorecen unha relación máis saudable co medo e reducen a necesidade de respostas defensivas.

Quizais sexa necesario tamén revisar o lugar que lle outorgamos á muller neste proceso. Con frecuencia é percibida como fonte de risco ou dificultade, cando en realidade a súa fisioloxía e a súa capacidade de adaptación poden constituir unha guía valiosa.<sup>8</sup> A muller non é o problema; ás veces, é parte da solución ao medo profesional.

O reto, en definitiva, non reside en eliminar o medo (inherente a calquera proceso vital), senón en evitar que se converta no eixo da atención. Acompañar implica non só vixiar, senón tamén soste. Comunicar non é só advertir, senón tamén axudar a comprender e dar sentido ao que está a acontecer.

Nun sistema cada vez máis orientado á anticipación e ao control, convén lembrar que tamén podemos xerar dano a través da forma en que comunicamos. Cando comunicar dana, non o fai por exceso de información, senón pola maneira en que esta se transmite e se incorpora á relación clínica. Tomar conciencia desta posibilidade constitúe, probablemente, o primeiro paso cara a unha práctica máis reflexiva, máis equilibrada e, sobre todo, máis ética.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 2026 maio 16]. Dispoñible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
2. Gigerenzer G, Edwards A. Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ*. 2003;327(7417):741-4 [citado 2026 maio 16]. Dispoñible en: <https://www.bmj.com/content/327/7417/741>
3. Epstein RM, Street RL Jr. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2011;9(2):100-3 [citado 2026 maio 16]. Dispoñible en: <https://www.annfammed.org/content/9/2/100>
4. Han PKJ, Klein WMP, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Making*. 2011;31(6):828-38 [citado 2026 maio 16]. Dispoñible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0272989X10393976>
5. Damasio AR. *Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*. New York: Putnam; 1994.
6. Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2011.
7. Beck CT. Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nurs Res*. 2004;53(1):28-35 [citado 2026 maio 16]. Dispoñible en: [https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2004/01000/Birth\\_Trauma\\_In\\_the\\_Eye\\_of\\_the\\_Beholder.5.aspx](https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2004/01000/Birth_Trauma_In_the_Eye_of_the_Beholder.5.aspx)
8. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Metin Gülmezoglu A. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194906 [citado 2026 maio 16]. Dispoñible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0194906>