



UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**“FACTORES PSICOLÓGICOS GENERADORES DE ANSIEDAD EN
LA MUJER EMBARAZADA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A :

ITZEL SARAI PACHECO ROMERO

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. BLANCA LEONOR ARANDA BOYZO

MÉXICO, D. F.

ABRIL 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Gracias...

...mujeres, por su ejemplo e inspiración, por su lucha incansable, por ser guerreras y nunca detenerse ante la adversidad, gracias Sirína, Manuela, Taide, Lourdes, Alicia y María Fernanda.

A ti Bertha, por elegirme como hija, por ser mi luz y mi ídolo, por ser congruente con tus acciones y tus sentimientos y darme el mejor ejemplo de constancia, amor y sabiduría. Gracias por hacerme parte de tu vida. Todo mi amor y admiración por siempre.

Gracias Lía, por ser mi apoyo, por ser mi hermana, maestra y amiga, gracias por tus enseñanzas y por ser una apasionada de la vida.

Gracias Tulya por ser mi gran compañía.

Gracias comunidad salesiana, por permitirme cumplir con esta meta, a ustedes profesores por confiar en mí y en este proyecto, a ti Mtra. Blanca Aranda Boyzo por dirigir este proyecto, Mtro. Francisco Ochoa, Lic. Martha Laura Jiménez, Lic. Emiliano Lezama, Lic. María Eugenia Reyes y Mtra. María Teresa Pereda.

Y gracias a ti Mtro. Francisco Zubieta por tu tiempo y orientación.

A ustedes querías amigas: Jazmín, Jessica M., Jessica N., Blanca, Yanina, Haydeé, Liliana, Erika, Nancy, Sacnicté, Melissa y Leticia, gracias por tanto cariño.

También mi agradecimiento para ustedes, mujeres embarazadas que me compartieron su experiencia de vida para esta investigación.

Gracias a ti, Mtro. Alberto Verduzco, por ser mí compañero de viaje, por tu incondicional apoyo y motivación.

Y gracias vida, por dame la fe que necesito, para tocar mis sueños y cumplirlos, sobre todo por bendecirme con una familia que me ha llenado de amor.

ÍNDICE

RESUMEN	V
INTRODUCCIÓN	VI
CAPÍTULO I Embarazo	9
1.1 Fisiología del embarazo	10
1.2 Síntomas y signos del embarazo	11
1.3 Atención prenatal	14
1.4 Mortalidad materna	16
CAPÍTULO II Psicología del embarazo	20
2.1 Etapas de la psicología del embarazo	21
2.1.1 Primer trimestre de embarazo	21
2.1.2 Segundo trimestre de embarazo	23
2.1.3 Tercer trimestre de embarazo	24
2.1.4 Síntomas psicósomáticos en el embarazo	26
2.2 Atención psicoterapéutica en el embarazo	27
CAPÍTULO III Ansiedad	31
3.1 Definición de ansiedad	32
3.1.1 Tipos de ansiedad	33
3.1.2 Manifestaciones sintomáticas de la ansiedad	34
3.1.3 Trastornos de ansiedad	35
3.1.4 Ansiedad y depresión	36
3.1.5 Ansiedad y estrés	37
3.2 Teorías de la ansiedad	38
3.2.1 Teoría existencialista	39
3.2.2 Teoría conductista	39
3.2.3 Teoría cognitiva	39
3.2.4 Teoría psicoanalítica	40
3.3 Ansiedad-estado y ansiedad-rasgo	45
3.4 Ansiedad y embarazo	46
CAPÍTULO IV Metodología	50
4.1 Planteamiento del problema	50
4.2 Hipótesis	50
4.3 Población	50
4.4 Diseño de investigación	51
4.5 Procedimiento	52
4.6 Técnica	53
4.7 Instrumento	54
4.8 Análisis del discurso	55
CAPÍTULO V Resultados	59
5.1 Resultado de las entrevistas	59
5.2 Datos estadísticos	85

CAPÍTULO VI Análisis de resultados	89
6.1 Factores y categorías de análisis	89
6.1.1 Factor A Falta de apoyo de la pareja	90
6.1.1.1 Contención emocional	90
6.1.1.2 Deseo del padre por el hijo	93
6.1.2 Factor B Situación económica	97
6.1.2.1 Seguridad financiera	99
6.1.2.2 Seguridad emocional	100
6.1.3 Factor C Ausencia de educación para la salud	104
6.1.3.1 Sensibilidad sobre el proceso de embarazo	105
6.1.3.2 Asertividad en la educación sexual	113
6.1.4 Factor D Deseo de la mujer embarazada por el hijo	119
6.1.4.1 Motivación de la mujer embarazada por el hijo	120
6.1.5 Factor E Vínculo de la mujer embarazada con su madre	127
6.1.5.1 Identificación con la madre	135
CONCLUSIONES	141
LIMITACIONES	144
RECOMENDACIONES	144
ANEXO A	145
ANEXO B	146
BIBLIOGRAFÍA	150

RESUMEN

La mujer embarazada se enfrentará a una serie de cambios y adaptaciones tanto físicos, sociales y psicológicos durante el embarazo, en donde podemos encontrar una serie de conflictos ya sea de la infancia que se reactivan en este momento, o que dependan de la etapa de la vida en la que se dio el embarazo.

La pregunta a esclarecer en este estudio es: ¿la falta de apoyo de la pareja, la situación económica y la ausencia de educación para la salud pueden ser generadores de ansiedad en la mujer embarazada?

Encontramos que la falta de planeación, deseo, amor, mezclados con una serie de dudas, falta de información, ausencia de contención familiar y social; es frecuente que se presente *ansiedad*. El conjunto de estos factores influirán en la falta del autocuidado de la gestante, en un retraso en la atención prenatal y los riesgos en el desarrollo del embarazo aumentarán.

Si no se resuelve dicha crisis, se puede desembocar en profundos y dramáticos cambios psíquicos en íntima correspondencia e interrelación con cambios somáticos y la mujer estará limitada para asumir su maternidad. (Bibring, 1961).

Por ello en esta investigación de corte cualitativo se analizó cómo las mujeres embarazadas viven su embarazo y qué factores pueden ser generadores de ansiedad en esta etapa. A través de una serie de entrevistas a profundidad a siete mujeres que cursaban el segundo trimestre de embarazo, con un rango de edad de 20 a 29 años de edad, las cuales contaron con atención prenatal en el primer nivel de atención médica pública en el Distrito Federal.

Se tomó como punto de referencia el desarrollo fisiológico y la psicología del embarazo así como las teorías de la ansiedad. El resultado obtenido en base al análisis del discurso fue que efectivamente, los tres factores de la pregunta de investigación, sí son generadores de ansiedad en la mujer embarazada.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un fenómeno que existe desde el inicio de la humanidad, todos los seres humanos provenimos de un proceso de embarazo, en todas las culturas y épocas han existido medios de atención para la mujer embarazada ya sea de manera empírica o científica.

En un proceso de embarazo, la relación triangular entre la mujer, el hombre y el feto, se adaptarán a una serie de cambios tanto fisiológicos como psicológicos, en donde encontramos ajustes hormonales, anatómicos y emocionales, pues el embarazo puede ser el medio para revivir experiencias de la primera infancia, reactivar conflictos anteriores al embarazo, puede ser un momento de incertidumbre por la serie de cambios en la vida de la pareja embarazada, además puede llegar a desencadenar crisis de identidad y de madurez psíquico. Cuestiones que influirán en el desarrollo físico y psicológico del bebé.

Hay que señalar que aún las mujeres que gozan de una perfecta salud física y mental, la adaptación del organismo femenino a la serie de novedades que aporta el desarrollo de un embarazo, en mayor o menor grado generan incómodos síntomas que la gestante padece como ansiedad. (Aguirre de Cárcer, 1989)

La ansiedad es un sistema de alarma del organismo ante situaciones consideradas como amenazantes, cuya función será advertir y activar al organismo, movilizarlo, frente a situaciones de riesgo real o imaginario, de forma que pueda salir airoso de ellas. (Baeza, 2008).

En México la estadística de los trastornos mentales durante el embarazo y puerperio es poco clara, sin embargo, se observa un ligero incremento en la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa. (Espíndola- Hernández et al., 2006).

El objetivo de esta investigación es conocer qué factores psicológicos son generadores de ansiedad en la mujer embarazada, este objetivo está planteado en la pregunta de investigación: ¿La falta de apoyo de la pareja, la situación

económica y la ausencia de educación para la salud, pueden ser generadores de ansiedad en la mujer embarazada?

Para llevar a cabo este estudio se realizó una serie de entrevistas a profundidad a siete mujeres embarazadas que cursaban el segundo trimestre de embarazo con un rango de 20 a 29 años de edad, las cuales contaron con atención prenatal en el primer nivel de atención médica pública en el Distrito Federal, con una escolaridad mínima de primaria y que pertenecieran a una clase social baja.

En esta investigación se logró identificar cinco factores psicológicos con sus respectivas categorías, que pueden ser generadores de ansiedad en la mujer embarazada, entre los cuales encontramos:

Factor A. Falta de apoyo de la pareja:

- Contención emocional y
- Deseo del padre por el hijo.

Factor B. Situación económica:

- Seguridad financiera y
- Seguridad emocional.

Factor C. Ausencia de educación para la salud:

- Sensibilidad sobre el proceso de embarazo y
- Asertividad en la educación sexual.

Factor D. Deseo de la mujer embarazada por el hijo:

- Motivación de la mujer embarazada por el hijo.

Factor E. Vínculo de la mujer embarazada con su madre:

- Identificación con la madre.

En el desarrollo de esta investigación encontraremos las características del embarazo a nivel fisiológico, conoceremos qué síntomas y signos se pueden presentar en esta etapa. Así como la importancia de la atención prenatal integral y qué factores se presentan en la mortandad materna.

Posteriormente abordaremos la psicología del embarazo a través de los trimestres de embarazo y qué síntomas psicosomáticos se presentan en este proceso y la trascendencia de la atención psicoterapéutica en la mujer embarazada.

Continuaremos con el tema de ansiedad, en donde hallaremos su clasificación, qué manifestaciones sintomáticas se presentan, las teorías más representativas en la ansiedad y su relación con el proceso de embarazo.

Para conocer el procedimiento de esta investigación, en el apartado de metodología encontraremos las hipótesis, el diseño de investigación, técnica e instrumento que se utilizaron para este estudio.

En la sección de resultados hallaremos las entrevistas a profundidad y los datos estadísticos de las informantes para continuar con el análisis de discurso que se realizó en este estudio.

Por último encontraremos las conclusiones y limitaciones de este estudio y las recomendaciones que se proponen para futuras investigaciones.

CAPÍTULO I

EMBARAZO

El embarazo es un proceso en el cual, hombres y mujeres vivirán una serie de adaptaciones tanto fisiológicas como psicológicas; es la etapa en la vida en donde suceden diversos acontecimientos cuya finalidad es el poder gestar a un nuevo ser, único e irrepetible. Desde diversas disciplinas se puede analizar este suceso trascendental para cada individuo.

A lo largo de la historia podemos encontrar diversas posturas de grandes pensadores, artistas, poetas y por supuesto, científicos que han hablado sobre el embarazo y del binomio madre-hijo.

Por ejemplo Hipócrates (año 400 A.C.) quien tenía la convicción de que las mujeres embarazadas influían en el ser que llevaban en sus entrañas.

En la cultura china hace ya mil años se ocupaban de proporcionar estabilidad emocional a la mujer embarazada y a través de ella al feto en una clase de clínica prenatal y así favorecer el parto.

En el México prehispánico existía el apoyo de la partera y sobre todo del auxilio de la fe espiritual; como en la civilización maya en donde antes del embarazo se realizaban rituales a la Diosa Ixchel (diosa de la fecundidad) para concebir un hijo, también en el cuarto o quinto mes de embarazo se empezaba a dar masajes abdominales con el objetivo de ir cuidando que el embrión se mantuviera en una posición adecuada y favorecer el trabajo de parto.

Dentro del campo de las artes podemos encontrar algunas alusiones al embarazo, por ejemplo, el poeta Coleridge (1802) quien recitó que “Sí; la historia del hombre durante los nueve meses que preceden a su nacimiento sería posiblemente mucho más interesante y contendría hechos de mayor importancia que los setenta años que vienen después”. (Citado por Macfarlane, 1998, p. 13).

O como el pintor Leonardo Da Vinci en el siglo XV decía que:

—~~as~~ cosas deseadas por la madre aparecen a menudo impresas en los miembros de aquel niño que llevaba en su seno en el momento de sentir deseo. Así pues deducimos que es una misma alma la que rige ambos cuerpos, y el mismo cuerpo alimenta a los dos”.¹

Diría Teichman (1984) que el *amor materno* es un descubrimiento del siglo XVIII ya que para antes de esa época, la sociedad no protegía la vida de un niño antes de nacer, ya que el tener hijos era cuestión del destino y de la naturaleza. (Citado por Salvatierra, 1989).

En el siglo XX la ideología psicosocial ante el embarazo ha cambiado, la incursión de la mujer en el campo profesional y laboral ha permitido que no solo la maternidad sea considerada como autorrealización, sino que la visión de logro y de satisfacción tiene otra perspectiva tanto profesional, laboral y material.

En el transcurso de este capítulo se analizarán los cambios fisiológicos que enfrenta la mujer embarazada durante el proceso de embarazo.

1.1 Fisiología del embarazo

El embarazo resulta ser un complejo proceso biológico en el cual suceden drásticos cambios fisiológicos, ocurriendo en un significativo contexto psicosocial, que implica un tiempo de cambios emocionales, adaptaciones y ambivalencias. (Morales, 1988).

En un primer momento, en el proceso de fecundación, que consiste en que los espermatozoides (gameto masculino) entran en el útero a través del cuello uterino y siguen ascendiendo a través de las trompas de falopio, mientras que el óvulo (gameto femenino), que se ha desprendido del ovario, desciende hacia el útero, y es en la trompa de falopio donde se produce el encuentro de los dos gametos: masculino y femenino y con ello queda realizada la fecundación.

¹ *Ibid.*, p. 14.

Una vez que se unen los gametos, en el proceso llamado concepción, crean una célula llamada cigoto que luego se duplica una y otra vez por división celular para convertirse en un nuevo ser.

Durante el desarrollo prenatal tiene lugar tres etapas de evolución: Etapa germinal; que va de la fecundación a las dos semanas, en esta etapa el cigoto se divide, se vuelve más complejo y se implanta en la pared del útero. Etapa embrionaria; de las 2 a las 8 semanas, en esta segunda etapa de gestación, se desarrollan con rapidez los principales órganos y sistemas corporales: respiratorio, digestivo y nervioso. Etapa fetal, durante este período el feto crece con rapidez hasta cerca de veinte veces su longitud previa y los órganos y sistemas corporales se vuelven más complejos.

Durante este proceso la mujer embarazada tendrá una serie de cambios fisiológicos, metabólicos, morfológicos y psicológicos, cuyo objetivo será proteger a un nuevo ser humano para su crecimiento y evolución concluyendo este proceso a las cuarenta semanas de embarazo (nueve meses) aproximadamente.

Para poder diagnosticar un embarazo es necesario que se presenten ciertos signos y síntomas en la paciente.

1.2 Síntomas y signos del embarazo

Por síntoma, se entenderá, aquella manifestación subjetiva que es percibida ante un embarazo. Y por signo, serán aquellas manifestaciones objetivas y evidentes que pueden ser observadas por un experto mediante una exploración y así confirmar o no que se tiene un diagnóstico de embarazo.

Los síntomas y signos de embarazo se clasifican en tres grupos. (Gant, 1995).

- A. Evidencia presuntiva
- B. Signos probables y
- C. Signos positivos

A. Evidencia presuntiva de embarazo:

La evidencia presuntiva de embarazo se basa en gran medida en síntomas subjetivos como:

Síntomas de embarazo:

1) Náuseas con o sin vómito. El embarazo se caracteriza por perturbaciones del aparato digestivo, manifestadas por náuseas y vómito, aunque no siempre se presenta vómito. Este síntoma suele aparecer hacia las seis semanas posteriores al último período menstrual, y desaparece de manera espontánea de 6 a 12 semanas después. En caso de presentarse estos síntomas después de la fecha estipulada sería conveniente analizarlo desde un enfoque psicológico.

2) Perturbaciones en la micción (orina). Durante el primer trimestre de embarazo, el útero en aumento, ejerce presión sobre la vejiga urinaria y causa polaquiuria (síntoma urinario). La frecuencia de la micción disminuye con forme aumenta el abdomen, suele reaparecer cerca del final del embarazo, cuando la cabeza fetal desciende hacia la pelvis materna.

3) Percepción de movimientos fetales. La actividad fetal suele reconocerse entre las semanas 16 y 20 de gestación, es la percepción que la paciente tendrá para confirmar su embarazo.

Signos de embarazo:

1) Cese de la menstruación. La ausencia de menstruación cobra significancia hasta 10 ó más días después del inicio esperado del siguiente período menstrual, es una indicación confiable de embarazo, cuando no se presenta un segundo periodo menstrual, la probabilidad es mucho mayor de un embarazo, aunque también puede interrumpirse por otros factores patológicos.

2) Cambios anatómicos en las mamas. El aumento de los senos es por la producción de leche.

3) Cambios de color de la mucosa vaginal. Se presenta con coloración azulosa o roja amoratada.

4) Aumento en la pigmentación de la piel y la aparición de estrías abdominales es común.

5) La creencia de la paciente de que está embarazada. Es fundamental, ya que será el motivo de consulta médica para poder confirmar dicha creencia y así empezar con un control médico.

B. Signos probables de embarazo

Estos signos incluyen:

1) Crecimiento del abdomen: hacia las 12 semanas de gestación, se puede palpar el útero a través de la pared abdominal, el útero aumenta de manera gradual hasta el final del embarazo.

2) Cambios en la forma, tamaño y consistencia: durante las primeras semanas de embarazo, el incremento en el tamaño del útero se limita, pero más adelante el cuerpo del útero es casi esférico.

3) Cambios anatómicos en el cuello uterino: durante las 6 u 8 semanas de embarazo, el cuello uterino con frecuencia se vuelve blando.

4) Contracciones de Braxton Hicks: el útero experimenta contracciones palpables tanto indoloras desde etapas iniciales del embarazo, estas contracciones pueden aumentar en número y amplitud cuando se da masaje al útero.

5) Peloteo: cerca de la mitad del embarazo, el volumen del feto es pequeño en comparación del líquido amniótico, y en consecuencia la presión súbita ejercida sobre el útero puede hacer que el feto se hunda en el líquido amniótico y luego rebote a su posición original.

6) Delineamiento físico del feto: durante la segunda mitad del embarazo, se logra palpar el contorno del cuerpo fetal a través de la pared abdominal materna y la delimitación del contorno se vuelve más fácil al acercarse a término del embarazo.

C. Signos positivos del embarazo

Están constituidos por:

1) Identificación de la función del corazón fetal: auscultando y observando las pulsaciones del corazón fetal se establece el diagnóstico de embarazo. El latido se puede detectar mediante un estetoscopio hacia las 17 semanas de gestación en promedio.

2) Percepción de movimientos fetales: cerca de las 20 semanas de embarazo se puede sentir movimientos fetales activos.

3) Reconocimiento ultrasónico: se demuestra un embarazo intrauterino normal mediante ecografía intermitente después de 4 a 5 semanas de amenorrea; hacia las ocho semanas se ve el encéfalo fetal, y la actividad cardíaca se detecta con un ultrasonido en tiempo real; para ese momento se puede estimar la edad gestacional en base a la longitud del embrión, de manera precisa.

Para poder llevar una evaluación adecuada y brindar una atención integral a la mujer embarazada, será necesario recibir atención prenatal durante y después del parto.

1.3 Atención prenatal

El control prenatal es la vigilancia periódica y primordialmente clínica de la paciente durante el embarazo. Su objetivo es asegurar que el embarazo culmine en el nacimiento de un niño (a) sano, sin deterioro en la salud de la madre, (Morales, 1999).

La atención médica se continuará después del parto, para asegurar el bienestar del binomio madre-hijo.

Dentro de las acciones que se realizan como medida de control y seguimiento, es la realización de un historial clínico, señalando el estado de salud de la madre y si existe riesgo perinatal, determinar la fecha probable de parto, determinar la edad gestacional, brindar orientación oportuna a la paciente sobre cambios fisiológicos, señalamientos de los signos de alarma en el embarazo (sangrado transvaginal, cefalea intensa, visión borrosa, dolor abdominal, vómito persistente, escalofríos, fiebre, salida de líquido por vagina y cambios importantes de la movilidad fetal). Así como asesoría en hábitos higiénico-dietéticos (dieta, ejercicio, relaciones sexuales, trabajo, entre otros).

Los cuidados obstétricos deben de promover la salud y el bienestar de las usuarias, no solo a nivel fisiológico, sino también a nivel psicológico y social. Y promover la calidad de los servicios y la calidez en la atención a las pacientes.

Aún las mujeres que gozan de una perfecta salud física y mental, la adaptación del organismo femenino a la serie de novedades que aporta el desarrollo de un embarazo, en mayor o menor grado, generan incómodos síntomas que la gestante padece como ansiedad. (Aguirre de Cárcer, 1989)

Durante la exploración física es frecuente que la paciente embarazada busque la escucha y la compañía de su médico, para tranquilizar dicha ansiedad; pero cuando esa ansiedad se considera patológica siempre será conveniente la atención de un especialista en el área de salud mental.

Hay que puntualizar que algunas mujeres experimentan síntomas muy marcados de ansiedad, de trastornos obsesivo-compulsivos y psicosis, lo que obviamente requerirá la atención profesional del psicólogo y del psiquiatra. (Sebastiani, 2004)

Sin embargo, se considera que son pocos los casos que realmente reciben atención emocional o que son canalizados a las instancias correspondientes, ya sea por la infraestructura de las instituciones o por la falta de cultura de salud mental en México.

Pero no solo los pacientes pueden apoyarse de la atención emocional, sino también el equipo perinatal (médicos, enfermeras, y personal de salud) puede auxiliarse de la atención psicológica, para aquellos casos de: malformaciones fetales, embarazos de alto riesgo, pérdida gestacional recurrente, patologías asociadas al embarazo, entre otros casos.

De hecho, la atención prenatal debería de empezar antes del embarazo. La asesoría previa permitiría que las mujeres y sus parejas tomaran conciencia sobre el deseo y compromiso de un embarazo, como la importancia de recibir en su dieta suficiente ácido fólico, asegurarse de estar vacunadas contra la rubéola, entre otros. Que la decisión del embarazo fuera compartida por la pareja, el tener la capacidad y madurez de concebir, amar, cuidar, educar, y todo aquello que un hijo (a) requiere. Además, la atención debe hacerse más accesible a las mujeres de escasos recursos y a las minorías.

Por lo tanto, la atención prenatal de alta calidad, que incluya servicios médicos, psicológicos, odontológicos, educativos, sociales y nutricionales, pueden ayudar a prevenir la muerte de la madre y del bebé y otras complicaciones del nacimiento. (Papalia, 2005).

1.4 Mortandad materna

La mortandad materna, es la muerte de una mujer debida a cualquier causa, mientras que esté embarazada o dentro de los 42 días que siguen a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y del sitio del embarazo y por cualquier causa asociada o agravada por el embarazo mismo o su manejo. (Rosenfield, 1994).

No se sabe con precisión cuántas mujeres mueren cada año por complicaciones del embarazo, aborto inducido y el parto. Un porcentaje elevado de mujeres que mueren son de clase social baja. En los países subdesarrollados, se notifican cifras que van entre 100 a 300 muertes maternas por 100 000 nacimientos. En contraste con los países desarrollados que reportan de 7 a 15 muertes por cada 100 000 nacimientos. (Ahued y cold., 2003).

Por ello, la mortandad materna es considerada un problema de salud pública, su trascendencia la ha convertido en uno de los indicadores del desarrollo económico de las naciones, del bienestar social alcanzado por la población y de la calidad y cobertura de los servicios de salud.

Cabe resaltar que las defunciones en México asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio representan la cuarta causa de muerte en mujeres entre 20 a 24 años de edad. Esta desventaja se amplía al entrecruzarse con situaciones de pobreza y marginación². Situación que se puede prevenir si la población ya sea derechohabiente o no a una institución médica pública, tuviera el acceso a la atención médica integral (medica-psicológica) durante la gestación.

Existen diversos factores que contribuyen a las tasas elevadas de mortandad materna, como: la salud de la mujer embarazada, el tipo de atención médica que puedan recibir y los aspectos psicosociales que influyen en el desarrollo del embarazo, parto y después del nacimiento del hijo (a).

En cuanto a la salud de la mujer embarazada podemos encontrar aspectos como: el embarazo de alto riesgo, patologías asociadas al embarazo como diabetes mellitus, hipertensión arterial, entre otros padecimientos, complicaciones asociadas al embarazo como hemorragias, infecciones y abortos inducidos, para los cuales son carentes e insuficientes los recursos humanos en la atención médica de urgencias, principalmente en los servicios públicos.

En lo referente al tipo de atención médica a la cual pueden tener acceso las mujeres embarazadas, dependerá de su situación socioeconómica; para los fines de esta investigación, nos enfocaremos en los servicios de salud pública en el Distrito Federal, a donde acuden personas no derechohabientes a un sistema de salud, en donde existe: escasez de personal capacitado y de recursos necesarios para la atención, carencia de servicios de planificación familiar, de atención prenatal y de partos y la falta de educación para la salud, que es un elemento fundamental para concientizar a las mujeres embarazadas y a sus parejas sobre la

² Estimación de la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2007.

importancia de la atención prenatal, el brindar información y consejería oportuna y eficaz.

Podemos encontrar que los factores psicosociales que influyen en la mortandad materna, son: la falta de deseo del embarazo, lo que puede provocar la falta de compromiso en la atención y vigilancia prenatal; falta de apoyo de la pareja o/y familia, esta falta de contención puede provocar que la mujer embarazada manifieste inconformidad, depresión, angustia, estrés, alterando así su estabilidad emocional y manifestándola a través de la falta de autocuidado.

La muerte materna se puede prevenir, sí, a nivel profesional, se les proporcionará a las pacientes un manejo adecuado dependiendo de su estado de salud (fisiológico y mental), evitar las demoras a su atención, brindar detección y tratamiento oportuno, referencia al servicio y a las instituciones correspondientes.

A nivel hospitalario, la mejor prevención sería, contar con los recursos humanos y materiales, necesarios para brindar una atención oportuna y eficiente a las mujeres embarazadas.

Tanto en el primer nivel de atención médica como en el servicio hospitalario público, fomentar la educación para la salud.

Zubirán (1998) señala que la educación para la salud debe de comprender la promoción, la prevención específica, la detección, la atención y la rehabilitación.

Por lo tanto el equipo de salud (médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeras y trabajadores sociales) deben de llevar a cabo una labor educativa permanente que permita a las mujeres embarazadas, a sus familias y por ende a la comunidad, apropiarse de su salud en forma responsable y comprometida, de esta manera se estará fomentando estilos de vida en donde el autocuidado sea un valor fundamental.

En cuanto a las pacientes, la muerte materna se pudiera evitar, si, ellas acudieran oportunamente a control prenatal y llevarán a cabo las indicaciones y los tratamientos recomendados, así como participar en los programas de educación para la salud en el embarazo.

CAPÍTULO II

PSICOLOGÍA DEL EMBARAZO

El embarazo no es solo una cuestión fisiológica, ya que va más allá del cuerpo. A nivel psíquico la mujer gestante afrontará una serie de crisis de maduración, en donde se reviven conflictos psicológicos de fases del desarrollo previas a la gestación. En caso de poder resolver dichos conflictos se logrará un crecimiento y una madurez psicológica. Si no se resuelve esa crisis, se puede desembocar en profundos y dramáticos cambios psíquicos en íntima correspondencia e interrelación con cambios somáticos y la mujer estará limitada para asumir su maternidad. (Bibring, 1961).

Se considera que este estado biológico causante de cambios físicos y químicos tiene gran influencia en las conductas y en las emociones de las mujeres, lo que produce la *personalidad de la embarazada* que se caracteriza por la introversión, pasividad y narcicismo, se cree que estas características están determinadas por el aumento de progesterona, así como de factores sociales y sobretodo psicológicos. (Arcelus y Fernández, 1988).

Se ha llegado a considerar que el embarazo es uno de los más profundos y poderosos deseos de la mujer y también del hombre, considerando este proceso como de autorrealización y que brinda a las mujeres y a los hombres la oportunidad de explorar nuevas direcciones en sus vidas.

Uno de los dichos populares mexicanos diría que un —embarazo, es una bendición” claro, siempre y cuando haya sido deseado y aceptado, sino este conllevará a la madre y al padre a una situación de inconformidad e incluso de repulsión.

En este capítulo se examinará los cambios psicológicos en diversas etapas del embarazo, que son inevitables como el hecho de que psíquicamente una mujer siendo madre ya no volverá a ser una unidad simple otra vez, o la crisis propia de la etapa de la vida en donde surja el embarazo, entre otros, que estarán presentes en el desarrollo de las etapas de la gestación incluso después del parto.

2.1 Etapas de la psicología del embarazo

Así como la madre influye a nivel fisiológico y psicológico en el feto; éste también influirá en la madre, ya lo señaló Hytten (1976) quien dijo, que una vez que el feto se ha engendrado entre las paredes uterinas de la madre, se dispone a asegurarse de que se satisfagan sus necesidades, sin preocuparse de las molestias que pueda ocasionar. Hace esto, alterando casi por completo la fisiología materna generalmente enredando con sus mecanismos de control. Por lo tanto, el feto es un egoísta, y en modo alguno un encantador e indefenso pequeñín, como su madre pueda pensar movida por su cariño.

Durante la evolución del embarazo, que es un proceso que dura nueve meses aproximadamente, en donde la mujer pasa por diversos cambios tanto fisiológicos como emocionales, van cambiando según la etapa, para poder diferenciar estas etapas se dividirán en tres trimestres, a continuación analizaremos estos cambios y cómo influyen en la estabilidad psíquica de la mujer embarazada dependiendo del trimestre de embarazo.

2.1.1 Primer trimestre de embarazo

Durante el inicio de esta etapa la mujer se enfrentará con la incertidumbre de que exista un embarazo ante la pérdida de la menstruación, acompañada por los cambios físicos como el crecimiento de los senos, el oscurecimiento de la areola, sensación de cansancio, la necesidad de dormir (desde el punto de vista psicológico, puede ser la manifestación de una regresión o depresión) y en ocasiones la presencia de náuseas y vómitos pueden sugerir que existe un embarazo el cual se confirmará posteriormente. Es normal que la mujer se sienta confundida y ambivalente ante sus sentimientos respecto al embarazo.

Se pueden presentar momentos de regresión e introversión que permitirán buscar una identidad como madre diferente y separada de su imagen materna. Situación que se puede observar en mujeres embarazadas que presentan preocupación asociada con la relación que tengan ellas con sus propias madres. (Arcelus y Fernández, 1988).

Los sentimientos ambivalentes que son centrales en esta etapa como el amor-odio, frustración-satisfacción, dependencia-relación, cercanía-distancia, que se pueden manifestar en un embarazo, pueden ser el reflejo de una relación entre la mujer embarazada con su propia madre, lo que puede provocar ansiedad, sentimientos de culpa y empieza una etapa de crisis. La capacidad de poder afrontar estas tensiones dependerá de la estructura de personalidad de cada mujer.

La ansiedad se puede asociar con el incremento de náuseas, vómito y cansancio; de manera inconsciente se puede presentar a través de sueños y fantasías de lo desconocido, del saber que existe un ser dentro de su cuerpo y que no tiene ninguna imagen de ese nuevo ser.

Ante estos sentimientos ambivalentes, se puede presentar culpa la cual puede estar asociada por las circunstancias bajo las cuales se dio el embarazo: el no ser un embarazo planeado, deseado, la situación marital y sentimental de la pareja.

Además, puede existir falta de contacto sexual con la pareja provocado por el malestar físico, por el temor de un aborto o por las diferencias entre la pareja.

Freud, señala que el vómito y la diarrea están asociadas con la percepción del rechazo y busca dar salida a éste a través de la sintomatología y así disociar lo bueno de lo malo dentro de ella, expulsando lo malo para quedarse con lo bueno, el hijo. (Citado por Soifer, 1971).

En este trimestre la atención médica integral incluyendo la atención psicológica sería favorecedora como herramienta de contención ante la serie de dudas y de confrontaciones en la mujer embarazada.

Sin embargo, no sucede, durante las observaciones y análisis previos sobre la atención prenatal pública y sobre todo en el desarrollo de esta investigación, se puede decir que en el primer nivel de atención médica pública, sólo se limita a una consulta médica de control prenatal y se deja a un lado la salud emocional que sería trascendental para el desarrollo del embarazo y estabilidad de la madre.

2.1.2 Segundo trimestre de embarazo

Atkin y Arcelus, consideran este período como el más estable a nivel emocional. El temor al aborto pasa y también disminuyen los malestares del inicio del embarazo como, las náuseas, cansancio, vómito, entre otros. (Citado por Zubirán, 1998).

La manifestación objetiva y visual es notoria por el aumento del abdomen y por los movimientos fetales que provoca la conciencia de un embarazo y la mujer puede diferenciar a ese ser que crece en su interior. Ese ser que antes era percibido y considerado como una extensión de la madre, ahora se puede mover sin ningún control de ella y va adquiriendo, en la fantasía, cierta personalidad.

Sin embargo, estos cambios pueden provocar regresión y temor en la mujer embarazada, pues surge la necesidad de búsqueda de la figura primaria de la que dependió (generalmente es su propia madre) quien tiene la experiencia de tener una hija (o) (hija que ahora está en el proceso de ser madre). Para superar esta regresión será importante el apoyo de la pareja y así la mujer se sentirá acompañada.

Por lo tanto, el hombre tiene la posibilidad de involucrarse más con el embarazo y de tener una posición más activa. Las manifestaciones tangibles del embarazo permiten al hombre empezar a identificarse con su rol de padre y con las sensaciones que esto le provoque.

La sexualidad a nivel pareja, por lo general se fortalece, existe aumento de lubricación vaginal en la mujer y en el flujo sanguíneo del útero y zona pélvica, lo que puede provocar que la respuesta sexual sea más rápida.

En cuanto a la ansiedad manifiesta puede estar relacionada con el temor al hijo que es un ser desconocido, junto con la responsabilidad que conlleva un embarazo el cual es más que obvio ante un vientre prominente.

La atención prenatal será fundamental, de hecho algunas mujeres que no aceptaron o que por cuestiones socioeconómicas no pudieron atender su embarazo desde el primer trimestre, es en éste en donde empiezan con su control médico, parte de los estudios que se les solicita es un ultrasonido que puede ser el medio para conocer a ese nuevo ser que está dentro de la madre.

2.1.3 Tercer trimestre de embarazo

Este trimestre puede vivirse con plenitud y orgullo, aunque se presenten momentos de ansiedad sobre todo relacionados con el parto y con el dolor.

La vida sexual se ve disminuida lo que puede provocar conflictos en la pareja, para ello, lo ideal sería que la pareja pudiera compartir sus inquietudes y miedos en conjunto.

Durante este trimestre, la energía psicológica de los padres se canaliza hacia el bebé, para lograr conceptualizarlo como alguien diferente e individual. A través de los preparativos de sus cosas, de su ropa y de su lugar, el niño va adquiriendo una imagen más clara y tangible.

La ansiedad se puede manifestar a través de sueños de bebés y niños en los que con frecuencia los bebés soñados se pierden o se confunden. Este tipo de ansiedad es por la incertidumbre de cómo vendrá el bebé, si será un niño sano, entre otras inquietudes. (Arcelus y Fernández, 1988).

La imagen corporal de la mujer está totalmente cambiada, provocando todo tipo de sentimientos como orgullo y horror. También el hombre se ve invadido por estos sentimientos. Los cambios corporales provocan malestar, incomodidad, dolor por los movimientos fetales y temor. A veces se presenta insomnio provocado por la ansiedad y por la incomodidad física.

Alrededor del octavo mes cuando el feto ha alcanzado su tamaño y peso final, provoca molestias físicas y puede surgir el temor de no poder llegar al término del embarazo y a que se tenga que adelantar el parto.

En las últimas semanas de embarazo se puede llegar a ver que hay mujeres muy activas, puede ser un mecanismo de defensa ante el temor de perder el control durante el trabajo de parto, temor a que algo salga mal y a la anticipación de la responsabilidad de ser madre.

En cuanto al trabajo de parto se puede vivir como el —semujer” y el sentirse orgullosa de ser mujer que además ya es madre.

En el parto existen perturbaciones de la percepción y de la conciencia, pérdida del raciocinio y perturbaciones del autocontrol. La individualidad, la autosuficiencia y la superestructura cultural se reducen.

Respecto al dolor, Salvatierra (1989) dice:

—A través del dolor, de la incertidumbre y miedo se produce una regresión de la mujer a su infancia, facilitando de este modo que el lento trabajo de reelaboración de sus conflictos, realizado a lo largo del embarazo, alcance una solución, emergiendo, tras el nacimiento, no solamente un nuevo ser, sino una mujer nueva”. (p.41).

Pero también puede existir la ambivalencia de no quererse sentir madre y de no poder afrontar dicha responsabilidad, con lo que puede desatarse durante el puerperio una serie de angustias, estrés y depresión postparto.

La atención del padre y de la familia puede volcarse hacia el hijo, quedando la madre a en un segundo lugar, provocando celos y confusión. Para poder afrontar esta crisis, dependerá de la estructura de personalidad que se tenga y del apoyo tanto de la pareja, familia e incluso del especialista (psicólogo) en la contención y acompañamiento que necesita la mujer que ya ha concluido con su embarazo y que ahora tendrá el rol y la función de madre.

2.1.4 Síntomas psicossomáticos en el embarazo

Tanto en el segundo como en el tercer trimestre de embarazo, el diagnóstico médico puede detectar alguna patología asociada al embarazo, que en términos psicológicos tienen diversas interpretaciones. (Soifer, 1971).

Hipertensión Arterial: Reacción defensiva frente a la disminución fisiológica de la presión sanguínea. Esta reacción corresponde a una fantasía inconsciente de muerte, es un síntoma transaccional, si bien puede llegar, en estados más paranoides a presentar características graves.

Lipotimias: Este tipo de desmayos pueden originar fantasías de vacío y aniquilación.

Diarreas: Es el mecanismo psíquico de la expulsión de un perseguidor. Tiende a desaparecer una vez que se ha completado el proceso y que el cuerpo de la mujer se ha adaptado al cambio.

Estreñimiento: Es la defensa contra la sensación de vaciamiento, su finalidad inconsciente es la fantasía de retención del feto.

Edemas y aumento excesivo de peso: Defensa incorporativa y retentiva contra la ansiedad de vaciamiento. Aparece preferentemente en personalidades con una fuerte estructura narcisista, de tipo infantil inmaduro e intensa fijación y dependencia de la propia madre. Con frecuencia se presenta en personas que han pasado por eventos dramáticos o traumáticos en su infancia, en las que, a menudo, han perdido tempranamente a la madre.

Calambres: Fantasías inconscientes terroríficas de ser atacadas físicamente. Representan tanto el temor al hijo en sí, como al parto doloroso y traumático.

Durante la atención prenatal, la mujer embarazada que presenta algunos de estos síntomas, lo manifestará con su médico tratante, el cual se limitará al diagnóstico fisiológico y muchas de las veces el aspecto psicológico se dejará a un lado, y como consecuencia se incrementará el riesgo de embarazo, provocando

amenazas de aborto, amenaza de parto prematuro y un trabajo de parto traumático y doloroso, incluso puede provocar muerte materna.

2.2 Atención psicoterapéutica en el embarazo

En México la estadística de trastornos mentales durante el embarazo y puerperio es poco clara, sin embargo, se observa un incremento en la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa. (Espíndola- Hernández et al., 2006).

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, refiere que 11.6% de las mujeres han padecido algún tipo de trastorno mental. (Medina-Mora, 2003).

Desde el punto de vista psicoterapéutico, existen tres modelos de intervención para el tratamiento de la mujer embarazada con algún trastorno mental; la psicoterapia cognitiva, la psicoterapia interpersonal o psicodinámica (psicoanálisis) y los tratamientos farmacológicos. Estos tres modelos de intervención son en los que se ha generado la mayor evidencia clínica. (Espíndola- Hernández et al., 2006).

Freud consideraba que el tratamiento psicoanalítico podía otorgarse cuando una persona transitara por una crisis, enfermedad o durante períodos fisiológicos con cambios dramáticos en el curso del ciclo vital femenino como la menarca, el embarazo y la menopausia. (Citado por Vives y Lartigue, 1994).

En la década de los sesentas Bibring inició formalmente la investigación psicoanalítica sobre el embarazo, en donde se postuló, que la gestación es una etapa crítica del ciclo vital femenino y que puede estar constituida por profundos y dramáticos cambios psíquicos con correspondencia en los cambios somáticos.

La finalidad del tratamiento psicoterapéutico es analizar los conflictos inconscientes que se activan durante el embarazo, y hacer una elaboración de conflictos del pasado remoto tanto edípicos como preedípicos, entre los más importantes están:

- La posibilidad de elaboración de la relación de la gestante con su madre y las vicisitudes de su identificación femenina.
- La elaboración de la envidia del pene y del conflicto en la relación con el padre.
- La resignificación de la estructura narcisista y del ideal del yo.
- La reedición de la separación-individuación, del complejo de castración y del masoquismo femenino.
- Indagar el tipo de afrontamiento ante las pérdidas. Se ha visto que ante una pérdida significativa, el embarazo surge como medio de sostén ante la depresión y la soledad.
- Y la trascendencia de la transferencia.

Vives y Lartigue, consideran que la mujer embarazada necesita una estructura que le brinde apoyo y comprensión a través de la focalización de temas como la ambivalencia, las ansiedades y fantasías durante la gestación, mitos y distorsiones en la información previa sobre el proceso mismo y sus vicisitudes; por lo que la psicoterapia actuaría:

- Corrigiendo las innumerables distorsiones en la información y cultura reproductiva de la mujer embarazada.
La elaboración consecutiva a la reactivación de toda la gama de teorías psicosexuales infantiles.
- Favorecer la creación del vínculo materno-infantil.
- Superar las resistencias, bloqueos y aquellos elementos de fantasía.
- Facilitar la creación de un espacio emocional para el futuro bebé en el psiquismo de la madre el "nicho psicológico".
- Y promover el desarrollo de las funciones maternas.

Hay que señalar que el favorecer el proceso de identificación de la mujer embarazada con su propia madre puede provocar la resolución exitosa de ésta crisis. Este nivel madurativo la incorporará a las funciones maternas como parte de su identificación femenina y al nacer el bebé contará con una —evoltura

libidinal” que funcionará como un primer organizador del psiquismo para un desarrollo armónico e integral.

El estado de ansiedad por la que pasan tanto la mujer como el hombre durante el embarazo puede ser pasajero o prolongarse a veces en forma de fobias agudas, hipocondrías y depresiones. Hay que tener en cuenta de que el embarazo actúa en una forma de tensión no determinada y que la reacción de la mujer y del hombre dependerá del rasgo de personalidad que se tenga.

Hay mujeres que consideran al embarazo y al parto como una —enfermedad” y adoptan el papel de —enfermas”, no hay que confundirlas con quienes sí, tiene un padecimiento fisiológico como diabetes mellitus gestacional, hipertensión arterial entre otras enfermedades. El —papel de enferma” las exhorta de responsabilidades y las depositan en los otros (familiares y médicos) y sí esta postura se fortalece a través de la mirada del otro, la mujer ocupará un lugar subordinado. A decir de Salvatierra (1989) esto significa colocar el —locus de control” fuera de la mujer, que se torna más susceptible a cualquier acontecimiento. El estrés es permanente y cualquier incidente plantea la necesidad de consulta médica, de medicación e, incluso de ingreso hospitalario.

En algunas ocasiones las mujeres desmienten preocupaciones y miedos ante el embarazo y la maternidad, lo cual no es normal, esta actitud solo encubre defensas de tipo neurótico y conducen a manifestaciones somáticas y complicaciones. Es preferible que la gestante afronte y se haga cargo de su realidad. Como observa Chalmers (1984)³ que esta actitud es acompañada de cierto grado de ansiedad beneficiosa. Un nivel moderado de ansiedad- estado favorece el afrontamiento de la situación.

Po lo tanto, la psicoterapia es una herramienta adecuada para la contención y abatimiento de diversos síntomas, además de brindarle a la paciente la percepción de retomar el control de sus emociones y la posibilidad de modificar su

³ Ibíd.

sufrimiento, la sensación de vacío y la confusión. Y así brindar una alternativa para el disfrute del embarazo.

El trabajo analítico se puede continuar después del embarazo para darle seguimiento y sobre todo contención a la mujer, durante el puerperio, ya que en este período se puede presentar depresión y estrés post-parto.

CAPÍTULO III

ANSIEDAD

En la literatura psicológica, psicoanalítica y psiquiátrica podemos encontrar textos que utilizan los términos angustia y ansiedad como sinónimos, incluso la real academia de la lengua española define a la angustia como: aflicción, ansiedad; temor opresivo sin causa precisa; dolor y sufrimiento. Y por ansiedad: angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

Para los fines de esta investigación se utilizará el término de ansiedad; sin embargo, se respetará la terminología de los autores revisados.

La ansiedad es considerada como un sistema de alerta del organismo ante situaciones consideradas amenazantes, cuya función será advertir y activar al organismo, movilizarlo, frente a situaciones de riesgo real o imaginario, de forma que pueda salir de ellas. (Baeza, 2008).

Un nivel considerado de ansiedad participa en la vitalidad de los actos, la creación, resulta un motor para la vida, ya que estará presente el deseo. Sin embargo, la ansiedad disfuncional puede alterar el estado de salud y bienestar ocasionando molestias o dolencias, que suponen un sufrimiento y limita la capacidad de disfrute de las personas que la padecen.

En el modelo biopsicosocial la ansiedad está inmersa en los factores:

Biológicos: Genéticos, fisiológicos y bioquímicos.

Psicológicos: Pensamientos, emociones, procesamiento de la información, aprendizaje, personalidad y estrategias de afrontamiento.

Sociales: Influencias del grupo y cultura.

Los tres sistemas están estrechamente relacionados, de modo que un cambio en uno de ellos implica cambios en el resto.

Por lo tanto, la ansiedad puede ser desencadenada, tanto por situaciones o circunstancias externas, como por estímulos internos de la persona, tales como pensamientos, sensaciones, cambios del organismo entre otros. Como sucede en el proceso de adaptación y desarrollo de un embarazo.

En el desarrollo de este capítulo se revisarán las características, posturas teóricas sobre la ansiedad y su vínculo con el embarazo.

3.1 Definición de ansiedad

La ansiedad es considerada como una emoción universal y surge cuando el individuo percibe una situación peligrosa o amenazante, facilitando la respuesta del individuo ante distintas situaciones de peligro al prepararle para la acción y facilitar el afrontamiento, lo que le otorga un gran valor adaptativo. (Miguel- Tobal y Cano –Vindel, 1997)

Lacey (1967) y Lang (1968). Refieren que la ansiedad implica la actuación de distintos tipos de respuesta. (Citado por Palmero, 2002).

Tipos de respuesta:

Cognitivo: Genera aprensión, inseguridad y temor.

Fisiológico: Existe aumento en la frecuencia cardiaca, tensión muscular y sudoración.

Expresivo motoras: Hay movimientos repetitivos, cambios en la expresión facial y conductas de evitación.

Por lo tanto, la ansiedad es algo que se sitúa en nuestro cuerpo, es el sentimiento que surge de esa sospecha que nos embarga de que nos reducimos a nuestro cuerpo. Lacan (1991) diría que es un miedo al miedo.

En el campo psicoanalítico se dice que la ansiedad es un afecto que surge a partir de ciertas confrontaciones críticas con del deseo del Otro, es decir, el deseo es del

Otro y por lo tanto, el sujeto entra en una ansiedad al no lograr la satisfacción del mismo. Y es así como, la ansiedad está estrechamente vinculada a la falta central del sujeto, que se articulará como castración simbólica y que puede llegar a manifestarse cuando el sujeto encuentra el deseo del Otro en el camino de su propio deseo. (González, 1993).

Por eso, la ansiedad se experimenta como una premonición de una emoción, destacando así que está conectada con una experiencia emocional inminente, y poniendo en relieve su índole desconocida. Es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, efímero, indefinido, carente de objeto exterior. A diferencia del miedo que es un temor con objeto, específico y concreto. (Bion, 1966).

Por ello es necesario diferenciar los tipos de ansiedad que existen y cómo pueden influir en la vida de las personas.

3.1.1 Tipos de ansiedad

Ansiedad existencial: No es patológica, la presentamos la mayoría de las personas. Es aquella que proviene de la inquietud de la vida y nos pone frente a frente con nuestro destino, con la muerte, con el desconocimiento. Y se puede enfrentar constructivamente a nivel consciente.

Ansiedad exógena: Es el estado de amenaza inquietante producido por estímulos externos de muy variada condición: conflictos agudos, súbitos, inesperados, situaciones que generen tensión emocional, por ejemplo, las crisis de identidad personal, problemas que provienen del medio ambiente entre otras circunstancias.

Ansiedad endógena: Es la ansiedad propiamente dicha, proviene de sentimientos vitales, en donde influye lo somático y lo psicológico. La produce el organismo, y se deriva en un trastorno psicofisiológico de estructuras cerebrales implicadas en la regulación de la vida emocional.

Rojas (2002) considera que cuando una ansiedad es muy intensa y dura mucho tiempo, se producen manifestaciones físicas disfuncionales importantes, que a la

larga, constituyen el entramado de la patología y de las manifestaciones sintomáticas.

3.1.2 Manifestaciones sintomáticas de la ansiedad

La sintomatología suele ser variada, no en todas las personas se presentan los mismos síntomas, ni estos la misma intensidad. Dependerá de cada persona según su predisposición biológica y psicológica. La clasificación según Baeza (2008) la encontramos en los aspectos:

- **Físicos:** Se presenta a través de taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, sensación de nudo en el estomago, sensación de obstrucción en la garganta, agarrotamiento, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad, puede existir alteraciones en el sueño, la alimentación y la respuesta sexual.
- **Psicológicos:** Puede existir, inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos extremos, temor a la muerte, a perder la razón e intentos de suicidio.
- **De conducta:** A través de un estado de alerta e hipervigilancia, inhibición, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad y lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro y duda.
- **Intelectuales o cognitivos:** Se puede manifestar por medio de dificultad en la atención, concentración y memoria, aumento de descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e

inoportunos, incremento de las dudas y sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo experiencias desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas y susceptibilidad.

- Sociales: Por medio de la irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación en unos casos y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o de responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos.

Las manifestaciones sintomáticas permiten poder clasificar los trastornos de ansiedad.

3.1.3 Trastornos de ansiedad

Podemos encontrar en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR la clasificación del trastorno de ansiedad en la siguiente tabla.

Trastorno	Características
Crisis de angustia (ansiedad) (panic attack)	Aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.
Agorafobia	Comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil, o bien donde sea imposible encontrar ayuda.

Ansiedad generalizada	Preocupación excesiva que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones.
Fobias específicas	Respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
Fobia social	Respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
Trastorno obsesivo-compulsivo	Obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).
Estrés postraumático	Reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

La gravedad de los trastornos de ansiedad se mide fundamentalmente por dos parámetros: el sufrimiento y la incapacidad que generan; siendo más graves los que originan más problemas de salud e implican mayores limitaciones para quien los padece.

Los trastornos de ansiedad pueden estar estrechamente vinculados con otros padecimientos como la depresión y el estrés.

3.1.4 Ansiedad y depresión

La depresión es una afectación del estado de ánimo caracterizada por sentimientos de tristeza, desilusión, desesperanza, culpa, inferioridad y falta de energía.

La ansiedad es un proceso adaptativo que guarda relación con el sistema de defensa del organismo ante riesgos o amenazas, el estado de ánimo se asocia con los sistemas de conservación y regulación de la energía del organismo, es decir, los relacionados con la motivación, la búsqueda y el mantenimiento de metas y resultados, y la activación necesaria para ello.

Un 70% de las personas con trastornos depresivos refieren ansiedad de diferentes grados y tipos. Un porcentaje todavía mayor de personas que sufren trastornos de ansiedad, terminan por presentar también sintomatología depresiva de diversa consideración. (Baeza, 2008).

Mientras que en la ansiedad predomina el temor, en la depresión predomina un sentimiento de vacío existencial.

Se estima que de un 4 a un 12% de las mujeres embarazadas presentan cuadros depresivos, los cuales pueden prevalecer o reactivarse después del parto. (Sebastiani, 2004).

La ansiedad puede propiciar la aparición de sintomatología depresiva, y esta, a su vez, retroalimenta la ansiedad. Cuando las manifestaciones depresivas son secundarias al trastorno de ansiedad, suelen ir desapareciendo a medida que se mejora el trastorno primario principal.

3.1.5 Ansiedad y estrés

Selye (1936) refiere que el estrés es una respuesta global, total y automática del ser humano ante las exigencias externas e internas que no se pueden controlar armónicamente, las cuales amenazan su equilibrio homeostático. (Citado por Baeza, 2008).

A pesar de que el estrés sea un mecanismo adaptativo, cuando se está sometido a condiciones estresantes de elevada intensidad y duración, es muy probable que se convierta en disfuncional, interfiriendo en el desempeño de la persona y transformándose además, en un problema de salud, provocando alteraciones psicofisiológicas (sueño, alimentación y sexualidad); emocionales (ansiedad y depresión); neurovegetativas (taquicardia, dolencias musculares y molestias digestivas); del rendimiento intelectual (concentración y memoria); debilitamiento del sistema inmunológico (mayor riesgo de infecciones).

La ansiedad elevada genera estrés. A su vez, el estrés es una de las fuentes más comunes de ansiedad.

Para conocer más sobre la ansiedad, es necesario revisar las posturas teorías de este trastorno.

3.2 Teorías de la ansiedad

Desde diferentes posturas teóricas se ha estudiado a la ansiedad como una emoción universal y como un sistema de alarma del organismo ante situaciones percibidas como amenazantes. En el campo de la psicología, se ha tenido el objetivo de explorar como la ansiedad puede influir en los sentimientos, pensamientos y comportamientos de las personas.

Existen diferentes enfoques psicoterapéuticos que brindan tratamiento a las personas que presentan ansiedad. Aunque los enfoques teóricos puedan tener una perspectiva un tanto diferente, todas tienen el mismo objetivo, que es el poder otorgar contención y apoyo psicológico a las personas y así eliminar, modificar o retardar síntomas existentes y promover el crecimiento y desarrollo de la persona para el disfrute de su vida.

A continuación se presentan las teorías más representativas en el campo de la ansiedad.

3.2.1 Teoría existencialista

Para el Movimiento Existencialista, la ansiedad es la aprensión producida por la amenaza a algún valor que el individuo juzga esencial, en donde la persona es quien valora e interpreta su vida y su mundo en términos de símbolos y significados e identifica esto con su existencia como Yo. La génesis de la ansiedad reside en la amenaza a los valores, ya sea a la vida física y/o psicológica o a algún otro valor como el patriotismo o el amor. También diferencian la ansiedad del miedo argumentando que: la ansiedad toca el nervio vital de la propia estima, en cambio, el miedo es una amenaza contra la periferia de la existencia en donde la ansiedad es ontológica y el miedo no. (May, 1968).

3.2.2 Teoría conductista

Según el Conductismo la ansiedad se clasifica simplemente como: una conducta que se manifiesta cuando un estímulo precede de manera característica a un estímulo aversivo con un intervalo de tiempo suficientemente grande para permitir observar cambios en la conducta. (Hollander, 2004).

Los teóricos conductistas no diferencian entre miedo y ansiedad ya que ambos se manifiestan fisiológicamente de la misma forma. Y afirman que la ansiedad perturba el funcionamiento y no parece servir a ningún fin práctico.

En el conductismo se utilizan diversas técnicas para tratar las crisis de ansiedad como: El control de la respiración para evitar la hiperventilación aguda y crónica, la exposición a estímulos somáticos, en general siguen una jerarquía de exposición a las sensaciones temidas mediante ejercicios de imaginación, y el entrenamiento para la relajación. Este tipo de intervenciones pueden controlar la ansiedad. Sin embargo, no indagan los conflictos inconscientes que generan la ansiedad.

3.2.3 Teoría cognitiva

El enfoque Cognitivo distingue la ansiedad del miedo, afirmando que la ansiedad es un proceso emocional y el miedo es un proceso cognitivo. El miedo involucra

una apreciación intelectual de un estímulo amenazante; y la ansiedad involucra una respuesta emocional a esa apreciación. Los individuos que experimentan ansiedad tienden a sobreestimar el grado de peligro futuro y la probabilidad de daño.

Beck (1985) señala que el tratamiento cognitivo de las crisis de angustia se centra en una reestructuración cognitiva más intensa, que permite al paciente aprender una interpretación más benigna, con menos sentimientos de catástrofe, de los afectos y sensaciones físicas desagradables asociadas a las crisis. (Citado por Hollander, 2004).

Aunque las teorías del aprendizaje tienen una sólida base en las investigaciones experimentales en animales, no parece que expliquen de forma adecuada por sí solas la patogenia de los trastornos de ansiedad en los humanos.

Las terapias cognitivo-conductuales han tenido éxito. Sin embargo, no se analiza y tampoco se profundiza sobre el origen o los elementos influyentes para que se genere una ansiedad. Por lo que la teoría psicoanalítica será útil para la identificación del conflicto y hacer una introspección adecuada del caso. En el siguiente punto se profundizara más sobre esta postura teórica.

3.2.4 Teoría psicoanalítica

El Psicoanálisis propuesto por Freud, proponen que la ansiedad puede ser un estado o un rasgo de la personalidad. Esto es porque no solo es un fenómeno conductual o cognoscitivo, sino un fenómeno psíquico que puede tener su génesis en un evento o situación temprana, pero tendrá una manifestación tardía. A continuación se mostraran algunas de las propuestas más importantes.

Klein considera a la ansiedad como la respuesta del Yo a la actividad del instinto de muerte. Cuando el instinto de muerte es deflexionado, la ansiedad toma dos formas principales: ansiedad paranoide y ansiedad depresiva.

La ansiedad paranoide: Es la proyección del instinto de muerte en un objeto, a los que entonces se siente como perseguidores. La ansiedad se refiere a que estos perseguidores lleguen a aniquilar al Yo y al objeto ideal, lo que origina la posición esquizo-paranoide. Y la segunda forma, la ansiedad depresiva está motivada por la posibilidad de que la propia agresión aniquile al propio objeto bueno y el Yo se siente amenazado por el objeto. (Citado por Segal, 2006).

Freud (1916-1917) en su conferencia sobre La angustia, distingue tres conceptos básicos entre ansiedad, miedo y terror, en donde, éste último parece tener un sentido particular, afecto en donde hay peligro en el campo de lo real. Mientras que el miedo dirige la atención hacia el objeto y la ansiedad se refiere al estado y prescinde de un objeto en específico en el campo de lo imaginario.

Ya antes, Freud (1886-1899) en su Manuscrito E ¿cómo se genera la angustia? consideraba a la ansiedad como la sensación producida por la acumulación de un estímulo endógeno diverso, con una tensión física acumulada en general, tensión psicosexual, aun cuando entre en procesamiento psíquico.

Además identificó tres tipos de ansiedad en los que encontramos:

Ansiedad objetiva o ansiedad de la realidad: Miedo real que experimenta la persona; el Yo⁴ es amenazado por un factor externo.

Ansiedad neurótica: El Yo siente peligro al perder el control sobre un deseo inaceptable para el Ello.

⁴ En la segunda tónica de la teoría de la personalidad Freud distingue tres dimensiones:

El Ello: Es el receptáculo de los instintos y de la libido (energía psíquica manifestada por los instintos) y opera a través del principio del placer.

El Yo: Es la parte racional de la personalidad, percibe y manipula el medio ambiente desde el principio de la realidad y así establecer restricciones a los instintos del Ello.

El Superyó: Es el aspecto moral de la personalidad, la interiorización de valores y normas sociales y sobre todo parentales lo que conformaran un ideal del Yo.

Ansiedad moral: Existe un conflicto entre el Yo y el Superyó. El Yo intenta equilibrar los impulsos del Ello, las demandas del Superyó y las realidades del mundo externo.

La función principal del Yo es afrontar las amenazas y defenderse contra los peligros y así reducir la ansiedad, utilizando diversos mecanismos de defensa como por ejemplo:

Represión: Proceso de impedir pensamientos, sentimientos o impulsos inaceptables que alcancen la consciencia.

Negación: Cuando la realidad de una situación provoca una ansiedad extrema, el individuo insiste en que las cosas no son como aparecen.

Desplazamiento: Un impulso amenazador o inaceptable es canalizado a ser redirigido de su fuente original a un blanco no amenazador. Es un medio inconsciente para evitar el reconocimiento de que uno tiene sentimientos inapropiados, esos sentimientos son desplazados hacia otra cosa o persona.

Racionalización: Genera razones aceptables para los resultados que de otra manera podrían parecer inaceptables desde el punto de vista social. La meta es reducir la ansiedad llegando a una explicación para un evento que es más fácil de aceptar que la razón real, una característica son los comportamientos excesivos o persistentes.

Proyección: Atribución de rasgos, deseos y cualidades inaceptables en otros.

Sublimación: Canalización de instintos sexuales o agresivos inaceptables en actividades sociales deseables.

Fijación: La frustración y la ansiedad de la siguiente etapa psicosexual son tan grandes que el individuo permanece en su nivel presente de desarrollo psicosexual.

Regresión: Es el regreso a una etapa que antes proporcionó una gran cantidad de gratificación, está puede ocurrir después de una frustración extensa.

En el psicoanálisis freudiano encontramos tres etapas del desarrollo de la teoría de la angustia. (Emanuel, 2001).

Freud, en una primera etapa consideraba que la angustia no se vinculaba directamente a los pensamientos o ideas, sino que era el resultado de la acumulación de libido o energía sexual producida por la abstinencia o por una excitación sexual no descargada, por lo que la libido no manifestada se quedaba —estancada” y se transformaba en ansiedad y la forma de liberar este bloqueo era a través de la práctica sexual y así recuperar la homeostasis y el placer.

En un segundo momento se planteó que los deseos e impulsos sexuales inaceptables provenientes del Ello primitivo entraban en disputa con las normas sociales y que la persona lo interiorizaba a través del Superyó, por lo que el Ello y el Superyó reprime las ideas conectadas con las pulsiones. Dicha energía es ligada a la idea y se puede utilizar para otros fines por medio de la sublimación (mecanismo de defensa) lo que estimulará la represión en ansiedad.

En un tercer momento estipuló que el tipo más primitivo y primario de la ansiedad se vincula a una experiencia traumática, en donde la persona fue invadida por un monto avasallador de tensión pulsional y que puede causar la aniquilación. Es la reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una afluencia de excitaciones de origen externo o interno, que es incapaz de dominar. (Laplanche y Pontalis, 1993).

Es por ello que el individuo se defiende de esta ansiedad automática creando una angustia-señal, que actúa de modo de advertencia contra la posible aparición de aquélla, o sea, contra el temor a la aniquilación. Y se refleja a la tensión corporal o mental, y las señales que el organismo recibe de esta manera le permiten iniciar una acción defensiva frente al peligro percibido.

Un símbolo importante de una ansiedad más profunda se presenta mediante las fobias, (ataque de pánico ante un objeto, un animal, una disposición del espacio, que actúan como señales de ansiedad). Por ejemplo, en las mujeres gestantes podemos encontrar casos de temor ante el embarazo.

En otros casos la ansiedad es ligada en casos de autoagresión, como provocarse dolores o infligiéndose heridas con instrumentos cortantes. Por ejemplo, existen mujeres embarazadas que utilizan ropa sumamente ajustada o se vendan el vientre tanto para ocultar el embarazo, o como medio de autoagresión, la falta de atención prenatal y de cuidados personales se puede considerar como una acción embestida.

Para Freud, una de las principales causas de ansiedad es la pérdida de un objeto amado. Suelen ser frecuentes los embarazos en un proceso de duelo por la muerte de un ser querido o durante el proceso de separación conyugal.

La ansiedad es una afectación que se manifiesta según Yospe (1999) a través de:

- El Síntoma:

Histeria: Se presentan síntomas físicos o con resonancia en el cuerpo como cefaleas, desmayos, vómitos, tos, entre otros.

Fobia: Son las respuestas de evitación, enclaustramiento o distanciamiento, impedimentos y restricciones. Es el reforzamiento de la función paterna.

Neurosis obsesiva: El pensamiento es bombardeado por ideas compulsivas de culpa, duda, autoreproches y sensación de estar en deuda. Se realizan actos o ceremoniales con gran nivel de fijeza y reiteración.

Paranoides: Respuestas agresivas y demandantes.

- La Acción:

Acting-out: Acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo y que adaptan a menudo una forma agresiva.

Acting: Búsqueda de respuestas, a través de una actuación, hay un reclamo tajante de algo que ni la misma persona sabe.

Pasaje al acto: Precedido por una dificultad máxima de resolver la situación de acuerdo al deseo, y sin confiar en el sostén ni la ayuda de nadie, el sujeto sale expulsado de la escena de conflicto, para no saber más nada de él, aun al precio de su propia vida, por ejemplo el suicidio o los intentos de suicidio.

Estas son tan solo algunas de las soluciones fallidas de la salida de la ansiedad y la propuesta del psicoanálisis es —pasar de la ansiedad a la palabra”, lo que implica salir del auscultamiento de un vacío a escuchar lo que se dice, articulando las escenas a significantes, reinstalando un límite que permita transformar la ansiedad en actos y no en actuaciones, en permitir que se tramita el duelo si lo que está en juego es una pérdida, o que circule a la manera de la creación, como espontáneamente lo hacen los artistas.⁵

Por ello la terapia psicodinámica (psicoanálisis) es una alternativa primordial para trabajar con pacientes que presentan ansiedad en el embarazo.

3.3 Ansiedad-estado y ansiedad-rasgo

Spielberger (2002) autor del Inventario de Ansiedad rasgo-estado (IDARE) conceptualiza a la ansiedad como:

Ansiedad-estado: Se refiere a una condición o estado emocional transitorio de los seres humanos en donde hay sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

Este estado puede variar según la intensidad y a través del tiempo; es la respuesta de miedo más inmediata y está acompañada por los síntomas físicos característicos de la ansiedad somática como: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, sensación de sofoco, disnea, respiración rápida, náuseas, vómito, diarrea, molestias estomacales, enuresis, impotencia sexual, tensión muscular, temblores, hormigueo, dolor de cabeza, sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos entre otros síntomas.

⁵ *Ibíd.*

El nivel de ansiedad-estado debería ser alto y en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazante y bajo en situaciones no amenazantes o no percibidas como tales.

Ansiedad-rasgo: Son las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es la forma en cómo las personas responden a situaciones percibidas como amenazantes, es la disposición a la preocupación, a estar tenso y a interpretar las situaciones estresantes como cargadas de amenaza.

La ansiedad-rasgo es una característica de personalidad relativamente estable a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones; es la tendencia de las personas a reaccionar de forma ansiosa, tienden a percibir un gran número de situaciones como peligrosas o amenazantes y a responder a estas situaciones amenazantes con manifestaciones intensas de ansiedad, tienden a sobrevalorar los riesgos y minusvalorar sus propios recursos, impresionables, aprensivas, que necesitan muchas señales de seguridad para tomar decisiones o sentirse tranquilas y normalmente prefieren las situaciones conocidas y previsibles a las nuevas.

Una persona con un nivel elevado de ansiedad-rasgo presenta, por regla, una ansiedad-estado también elevada. Sin embargo, una persona con un nivel de ansiedad-rasgo bajo puede mostrar de forma puntual reacciones de ansiedad de elevada intensidad ante situaciones que perciba como amenazantes.

3.4 Ansiedad y embarazo

Leifer (1977) en un estudio realizado, encontró que pocas mujeres permanecen conscientemente tranquilas a lo largo del embarazo. Observó que las gestantes con gran deseo de un hijo, muy ligadas emocionalmente con el feto, tienen a enfocar su ansiedad sobre el niño, mientras que las que no tienen gran deseo, con una ligación moderada, expresan ansiedad mixta acerca de ellas mismas y de su hijo. En otros estudios se ha concluido que las mujeres que se encuentran con

mayor tensión emocional es cuando el hijo y por ende el embarazo no son deseados. (Citado por Salvatierra, 1989).

Además de la falta de planeación y de deseo, existen otras fuentes que pueden resultar estresantes y por ende generadoras de ansiedad en el embarazo, dentro de estas encontramos:

- Problemas de salud de la propia mujer: Ya sea una patología anterior al embarazo o que se haya generado a través de éste como, la diabetes mellitus gestacional, hipertensión arterial, virus de papiloma humano, VIH/SIDA, entre otros.
- Situación laboral y / o económica: La dependencia económica, la falta de recursos económicos y despidos laborales.
- Condiciones de vivienda: La falta de vivienda propia genera inestabilidad.
- Apoyo familiar: La falta de apoyo familiar y / o de la pareja generan desánimo.
- Relación marital: Situación sentimental, sexual, falta de apoyo y compromiso de la pareja, ruptura amorosa o separación.
- Atención médica: La falta de atención médica de calidad, atención prenatal carente de profesionalismo, falta de recursos económicos para recibir atención.

Standley y cols⁶. Sugieren que el estrés del embarazo y por lo tanto la ansiedad se reducen dependiendo de la edad y de la madurez de la paciente en la planeación de la gestación.

Sin embargo, la ansiedad manifestada en un embarazo no depende de la edad de la mujer aunque si sea influyente en la estabilidad y madurez emocional.

Las pacientes que presentan ansiedad durante el embarazo, suelen sentirse bastante afectadas y durante el proceso pueden presentar sintomatología bastante extraña.

Por ejemplo, los síntomas somáticos en los comienzos del embarazo, que son determinados hormonalmente, resultan con frecuencia grotescos en su expresión

⁶ Ibid.

lingüística. Así, el dolor de cabeza, puede ser descrito, como una sensación, como si el cráneo hubiera sido invadido por un ejército de gusanos o serpientes, lo que representa una sensación de miedo inminente. (Linford, 1974).

La imagen corporal que la mujer tiene de sí misma, también juega un papel importante a nivel cognitivo. Ansaldo y Schelotto(1979) decían que las mujeres no están satisfechas con su propio cuerpo, por ejemplo; los genitales, son una “zona de sombra”, sobre la que la mujer tiene ideas confusas, e incluso, las contempla como partes vergonzosas y sucias. Las satisfechas con su apariencia temen que el embarazo y la lactancia deterioren su belleza. Todas en general, tienen inseguridad y deformaciones cognitivas acerca de su útero, del canal vaginal y del proceso del parto, tienen miedo a ser lastimadas, sobre todo si existe el antecedente de copulaciones traumáticas. (Citado por Salvatierra, 1989).

Por ello, la importancia de la educación para la salud, en donde se le proporcione a la mujer embarazada información de calidad y oportuna, para evitar distorsiones y brindar confianza en este proceso.

Durante el parto, existe una relación entre la ansiedad, exteriorizada y oculta. La interrupción de la función uterina puede, tener conexión con una ansiedad oculta. Harry Bakow⁷ descubrió que las madres que durante el embarazo sentían ansiedad y estaban más preocupadas acerca del curso de sus gestaciones, era, con frecuencia, las más propensas a que sus hijos corrieran peligro al nacer. Cuanto mayor sea la ansiedad, mayor será el temor de muerte en el parto; se experimenta como si fuera a morir un aspecto del propio Yo de la madre, porque no se ha podido hacer una diferenciación adecuada que permita comprender que el hijo es un tú y no un yo.

Durante el puerperio, la caída de un 90% de los niveles de estrógeno y progesterona previos al parto podría justificar los cuadros emocionales que se

⁷ Ibid.

presentan como la tristeza, sensación de vacío, alteraciones en el sueño, en la alimentación, irritabilidad, llanto, falta de energía, falta de concentración, entre otros; estos síntomas depresivos estiman que 1 de cada 10 mujeres, presentan depresión puerperal.

En cuanto a la incidencia de una psicosis puerperal, se estima que es de 1 caso por cada 2000 mujeres puérperas, el riesgo de una psicosis es mayor en esta etapa que en cualquier otro período de la vida de una mujer, y se estima que es 20 veces mayor en el primer mes de vida del niño. (Sebastiani, 2004).

Cabe mencionar que las emociones que sufre una mujer durante el embarazo pueden influir en el desarrollo del hijo, no sólo dentro del útero, sino también después del nacimiento. Diferentes estudios han comprobado que la ansiedad, la depresión y el estrés, están relacionados con partos prolongados y dolorosos, nacimientos pretérmino y bajo peso del bebé al nacer, que conllevará a otros problemas de salud.

A nivel psíquico, las sensaciones experimentadas y las imágenes impresas ya desde la gestación quedan grabadas en el inconsciente del niño y se organizan en un lenguaje interior, corporal y mudo, el cual hablará a través de los síntomas, es lo que se conoce como la imagen inconsciente del cuerpo. (Nasio, 2008).

Estos síntomas, más tarde se podrán observar en los niños, de aquellas madres, que no entienden por qué no pueden formar un vínculo con sus hijos, o por qué éstos tienen actos agresivos, o por qué son canalizados de las escuelas a consultorios psicológicos, y los motivos de consulta serán interminables.

Por ello es la gran importancia que tiene la atención psicológica durante el embarazo, como medida preventiva de muerte materna, de depresión post-parto y del desarrollo de otras patologías tanto de la madre como del hijo que muchas veces son desarrolladas después de vivir eventos ansiosos.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

Este estudio es de carácter cualitativo, cuyo objetivo fue analizar factores generadores de ansiedad en el embarazo: la falta de apoyo de la pareja, la situación económica y la ausencia de educación para la salud en la mujer embarazada. A través de una serie de entrevistas a profundidad, se exploró las experiencias individuales de las informantes, para la realización de un análisis del discurso. A continuación se expondrán las características de este estudio.

4.1 Planteamiento del problema

¿La falta de apoyo de la pareja, la situación económica y la ausencia de educación para la salud pueden ser generadores de ansiedad en la mujer embarazada?

4.2 Hipótesis

Hi. La falta de apoyo de la pareja, la situación económica y la ausencia de educación para la salud en la mujer embarazada, sí son generadores de ansiedad.

Ho. La falta de apoyo de la pareja, la situación económica y la ausencia de educación para la salud en la mujer embarazada, no son generadores de ansiedad.

4.3 Población

La población con la que se trabajó fueron 7 mujeres embarazadas que cursaban el segundo trimestre de embarazo⁸, con un rango de edad de 20 a 29⁹ años de edad, las cuales contaron con atención prenatal en el primer nivel de atención médica pública en el Distrito Federal. Con una escolaridad mínima de primaria y que fueran parte de la clase social baja.

⁸ Considerado el período más estable, los malestares físicos han disminuido y los sentimientos ambivalentes se empiezan a definir. Capítulo II Psicología del embarazo.

⁹ Se estima que la mayoría de las mujeres en el Distrito Federal han tenido a sus hijos entre los 20 y 29 años de edad. (Sánchez, 2003).

Criterios de exclusión: Padecer alguna enfermedad mental u orgánica, previo diagnóstico por un profesionista.

Escenario: La investigación se realizó en las instalaciones de un centro de salud público de primer nivel de atención médica en el Distrito Federal, en donde se convocó y contactó a las participantes. Para la realización de las entrevistas, se utilizó un consultorio dentro del recinto, en donde existió privacidad, iluminación, ventilación y espacio adecuado, además de contar con el mobiliario necesario (asientos y escritorio).

4.4 Diseño de investigación

Este es un estudio cualitativo y fenomenológico, por ser un estudio de una sola muestra, no se necesita un grupo control.

Los diseños fenomenológicos, se enfocan en las experiencias individuales subjetivas de los participantes. En términos de Bogden y Biklen (2003), se pretende reconocer las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno o experiencia. De acuerdo con Creswell (1998), Álvarez- Gayou (2003) y Mertens (2005). (Citado por Hernández-Sampieri, 2006).

La fenomenología se fundamenta en las siguientes premisas:

- Con este tipo de investigación se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde su perspectiva.
- Se basa en el análisis del discurso.
- El investigador contextualiza las experiencias en términos de su temporalidad (tiempo en que sucedieron), espacio (lugar en el cual ocurrieron), corporalidad (las personas físicas que vio), y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias).

4.5 Procedimiento

Esta investigación se dividió en las siguientes fases:

Fase de observación: En un primer momento se realizó un análisis de las características y de las necesidades de las pacientes que acuden a control prenatal a un Centro de Salud Público en el Distrito Federal.

Fase de autorización: Se realizaron las gestiones necesarias para los permisos, tanto para la convocatoria a las participantes como el uso de las instalaciones.

Fase de convocatoria: En el Departamento de Trabajo Social se colocó la convocatoria invitando a las usuarias a participar en esta investigación¹⁰, dicha invitación duró un promedio de dos meses. Es importante resaltar que la convocatoria fue abierta y que solo aquellas mujeres que solicitaron información se les proporcionó, ya que de esta manera se buscó que la asistencia fuera promovida por la misma demanda e interés de las usuarias.

Fase de selección: Se realizaron entrevistas preliminares para la selección de las participantes, se acordó el consentimiento informado y de confidencialidad, así como las fechas y citas para las entrevistas.

Cabe señalar que de un total de 16 mujeres embarazadas que acudieron a pedir informes sobre la convocatoria, nueve mujeres no cumplieron con los requisitos de inclusión:

Tres de ellas cursaban el tercer trimestre de embarazo, dos mujeres cursaban el primer trimestre de embarazo y una mujer no cumplía con la escolaridad. De estas nueve mujeres, tres más no concluyeron con la serie de entrevistas y solo tuvieron una entrevista; dos de ellas informaron no tener tiempo de acudir a las siguientes citas y la otra participante después de cambiar la fecha de la segunda entrevista, abandonó el proceso.

¹⁰ En el Anexo A se encuentra la convocatoria, la cual fue evaluada por una Comunicóloga y por el equipo de Trabajo Social del Centro de Salud Público.

Por lo tanto sólo 7 de las 16 mujeres embarazadas con las que se tuvo contacto, sí cumplieron con los requisitos de inclusión y continuaron con el proceso de la investigación.

Fase de aplicación: Se realizó una serie de tres entrevistas a profundidad para cada participante. Obteniendo así un total de siete mujeres entrevistadas, 21 entrevistas realizadas, 21 horas de entrevistas y 630 páginas de transcripción de las entrevistas.

4.6 Técnica

Para los fines de esta investigación cualitativa, la técnica que se aplicó, fue la entrevista a profundidad.

La entrevista es una técnica fundamental del método clínico y, por lo tanto, una técnica de investigación científica de la psicología. En cuanto a la técnica, tiene sus procedimientos o reglas específicas con las cuales no sólo se amplía y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se aplica. Además la entrevista le permite al psicólogo compaginar las acciones de investigador y de profesionalista, ya que la técnica es el punto de interacción entre la ciencia y las necesidades prácticas; es así, que la entrevista logra la aplicación de conocimientos científicos y, al mismo tiempo, logra o posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica. (Bleger, 1972).

Zapata (2005) puntualiza que la disciplina que incorpora la entrevista, como parte integral de su método clínico, es el psicoanálisis y de seguro quien mejor la ha desarrollado.

Para Taylor y Bogdan¹¹ las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas. Y las *entrevistas a profundidad* serán aquellos encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos a comprender las percepciones que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

¹¹ *Ibíd.*

En cuanto al encuadre que se utilizó para la realización de las entrevistas a profundidad, fue: Que se llevarían tres entrevistas con una duración de 60 minutos cada una, el realce de la confidencialidad y con la consigna de que la participante hablará de cómo ha vivido su embarazo y todo aquello que estuviera relacionado con el.

4.7 Instrumento

El instrumento que se utilizó en esta investigación fue una guía de entrevista¹².

En un primer momento se realizó el llenado de la ficha de identificación, en donde además de obtener datos personales de la participante se indagó sobre la:

- Edad al ocurrir el embarazo, trimestre de embarazo, escolaridad, ocupación, estado civil, número de hijos previos, antecedentes ginecoobstétricos (número de embarazos, partos, cesáreas, abortos, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, utilización de métodos anticonceptivos) y situación económica.

En un segundo momento se dio entrada a que la entrevistada hablara sobre ella y su embarazo de manera libre, y durante el desarrollo de las entrevistas se focalizó sobre:

- Descripción sobre la situación de pareja, actitud ante el embarazo y maternidad, planeación y deseo del embarazo, tipo de apoyo de la pareja y familiar. Así como conocimientos e información sobre el embarazo, que son elementos que constituyen la educación para la salud.
- Desarrollo de sintomatología y prevalencia de ésta y presencia de signos de ansiedad en el embarazo.

En un tercer momento, para dar cierre a los encuentros, se realizó una devolución de lo analizado, en donde se compartió observaciones y recomendaciones, además se otorgó material informativo sobre la evolución del embarazo, medidas

¹² En el Anexo B se encuentra la Guía de entrevista.

preventivas y sugerencias. Y en los casos necesarios se les recomendó atención psicoterapeuta.

Una vez concluidas las entrevistas, se realizó la transcripción de cada una de ellas y así desarrollar el análisis del discurso.

4.7 Análisis del discurso

El análisis del discurso es una técnica que permite conjuntar la observación y la entrevista, de esta manera poder estudiar las interacciones lingüísticas, textuales, o mensajes que proporcionan las entrevistadas ya sea de manera consciente o inconsciente y así poder formar interpretaciones de esos símbolos con sustentos teóricos.

Thompson (1998) desarrolló una metodología de la interpretación del análisis de las formas simbólicas, denominándolo hermenéutica profunda, y estima que el papel central de toda metodología lo contiene el proceso de interpretación de las construcciones simbólicas significativas de la cultura que se insertan en los contextos sociales e históricos de diferentes tipos.

Las formas simbólicas son el producto de las acciones situadas que usan las reglas, recursos, entre otros, que están a disposición de la persona, estas construcciones simbólicas complejas las usa la persona para poder expresar o decir algo.

Para estudiar y analizar estas formas simbólicas Thompson denomina a la interpretación-reinterpretación como una construcción creativa del significado, es decir, una explicación interpretativa de lo que se representa o se dice.

Este autor está de acuerdo en que no existe un método único que permita realizar el análisis de la cultura, las comunicaciones de las masas o de la ideología y que estos procedimientos no son sencillos en cuanto a estos fenómenos.

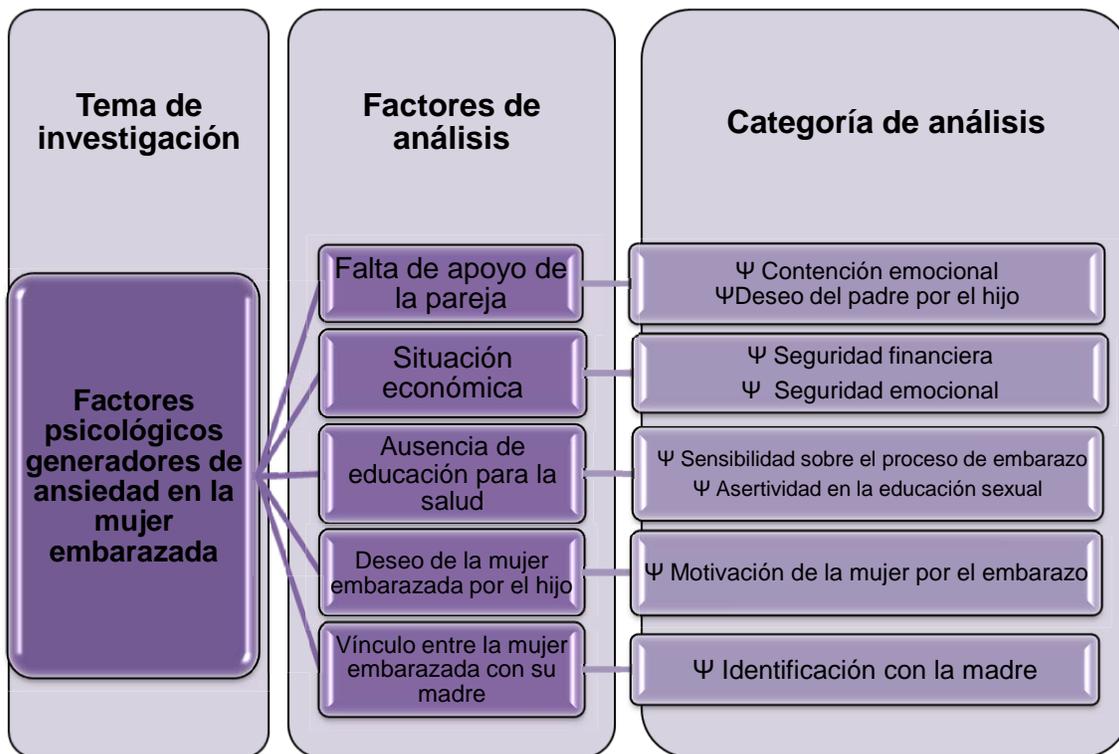
El análisis del discurso, según Ander-Egg (1995) es un técnica de recopilación de información que permite estudiar el contenido manifiesto de una comunicación, clasificando sus diferentes partes conforme a categorías establecidas por el

investigador, con el fin de identificar de manera sistemática y objetiva dichas categorías dentro del mensaje.

El análisis del discurso tiene tareas fundamentales:

- A. Factores de análisis: Es el fragmento de la comunicación que se toma como elemento que sirve de base para la investigación.
- B. Categorías de análisis: Clasificación de los elementos de análisis.

Para los fines de esta investigación se utilizó la siguiente clasificación:



Por lo tanto los factores de análisis y su clasificación serán:

Factor A. Falta de apoyo de la pareja:

Percepción de la mujer embarazada, ante la falta de compromiso y presencia de su pareja en el proceso de embarazo.

Ψ Contención emocional:

Acción de brindar apoyo que ejercerá el hombre a su pareja embarazada, para que ella pueda contener un sentimiento o impulso, y así moderar su intensidad.

Ψ Deseo del padre por el hijo:

Experiencia de satisfacción, ya sea consciente o inconsciente, que experimentará un hombre en el proceso de embarazo de su pareja.

Factor B. Situación económica:

Conjunto de circunstancias que permiten conocer el ingreso económico de la familia, condiciones de vivienda, nivel de escolaridad y tipo de participación laboral de la mujer embarazada.

Ψ Seguridad financiera:

Confianza de la mujer embarazada de contar con los recursos económicos para todo aquello que se requiera en un embarazo.

Ψ Seguridad emocional:

Autoconfianza de la mujer de contar con herramientas biopsicosociales en el proceso de su embarazo.

Factor C. Ausencia de educación para la salud:

Falla de información del equipo de salud, hacia la mujer embarazada, en la promoción, prevención, detección, atención y rehabilitación del proceso de embarazo.

Ψ Sensibilidad sobre el proceso de embarazo:

Capacidad de la mujer embarazada y de su pareja, de percibir sensaciones y emociones, de entender y comprender las características, necesidades y compromisos ante un proceso de embarazo.

Ψ Asertividad en la educación sexual

Información, congruente, clara y directa que tenga la mujer embarazada sobre sexualidad.

Factor D. Deseo de la mujer embarazada por el hijo:

Experiencia de satisfacción, ya sea consciente o inconsciente, que experimentará una mujer en el proceso de su propio embarazo.

Ψ Motivación de la mujer embarazada por el hijo:

Conjunto de estímulos internos y externos que permiten que la mujer embarazada, se adapte y tenga un papel activo en su proceso de maternidad.

Factor E. Vínculo de la mujer embarazada con su madre:

Tipo de relación que tenga la mujer embarazada con su propia madre.

Ψ Identificación con la madre:

Proceso por el cual la mujer embarazada asimila los aspectos, propiedades y atributos de su propia madre, que permiten construir su identidad materna.

Una vez establecidos los factores y las categorías de análisis, se fue compaginando con el sustento teórico. En un primer momento se realizó los resultados de las entrevistas, en donde se describió cada caso de esta investigación, y se prosiguió con el análisis del discurso para poder comprobar o rechazar las hipótesis planteadas en esta investigación.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Para el desarrollo de esta investigación, se entrevistaron a un total de siete participantes. A continuación se presentan los resultados de cada caso.

5.1 Resultado de las entrevistas

Caso 1

Nombre: Marieli.

Edad: 20 años.

Escolaridad: 3º de preparatoria.

Estado Civil: Soltera. Tenía una relación de concubinato con el padre de su bebé, el cual al enterarse del embarazo, concluyó con la relación.

Nivel Socioeconómico: Bajo. Inicialmente, el padre del bebé la apoyaba económicamente, cuando concluye la relación, una vecina es quien la empieza apoyar con la vivienda y comida. Actualmente Marieli trabaja.

Ocupación: Ayudante general. Durante la primera entrevista refirió dedicarse al hogar, ya que su ex pareja, la apoyaba económicamente, pero para las siguientes entrevistas se dedicaba a ser empleada de una papelería, como medio de sustento económico.

Tiempo de embarazo: Cursa el 4º mes de embarazo.

Descripción de la entrevistada: Su aspecto es de una mujer más joven de la edad cronológicamente señalada, de estatura baja y de complexión delgada, el vientre es ligeramente prominente. La expresión facial refleja cansancio, se observan ojeras, vista agachada, y con cierto nerviosismo. El arreglo personal es limitado, porta ropa casual informal.

Postura ante las entrevistas: Al preguntarle cómo se había sentido durante los encuentros dice: ---bien, eso de hablar me cuesta trabajo, pero me he sentido mejor, no tan sola...”

Historia Familiar: Proviene de una familia de clase social baja del Estado de Chiapas. Sus padres están separados, a lo que comenta: ---mis papás se separaron cuando yo estaba chica, él se volvió a casar y tiene otros hijos, pero sí lo vemos de vez en cuando. Yo vivo con mi mamá, mis hermanitos y mis abuelitos.... ellos son muy cariñosos, a mí nunca me pegaron ni me trataban mal, tal vez por eso me siento sola aquí...”

Dice tener apoyo familiar. Por ello le están pidiendo que se regrese a Chiapas para estar juntos y poderla auxiliar con el bebé, cuando éste nazca.

---mi papá no me ha llamado, pero mi mamá sí y dice que ella me ayuda, pero que me vaya para allá...”

Historia Personal: En cuanto a su vida sexual activa, inició a los 20 años de edad, solo ha tenido una pareja sexual, no tiene antecedentes gineco-obstetricos. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, menciona que no ha utilizado. Sin embargo, durante la última entrevista manifestó haber tomado pastillas de emergencia, en algunas ocasiones, confundiéndolas con pastillas anticonceptivas.

Marieli, lleva radicando 4 meses en el Distrito Federal, el mismo tiempo de embarazo. En cuanto a su relación de pareja dice: ---yo ya sabía que se había casado y que tenía una hija, pero me dijo que su esposa lo había engañado y lo había dejado; por eso empecé a andar con él, yo no tuve muchos novios, él fue el segundo. Mi familia no sabía nada y no les decíamos porque se iban a enojar, porque él ya tenía una hija, por eso nos venimos acá...” [A la Ciudad de México].

Ante la noticia del embarazo, la pareja de Marieli, decide concluir con la relación y ante la falta de recursos económicos comenta:

---ya empecé a trabajar, saco copias en una papelería y despacho, estoy juntando dinero porque pienso irme con mi familia, dicen que me van a apoyar, yo los extraño mucho, me siento muy sola aquí...del papá de mi bebé no sé nada, la última vez que vino fue hace un mes y no me ha mandado dinero, la señora con la que vivo me ayuda pero no es lo mismo, me siento muy sola, por eso me quiero ir a mi casa...”

A pesar de existir una ambivalencia entre quedarse en la Ciudad o de regresar a Chiapas dice:

---. ya me quiero regresar, pero a la vez también me gustaría quedarme, ya tengo trabajo y pues aquí también puede nacer mi bebé, pero allá esta mi familia y ellos me van a ayudar, no le quiero decir nada al papá de mi bebé, sino no me va a dejar...”

Durante la última entrevista Marieli, compartió que solo estaba esperando unos estudios médicos y su revisión mensual, para poderse ir a Chiapas con su familia. Además manifestó el deseo de estudiar computación, y así poder tener un buen trabajo: ---.para ganar bien y darle a mi bebé lo que necesite...”

Historia del Embarazo: Este es el primer embarazo de la entrevistada. Ante la noticia del embarazo, Marieli comenta: -yo ---.no quería un hijo ahorita, pero bueno, le voy a echar ganas para que todo salga bien. Yo quiero a mi bebé, no quiero que le falte nada...”

En cuanto a la reacción del padre del bebé comenta: ---.cuando le dije que estaba embarazada, él se enoja; él quería que no lo tuviera, que lo abortará, yo no, le dije que yo no iba a cargar con una muerte, él no tiene la culpa...”

---.me da tristeza que él no quiera al bebé, todavía la última vez que nos vimos, me dijo que me tomara un té o algo, que él me daba el dinero, para que no lo tuviera, pero le dije que no, que yo si lo quiero tener, yo no voy a cargar con la muerte de alguien, porque él ya es una persona y siente, yo platico con él [con el bebé] y le digo que le voy a echar muchas ganas...” [Ojos llorosos] ---.él rechaza a mi hijo, me siento muy mal y muy triste porque rechaza a su hijo...”

En cuanto al desarrollo del embarazo, comenta: ---.me puse mal, me empezó a doler mucho aquí [señala vientre, lado derecho] me dijeron que era una amenaza de aborto y me mandaron reposo, que no cargara cosas pesadas. Solo fui al centro [centro de salud público, a atención prenatal], no me mandaron al hospital...”. Sin embargo, comenta que descartaron irregularidades en el embarazo.

Durante el embarazo se ha presentado: Vómito, aumento de sueño, dolor en las piernas, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, sensación de nudo en el estomago, sensación de obstrucción en la garganta, tensión, rigidez muscular, cansancio, inquietud, sensación de peligro, ganas de huir, inseguridad, sensación de vacío, dificultad para tomar decisiones, temor a la muerte, dificultad

para actuar, cambios en la voz, dificultad en la atención, concentración y memoria, sensación de confusión, dificultades para seguir una conversación, dificultad para expresar las propias opiniones o hacer valer sus propios derechos, temor a posibles conflictos.

Al preguntarle su opinión sobre el embarazo dice:

—...es algo bonito, todos lo quieren, yo quiero a mi bebé, para educarlo, cuidarlo, mantenerlo...”

Caso 2

Nombre: Madaí.

Edad: 20 años.

Estado Civil: Unión Libre. La cual tiene una relación de 2 años 6 meses aproximadamente con su pareja con la que vive en concubinato, con la cual tiene un hijo de 1 año 8 meses.

Escolaridad: 2º de secundaria.

Nivel Socioeconómico: Bajo. Su pareja lleva dos meses sin trabajo fijo, anteriormente se dedicaba al comercio ambulante, en mercados y tianguis, actualmente recolecta y vende productos de reciclaje (fierro, latas y botellas). La vivienda en donde habitan es de la familia de él, ellos cuentan con un cuarto en donde duermen y los servicios los comparten con la familia de él. Ambos reciben apoyo económico y alimentario por parte de la familia de él.

Ocupación: Comerciante eventual. Refiere dedicarse a la venta de productos de belleza por catalogo.

Tiempo de Embarazo: 4º mes de embarazo.

Descripción de la Embarazada: Su aspecto es de una mujer más grande de la edad cronológicamente señalada, de estatura alta y de complexión delgada, el vientre es poco prominente. La expresión facial refleja cansancio, la mirada es evasiva y el volumen de su voz por momentos bajo y por momentos es alto, sobre

todo en relatos que denotan enojo. Su arreglo personal es limitado y sucio, porta ropa informal.

Postura ante las entrevistas: Al preguntarle cómo se sintió durante los encuentros dice: "... me gustaría que nos ayudaran a los dos, me hizo sentir bien el venir aquí [entrevistas]"

Historia Familiar: Madaí refiere:

"...cuando era niña siempre me tenían encerrada, no me dejaban salir, la única que me cuidaba era mi abuelita [la bisabuela materna]. Mi mamá nunca me quiso, antes de que yo naciera ya me andaba regalando y por eso mi mamá que en realidad es mi abuelita, ella me recogió, pero siempre me ha tratado mal y ahora soy la única que ve por ella, no sé por qué, pero yo no la voy a dejar sola. Maribel es mi mamá, siempre la vi como si fuera mi hermana..."

"...a los 4 años, el mismo día de mi cumpleaños se murió mi abuelita [bisabuela, durante este relato empieza a llorar] ella era la única que me quería y me dejaba libre, después de que se murió siempre me encerraban y no me dejaban salir. A los 16 años me salí de mi casa y me fui a vivir con dos amigas. Mi familia me fue a buscar y me fui a vivir con Maribel dos meses, pero no nos aguantamos, ella tiene otros hijos y a mí me dolía el que ella no luchara por mí, por qué conmigo no vivió. Y me regrese a vivir sola, yo trabajaba y pagaba mis cosas..."

"...ellos no me apoyan [familia] nunca me han apoyado y la familia de él [pareja] me molesta, siempre se meten. Preferiría estar sola con él y con mis hijos, ellos son mi familia..."

"...en todo se meten [familia de la pareja] son muy metiches y como luego nos dan dinero, pues piensan que pueden decidir por nosotros, a mí no me gusta eso, pero él no quiere ser responsable, ya esta mayorcito, pero sigue dependiendo de su mamá, no sé qué vamos hacer con este bebé..."

Historia Personal: En cuanto a su vida sexual activa, inició a los 17 años de edad, ha tenido tres parejas sexuales. Cuenta con antecedentes gineco-obstetricios: 2 embarazos y 1 parto. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, menciona haber utilizado: condones, pastillas anticonceptivas y pastillas de emergencia.

Relato de su relación de pareja:

— a los 18 [años] me fui a vivir con Carlos [pareja], nos fuimos a su casa y me embarace...”

— yo quería tener 7 hijos y él solo 1, lo convencí para embarazarme, le dije que cuando el niño creciera se iba a ir con su esposa y a mí me iba a dejar sola, y así con más hijos ya de grandes me van a ir a visitar y ya no voy a estar sola; le dije a mi esposo que si él se va y me deja, así ya no voy a estar sola...”

Historia del embarazo: Comenta que el padre del bebé:

— me molesta que él me este insistiendo en que si quiero tener al bebé, él no está muy seguro, yo sí y hasta le dije que si no lo quiere yo me puedo ir a Xochimilco [con la familia de ella] y tenerlo yo sola...”

Al cuestionarle si en algún momento pensaron en interrumpir el embarazo dice:

— sí, por parte de él, me dice y es muy insistente en decirme si lo quiero o no, él aún no está preparado, pero si lo voy a tener...”

En cuanto a la atención prenatal señala:

— ya van dos veces que el doctor me manda hacer un ultrasonido, pero como él [pareja] no tiene dinero no me lo he hecho, yo me siento bien, pero luego me da pena venir a consulta y no traer los estudios que me mando el doctor...”

Dice tener consulta médica solo en el centro de salud público y que están pendientes unos estudios de laboratorio y ultrasonido y que por cuestiones económicas no ha podido realizarse los estudios.

Comenta que aún prevalecen las nauseas, vómito y estreñimiento, además de cansancio, aumento de sueño y desánimo.

— a veces vómito amarillo, tal vez por los corajes que hago, la familia de él, me molesta mucho, y Carlos no me hace caso, prefiere estar con sus hermanos que conmigo, yo estoy mucho tiempo sola y me siento mal, me molesta que no esté conmigo, me siento sola, nadie me quiere...”

Durante este embarazo refiere no haber acudido al servicio hospitalario.

Ante la maternidad comenta:

—...a veces siento que no he sido una buena madre, luego me desespera mucho el niño, es muy latoso, me desquicia, luego se avienta y se pega mucho en la cabeza, me da miedo que algo le vaya a pasar, pero creo que es mi culpa por no saberlo educar, no quiero que pase lo mismo con este bebé...”

La entrevistada señala tener sensación de opresión en el pecho, temblores, sudoración, sensación de nudo en el estomago, hormigueo en el cuerpo (brazo derecho) y asco ante algunos olores. Además de tener inquietud, sensación de vacío y ganas de huir o de atacar.

Madaí muestra expectativas negativas, tendencia a recordar experiencias desagradables, sobrevalorar detalles desfavorables, interpretaciones inadecuadas y susceptibles; además de irritabilidad y hostigamiento.

Caso 3

Nombre: Santa.

Edad: 20 años.

Escolaridad: 3º de secundaria.

Estado Civil: Unión Libre. Vive con su pareja en concubinato desde hace 3 años, con el que tiene un hijo de 2 años.

Nivel Socioeconómico: Bajo. Su pareja se dedica al comercio ambulante. En cuanto a la vivienda, cohabitan en la casa de la madre de ella, tienen un cuarto para ellos, en cuanto a los servicios, los comparten con la familia de ella.

Ocupación: Hogar.

Tiempo de Embarazo: 5º mes de embarazo.

Descripción de la Embarazada: Su aspecto es de una mujer más grande de la edad cronológicamente señalada, de estatura media y de complexión delgada, el vientre es poco prominente. La expresión facial se ve tensa, y en varios momentos

se nota sudor en su rostro; durante su discurso evade la mirada. El aspecto personal es un tanto desarreglado y sucio, porta ropa informal.

Postura ante las entrevistas: Al preguntarle cómo se ha sentido en el transcurso de las entrevistas dice:

—ya no siento [con las manos oprime el pecho] esto que me apretaba aquí, ya me siento con menos peso, eso de hablar me daba pena, pero creo que me ayudo...”

Historia Familiar: Santa refiere:

—mi papá nos pegaba mucho [a ella y a sus hermanos] nos trataba muy mal, yo me traume cuando un día lo descubrimos con otra mujer. Él se quedaba martes y sábados con mi mamá, solo esos días estábamos juntos, por que los otros días él se iba con su otra familia, siempre fue así, yo no sé como lo aguanto mi mamá, siempre se dejaba de él, yo creo que por el dinero, pero pues no se vale...”

Comenta que hace tres años murió su padre y hace dos años tuvo a su primer hijo varón.

Santa habla sobre un probable abuso sexual por parte de un tío y de un cuñado y comenta:

—mi tío me quiso besar y tocar, le dije a mi mamá, pero no me creyó, hasta que quiso abusar de mi hermana...” [Hermana menor].

—mi cuñado me tocaba [señala busto] y movía si mano aquí abajo en mi parte, yo pensaba que era normal...” [Ella tenía 13 años].

—mi mamá nunca me defendió, creo que no le importaba, o se quería hacer la ciega, como si nada pasara, a mí me daba miedo estar sola, cuando le dije a mi hermana [hermana mayor] lo que me hacia su esposo, se enoja conmigo, y a él le dijo un montón de cosas y me dejo de molestar...”

Durante este relato Santa lloró y existieron varios momentos de silencios.

En cuanto al apoyo de la familia durante este embarazo dice:

—mi familia no me apoya, dicen que si no puedo con uno menos con dos [hijos], ya empezaron los reproches, de que por qué no me cuide, que si él [pareja] no me pudo cuidar, que no sirvo para otra cosa que no´mas sirvo para tener niños, que con que los vamos a mantener. A veces siento

que no le importo a mi mamá, me gustaría que me ayude, que me entendiera, pero solo me regaña...”

—con la familia de él [pareja] no contamos, a veces los vamos a ver, pero casi no, también con ellos nos hemos metidos en broncas, por dinero, como no les pagamos lo que nos prestan, ya ni nos quieren ayudar, prefiero no verlos...”

Historia Personal: Su vida sexual activa inició a los 16 años con una sola pareja, tiene antecedentes gineco-obstetricos: 2 embarazos, y 1 cesárea. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, menciona haber utilizado pastillas anticonceptivas y condones.

En cuanto a su relación de pareja refiere:

—Raymundo [pareja] y yo nos llevábamos bien, pero luego me empezó a tratar mal, me pegaba, me humillaba, yo ya no quiero eso, ahora ya no me ha pegado, pero discutimos mucho, me habla con un montón de groserías, yo también, pues me defiende, ahorita le ha bajado a los golpes, yo creo que ha de ser por el bebé... —[situación de embarazo].

—él casi no quiere estar conmigo, prefiere a su familia a mí me deja sola con el niño, no le importamos, ni me pregunta como estoy, como va el bebé, ni nada...”

Cabe señalar que en las siguientes entrevistas Raymundo acompañó a la entrevistada, la esperaba en la sala de espera mientras ella entraba a la entrevista.

—cuando se entero [pareja] de que iba a venir con usted, me pregunto que por qué, yo le dije que me había mandado la de trabajo social, y me dijo que me iba acompañar, sino le decía eso, no me iba a dejar venir...”

—yo siento que sí nos queremos, bueno yo si lo quiero, pero ya no es lo mismo como al inicio, él me trataba bien, luego fue cambiando, ahora yo agarro de pretexto al bebé para que no me pegue...”

—el señor [pareja] no quiere trabajar, porque dice que si trabaja yo me voy a salir de loca, luego le he dicho que me deje trabajar, porque no nos alcanza con lo poco que gana, pero tampoco me da permiso, dice que yo solo quiero pretextos para salirme a la calle, pero eso no es cierto, sino que luego no tenemos dinero...”

---le he dicho que nos vayamos a rentar aparte, para que sepa cuanto se paga de renta, de luz, para tener más responsabilidades, como mi mamá no nos cobra renta, él se confía y no hace para ganar más o para mejorar, luego, cuando no va a vender y yo no tengo para la comida, mi mamá nos ayuda, pero por eso tenemos problemas con ella, porque dice que somos unos mantenidos, y que mi marido no sirve para nada, a mi me molesta eso, pero sí, tiene razón, él no se esfuerza, a mí me gustaría trabajar, pero no me deja...”

Historia del embarazo:

Santa comenta como vivió su primer embarazo y dice:

---me la pase muy mal, tuve anemia, vomitaba todo lo que comía, a él [primer hijo] no le faltó nada cuando estaba chiquito, ahora le falta todo, me desespera mucho, todo quiere, juguetes, dulces y no tengo que darle, no sé que voy hacer ahora que nazca este bebé, no sé cómo le voy hacer con los dos, si con trabajos puedo con éste...” [Primer hijo].

En cuanto a este segundo embarazo comenta:

---si queríamos un bebé pero no ahorita, no tenemos con que darle lo que necesita...”

Ante la noticia del embarazo dice:

---tuve mi retraso y me hicieron una prueba [prueba de orina casera] y salió positivo, luego me llevaron a un similar y me hicieron estudios, cuando él se entero se sacó de onda, como que no lo esperaba, bueno yo tampoco, pero es un regalo de Dios y ni modo hay que echarle ganas...”

Al indagar si existió la idea en interrumpir el embarazo comparte:

---yo le dije que si me lo sacaran, no podemos mantenerlo, mi familia también dijo que me lo sacaran, cuando vine [a consulta en el centro de salud público] me dijeron que ya tenía 14 semanas y que ya no me lo podían sacar, ahorita ya me estoy haciendo a la idea y pues sí lo vamos a tener...”

Por rebasar el tiempo límite de 12 semanas de gestación, ya no se pudo llevar a cabo la interrupción legal del embarazo, según la legislación del Gobierno del Distrito Federal.

Comenta que estaban usando preservativos como método anticonceptivo:

—..nos estábamos cuidando con condones, yo vengo cada mes por la receta [control de planificación familiar en el centro de salud público] pero nos falló...la verdad es que a veces no usábamos [condones], pero él me cuidaba, no sé que pudo pasar...”

Santa ha acudido al centro de salud público para recibir atención médica, por el momento no ha existido la necesidad de acudir a servicio hospitalario y se descarta problemas físicos en el embarazo. Cuenta con estudios de laboratorio y con un ultrasonido.

Ella menciona que desde el primer trimestre de embarazo hasta la fecha ha existido la prevalencia de náuseas y vómito (—..puro amarillo, ha de ser puro ácido...”), desmayos, aumento de sueño, cansancio y ganas de llorar.

Al preguntarle cómo se enteró sobre este estudio refiere:

—..Vine a trabajo social para dejar mis papeles [tramites] y vi el anuncio, por eso me acerque, quiero que me ayuden, quisiera que nos ayudaran a los dos, tenemos muchos problemas, yo quiero estar bien con él...” [Pareja].

Santa comenta que vive una situación violenta con su pareja y dice: —..necesito que me ayuden, por eso me acerque a pedir informes sobre esto...” [La invitación a participar en este estudio].

La entrevistada reporta tener:

Náuseas, vómito, cansancio, sensación de mareo e inestabilidad, alteración en el sueño (duerme más), alteración alimentaria (falta de apetito). Además de inquietud, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir, inseguridad, sensación de vacío, temor de perder el control, sospechas y dificultad para tomar decisiones. En cuanto a los movimientos de manos y brazos en ocasiones se muestran torpes, existe cambio en la voz durante su discurso y por momentos su expresión facial es de asombro y duda.

Así mismo muestra dificultad en la atención, tiene expectativas negativas y tendencia a recordar sobre todo experiencias desagradables. Santa por momentos se muestra irritable, hostil y suele tener verborrea.

Caso 4

Nombre: Mayra.

Edad: 22 años.

Escolaridad: 2º semestre de la licenciatura en administración, por falta de interés abandonó los estudios.

Estado Civil: Unión libre. Vive en concubinato con su pareja desde hace 5 meses, y de relación llevan 4 años; menciona que ya tenían planes de casarse y al mes de vivir juntos conciben el embarazo.

Nivel Socioeconómico: Bajo. El padre del bebé es mecánico automotriz y es quien se hace cargo de los gastos del hogar y del embarazo. La casa en donde viven pertenece a la familia de ella, en dicha vivienda, tipo vecindad, existen varios departamentos en donde viven familiares maternos.

Ocupación: Hogar.

Tiempo de Embarazo: 5º mes de embarazo.

Descripción de la Embarazada: Su aspecto es de una mujer más grande de la edad cronológicamente señalada, de estatura media y de complexión robusta (dice tener sobrepeso y que el tamaño del bebé es un mes más grande que el tiempo cronológico que reporta el último ultrasonido que se realizó), el vientre es bastante prominente. La expresión facial es ligeramente relajada, y en varios momentos se nota sudor en su rostro; durante su discurso mantiene la mirada. El aspecto personal es un tanto desarreglado, porta ropa informal.

Postura ante las entrevistas: Al preguntarle cómo se ha sentido en este proceso dice:

—..bien, eso de hablar, a uno le sienta bien, como que luego los doctores no te escuchan y a veces ni te revisan y solo escriben, esto me hizo sentir mejor...”

Historia Familiar: Mayra proviene de una familia reconstruida, sus padres se separaron y su madre se volvió a casar y el padrastro ha tenido el rol de padre, ante esto dice:

—..mi papá no estuvo conmigo, me busco hasta que yo tenía 15-16 años, nunca estuvo conmigo...mi mamá es mi todo, casi siempre está aquí [refiriéndose a su casa], ella vive en el Estado, en la noche viene su marido por ella, comen y se van. Mi papá [padrastro de Mayra] es alcohólico, de los que hasta se quedan en la calle, pero nunca me ha dejado, siempre ha estado conmigo, siempre en la escuela y Manuel [padre biológico] él nunca me busco, el ser padre se gana...”

La relación de Mayra con su madre es muy estrecha y el estado de salud de la madre le preocupa a nuestra entrevistada, la cual comenta:

—..me da miedo que mi mamá se vaya a poner mal...cuando ella se va, me pongo a pensar si en el camino se pone mala, o si me llaman para decirme que está internada, los doctores dijeron que ya no tienen remedio, que va a seguir avanzando el virus que ella tiene, tiene hepatitis C y que después le va a dar cáncer. Cuando ella se va y no tengo que hacer me pongo a llorar, prefiero que se quede a dormir, así entre las dos nos cuidamos...”

Existe una pérdida significativa en la vida de Mayra, la muerte de su abuela materna:

—..mi abuelita se murió y a mí me dolió mucho, nos dijeron que tenía cáncer, mi mamá, hermana y yo la cuidábamos. Ella tenía un departamento y dijo que iba a ser para nosotras, yo le dije que lo único que quería es que estuviera conmigo en mi cumpleaños [cuando cumplió 18 años] a la mitad del novenario cayó mi cumpleaños. A mí me toco vestirla y ahí estaba ella, no estaba fría, estaba calientita [simula como si la estuviera acariciando el dorso de la mano] lo que me dio sentimiento es que no me dejaron despedirme de ella, me dolió mucho, le llore mucho. Yo creo que mi abuelita me mando a Enrique [padre de su hijo] porque al mes de que ella murió él y yo nos empezamos hablar...”

Historia Personal: Su vida sexual activa inició a los 19 años con una sola pareja, no tiene antecedentes gineco-obstétricos. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, menciona conocerlos, pero no ha hecho uso de ellos y dice:

—..desde el inicio no nos cuidamos, porque queríamos un bebé, llevábamos un mes viviendo juntos cuando me embarace...”

En cuanto a su relación de pareja comenta:

—..mi marido me molesta, no me gusta su olor, huele a sudor, es muy desagradable, no quiero que me hable...”

—..él ya tiene un hijo y nunca lo busca...yo veo que a él no le interesa su hijo...”

—..él es hipócrita, cuando esta mi familia me besa la panza, pero cuando mi mamá no está o estamos solos, no me toca, le digo que mi bebé no necesita migajas de cariño, yo le puedo dar todo...sé que me paso con él, pero me molesta, me molesta hasta escucharlo, él me da todo, así como gana me lo da, pero no sé, ya se lo dije, le he dicho que cuando me vea seria no me hable, que cuando se me pase yo le hablo...”

—..Enrique no me preocupa, porque él siempre está bien, cuando se va a trabajar le digo que se cuide porque no solo yo lo voy a esperar sino también el bebé...” [Se toca el vientre].

Historia del embarazo: Ante la noticia del embarazo dice:

—..me empecé a sentir muy mal, tenía un dolor aquí [señala vientre bajo] y me llevaron al doctor y me dijeron que estaba embarazada...”

Señala su sentir al no haber concebido su embarazo antes:

—..cuando no me embarazaba, me sentía mal, mis primas ya tienen hasta dos hijos, mi hermana menor [18 años] ya tiene una niña y yo no mas no quedaba embarazada, mi tía me decía que pusiera mi mente en blanco, no es tan fácil...”

Comenta que a nivel de pareja no se pensó en interrumpir el embarazo.

Comparte lo que significa para ella su futuro hijo:

—..mi bebé es mi motorcito, ahora hago todo por él, ya tengo el bambineto [especie de cuna], las cosas para el baby shower, tengo todo planeado...”

—..siempre he necesitado un motor, como que siempre veo por los demás y no por mí...”

Al cuestionarle que es ser madre dice:

—..todo, es cuidar, querer, proteger, yo le quiero dar muchas cosas a mi bebé...”

En el desarrollo de las entrevistas Mayra manifestó descontento en cuanto a la atención médica y por la falta de información que se le daba.

Refiere asistir al centro de salud público. Sin embargo, en ocasiones ha asistido con médicos particulares y ha acudido al hospital en 4 ocasiones al servicio de urgencias:

—..me dijeron que era de alto riesgo, tuve amenaza de aborto, luego me duele mucho la cabeza, la última vez que fui al hospital me dijeron que no tenía nada...”

—..cuando vengo al doctor, dice que estoy bien, la última vez, me atendió otra doctora, pero no me toco, solo dijo que estaba bien, pero se supone que me deben de medir y eso. Luego me he sentido mal y me llevan con un particular, pero igual dice que no tengo nada, entonces por qué me siento así? No lo sé...”

No reporta canalización de su médico al hospital ni a salud mental, ella por iniciativa propia ha acudido al hospital.

Comenta que anteriormente pesaba 84 kg. Y actualmente pesa entre 81-82 kg. Sin embargo, dice tener sobrepeso. Presentó vómito en el segundo mes de embarazo, en ocasiones reporta presión arterial elevada e hinchazón.

Reporta dolor frecuente de cabeza, vómito (sustancia amarillo), sensación de hueco en el estomago, cansancio, alteración en la respuesta sexual —..no me siento cómoda, cuando nos dormimos él pone su mano aquí [señala cadera] y la siento muy pesada, y no quiero que me toque, ya lo platicamos y él [pareja] me respeta, dice que mientras estemos bien el bebé y yo basta...”

Dice tener: sensación de vacío, incertidumbre, temor a la muerte, en su discurso suele tener cambios en la voz, preocupación excesiva, expectativas negativas, irritabilidad, tendencia a recordar experiencias desagradables y sobrevalorar pequeños detalles.

Caso 5

Nombre: Gabriela.

Edad: 25 años.

Escolaridad: 6° de primaria.

Estado Civil: Unión libre. Anteriormente, tuvo una relación de 10 años aproximadamente con su primera pareja, con la cual tuvo dos hijos, de 10 y 8 años respectivamente. Después conoce a su actual pareja, después de llevar un año de noviazgo deciden vivir en concubinato, llevan un año viviendo juntos.

Nivel Socioeconómico: Bajo. Refiere, que ella se hace cargo de los gastos de la alimentación. Y que su pareja trabaja como empleado en una tienda y se hace cargo de la renta de la vivienda en donde habitan.

Ocupación: Empleada. Durante la primera entrevista refirió dedicarse al hogar, y de tener experiencia como empleada. Sin embargo, en la tercera entrevista comento que trabaja tres veces a la semana como etiquetadora de una joyería.

Tiempo de Embarazo: 5° mes de embarazo.

Descripción de la Embarazada: Su aspecto es de una mujer más grande de la edad cronológicamente señalada, de estatura baja y de complexión robusta, el vientre es bastante prominente. La expresión facial refleja cansancio, por momentos con vista agachada y un tanto vaga, y el volumen de su voz por momentos bajo. Su arreglo personal es limitado y limpio, porta ropa informal.

Postura ante las entrevistas: Al preguntarle cómo se ha sentido durante este proceso dice:

—...me pude desahogar, pero creo que me faltan muchas cosas que decir, quiero recuperar a mis hijos y poderme sentir bien con este bebé...”

Historia Familiar: Gabriela refiere:

—mis papás se separaron cuando yo estaba chica, mi papá nos dejó. Cuando yo tenía 10 años me fui a vivir con mi papá, pero como no me podía cuidar, me dejó en la casa de mis padrinos que vivían cerca de donde él vivía y como al año mi mamá fue por mí y mi papá no dijo nada y dejó que mi mamá me llevara...”

Es importante señalar que la madre de Gabriela muere de cáncer en el estómago, cuando Gabriela tenía 14 años y a los 16 años de edad tiene a su primer hijo. Cuando muere su madre, ella queda a cargo de una tía y de su hermana mayor.

Al preguntarle cómo es la relación con su padre dice:

—él no sabe que me junte y que estoy embarazada, él y su familia, piensan que una mujer que ya fracasó, no se puede casar de nuevo y mucho menos tener un hijo, sino que tiene que trabajar y sacar adelante a los hijos que ya tenga. Y si se entera que estoy embarazada, se va a enojar y me va a regañar...”

Historia Personal: Su vida sexual activa, inició a los 14 años de edad, ha tenido tres parejas sexuales. Cuenta con antecedentes gineco-obstetricios: 3 embarazos y 2 partos. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, menciona haber utilizado el Dispositivo Intrauterino (DIU) por 7 años, y al decidir junto con su pareja en tener un hijo, se lo retiró y en poco tiempo tuvieron la noticia de este embarazo.

En cuanto a su primera relación de pareja refiere:

—creo que me fui con mi ex, porque me sentía sola, fue mi primer novio, sí lo quería pero creo que me fui para estar acompañada...”

Comenta que después de vivir una situación de violencia marital, decide dejar al padre de sus hijos y dice:

—a pesar de que mi ex me trataba mal, él peleó por sus hijos y por eso no me los dejó, mi error fue el irme y dejar a mis hijos. Él me corrió y me dijo que si quería me podía ir, pero que mis hijos se iban a quedar con él, yo ya estaba cansada, ya no quería que me lastimara ni pasar hambres y por eso me fui con mi familia...”

De su relación actual comenta:

—..yo lo quiero mucho, él [padre del bebé] me hace sentir muchas cosas cuando estamos juntos, cuando tenemos relaciones, todo el día estoy pensando en él. Con mi ex no me pasaba lo mismo, creo que con él me precipite, sí lo quería pero no tanto como a mí pareja. Pero también hay cosas que me molestan, él no es tan cariñoso como mi ex, no me toca mi pancita, no me pregunta que me dijo el doctor, luego le he preguntado si va a querer a mi bebé como quiere a su hijo; y me responde ¿y tú, vas a quererlo como a tus hijos? Y le digo que sí, que los tres son mis hijos y que los quiero y pues ya me dice que si lo va a querer, me gustaría que fuera más cariñoso...”

Historia del embarazo: Ante la noticia del embarazo dice:

—..ya no me bajo [período menstrual] y me hice una prueba y salió positivo, cuando le enseñe a mí esposo se alegró, pero no tanto como mi ex, no sé, si porque ya tiene un hijo...”

Manifiesta que su embarazo es planeado:

—..sí lo planeamos, dijimos que después de un año de vivir juntos me iba a embarazar, ahora me cuido, pero siento que me pesa, siento los senos pesados, mi panza esta pesada y muy grande...”

Comenta que no hubo pensamientos de interrumpir el embarazo.

En cuanto a su postura ante la maternidad dice:

—..una madre te cuida, está contigo, lucha por estar contigo, creo que no he sido una buena mamá por haber dejado a mis hijos, pero es que él [ex pareja] me intimidaba, me amenazaba y no me dejaba ver a mis hijos...”

—..sí quiero a mi bebé, solo que ya me canso, a veces quisiera ya aliviarme y estar con mis hijos...”

—..no sé por qué no he disfrutado [del embarazo] ya me canso, no tengo ganas, eso no me paso con mis otros hijos...”

Comenta que en el primer trimestre de embarazo tuvo náuseas y vómito y actualmente presenta hinchazón, cansancio, sueño, desánimo, aumento de peso y en ocasiones reporta presión baja.

Gabriela manifiesta:

—..a mí me gustaría que me ayudarán, por eso vine, yo no sabía que hubiera psicóloga, creo que necesito atención, para ya no sentirme así. Con este embarazo he estado comiendo bien, tomo

muchas vitaminas, vengo al doctor, me hago los ultrasonidos, cosa que no sucedió con mis otros hijos. Con mi ex había veces que me dejaba sin comer, yo no sé por qué ahora que tengo más cuidados me siento mal. Mis senos los siento muy pesados, sé que no tengo mucho [toca vientre] pero ya me creció la panza, ya ni me puedo agachar para ponerme los zapatos, no tengo ganas de nada, ni de arreglarme, duermo mucho...”

Además reporta tener:

Taquicardia, opresión en el pecho, falta de aire, en ocasiones presenta diarrea, sensación de nudo en el estomago, sensación de obstrucción en la garganta, tensión, cansancio, hormigueo, alteración en la respuesta sexual (---la panza ya no me permite, a mí no se me antoja estar con él...” [Pareja]). En ocasiones tiene sensación de amenaza, ganas de huir, inseguridad. Durante su discurso suele tener posturas cerradas, cambios de voz, y expresión facial de asombro y duda. Suele tener descuidos, preocupación excesiva y sobrevalora detalles desfavorables.

Caso 6

Nombre: Laura.

Edad: 26 años.

Escolaridad: Bachillerato concluido y una carrera técnica como asistente directivo, actualmente estudia un curso de auxiliar de enfermería.

Estado Civil: Soltera. Menciona haber tenido una relación de noviazgo de 6 meses con el padre de su bebé y antes de la noticia del embarazo se habían separado. Actualmente mantiene una relación de noviazgo.

Nivel Socioeconómico: Bajo. Actualmente cuenta con el apoyo económico por parte de su familia y vive con sus padres.

Ocupación: Estudiante y Ayudante general. Tiene trabajos eventuales con familiares como comerciante.

Tiempo de Embarazo: 4º mes de embarazo.

Descripción de la Embarazada: Su aspecto es de acorde con la edad cronológica, de estatura media y de complexión robusta, el vientre es prominente. La expresión facial se ve relajada, durante su discurso mantiene la mirada. Muestra arreglo personal y porta ropa casual- informal.

Postura ante las entrevistas: Al preguntarle cómo se ha sentido durante el desarrollo de las entrevistas dice:

—...más relajada, a veces no les puedo decir cómo me siento, porque se pueden preocupar [familia y amigos], pero aquí me sentí muy bien, como liberada, más a gusto con todo esto...”

Historia Familiar: Laura vive con su familia nuclear, sus padres y hermano. Comenta que tiene dos medias hermanas y dice:

—...mi papá tuvo una hija, antes de tenerme a mí, pero no sabe ni como se llama. Mi mamá también tuvo una hija, ella tiene 28 años, tiene una niña de 12 [años] pero la veo como prima, mi mamá se la dio a su hermana mayor y ya no quiso regresársela, luego mis papás me tuvieron a mí y a mi hermano...”

Durante la última entrevista comenta sobre la muerte de su abuela paterna:

—...hace ocho días falleció mi abuelita [llora] le escuche decir a mi papá que se quería quitar la vida, pero como a mí me habían abandonado y no habían querido a mi bebé, él no nos iba a dejar, que por eso no se había hecho la cortada, eso dijo, yo no sé por qué me toco escucharlo. Una vez, él había dicho que cuando yo tuviera un hijo él iba a ser muy feliz y que iba a estar muy orgulloso de mí al saber que yo pude darle un nieto...”

Actualmente la familia incluyendo tías y tíos, han estado apoyando económica y emocionalmente a Laura.

Historia Personal: Su vida sexual activa inició a los 20 años, ha tenido seis parejas sexuales, no tiene antecedentes gineco-obstetricos. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, menciona conocerlos, y ha utilizado condones y pastillas de emergencia como control prenatal.

Comenta que sus relaciones de pareja las ha mantenido con personas que son militares y dice:

—yo tenía una amiga que prácticamente se prostituía con militares y sin paga, por ella conocí a varios, salí con varios militares y después conocí a Manuel él papá de mi hijo, ha sido de mis mejores relaciones, era muy cariñoso conmigo me decía “ehaparrita”, mi amor, y yo lo sentía honesto, me llevaba a su casa, él le pidió permiso a mi mamá para que saliera con él, ella le dijo que me cuidara, que no me lastimará, que yo era muy entregada. Dice mi mamá que yo me enamoro de cualquier perro [ríe]. Todo iba bien, hasta que empezaron las mentiras, la última fue cuando me dijo que se iba a casar, yo platique con la chava y le dije todo lo que él me había hecho y al enterarse de que iba a tener un hijo, la chava dijo que así ya no se iba a casar con él...”

—yo creo que nos separamos por mentiras, yo le había dicho que estaba embarazada, tuve un retraso de 15 días, lo provocho la pastilla del día siguiente, me hice un estudio de orina y dio positivo y le dije que estaba embarazada, luego me hice uno de sangre y dio negativo, pero yo no le dije, tal vez por venganza, él me había puesto el cuerno...”

—hablamos de vivir juntos, el año pasado le dije que quería tener un bebé, no en ese momento, pero sí quería, y me dijo que lo hiciéramos bien...” [Refiriéndose a casarse].

En cuanto al campo escolar y laboral refiere:

—yo soy muy insegura, no he tenido suerte en el trabajo. Me dieron una propuesta en el seguro social, pero como salí embarazada, ahora me tengo que esperar hasta el próximo año, por eso me metí al curso de enfermería, cuando era niña yo quería ser enfermera o doctora, pero no había dinero para la universidad, también me gustaba derecho, pero no se pudo. Platicando con mi mamá me dijo que en donde había quedado mi sueño guajiro [ríe] y me dijo que ella me apoyaba con el curso y pues ya ves, tuvieron que pasar muchas cosas para poder estudiar, me siento a gusto, me gusta, siento mucho compañerismo, me ayudan...”

—a veces en los trabajos te piden que estés casada o con hijos porque hay más obligaciones y responsabilidades y así no abandonan el trabajo...”

—me preocupa no tener dinero, los sábados trabajo con mi papá [maquiladora de calcetines] y con mi tía y prima les ayudo y por evento de taquizas o cliente que consigo me dan \$150.00. No sé cómo le voy hacer, me dijeron que el bebé puede nacer en el Hospital de la Mujer, pero que cobran, no sé cuánto, pero por lo mientras ando buscando que hacer...”

Comenta que tuvo un intento de suicidio la primera vez que se separo de Manuel, padre del bebé y dice:

—se me juntaron muchas cosas, lo de él, el que me puso el cuerno, todo se me junto, me quería aventar [de la azotea de la casa] pero me alcanzaron a agarrar [familiares] y estuve inconsciente,

no sé cuánto tiempo y dicen que empecé a decir un montón de tonterías, yo no me acuerdo, me decían que lo había hecho por él, pero no, sino que se me junto todo...” [Falta de apoyo familiar].

Historia del embarazo: Ante la noticia del embarazo Laura dice:

—..me dejo de bajar y me hice una prueba, me sorprendió, y como ya no estaba con él [padre del bebé] y ya le había mentido sobre un embarazo, pues cuando se lo dije no me creyó y me dijo que lo abortara... me dijo que no lo tuviera, que él me compraba las pastillas o inyecciones o el legrado, que no estábamos listos, pero los hombres son así, en mi familia la mayoría son hombres y dicen que eso es normal que cuando le callera el veinte me iba a buscar y fue así...”

Al cuestionarle que fue lo que ella pensó de esta situación comenta:

—..que poca madre... yo también pensé en no tenerlo, mis tíos me dijeron que si no lo tenía no me iban apoyar y que si lo tenía me iban a dar todo su apoyo y hasta ahorita así ha sido...”

En cuanto a sus relaciones de pareja refiere:

—..él [padre del bebé] me dijo que me iba a acompañar al ultrasonido y no llegó, ya no se de él, pero mejor porque aprendí que él no me quiere y que yo tampoco lo quiero, y yo no quiero eso, hasta pensé en demandarlo, pero para que, yo puedo salir adelante ahorita estoy con mi curso y pues ando buscando que hacer para que mi bebé este bien...”

—..ahorita estoy saliendo con un chavo, él dice que me va ayudar con el bebé, como que no se estar sola, como que uno necesita sentirse querida, que te cuiden, que te abracen, yo no me quiero ilusionar con él, pero si me ayuda, está bien, él es divorciado, bueno separado, tiene dos hijos, su esposa lo engaño y por eso se dejaron...”

Su postura ante el embarazo lo podemos ver en:

—..a raíz del embarazo han cambiado las cosas, estoy estudiando, mi familia me apoya, creo que he mejorado...”

—..el tener un hijo ha de ser bonito, aunque sea muy difícil, el ejemplo que tengo es el de mi tía, que es madre soltera y ha salido adelante, su hijo ya va en la universidad y lo ha hecho ella sola...”

—..yo fui una de las afortunadas de sentir a mi bebé desde el primer mes, eso dijo el doctor. A veces lloro mucho y me deprimó, me ponía muy mal por el papá del bebé, pero entre mi orgullo y dignidad me he dado el valor, me dicen que me ven muy fuerte, yo no lloro en frente de los demás, pero solo yo sé lo que se siente...”

—..no me he sentido mal, al contrario me han ayudado, ahora tengo motivos para vivir, no como antes, como cuando trate de suicidarme...”

Laura dice tener control prenatal, y que hasta el momento no ha acudido a nivel hospitalario. No reporta inconvenientes.

Comenta tener dolores de cabeza (señala la parte frontal), presenta estreñimiento y aumento de peso. Además de tener sensación de nudo en el estomago, tensión, cansancio, hormigueo en el brazo derecho, alteración en el sueño (duerme más), inseguridad, sensación de vacío, impulsividad, durante su discurso tenía cambios de voz, preocupación excesiva, tendencias a recordar experiencias desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables y llanto.

Caso 7

Nombre: Guadalupe.

Edad: 26 años.

Escolaridad: Carrera Técnica. Es auxiliar de educadora y actualmente cursa el bachillerato en sistema abierto.

Estado Civil: Unión Libre. Tuvo una relación de 9 años de noviazgo y 2 años de vivir en concubinato con su pareja.

Nivel Socioeconómico: Bajo. Su pareja es ayudante general y hace trabajos de electricidad. Actualmente rentan un departamento en donde viven solos.

Ocupación: Estudiante y Hogar. Comenta que estaba trabajando en un jardín de niños y que dejó de trabajar por el embarazo.

Tiempo de Embarazo: 4º mes de embarazo.

Descripción de la Embarazada: Su aspecto es de una mujer acorde a su edad cronológica, de estatura alta y de complexión media, el vientre es prominente. La expresión facial se ve relajada, suele mantener la vista durante su

discurso, el volumen de su voz en moderado. Muestra arreglo y limpieza personal, porta ropa casual.

Postura ante las entrevistas: Al preguntarle sobre cómo se ha sentido en el desarrollo de las entrevistas comenta:

—..yo pensé que aquí me ibas a decir o explicar que pasaba en el embarazo, o que me ibas a enseñar ejercicios, eso de hablar de mi no se me da mucho, como ahorita, ya no se que más decirte...”

Historia Familiar: Guadalupe refiere:

—..mis papás se separaron cuando yo tenía 5 años, él [padre] tiene otra pareja y otros hijos, antes nos veíamos poco y ahora con más razón, él es muy especial con la gente, si le caes mal te lo dice o luego dice: mira que ~~h~~quito”, y así, por eso aún no conoce a mi marido, aún no le digo que estoy embarazada, tal vez estoy esperando el momento a que me llame y vayamos a comer...”

—..él [padre] pensaba que estaba embarazada [entre los 18-20 años de edad de Guadalupe] y me quito el seguro y la pensión, saco un documento en donde según yo ya no estaba estudiando, pero yo iba al bachilleres y me quito el seguro y la pensión...”

Al cuestionarle ¿qué más te quito?

—..la atención, él no sabía si mi mamá tenía para darnos o no... estoy esperando el momento para decirle del bebé...”

Comenta que tiene el apoyo de su madre y familia.

—..me daba miedo decirles [noticia del embarazo a la familia] pero él [pareja] se agarró de valor y un día se los dijo, yo veo a mi mamá tranquila y muy feliz y la familia de él lo tomo muy bien, creo que ya todos estábamos esperando que llegara el bebé, ya llevamos mucho tiempo juntos...”

—..por el momento los papás de él y mi mamá nos están apoyando, ya llevamos mucho tiempo conviviendo, y no hemos tenido problemas...”

Historia Personal: En cuanto a su vida sexual activa, inició a los 18 años de edad, ha tenido dos parejas sexuales. No cuenta con antecedentes gineco-obstetricios. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, menciona haber utilizado pastillas anticonceptivas, durante un mes y al tener un retraso en el período menstrual acudió al médico quien confirmó el embarazo.

En cuanto a su relación de pareja comenta:

— él [pareja] es muy atento, cuando puede me acompaña con la doctora, me trata bien, nos llevamos bien, ya llevamos mucho tiempo juntos y como que los dos ya queríamos un bebé, pero no nos animábamos, y ahora que se dio, es bienvenido...”

— a veces sí nos peleamos, luego se le junta el trabajo y llega tarde a la casa, o luego está cansado y no quiere salir, pero yo aprovecho y salgo sola o con mi mamá para ver cosas de bebés. En la escuela me enseñaron hacer manualidades, entonces estoy haciendo cosas para el bebé, me estoy preparando para cuando llegue...”

En el campo laboral y escolar, manifiesta:

— yo estaba trabajando y le ayudaba poquito económicamente [a su pareja] él me da todo, me dice que necesito, la casa, todo está bien, cuando deje de trabajar me dio miedo de que no nos iba a alcanzar, pero él se ha hecho cargo de todo...”

— a veces quisiera tener más cosas, comprar cosas para la casa y para el bebé, por eso yo creo que sí me regreso a trabajar, el dinero siempre hace falta...”

— me metí a terminar la prepa, porque me gustaría seguir estudiando y tener un mejor trabajo, me gusta trabajar en las escuelas, pero ahora es más difícil, te piden papeles y pues a mí me falta, por eso me quiero seguir preparando, para ofrecerle a mi hijo algo mejor...”

Historia del embarazo: Al preguntarle si ella y su pareja habían platicado sobre tener hijos dice:

— sí lo habíamos platicado, primero él me lo pedía y yo no quería y luego yo se lo pedí, pero tampoco se dio y pues ahora es bienvenido el bebé y pues a echarle ganas...”

Ante la noticia del embarazo, Guadalupe dice:

— ya no me bajo y la doctora me mando hacer un ultrasonido y me dijo que mi útero estaba ocupado, sentí bien bonito y luego pensé que era mucha responsabilidad y que había que echarle muchas ganas...”

— cuando se lo dije [la noticia del embarazo a su pareja, durante el relato suspira] como que él hasta descanso, me dijo que él se estaba sintiendo muy mal, como que ya se lo imaginaba...”

Al cuestionarle si en algún momento pensaron en interrumpir el embarazo señaló:

— no, yo creo que ni siquiera nos paso por la mente...”

Cuando se le pregunto qué significaba ser madre comenta:

—..mucha responsabilidad, imagínate! el poder dar vida, el que crezca ahora aquí [señala vientre] y luego moralmente es una bendición...”

—..siento que es niño, que va a tener unas pestañotas chinitas, morenito, no mucho pero si morenito, que va a ser muy grande...”

—..mi embarazo es una bendición, me siento muy bien, a veces quisiera que pasara el tiempo rápido para ya conocer a mi bebé...”

En cuanto a la atención prenatal:

—..luego le pregunto a la doctora sobre cómo va el embarazo y nada más dice, todo bien, saque su ficha para el próximo mes, creo que les falta más atención, yo tengo muchas dudas, me gustaría saber que pasa mes por mes, algo vi en la escuela, pero fue poco, creo que ese es uno de mis defectos, el ser exigente y querer saber qué es lo que pasa...”

—..tal vez soy muy exigente, pero quisiera que me revisaran mejor, que me dijeran cuánto pesa, de que tamaño es, pero no me dicen nada...”

Guadalupe refiere que hasta el momento no ha habido motivo para acudir al servicio hospitalario.

Menciona que durante el primer trimestre de embarazo tuvo náuseas, vómito y pérdida de peso y que actualmente ya no se presentan estos síntomas y que ha estado subiendo de peso y por momentos tiene estreñimiento e hinchazón.

Además, comparte:

—..me da miedo el parto, lo que voy a sentir, si me va a doler, si me dejan ahí sola en el hospital, en dónde va a nacer el bebé, tengo muchas dudas...”

—..luego mis amigas me cuentan de cómo les ha ido con sus hijos, cuando estuve trabajando veía como se llevaban los niños con sus papás, y pues a veces siento miedo o no sé, si sea miedo o duda de cómo yo voy a ser con mi bebé, no quiero que le falte nada, le quiero dar todo lo que pueda...”

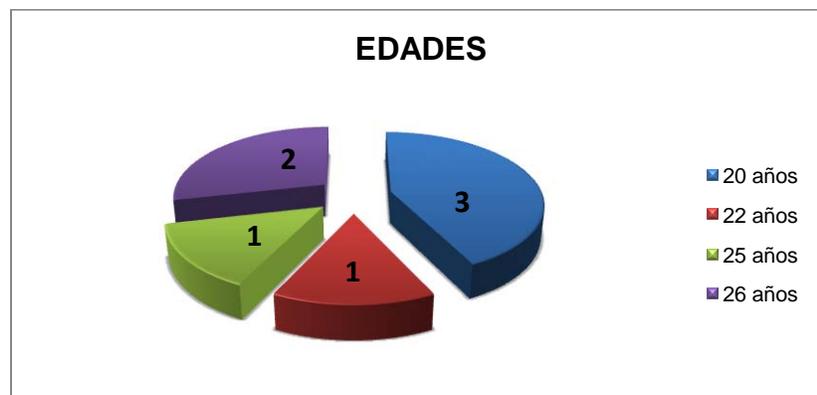
Guadalupe manifiesta tener palpitaciones, molestias digestivas (estreñimiento) en ocasiones se presentan náuseas y vómito, sensación de nudo en el estomago y

aumento de sueño ---a veces ya me canso, como estoy estudiando, en ocasiones me gana el cansancio y duermo más que antes...”

Muestra inquietud, temor de perder el control y temor a la muerte ---a veces pienso que voy hacer si algo sale mal. Si me pongo mala o algo le llegara a pasar al bebé, por eso me gustaría conocer más sobre esto del embarazo, para prepararme y no me vaya a fallar algo...”

5.2 Datos estadísticos

De las siete entrevistadas se obtuvieron los siguientes datos estadísticos:



Las edades de las siete mujeres entrevistadas son:

Tres tienen 20 años de edad, que es la edad más baja.

Mientras que una reporto tener 22 años y una más 25 años de edad.

Dos entrevistadas más reportaron tener 26 años de edad, la cual es la edad más alta.

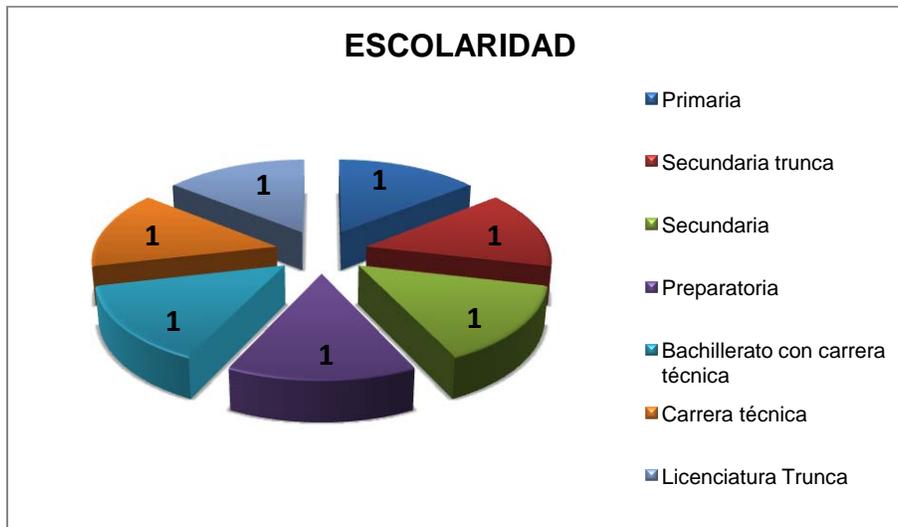
Por lo tanto la edad promedio de las entrevistadas es de: 22.7 años.



El tiempo de embarazo de las siete entrevistadas pertenecen al segundo trimestre de embarazo, de las cuales:

Cuatro entrevistadas se encuentran en el 4º mes de embarazo y

Tres más cursan el 5º mes de embarazo.



La escolaridad de las siete entrevistadas es:

Una entrevistada reporto tener la primaria concluida.

Una entrevistada, tiene secundaria trunca, curso hasta el segundo año.

Una entrevistada, tiene la secundaria concluida.

Una entrevistada cuenta con la preparatoria concluida.

Una entrevistada refiere tener una carrera técnica y actualmente cursa el bachillerato en sistema abierto.

Una entrevistada reporto contar con el bachillerato concluido junto con una carrera técnica y actualmente estudia un curso de auxiliar de enfermería.

Una entrevistada manifiesta tener licenciatura trunca, curso el segundo semestre de la carrera.



El estado civil de las siete entrevistadas es:

Cinco manifestó vivir en unión libre con los padres de sus bebés, mientras que

Una es soltera, ante la noticia del embarazo, el padre del bebé concluyó con la relación y

Una mantiene una relación de noviazgo, después de concluir con la relación con el padre del bebé.



La ocupación de las siete entrevistadas es:

Dos entrevistadas reportaron dedicarse al hogar.

Dos más manifiestan estar estudiando.

Una entrevistada es ayudante general.

Una entrevistada es empleada y

Una entrevistada se dedica al comercio de manera eventual.



En cuanto al tipo de vivienda, las siete entrevistadas manifestaron:

Cuatro habitan en una vivienda familiar, en donde comparten los cuartos de servicio y el patio con el resto de la familia nuclear. Mientras que:

Dos entrevistadas habitan en una vivienda rentada, en donde viven con sus respectivas parejas.

Y Una entrevistada habita en una vivienda prestada, ya que su situación económica no le permite pagar una renta.

CAPÍTULO VI

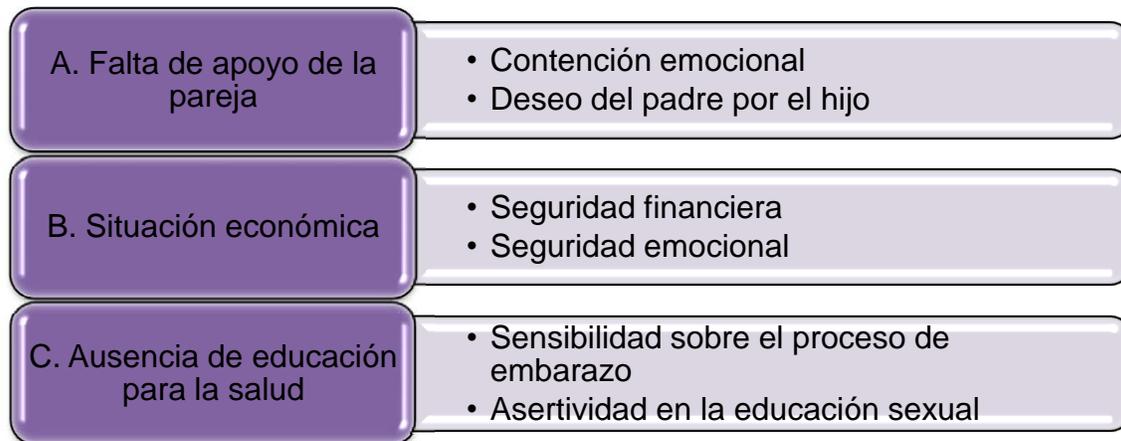
ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el contexto biopsicosocial de un proceso de embarazo, podemos encontrar diversos factores psicológicos, que son aquellos elementos y estímulos de la vida de la mujer embarazada, que tienen un significado en su psique y actúan en el comportamiento, pensamiento y en las emociones.

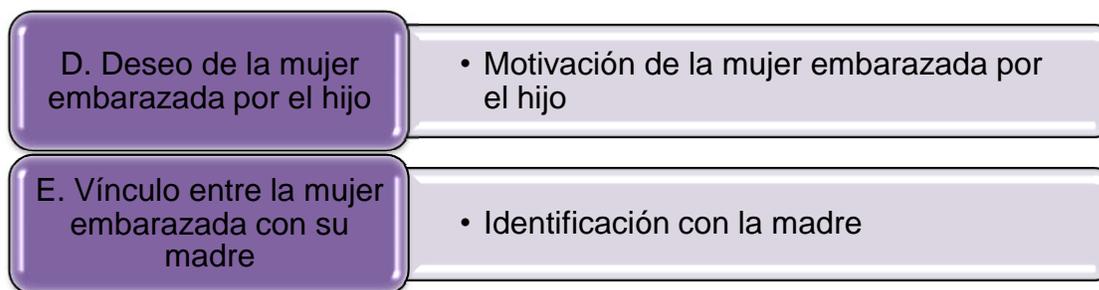
Influyendo de manera directa o no, en su personalidad, toma de decisiones, estado de salud, estado emocional, entre otros. Los cuales pueden llegar a ser generadores de ansiedad, limitando así el desarrollo y disfrute del embarazo.

6.1 Factores y categorías de análisis

En esta investigación se analizaron en un primer momento tres factores de análisis con sus respectivas categorías:



Sin embargo, en el desarrollo de las entrevistas a profundidad y en base al análisis del discurso se encontraron dos factores más con sus respectivas categorías que pueden influir en el embarazo y ser generadores de ansiedad en la mujer embarazada, los cuales son:



A continuación se presentan los resultados obtenidos de los análisis del discurso con enfoque psicoanalítico de las siete participantes de esta investigación:

6.1.1 Factor A. Falta de apoyo de la pareja

Sánchez (2003) dice que los hijos se tienen, entre otras razones para reforzar la alianza de la pareja, por lo tanto, la maternidad se vive condicionada a la paternidad y a la construcción de una familia.

Por ello *la falta de apoyo de la pareja*, puede desunir el vínculo de la relación de la —*pareja embarazada*” porque ambos serán padres y ambos sí lo deciden pueden participar activamente durante el proceso de embarazo y así formar un vínculo afectivo con su futuro hijo (a).

La mujer puede vivir el embarazo como la posibilidad de darle *un hijo*” al hombre, pues los hijos son de ella, son parte de su cuerpo, resultado de una capacidad femenina, las mujeres brindan los hijos a los hombres y así legitiman tanto la vida sexual como el pacto conyugal. De esta manera, el embarazo para el hombre puede significar la potencia sexual masculina y como un atributo a su virilidad.¹³

6.1.1.1 Contención emocional

El apoyo de la pareja, puede proporcionar *contención emocional* a la mujer embarazada, que es la acción de brindar apoyo que ejercerá el hombre a su pareja embarazada, para que ella pueda contener un sentimiento o impulso, y así moderar su intensidad.

¹³ Ibíd.

El apoyo se puede manifestar a través del compromiso, de la presencia, de ser parte realmente del proceso de embarazo.

La falta de este apoyo puede conllevar a que la mujer embarazada se enfrente a la sensación de soledad, lo podemos observar en:

Marieli: —.del papá de mi bebé no sé nada, la última vez que vino fue hace un mes y no me ha mandado dinero, la señora con la que vivo me ayuda pero no es lo mismo, me siento muy sola, por eso me quiero ir a mi casa...”

En este caso en particular existe una separación de la pareja y es evidente la necesidad de tener vínculo afectivo.

Madaí: —.a él [pareja] no le interesa, siempre me deja sola, no me pregunta cómo me fue con el doctor ni como me siento, ni nada...”

Santa: —.Raymundo [pareja] y yo nos llevábamos bien, pero luego me empezó a tratar mal, me pegaba, me humillaba, yo ya no quiero eso, ahora ya no me ha pegado, pero discutimos mucho, me habla con un montón de groserías, yo también, pues me defiendo, ahorita le ha bajado a los golpes, yo creo que ha de ser por el bebé...—[Situación de embarazo].

En estos dos casos a pesar de que existe presencia de la pareja, no es percibida la función de apoyo de la pareja.

Además en el caso de Santa, es evidente una situación de violencia conyugal. Una “~~mujer~~ mujer golpeada” es aquella que sufre maltrato intencional, de orden emocional, físico y sexual, ocasionado por el hombre con quien mantiene un vínculo íntimo. (Ferreira, 1989).

A pesar de que Santa dice: —.ahorita le ha bajado a los golpes, yo creo que ha de ser por el bebé...” se sigue manteniendo una situación de maltrato al referir: —.él casi no quiere estar conmigo, prefiere a su familia a mí me deja sola con el niño, no le importamos...”.

Mayra: —.él [pareja] ya tiene un hijo y nunca lo busca, le digo que vea a su hijo en mí, mi papá no estuvo conmigo, me busco hasta que yo tenía 15-16 años, nunca estuvo conmigo. Yo veo que a él no le interesa su hijo...”

— él es hipócrita, cuando esta mi familia me besa la panza, pero cuando mi mamá no está o estamos solos, no me toca, le digo que mi bebé no necesita migajas de cariño, yo le puedo dar todo...”

En este caso podemos ver una proyección de Mayra, ante la carencia de la mirada del padre, ella considera que su pareja al no ocuparse de su primer hijo, tampoco lo hará con el hijo que tendrá con ella, así como lo hizo el padre biológico de ella (neurosis de repetición).

Laura: — él [padre del bebé] me dijo que me iba a acompañar al ultrasonido y no llegó, ya no se de él, pero mejor porque aprendí que él no me quiere y que yo tampoco lo quiero, y yo no quiero eso, hasta pensé en demandarlo, pero para que, yo puedo salir adelante ahorita estoy con mi curso y pues ando buscando que hacer para que mi bebé este bien...”

— ahorita estoy saliendo con un chavo, Víctor, él dice que me va ayudar con el bebé, como que no sé estar sola, como que uno necesita sentirse querida, que te cuiden, que te abracen, yo no me quiero ilusionar con él, pero sí me ayuda está bien, él es divorciado, bueno, separado, tiene dos hijos, su esposa lo engaño y por eso se dejaron...”

El mecanismo de desplazamiento que se observa en este caso, permite que Laura pueda tener una aparente contención emocional por parte de su novio y así sustituir el apoyo del padre de su hijo. Sin embargo, es evidente su disgusto, y como utiliza su formación reactiva al buscar que hacer o al prepararse con estudios, solo esta reprimiendo su deseo.

Gabriela: — pero también hay cosas que me molestan, él [pareja actual] no es tan cariñoso como mi ex, no me toca mi pancita, no me pregunta que me dijo el doctor, luego le he preguntado si va a querer a mi bebé como quiere a su hijo; y me responde ¿y tú, vas a quererlo como a tus hijos?. Y le digo que sí, que los tres son mis hijos y que los quiero y pues ya me dice que si lo va a querer, me gustaría que fuera más cariñoso...”

A pesar de que existe la presencia de la pareja, pareciera que en este caso hay una rivalidad, teniendo en cuenta que un hijo es la extensión de la pareja y ante la sombra de otros hijos y sobre todo de otras parejas, no ha permitido que Gabriela y su pareja tengan un lugar propio en esta relación.

Guadalupe: ---.él [pareja] es muy atento, cuando puede me acompaña con la doctora, me trata bien, nos llevamos bien, ya llevamos mucho tiempo juntos y como que los dos ya queríamos un bebé, pero no nos animábamos, y ahora que se dio, es bienvenido...”

De los 7 casos revisados, solo en este podemos observar que se percibe el apoyo y contención emocional por parte de la pareja de nuestra entrevistada.

6.1.1.2 Deseo del padre por el hijo

El apoyo de la pareja se refleja en el *deseo del padre por el hijo*, que es la experiencia de satisfacción, ya sea consciente o inconsciente, que experimentará un hombre en el proceso de embarazo de su pareja.

Sin embargo, el deseo por el embarazo no es lo mismo que la actitud hacia él; la actitud tiene que ver con las cogniciones de la persona, adquiridas e identificables a lo largo de su vida.

La actitud del hombre influye también sobre el grado de placer que experimenta la mujer con el embarazo: cuanto más feliz se sienta a causa del embarazo de la mujer, tanto más disfrutará ella la llegada del futuro hijo. (Parke, 1998).

La falta de deseo, se puede manifestar por medio del rechazo del embarazo, que es un factor determinante para decidir un aborto. (Langer y Romero, 1994).

Por otro lado, también el hombre al igual que la mujer puede, presentar cuestionamientos en cuanto a su rol de padre, además puede revivir conflictos con respecto a la relación con su propio padre, lo que puede generar que se sienta tenso y angustiado por el hecho de que se va a poner a prueba su capacidad de ser un buen proveedor para su futuro hijo.

Ante estos postulados podemos observar:

Marieli: ---.cuando le dije que estaba embarazada, él [padre del bebé] se enoja; él quería que no lo tuviera, que lo abortará, yo no, le dije que yo no iba a cargar con una muerte, él no tiene la culpa...”

---.me da tristeza que él no quiera al bebé, todavía la última vez que nos vimos, me dijo que me tomara un té o algo, que él me daba el dinero, para que no lo tuviera, pero le dije que no,

que yo sí lo quiero tener, yo no voy a cargar con la muerte de alguien, porque él [bebé] ya es una persona y siente, yo platico con él y le digo que le voy a echar muchas ganas...” [Ojos llorosos].

Madaí: ---.me molesta que él [padre del bebé] me este insistiendo en que si quiero tener al bebé, él no está muy seguro, yo sí y hasta le dije que si no lo quiere yo me puedo ir a Xochimilco [con la familia de ella] y tenerlo yo sola... él aún no está preparado, pero si lo voy a tener...”

En estos dos casos es notorio la falta de deseo, compromiso y sobre todo de apoyo de la pareja. Además de percibir un rechazo hacia el hijo, también es un rechazo hacia ellas y hacia el vínculo de la pareja.

Santa: ---.tuve mi retraso y me hicieron una prueba [prueba de orina casera] y salió positivo, luego me llevaron a un similar [farmacia de genéricos] y me hicieron estudios, cuando él [pareja] se enteró se saco de onda, como que no lo esperaba, bueno yo tampoco, pero es un regalo de Dios y ni modo hay que echarle ganas...”

---.yo le dije que sí me lo sacaran [Interrupción Legal del Embarazo] no podemos mantenerlo, mi familia también dijo que me lo sacaran, cuando vine [a consulta en el centro de salud público] me dijeron que ya tenía 14 semanas¹⁴ y que ya no me lo podían sacar, ahorita ya me estoy haciendo a la idea y pues sí lo vamos a tener”

La entrevistada comento que tanto su pareja como ella pensaron en la interrupción del embarazo, pero al rebasar las semanas para poder interrumpir legalmente el embarazo, decidieron continuar con el embarazo.

Laura: ---.hablamos de vivir juntos, el año pasado le dije que quería tener un bebé, no en ese momento, pero sí quería, y me dijo que lo hiciéramos bien...” [Refiriéndose a casarse].

---.cuando se lo dije [noticia del embarazo] no me creyó y me dijo que lo abortara... me dijo que no lo tuviera, que él me compraba las pastillas o inyecciones o el legrado, que no estábamos listos, pero los hombres son así, en mi familia la mayoría son hombres y dicen que eso es normal que cuando le callera el veinte me iba a buscar y fue así...yo también pensé en no tenerlo, mis tíos me dijeron que si no lo tenía no me iban apoyar y que si lo tenía me iban a dar todo su apoyo y hasta ahorita así ha sido...”

¹⁴ Ya había rebasado el tiempo límite que estipula la Legislación del Gobierno del Distrito Federal, para llevar a cabo la Interrupción Legal del Embarazo, que es de 12 semanas de gestación. Gaceta Oficial del Distrito Federal (2007).

En estas dos situaciones es notorio la sublimación de las participantes, al reconocer que sí tuvieron el deseo de no continuar con el embarazo, pero a la vez reprimiendo este sentimiento al referirse a un Dios o a una familia que las va a apoyar que las va a "salvar, de ese pensamiento"

Mayra: ---desde el inicio no nos cuidamos, porque queríamos un bebé, llevábamos un mes viviendo juntos cuando me embarace..."

A pesar de que Mayra en el desarrollo de las entrevistas refirió que ella y su pareja deseaban embarazarse, su discurso sobre la participación de su pareja fue casi nulo, en cambio fue sustituido por la figura de la madre de ella.

Gabriela: ---sí lo planeamos, dijimos que después de un año de vivir juntos me iba a embarazar, ahora me cuido [en sus dos embarazos anteriores comento que no tuvo atención prenatal], pero siento que me pesa, siento los senos pesados, mi panza esta pesada y muy grande..."

Ante la noticia del embarazo dice: ---ya no me bajo [periodo menstrual] y me hice una prueba y salió positivo, cuando le enseñe a mi esposo se alegró, pero no tanto como mi ex, no sé, si porque ya tiene un hijo..."

A pesar de que en estos dos casos se pudiera hablar de un deseo, incluso de una planeación del embarazo por parte de la pareja, existe una falta, ya sea porque no figura en el proceso el hombre o porque la postura ante el embarazo es de ~~—pe~~ "peadez".

Guadalupe: ---sí lo habíamos platicado, primero él me lo pedía y yo no quería y luego yo se lo pedí, pero tampoco se dio y pues ahora es bienvenido el bebé y pues a echarle ganas..."

—cuando se lo dije [la noticia del embarazo a su pareja, durante el relato suspira] como que él hasta descanso, me dijo que él se estaba sintiendo muy mal, [náuseas y mareos] como que ya se lo imaginaba..."

Trethowan ha observado que los hombres que presentan síntomas físicos como la pérdida de apetito, náuseas y vómitos, van acompañados con frecuencia por alteraciones psíquicas tales como la tensión, insomnio, irritabilidad e incluso tartamudez. Este cuadro es muy similar al curso de los síntomas que aparecen en la mujer embarazada. (Citado en Parke, 1998).

En este caso se observó que además de percibir apoyo, también hay deseo por parte de la pareja.

Algunos autores refieren que el hombre generalmente se siente orgulloso de su futura paternidad, ya que la fertilidad de la mujer reafirma su propia masculinidad. Sin embargo, hay que recordar que el embarazo implica una crisis de maduración en la que se ponen en juego los recursos psicosociales de la pareja.

Los antecedentes de la vida en pareja como la estabilidad, los apoyos y la capacidad de resolución de los conflictos son muy importantes durante el proceso reproductivo. Si no se cuenta con ellos, aumenta la posibilidad de que se presenten problemas, o incluso un rompimiento de la pareja.

Los cambios emocionales y físicos de la mujer embarazada pueden provocar temor y ambivalencia en el hombre. Como ejemplo de esto, se da el caso de que el hombre que tiene muy dissociada las imágenes de la mujer como ser sexual y como madre se le dificulte integrar estas dos facetas de la imagen que tiene de su pareja. En ocasiones puede evitar contacto sexual con su pareja o buscar una relación extramarital como un medio de evitación.

Atkin y Arcelus dicen que en ciertos medios de la cultura mexicana se han llegado a observar casos en los que los cónyuges han abandonado a sus parejas durante el embarazo para regresar con ellas después del nacimiento del hijo. (Citado por Zubirán, 1998).

En conclusión, se puede decir:

Que seis de siete mujeres refiere no sentir el apoyo de sus parejas durante su embarazo, la contención emocional es carente, y el deseo del padre por el hijo no es percibido; provocando así, disgusto, sentimiento de soledad, tristeza y desánimo. Que son características de ansiedad.

El apoyo de la pareja, también requiere de una seguridad tanto emocional como financiera, en cuanto a la situación económica de las mujeres embarazadas que participaron en esta investigación podemos encontrar:

6.1.2 Factor B. Situación económica

Para conocer la *situación económica* de las entrevistadas, fue necesario indagar sobre las condiciones de vivienda, nivel de escolaridad y tipo de participación laboral de la mujer embarazada.

Cabe señalar que las 7 participantes, pertenecen a una clase social baja, que habitan en una colonia popular de la delegación Gustavo A. Madero en el Distrito Federal y que no cuentan con una vivienda propia.

De las siete participantes, solo una, cuenta con educación primaria como única fuente de formación académica:

Gabriela: De 25 años de edad, su escolaridad es de 6° de primaria; durante la primera entrevista refirió dedicarse al hogar, y de tener experiencia como empleada. Sin embargo, en la tercera entrevista comentó que trabaja tres veces a la semana como etiquetadora de una joyería y que ella se hace cargo de los gastos de la alimentación. Y que su pareja trabaja como empleado en una tienda, se hace cargo de la renta de la vivienda en donde habitan.

En los siguientes dos casos, en donde la escolaridad de las entrevistadas es de secundaria ya sea trunca o concluida, es evidente, la falta de seguridad financiera y emocional, ya que las parejas no cuentan con un trabajo estable y ellas continúan siendo dependientes económicos tanto de las parejas como de las familias nucleares. Por lo tanto no han podido diferenciarse de ser hijas a ser madres proveedoras.

Madaí: Curso el 2° grado de secundaria; durante la primera entrevista refirió dedicarse a la venta de productos de belleza por catálogo. En cuanto a su pareja lleva dos meses sin trabajo fijo (anteriormente se dedicaba al comercio ambulante, en mercados y tianguis, y para la economía familiar recolecta y vende productos de reciclaje (fierro, latas y botellas). La vivienda en donde habitan es de la familia de él, la pareja cuentan con un cuarto en donde duermen y los servicios los comparten con la familia de él. Ambos reciben apoyo económico y alimentario por parte de la familia de él.

Segundo caso:

Santa: Concluyo 3º año de educación secundaria. Actualmente se dedica al hogar, en cuanto a su pareja él se dedica al comercio ambulante. En cuanto a la vivienda, cohabitan en la casa de la madre de ella, tienen un cuarto para ellos, en cuanto a los servicios, los comparten con la familia de ella.

Cabe señalar que ambas tienen 20 años de edad, y a pesar de que ya son madres de un hijo respectivamente, siguen dependiendo de los padres, lo que coloca a las entrevistadas junto con sus parejas como hijos de familia, dejando a un lado su responsabilidad como adultos jóvenes que además son padres.

En el siguiente caso, se trata de una mujer de provincia (Chiapas) de 20 años de edad, que junto con su pareja deciden inmigrar a la Ciudad de México para poder vivir juntos y ante la noticia del embarazo, él concluyo con la relación.

Marieli: Su escolaridad es de 3º de preparatoria; durante la primera entrevista refirió dedicarse al hogar, ya que su ex pareja, la apoyaba económicamente, pero para las siguientes entrevistas se dedicaba a ser empleada de una papelería, como medio de sustento económico y comenta el deseo de estudiar computación, para poder buscar un mejor trabajo. La vivienda en donde habita es prestada, la dueña de la vivienda la apoya al no cobrarle renta y con la alimentación.

Los siguientes casos se tratan de mujeres de 26 años de edad, que tienen escolaridad media superior, junto con otros estudios a nivel técnico o auxiliar, lo que permite tener una formación enfocada al campo laboral.

Guadalupe: Su escolaridad es de auxiliar de educadora y actualmente está por concluir el bachillerato en sistema abierto. Comenta que estaba trabajando en un jardín de niños y que dejó de trabajar por el embarazo y dice: "...yo creo que en un mes regreso a trabajar, me aburro mucho en casa..." y que su pareja es ayudante general y hace trabajos de electricidad. Actualmente rentan un departamento en donde viven solos.

Segundo caso:

Laura: Bachillerato concluido y una carrera técnica como asistente directivo, actualmente estudia un curso de auxiliar de enfermería. Actualmente cuenta con el apoyo económico por parte de su familia, ella tiene trabajos eventuales con familiares como comerciante. Y vive con sus padres.

En este último caso, que fue el único que reporto tener estudios iniciales y trancos a nivel licenciatura, y que no cuenta con experiencia laboral, pero sí tiene apoyo de la pareja a nivel económico.

Mayra: 2º semestre de la licenciatura en administración, por falta de interés abandono los estudios y actualmente se dedica al hogar; mientras que su pareja es mecánico automotriz y es quien se hace cargo de los gastos del hogar. Habitan una vivienda que pertenece a la familia de ella, en donde cohabitan otras familias, cada una en un departamento independiente.

De los siete casos revisados, solo tres no reciben apoyo económico y no viven con la familia nuclear, estas tres parejas son las que viven de manera independiente y hasta el momento de las entrevistas, manifestaron cierta solvencia económica.

6.1.2.1 Seguridad financiera

Al contar con una *seguridad financiera* la mujer embarazada puede tener confianza de contar con los recursos económicos para todo aquello que se requiera en un embarazo, como el acceso al servicio médico, estudios de gabinete, alimentación, accesorios para el futuro bebé, entre otros.

A pesar de que estas mujeres cuentan con la atención médica gratuita en el centro de salud público en el Distrito Federal al que acuden. No basta, pues existen gastos extras a los ya acostumbrados, por lo que ellas de manera personal requieren de una economía estable, para todo aquello que necesiten.

La principal preocupación por parte del futuro padre es la seguridad financiera, la de poder hacer frente a los gastos ocasionados por la atención médica, el parto y por la crianza del niño. (Parke, 1998).

6.1.2.2 Seguridad emocional

Para los fines de esta investigación, no podemos hablar de una seguridad financiera sin compaginarla con la *seguridad emocional* que es la autoconfianza de la mujer de contar con herramientas biopsicosociales en el proceso de su embarazo.

Por tal motivo, para la realización del siguiente análisis, se hablará de estas dos categorías al mismo tiempo.

Gladieux¹⁵, dice que la seguridad emocional, que el hombre proporciona durante el embarazo, hace que sea más fácil para la mujer adaptarse al embarazo y disfrutarlo. Pero también el hombre puede sentir necesidad de seguridad emocional y de cariño, sobre todo en momentos en donde se sienta presionado, para mantenerse constantemente firme, responsable y adulto.

Ante la falta de seguridad financiera y emocional, las mujeres embarazadas lo perciben así:

Gabriela: A pesar de no contar con suficiente escolaridad (primaria), se reconoce como una mujer trabajadora y proveedora. Sin embargo, muestra molestia por la falta de participación financiera por parte de su pareja, lo podemos ver en:

—...desde que vivimos juntos nunca me ha dado dinero [pareja], yo siempre he trabajado. A mí siempre me ha tocado poner lo de la comida y lo de la casa, yo me compro mis cosas. Él trabaja de empleado en una tienda, a él, le toca la renta y el cable y nada más, ahora para lo del bebé tampoco me ha dado y yo ya me canse, yo estoy de su estúpida pon y pon y él le da todo a su ex... Ellos sí lo hicieron bien, legal su separación, él ve al niño los domingos y le deposita la pensión, pero luego la señora le llama para cualquier cosa y para que le de dinero. A mí me da coraje que él no ponga más cosas a la casa...”

¹⁵ *Ibíd.*

Gabriela muestra descontento al tener que compartir el gasto familiar con el hijo y la ex pareja del padre de su bebé. Por lo que la situación económica es la vía para poder expresar la inestabilidad emocional como el enojo de estar bajo la sombra de la primera relación de él.

En los siguientes tres casos, que son de las mujeres más jóvenes de este estudio, 20 años de edad, podemos encontrar:

Madai: —.luego no tenemos dinero, él [pareja] no busca trabajo, por eso anda vendiendo fierros y latas, pero no nos alcanza, por eso la familia de él me molesta, porque tenemos que comer lo que ellos hacen y luego a mí no me gusta, pero me tengo que aguantar...en todo se meten [familia de la pareja] son muy metiches y como luego nos dan dinero, pues piensan que pueden decidir por nosotros, a mí no me gusta eso, pero él no quiere ser responsable, ya esta mayorcito, pero sigue dependiendo de su mamá, no sé qué vamos hacer con este bebé...ya van dos veces que el doctor me manda hacer un ultrasonido, pero como él no tiene dinero no me lo he hecho, yo me siento bien, pero luego me da pena venir a consulta y no traer los estudios que me mando el doctor...”

Santa: —.el señor [pareja] no quiere trabajar, porque dice que si trabaja yo me voy a salir de loca, luego le he dicho que me deje trabajar, porque no nos alcanza con lo poco que gana, pero tampoco me da permiso, dice que yo solo quiero pretextos para salirme a la calle, pero eso no es cierto, sino que luego no tenemos dinero...”

—le he dicho que nos vayamos a rentar aparte, para que sepa cuanto se paga de renta, de luz, para tener más responsabilidades, como mi mamá no nos cobra renta, él se confía y no hace para ganar más o para mejorar, luego, cuando no va a vender y yo no tengo para la comida, mi mamá nos ayuda, pero por eso tenemos problemas con ella, porque dice que somos unos mantenidos, y que mi marido no sirve para nada, a mí me molesta eso, pero sí tiene razón, él no se esfuerza, a mí me gustaría trabajar, pero no me deja...”

En estas dos situaciones, pareciera que el aparente —poyo” familiar, ha limitado que estas dos parejas jóvenes busquen los medios y confíen en sus herramientas personales para tener una estabilidad económica y una estabilidad emocional. Además se percibe cierta violencia financiera, al someter a la mujer a las labores del hogar y no contar con lo necesario, tanto para vivir como todo aquello referente al embarazo.

Tercer caso:

Marieli: Ante la falta de apoyo económico por parte de la pareja refiere:

→.él [pareja] dice que ya no me va ayudar, hasta que se me note, pero ya se me nota [toca su vientre], mi vecina es quien ahorita me está ayudando...”

Este caso a diferencia de los dos anteriores, Marieli, también de 20 años, al enfrentarse sola en una ciudad diferente, sin familia, con una relación de pareja inestable. Ha podido salir adelante, buscando los medios, como un trabajo.

Durante la segunda entrevista dice:

→.ya empecé a trabajar, saco copias en una papelería y despacho, estoy juntando dinero porque pienso irme con mi familia [a Chiapas], dicen que me van a apoyar, yo los extraño mucho, me siento muy sola aquí...”

Marieli además de encontrarse en una situación precaria, la situación económica es el medio para expresar la necesidad de vinculación afectiva. Sin embargo, tiene la capacidad de buscar los medios como un trabajo y una red de apoyo (vecina y familia) para obtener cierta seguridad emocional.

En el siguiente caso, Guadalupe, que vive sola con su pareja, no reporta una situación de conflicto con la pareja ni con la familia de ambos. Y aún perteneciendo a una clase baja, no se observa una situación de vulnerabilidad, ya que la estabilidad económica y emocional es evidente cuando dice:

Guadalupe: →.yo estaba trabajando y le ayudaba poquito económicamente [a su pareja] él me da todo, me dice que necesito, la casa, todo está bien, cuando deje de trabajar me dio miedo de que no nos alcanzará, pero él se ha hecho cargo de todo...a veces quisiera tener más cosas, comprar cosas para la casa y para el bebé, por eso yo creo que sí me regreso a trabajar, el dinero siempre hace falta...”

→.me metí a terminar la prepa, porque me gustaría seguir estudiando y tener un mejor trabajo, me gusta trabajar en las escuelas, pero ahora es más difícil, te piden papeles y pues a mí me falta, por eso me quiero seguir preparando, para ofrecerle a mi hijo algo mejor...”

El mecanismo de formación reactiva, hace que Guadalupe, tenga el deseo de continuar estudiando y el apoyo económico por parte de la pareja le permite hacerlo.

En el caso de Laura, no tiene el apoyo económico ni emocional, por parte del padre de su hijo. En cuanto al campo laboral Laura lo ve así:

Laura: —.a veces en los trabajos te piden que estés casada o con hijos porque hay más obligaciones y responsabilidades y así no abandonan el trabajo...”

—me preocupa no tener dinero, los sábados trabajo con mi papá [maquiladora de calcetines] y con mi tía y mi prima les ayudo y por evento de taquizas o cliente que consigo me dan \$150.00.... No sé cómo le voy hacer, me dijeron que el bebé puede nacer en el Hospital de la Mujer, pero que cobran, no sé cuánto, pero por lo mientras ando buscando que hacer...”

A pesar de que Laura no tiene un trabajo seguro, su discurso va dirigido a tener —~~las~~ obligaciones y responsabilidades”, además de recibir apoyo económico y emocional por parte de sus padres, ella esta —~~buscando~~ que hacer” como un mecanismo de formación reactiva, y lo podemos ver en:

—yo soy muy insegura, no he tenido suerte en el trabajo. Me dieron una propuesta en el seguro social, pero como salí embarazada, ahora me tengo que esperar hasta el próximo año, por eso me metí al curso de enfermería, cuando era niña yo quería ser enfermera o doctora, pero no había dinero para la universidad, también me gustaba derecho, pero no se pudo. Platicando con mi mamá me dijo que en donde había quedado mi sueño guajiro [ríe] y me dijo que ella me apoyaba con el curso y pues ya ves, tuvieron que pasar muchas cosas para poder estudiar, me siento a gusto, me gusta, siento mucho compañerismo, me ayudan...”

Pareciera que el embarazo ha sido el medio para poder tener un acercamiento con su propia madre, en donde pudo hablar de sus deseos cuando era niña, y que ahora puede hacer, ahora sí puede ser enfermera, ahora sí puede ser responsable, ahora sí puede ser hija y curiosamente ahora sí puede ser madre.

En el caso de Mayra, a pesar de no contar con elementos de inestabilidad económica al decir: —. él [pareja] me da todo, así como gana me lo da...” pareciera que el hombre es visto como el proveedor económico, pero no afectivo, es evidente una inestabilidad emocional a nivel pareja cuando Mayra dice:

→.mi marido me molesta, no me gusta su olor, huele a sudor, es muy desagradable, no quiero que me hable...sé que me paso con él, pero me molesta, me molesta hasta escucharlo, él me da todo, así como gana me lo da, pero no sé, ya se lo dije, le he dicho que cuando me vea seria no me hable, que cuando se me pase yo le hablo”

→.Enrique [pareja] no me preocupa, porque él siempre está bien, cuando se va a trabajar le digo que se cuide porque no solo yo lo voy a esperar sino también el bebé...” [Se toca el vientre].

En conclusión, se puede decir que uno de los siete casos no reporta ansiedad en el *factor de situación económica*. En cuanto a los seis casos que sí señalan aspectos de ansiedad ante la situación económica, es evidente la vinculación de la inestabilidad financiera con la inestabilidad emocional tanto de las entrevistadas como de sus parejas.

Para poder afrontar el embarazo y la maternidad se requiere de una base sólida de apoyos tanto de la pareja, familia y amistades. Pero cuando estos apoyos faltan la mujer embarazada se puede apoyar de las instituciones, como los servicios de salud públicos, en donde puedan recibir atención médica integral, fisiológica y sobre todo psicológica y social.

Dentro de la atención prenatal, la educación para la salud, juega un papel importante, ya que será la vía de información y de conocimiento para que las mujeres embarazadas y sus parejas estén concientizados sobre la importancia de una vigilancia, control, y seguimiento de su embarazo y así prevenir eventos de riesgos tanto fisiológicos como psicológicos.

En este factor podemos encontrar:

6.1.3 Factor C. Ausencia de educación para la salud:

En la atención prenatal podemos encontrar fallas en la información del equipo de salud, hacia la mujer embarazada, en la promoción, prevención, detección, atención y rehabilitación del proceso de embarazo.

Por ello la educación para la salud, es fundamental como un proceso, en donde se abordan actividades dirigidas a otorgar información de salud, fomentar

habilidades, herramientas y fenómenos motivacionales, para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud y calidad de vida de los usuarios; por lo tanto la interacción del equipo de salud (médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadoras sociales y personal de enfermería) con los pacientes debería de ser constante como parte de la atención médica integral del primer nivel de salud pública en el Distrito Federal.

Gallar (2002) propone que el apoyo psicológico en la educación y promoción de la salud, deben de estar enfocados en: la observación y análisis de los deseos y motivaciones de la mujer embarazada. Además de otorgar información sobre educación maternal, la importancia de la participación activa de la pareja, entre otros.

6.1.3.1 Sensibilidad sobre el proceso de embarazo

Dentro de las acciones de educación para la salud, encontramos la *sensibilidad sobre el proceso de embarazo*, que es la capacidad de la mujer embarazada y de su pareja, de percibir sensaciones y emociones, de entender y comprender las características, necesidades y compromisos ante un proceso de embarazo.

Ante el fomento de la sensibilidad sobre el proceso de embarazo, por parte del equipo de salud, las participantes lo han vivido así:

Mayra: En el desarrollo de las entrevistas manifestó descontento en cuanto a la atención médica y por la falta de información que se le daba.

Refiere asistir al centro de salud público, en ocasiones ha asistido con médicos particulares y ha acudido al hospital en 4 ocasiones al servicio de urgencias y comenta:

→..me dijeron que era de alto riesgo, tuve amenaza de aborto, luego me duele mucho la cabeza, la última vez que fui al hospital me dijeron que no tenía nada...”

→..cuando vengo al doctor, dice que estoy bien, la última vez, me atendió otra doctora, pero no me toco, solo dijo que estaba bien, pero se supone que me deben de medir y eso. Luego me he sentido mal y me llevan con un particular, pero igual, dice que no tengo nada, entonces por qué me siento así? No lo sé...

Comenta que anteriormente pesaba 84 kg. Y actualmente pesa entre 81-82 kg con una estatura de 1.58 aproximadamente. Dice tener sobrepeso. Presento vómito en el segundo mes de embarazo, en ocasiones reporta presión arterial elevada e hinchazón.

Soifer (1971) dice que las mujeres que presentan hipertensión en el embarazo es una reacción que corresponde a una fantasía inconsciente de muerte. En cuanto al aumento excesivo de peso es una defensa incorporativa y retentiva contra la ansiedad de vaciamiento. Aparece preferentemente en personalidades con una fuerte estructura narcisista, de tipo infantil inmaduro e intensa fijación y dependencia de la propia madre.

Durante las entrevistas se observó un vínculo muy fuerte entre Mayra y su madre y una preocupación excesiva, ya que la madre de Mayra está enferma y varias veces en su discurso sustituyó al marido por su propia madre.

Reporta dolor frecuente de cabeza, vómitos (sustancia amarilla), sensación de hueco en el estómago, cansancio, alteración en la respuesta sexual:

—no me siento cómoda, cuando nos dormimos él [pareja] pone su mano aquí [señala cadera] y la siento muy pesada, y no quiero que me toque, ya lo platicamos y él me respeta, dice que mientras estemos bien el bebé y yo basta...”

Comenta que tiene: sensación de vacío, incertidumbre, temor a la muerte, en su discurso suele tener cambios en la voz, preocupación excesiva, expectativas negativas, irritabilidad, tendencia a recordar experiencias desagradables y sobrevalorar pequeños detalles.

Madaí: Durante las entrevistas se noto la carencia de información sobre el proceso de embarazo. Señala que en el embarazo anterior no recibió atención médica continúa. Por tal motivo, para este embarazo decidió atenderse desde el inicio del embarazo. Sin embargo, dice:

—el doctor luego no me explica, solo me pide los estudios, pero horita no me los puedo hacer, no tenemos dinero...todavía no siento mucho al bebé, yo siento que todo va a estar bien...”

Cabe mencionar que en el segundo trimestre, que es el caso de todas las participantes, ya existe la posibilidad de sentir los movimientos del bebé, y por medio del ultrasonido conocer al feto.

Además menciona que aún prevalecen las náuseas, vómito y estreñimiento, además de cansancio, aumento de sueño y desánimo.

Pareciera que la inestabilidad financiera, que imposibilita realizarse los estudios de gabinete, posicionan a Madaí en una negación de su propio hijo, al no poder sentir los movimientos fetales al igual que su inestabilidad emocional, ente las náuseas y vómito que biológicamente ya no son normales en esta etapa.

En cuanto al estreñimiento Soifer (1971) refiere que es la defensa contra la sensación de vaciamiento, su finalidad inconsciente es la fantasía de retención del feto.

Por lo tanto, nos encontramos con una ambivalencia, entre aceptación-rechazo hacia el embarazo, recordemos que en el apartado 6.1.1.2 Deseo del padre por el hijo, manifestó que su pareja no estaba muy seguro del embarazo, ella no cuenta con el apoyo de su familia y pone en duda su maternidad con el hijo que ya tiene.

—...a veces vómito amarillo, tal vez por los corajes que hago, la familia de él, me molesta mucho, y Carlos [pareja] no me hace caso, prefiere estar con sus hermanos que conmigo, yo estoy mucho tiempo sola y me siento mal, me molesta que no esté conmigo, me siento sola, nadie me quiere...”

Gabriela: Comenta que acude puntualmente a su control médico y dice:

—...a veces siento que el bebé no se mueve, en el ultrasonido dice que tengo un intestino más abajo y luego me duele, pero me dicen que estoy bien, yo me siento bien, luego siento muy pesado al bebé...”

Comenta que en el primer trimestre de embarazo tuvo náuseas y vómito. Actualmente presenta hinchazón, cansancio, sueño, desánimo, aumento de peso y en ocasiones reporta presión baja.

→.a mí me gustaría que me ayudarán, por eso vine, yo no sabía que hubiera psicóloga, creo que necesito atención, para ya no sentirme así. Con este embarazo he estado comiendo bien, tomo muchas vitaminas, vengo al doctor, me hago los ultrasonidos, cosa que no sucedió con mis otros hijos. Con mi ex había veces que me dejaba sin comer, yo no sé por qué ahora que tengo más cuidados me siento mal. Mis senos los siento muy pesados, sé que no tengo mucho [toca vientre] pero ya me creció la panza, ya ni me puedo agachar para ponerme los zapatos, no tengo ganas de nada, ni de arreglarme, duermo mucho...”

Recordemos que en el embarazo, la mujer afrontará una serie de crisis de maduración, en donde se reviven conflictos psicológicos de fases previas al embarazo y si no se resuelven dichos conflictos se puede desembocar en profundos y dramáticos cambios psíquicos y somáticos y la mujer estará limitada a asumir la maternidad. (Bibing, 1961).

En el caso de Gabriela, en donde han descartado un embarazo de alto riesgo, ella lo vive con —~~pe~~idez” y con una serie de síntomas que nos indican depresión.

→.no sé, si sea por el embarazo pero luego me enojo de todo, ando alterada. Luego me enojo con mi esposo, porque él ya tiene un hijo y su ex siempre le llama y le pide muchas cosas...”

→.luego ando inquieta, enojada, lloró mucho, luego tengo sueños. Hoy soñé que mis hijos estaban chiquitos como de 6-7 años y que yo les preguntaba que, qué les iban a pedir a los reyes y su papá me decía que ya tenía los regalos y que todo estaba bien, yo ya estaba con mis hijos, todo ya estaba bien entre nosotros...”

Cuando se le cuestiono quienes eran —~~no~~sotros” dijo:

→.mi ex, mis hijos y yo..”

Por lo que se le cuestionó ¿y en dónde queda tu pareja?- quedo pensativa, pregunto el cuestionamiento y dijo:

→.no lo sé, no sé qué lugar ocupa...”

Gabriela no ha podido superar la separación con su anterior pareja, y de alguna manera continúa teniendo un vínculo con él a través de los hijos, los cuales están a cargo de él. Y Gabriela bajo esta culpa de no poder tener a su lado a sus hijos, no puede disfrutar de su maternidad y mucho menos de este embarazo.

Reporta tener: Taquicardia, opresión en el pecho, falta de aire, en ocasiones presenta diarrea, sensación de nudo en el estomago, sensación de obstrucción en la garganta, tensión, cansancio, hormigueo, alteración en la respuesta sexual:

---.la panza ya no me permite, a mí no se antoja estar con él...”

En ocasiones tiene sensación de amenaza, ganas de huir, inseguridad. Durante su discurso suele tener posturas cerradas, cambios de voz, y expresión facial de asombro y duda. Suele tener descuidos, preocupación excesiva y sobrevalora detalles desfavorables.

Santa: Ha acudido al centro de salud público para recibir atención médica, por el momento no ha existido la necesidad de acudir a servicio hospitalario y se descarta problemas físicos en el embarazo. Cuenta con estudios de laboratorio y con un ultrasonido.

Ella menciona que desde el primer trimestre hasta la fecha ha existido la prevalencia de náuseas y vómito, a decir de ella: ---.vómito puro amarillo, ha de ser puro ácido...”, desmayos, aumento de sueño, de cansancio y ganas de llorar.

Al preguntarle como se había enterado sobre este estudio dijo:

---.vine a trabajo social para dejar mis papeles [trámites] y vi el anuncio, por eso me acerque, quiero que me ayuden, quisiera que nos ayudaran a los dos, tenemos muchos problemas, yo quiero estar bien con él...” [Pareja].

Santa comenta que vive una situación violenta con su pareja. Al preguntarle sobre la situación evade, pero su represión es evidente ante los siguientes síntomas:

Náuseas, vómito, cansancio, sensación de mareo e inestabilidad, alteración en el sueño, ahora duerme más, alteración alimentaria, falta de apetito, el vientre no es pronunciado incluso su semblante es demacrado.

Además de inquietud, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir, inseguridad, sensación de vacío, temor de perder en control, sospechas y dificultad para tomar decisiones.

En cuanto a los movimientos de manos y brazos en ocasiones se muestran torpes, existe cambio en la voz durante su discurso y por momentos su expresión facial es de asombro y duda. Así mismo muestra dificultad en la atención, tiene expectativas negativas y tiene tendencia a recordar sobre todo experiencias desagradables. Santa por momentos se muestra irritable, hostil y suele tener verborrea.

Marieli: Comenta que ha acudido a control prenatal, y que va al corriente con la vacunación y estudios de gabinete, comenta:

→..me puse mal, me empezó a doler mucho aquí [señala vientre, lado derecho] me dijeron que era una amenaza de aborto y me mandaron reposo, que no cargara cosas pesadas. Solo fui al centro [centro de salud público], no me mandaron al hospital...”

Sin embargo, se descarto que fuera un embarazo de alto riesgo.

Marieli reporto los siguientes síntomas:

Presencia de vómito, aumento de sueño, dolor en las piernas, temblores, sudoración, molestias digestivas (antes del embarazo, le habían diagnosticado gastritis), sensación de obstrucción en la garganta, tensión, rigidez muscular, cansancio, inquietud, sensación de peligro, ganas de huir, inseguridad, sensación de vacío, dificultad para tomar decisiones y temor a la muerte.

Durante las entrevistas se le escucho una voz baja y suave, dificultad en la atención, concentración y memoria, sensación de confusión, dificultades para seguir una conversación, dificultad para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor a posibles conflictos.

Cabe señalar que en los relatos sobre su pareja, y ante la situación de abandono por parte de él, Marieli no mostro enojo o molestia, incluso no manifestó discusiones o malos entendidos. Por lo que su represión se dirigió a lo parte somática.

Guadalupe: Ante la atención prenatal la percibe insuficiente y comenta:

→.luego le pregunto a la doctora sobre cómo va el embarazo y nada más dice, todo bien, saque su ficha para el próximo mes, creo que les falta más atención, yo tengo muchas dudas, me gustaría saber que pasa mes por mes, algo vi en la escuela, pero fue poco, creo que ese es uno de mis defectos, el ser exigente y querer saber qué es lo que pasa...”

→.tal vez soy muy exigente, pero quisiera que me revisaran mejor, que me dijeran cuánto pesa, de que tamaño es [el feto], pero no me dicen nada...”

Guadalupe refiere que hasta el momento no ha habido motivo para acudir al servicio hospitalario.

Menciona que durante el primer trimestre de embarazo tuvo náuseas, vómito y pérdida de peso y que actualmente ya no se presentan estos síntomas y que ha estado subiendo de peso y por momentos tiene estreñimiento e hinchazón.

Durante las entrevistas Guadalupe se mostro un tanto demandante:

→.quisiera conocer más, por eso me acerque [a pedir informes sobre la convocatoria de esta investigación] y pregunte sobre ejercicios o cursos, quiero aprovechar todo para mi bebé...”

Durante el desarrollo de las entrevistas Guadalupe mostro resistencia, lo podemos ver en:

→.yo pensé que aquí me ibas a decir o explicar que pasaba en el embarazo, o que me ibas a enseñar ejercicios, eso de hablar de mi no se me da mucho, como ahorita, ya no se que más decirte...”

La racionalización que presenta Guadalupe obstaculiza la expresión de sus emociones.

Guadalupe manifiesta tener palpitaciones, molestias digestivas (estreñimiento) en ocasiones se presentan náuseas y vómito, sensación de nudo en el estomago y aumento de sueño:

→.a veces ya me canso, como estoy estudiando, en ocasiones me gana el cansancio y duermo más que antes...”

Su estructura obsesiva, hace que muestre inquietud, temor a perder el control y miedo a la muerte:

—...a veces pienso que voy hacer sí algo sale mal. Si me pongo mala o algo le llegara a pasar al bebé, por eso me gustaría conocer más sobre esto del embarazo, para prepararme y no me vaya a fallar algo...”

De los siete casos revisados, solo el siguiente caso no reporto falla en la información de sensibilidad del proceso de embarazo.

Laura: No reporta desconocimiento sobre el embarazo, tal vez con sus estudios de auxiliar de enfermería, tenga nociones generales. Comenta que tiene control prenatal, y que hasta el momento no ha acudido a nivel hospitalario.

Cabe mencionar que en el transcurso de las entrevistas Laura comento que tuvo un intento de suicidio la primera vez que se separo de Manuel, padre del bebé:

—...se me juntaron muchas cosas, lo de él [padre del bebé] el que me puso el cuerno, todo se me junto, me quería aventar [de la azotea de la casa] pero me alcanzaron a agarrar [familiares] y estuve inconsciente, no sé cuánto tiempo y dicen que empecé a decir un montón de tonterías, yo no me acuerdo, me decían que lo había hecho por él, pero no, sino que se me junto todo...” [Falta de apoyo familiar, no tener un trabajo estable].

Comenta que a raíz del embarazo y de estar recibiendo apoyo por parte de su familia y amistades, ya no ha tenido pensamientos suicidas y dice:

—...ya ves, tuvieron que pasar muchas cosas para poder estudiar, me siento a gusto, me gusta, siento mucho compañerismo, me ayudan...”

En cuanto a los síntomas, dice tener: dolores de cabeza (señala la parte frontal), presenta estreñimiento y aumento de peso. Además de tener sensación de nudo en el estomago, tensión, cansancio, hormigueo en el brazo derecho, alteración en el sueño (duerme más), inseguridad e impulsividad.

Durante su discurso tenía cambios de voz (alzaba mucho el volumen de voz), preocupación excesiva, tendencias a recordar experiencias desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables y llanto.

De los siete casos revisados, ninguno reporto que el equipo de salud, les hayan otorgado, información, asesoría, contención, o incluso canalización al servicio

correspondiente, como la atención psicológica, a pesar de que reportaron diversos síntomas y somatizaciones relacionadas con la ansiedad y depresión.

6.1.3.2 Asertividad en la educación sexual

La *asertividad de la educación sexual*, será aquella información, congruente, clara y directa que tenga la mujer embarazada sobre sexualidad. La forma en cómo la ha vivido, la información obtenida ya sea por las instituciones (escuela-salud) o de la familia.

Sánchez (2003) dice que las mujeres de clase social baja tienen una estrecha vinculación entre el inicio de la vida sexual activa, la vida reproductiva y la vida en pareja. Y continúa diciendo que estas mujeres inician su vida sexual muy jóvenes sin usar anticonceptivos e inmediatamente establecen la relación de pareja y se embarazan o que la vida en pareja es a raíz de un embarazo.

En el desarrollo de las entrevistas, en cuanto a la educación sexual, se pudo observar que la edad más temprana de una vida sexual activa fue a los 14 años.

Gabriela: En cuanto a su vida sexual activa, inició a los 14 años de edad, ha tenido tres parejas sexuales. Cuenta con antecedentes gineco-obstetricios: 3 embarazos y 2 partos. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, menciona haber utilizado el dispositivo intrauterino (DIU) por 7 años, y al decidir junto con su pareja en tener un hijo, se lo retiró y en poco tiempo tuvieron la noticia de este embarazo.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos dice:

—yo estaba utilizando el DIU, lo traje 7 años [después de tener a sus dos primeros hijos] y vine [al centro de salud público] a que me lo retiraran, la enfermera me dijo que me iba a costar un poco embarazarme por el tiempo que lo anduve trayendo, pero pues no fue así, sí quería embarazarme, pero no tan rápido...”

A pesar de manifestar deseo por el embarazo, también es notorio la ambivalencia en: —si quería embarazarme, pero no tan rápido...”, cabe mencionar que Gabriela durante el desarrollo de las entrevistas varias veces refirió esta ambivalencia al

cuestionarse si es o no una “buena madre”, por el hecho de estar embarazada y de no estar con sus otros dos hijos, de su primera relación.

Cabe mencionar que los sentimientos ambivalentes que son centrales en el embarazo, como el amor-odio, frustración-satisfacción, que pueden ser el reflejo de una relación entre la mujer embarazada con su propia madre, lo que puede provocar ansiedad y sentimientos de culpa.

En cuanto a su relación de pareja:

Refiere que a los dos años de muerta su madre, diagnosticada de cáncer, Gabriela de 16 años de edad, tiene su primer embarazo y dice:

—..Creo que me fui con mi ex, porque me sentía sola, fue mi primer novio, sí lo quería pero creo que me fui para estar acompañada...”

En cuanto a la relación con su actual pareja comenta:

—..yo lo quiero mucho [pareja actual], él me hace sentir muchas cosas cuando estamos juntos, cuando tenemos relaciones, todo el día estoy pensando en él. Con mi ex no me pasaba lo mismo, creo que con él me precipite, sí lo quería pero no tanto como a mí pareja...”

Freud (1918) en su conferencia El tabú de la virginidad, dice que —..unas segundas nupcias sean a menudo más felices que las primeras...” (p. 203)

—..ocurre fácilmente que la segunda mitad de la vida de una mujer se llene con la lucha contra su marido, así como la primera, más breve, lo estuvo con la rebelión contra su madre. Tras desfogarse la reacción, es fácil que un segundo matrimonio se plasme de manera mucho más satisfactoria...” (Freud, 1932-1936, conferencia La feminidad, p. 123).

Santa: Su vida sexual activa inició a los 16 años ha tenido una sola pareja, tiene antecedentes gineco-obstetricos: 2 embarazos, y una cesárea. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, menciona haber utilizado pastillas anticonceptivas y condones.

En cuanto al uso de métodos de planificación menciona:

—nos estábamos cuidando con condones, yo vengo cada mes por la receta [control de planificación familiar en el centro de salud público] pero nos falló. La verdad es que a veces no usábamos [condones], pero él me cuidaba, no sé que pudo pasar...”

Este es un ejemplo de la poca información que en ocasiones se brinda en la atención médica, pues siendo una mujer que vive en pareja y que tiene un hijo sería conveniente brindar una consejería, detallando los beneficios de métodos de planificación más seguros que el uso del condón. Y de esta manera prevenir embarazos no deseados.

De su relación de pareja, comenta:

—cuando se enteró [pareja] de que iba a venir con usted [a las entrevistas], me pregunto que por qué, yo le dije que me había mandado la de trabajo social, y me dijo que me iba acompañar, sino le decía eso, no mi iba a dejar venir...”

Cabe señalar que en las siguientes entrevistas Raymundo (pareja) acompañó a la entrevistada, la esperaba en la sala de espera mientras ella entraba a la entrevista.

—yo siento que sí nos queremos, bueno yo sí lo quiero, pero ya no es lo mismo como al inicio, él me trataba bien, luego fue cambiando, ahora yo agarro de pretexto al bebé para que no me pegue...”

Este es un ejemplo de violencia en el embarazo, el cual acarrea inseguridad, miedo y por supuesto angustia.

Madaí: En cuanto a su vida sexual activa, inició a los 17 años de edad, ha tenido tres parejas sexuales. Cuenta con antecedentes gineco-obstetricios: 2 embarazos y 1 parto. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, menciona haber utilizado: condones, pastillas anticonceptivas y pastillas de emergencia.

En cuanto a su relación de pareja refiere:

—esa noche que tuvimos relaciones, él [pareja] terminó en mí y al otro día me compró unas pastillas del día siguiente, en una similar, porque él no se sentía muy seguro, pero no funcionaron. Después de platicar le dije que yo sí quería otro hijo y pues desde ahí el ha terminado en mi...”

A pesar de ser un embarazo no planeado, la comunicación en la pareja permite que se vaya generando un deseo hacia el embarazo y hacia el hijo.

Guadalupe: En cuanto a su vida sexual activa, inició a los 18 años de edad, ha tenido dos parejas sexuales. No cuenta con antecedentes gineco-obstetricios. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, menciona haber utilizado pastillas anticonceptivas, durante un mes y al tener un retraso en el período menstrual acudió al médico quien confirmó el embarazo.

En cuanto a su relación de pareja comenta:

→.él es muy atento, cuando puede me acompaña con la doctora, me trata bien, nos llevamos bien, ya llevamos mucho tiempo juntos y como que los dos ya queríamos un bebé, pero no nos animábamos, y ahora que se dio, es bienvenido...”

→.a veces sí nos peleamos, luego se le junta el trabajo y llega tarde a la casa, o luego está cansado y no quiere salir, pero yo aprovecho y salgo sola o con mi mamá para ver cosas de bebés. En la escuela me enseñaron hacer manualidades, entonces estoy haciendo cosas para el bebé, me estoy preparando para cuando llegue...”

Guadalupe, reconoce que en la relación de pareja pueden existir ambivalencias. Sin embargo, pareciera que el deseo de estar juntos, y de compartir sus vidas es más fuerte y es proyectado hacia los preparativos para la llegada de su futuro hijo.

Mayra: Su vida sexual activa inició a los 19 años con una sola pareja, no tiene antecedentes gineco-obstetricios. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, menciona conocerlos, pero no ha hecho uso de ellos.

En cuando a la sexualidad, asocia el tener pareja y el vivir en pareja con el embarazo, como si no se pudieran contextualizar estos fenómenos por separado.

Su relato sobre la relación de pareja fue casi nulo.

Marieli: En cuanto a su vida sexual activa, inició a los 20 años de edad, solo ha tenido una pareja sexual, no tiene antecedentes gineco-obstetricios. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, menciona que no ha utilizado. Sin

embargo, durante la última entrevista manifestó haber tomado pastillas de emergencia.

En cuanto a su relación de pareja dice:

—..yo ya sabía que se había casado y que tenía una hija, pero me dijo que su esposa lo había engañado y lo había dejado; por eso empecé a andar con él, yo no tuve muchos novios, él fue el segundo. Mi familia no sabía nada y no les decíamos porque se iban a enojar, porque él ya tenía una hija, por eso nos venimos acá...” [Al Distrito Federal].

El tabú de la sexualidad lo podemos ver en:

—..la primera vez que estuve con él me dio miedo, no sabía qué hacer, mi mamá nada más nos decía que nos cuidáramos de los novios, pero ya vez me case...”

Para referirse a las relaciones erótico- sexuales, habla sobre casarse, esta es una dificultad para poner en palabras aspectos relacionados con la sexualidad y que muchas de las veces es de generación en generación.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos menciona:

—..me estaba tomando unas pastillas, las compraba sueltas, me las tomaba cada vez que estábamos juntos, pero ya después no me tome nada, ni utilizamos condones y pues me embarace. Le hubiera hecho caso a mi mamá, me hubiera esperado, no me hubiera casado...”

Aquí es más que obvia la falta de información ante los métodos anticonceptivos, la distorsión de la información provoca que se tengan embarazos no planificados.

Laura: Su vida sexual activa inició a los 20 años, ha tenido seis parejas sexuales, no tiene antecedentes gineco-obstetricos. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, menciona conocerlos, y ha utilizado condones y pastillas de emergencia.

Al parecer existe una información distorsionada en cuanto a los métodos de planificación familiar, pues Laura utilizaba como medio de control, pastillas del día siguiente o de emergencia, las cuales no son consideradas como métodos de planificación ya que pueden alterar el organismo de la mujer si se toman frecuentemente y sin supervisión médica.

En cuanto a la relación de pareja menciona:

—..yo tenía una amiga que prácticamente se prostituía con militares y sin paga, por ella conocí a varios, salí con varios militares y después conocí a Manuel él papá de mi hijo, ha sido de mis mejores relaciones, era muy cariñoso conmigo me decía “ehaparrita”, mi amor, y yo lo sentía honesto, me llevaba a su casa, él le pidió permiso a mi mamá para que saliera con él, ella le dijo que me cuidara, que no me lastimara, que yo era muy entregada... Dice mi mamá que yo me enamoro de cualquier perro [ríe]. Todo iba bien, hasta que empezaron las mentiras, la última fue cuando me dijo que se iba a casar, yo platique con la chava y le dije todo lo que él me había hecho y al enterarse de que iba a tener un hijo, la chava dijo que así ya no se iba a casar con él...”

—..yo creo que nos separamos por mentiras, yo le había dicho que estaba embarazada, tuve un retraso de 15 días, lo provoco la pastilla del día siguiente, me hice un estudio de orina y dio positivo y le dije que estaba embarazada, luego me hice uno de sangre y dio negativo, pero yo no le dije, tal vez por venganza, él me había puesto el cuerno...”

Actualmente Laura no tiene contacto con el padre de su hijo, pero mantiene una relación de noviazgo con otro chico.

En el desarrollo de las entrevistas, fue notoria la necesidad de sentirse acompañada y de usar distintos objetos de amor, como sustitutos de una falta, seguramente generada en la infancia.

Conclusión: En los siete casos revisados, se observaron inconsistencias y fallas en la información sobre asertividad en la educación sexual, provocando mal uso de métodos anticonceptivos, embarazos no deseados y no planeados.

Cabe mencionar que ninguna de las participantes reportó una orientación o consejería en cuanto a la sensibilidad sobre el proceso de embarazo y mucho menos haber recibido información congruente, clara y directa sobre sexualidad, por parte el equipo de salud en la atención prenatal de un centro de salud público.

Lamentablemente en pleno siglo XXI aún podemos observar resistencias al hablar sobre sexualidad e incluso sobre el proceso de embarazo, aspectos que todos los seres humanos hemos vivido.

Freud en su artículo El tabú de la virginidad (1918) nos dice:

—..podría decirse que la mujer es en un todo tabú...Y no lo es sólo en las situaciones particulares que derivan de su vida sexual -la menstruación, el embarazo, el parto, el puerperio-, sino que aun fuera de ellas el trato con la mujer está sometido a limitaciones tan serias y profundas que tenemos todas las razones para poner en duda la supuesta libertad sexual...” (p. 194).

6.1.4 Factor D. Deseo de la mujer embarazada por el hijo

En un proceso de embarazo es esencial que exista un *deseo de la mujer embarazada por el hijo*, la experiencia de satisfacción, ya sea consciente o inconsciente, que experimentará una mujer en el proceso de su propio embarazo, puede ser el medio para que la mujer disfrute su embarazo y pueda proyectar su deseo a través del amor, cuidado y seguridad que le otorgue a su hijo.

Freud en la conferencia de la Feminidad, establece que en el desarrollo del complejo edípico en la mujer, ésta se enfrenta al deseo del pene que la madre le ha denegado y es así como ante esta falta, es sustituido por el deseo de un hijo, a nivel simbólico, el hijo aparece en lugar del pene.

En el juego infantil, es común observar que las niñas jueguen a las muñecas, es una manera de simbolizar la identificación-madre.

—..jugaba a la madre, y la muñeca era ella misma; entonces podía hacer con el hijo todo lo que la madre solía hacer con ella. Sólo con aquel punto de arribo del deseo del pene, el hijo- muñeca deviene un hijo del padre y, desde ese momento, la más intensa meta de deseo femenina. Es grande la dicha cuando ese deseo del hijo halla más tarde su cumplimiento en la realidad, y muy especialmente cuando el hijo es un varoncito, que trae consigo el pene anhelado...” (Freud, 1932-1936, conferencia La feminidad, p. 119).

—..en otras mujeres no se registra en absoluto este deseo del pene; su lugar está ocupado por el deseo del hijo, cuya frustración en su vida puede desencadenar la neurosis. Es como si estas mujeres hubieran entendido desde luego, esto no pudo haber activado en calidad de motivo que la naturaleza ha dado a la mujer el hijo como sustituto de lo otro que se vio precisada a denegarle... el deseo del pene sería en el fondo idéntico al deseo del hijo...” (Freud, 1917, conferencia Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal, p. 119).

6.1.4.1 Motivación de la mujer embarazada por el hijo

El deseo del embarazo, dependerá de la *motivación de la mujer embarazada por el hijo*, que es el conjunto de estímulos internos y externos que permiten que la mujer embarazada, se adapte y tenga un papel activo en su proceso de maternidad.

La motivación para tener un bebé debe estar basada en la satisfacción de una necesidad primaria de la mujer y en la satisfacción de necesidades más adultas como la generatividad, en la que existe el deseo de dar y compartir la vida con un nuevo ser. (Zubirán, 1998).

Es importante señalar la diferencia entre un embarazo planeado y no planeado, el primero consiste en una búsqueda consciente y deliberada por los padres, por los motivos que fueren; por lo tanto el *hijo deseado* es el que satisface emocionalmente las aspiraciones maternas y paternas (no siempre se presentan juntas).

Sin embargo, el deseo por el embarazo no es lo mismo que la actitud hacia él; la actitud tiene que ver con las cogniciones de la persona, adquiridas e identificables a lo largo de su vida.

En cambio un embarazo no planeado, sería aquel que surge espontáneamente, que en el transcurso del proceso se puede desear y amar o se puede rechazar y negar psíquicamente.

Por tal motivo en el siguiente análisis se conjugaran tanto el deseo como la motivación de la mujer embarazada por el hijo.

A continuación se presentan tres casos de mujeres que cursan su tercer y segundo embarazo y como relatan el antecedente de ya haber experimentado su maternidad y cómo influye en este embarazo.

Gabriela, quien es madre de dos hijos y cursa su tercer embarazo. Ella no vive con sus hijos, ellos están con el padre. Ante la maternidad comenta:

—me siento mal por no poder ver a mis hijos, creo que no he sabido ser mamá, mi cuñada me ayuda a verlos, sin que mi ex sepa, quisiera que me ayudaran para poder ver a mis hijos...”

—en cuanto a este embarazo me he sentido dentro de lo que cabe bien, mi preocupación es por mis hijos y en cuanto al bebé, que le pudiera pasar algo malo...”

Zubirán (1998) dice que las mujeres que ya tienen hijos y que tienen conflicto con ellos, están sometidas a dos condiciones estresantes adicionales durante el embarazo. Por un lado, existe el temor de que el futuro recién nacido tenga conflictos similares, y por el otro, se cuenta con menor energía psicológica para lograr la adaptación al embarazo, ya que parte de la energía disponible estará siendo canalizada hacia la solución de los problemas con los otros hijos.

Santa, que cursa su segundo embarazo, comenta como vivió su primer embarazo y dice:

—me la pase muy mal, tuve anemia, vomitaba todo lo que comía, a él [primer hijo] no le faltó nada cuando estaba chiquito, ahora le falta todo, me desespera mucho, todo quiere, juguetes, dulces y no tengo que darle, no sé que voy hacer ahora que nazca este bebé, no sé cómo le voy hacer con los dos, si con trabajos puedo con éste...” [Primer hijo].

En el embarazo actual, también ha tenido náuseas y vómito. El vómito está asociado con la percepción del rechazo y busca dar salida a éste a través de la sintomatología y así disociar lo bueno de lo malo dentro de ella, expulsando lo malo y quedándose con lo bueno, el hijo. (Freud, citado por Soifer, 1971).

—sí queríamos un bebé, pero no ahorita, no tenemos con que darle lo que necesita...”

Al indagar si existió la idea en interrumpir el embarazo dijo:

—yo le dije [a la pareja] que sí me lo sacaran, no podemos mantenerlo, mi familia también dijo que me lo sacaran, cuando vine [a consulta en el centro de salud público] me dijeron que ya tenía 14 semanas¹⁶ y que ya no me lo podían sacar, ahorita ya me estoy haciendo a la idea y pues sí lo vamos a tener...”

La familia puede ser un sistema de contención emocional, pero ante la falta de apoyo familiar, Santa lo manifiesta así:

¹⁶ Esta cita también la podemos encontrar en el punto 6.1.1.2 Deseo del padre por el hijo.

—mi familia no me apoya, dicen que si no puedo con uno menos con dos [hijos], ya empezaron los reproches, de que por qué no me cuide, que si él [pareja] no me pudo cuidar, que no sirvo para otra cosa que no más sirvo para tener niños, que con que los vamos a mantener. A veces siento que no le importo a mi mamá, me gustaría que me ayude, que me entendiera, pero solo me regaña...”

Se puede observar una ambivalencia de amor-odio, de aceptación y rechazo ante el embarazo y hacia el bebé, lo que generará una situación ansiosa. Como la relación que tiene Santa con su madre al decir: —a veces siento que no le importo a mi mamá, me gustaría que me ayude, que me entendiera, pero solo me regaña...” En donde los regaños funcionan como la vía de comunicación. Y el aspecto emocional pareciera que no tiene cabida.

Varios estudios demuestran que un embarazo no planeado y más aún no deseado, aumenta la situación de estrés, ansiedad, síntomas físicos durante la gestación y mala adaptación al papel materno (Pohlman, 1969; Nilson y Almgren, 1970; Oakley, 1980; Wolkind y Zajicek, 1981. (Citado por Salvatierra, 1989)

Madaí, que cursa su segundo embarazo, refiere que a los 18 años se fue a vivir con su pareja y se embarazó de su primer hijo.

Ante la maternidad dice:

—yo quería tener 7 hijos y él [pareja] solo 1, lo convencí para embarazarme [segundo embarazo que está en proceso], le dije que cuando el niño creciera se iba a ir con su esposa y a mí me iba a dejar sola, y así con más hijos ya de grandes me van a ir a visitar y ya no voy a estar sola; le dije a mi esposo que si él se va y me deja, así ya no voy a estar sola...”

Madaí repetidas veces ha comentado que quiso embarazarse para no estar sola; pareciera que está sustituyendo la falta de vínculo familiar con la capacidad de concebir a un hijo. Sin embargo, su discurso es limitado en cuanto al desarrollo de este embarazo. No se percibe la elaboración de deseo ni de motivación por este bebé.

Al cuestionarle sobre qué es ser madre, habla sobre la carencia que ella tuvo en cuanto a una figura materna y en cuanto al vínculo con su hijo de un año ocho meses dice:

→.a veces siento que no he sido una buena madre, luego me desespera mucho el niño, es muy latoso, me desquicia, luego se avienta y se pega mucho en la cabeza, me da miedo que algo le vaya a pasar, pero creo que es mi culpa por no saberlo educar, no quiero que pase lo mismo con este bebé...”

Algunas motivaciones de tipo egocéntrico incluye el tener un hijo para librarse de la soledad, o porque el nuevo ser va a brindar el amor del que carece la madre.

Las relaciones que se establecen con el neonato serán poco satisfactorias para estas madres, ya que no podrán cumplirse estas expectativas y consecuentemente la relación madre- hijo podría tener características de sobreprotección, irritabilidad, agresión, hecho que no favorecerá el desarrollo psicológico del niño. (Zubirán, 1998).

Los siguientes cuatro casos son de mujeres que cursan su primer embarazo.

Laura, en un primer momento dijo que había pensado en el aborto, y ante el apoyo de la familia desistió de el, ahora dice:

→.a raíz del embarazo han cambiado las cosas, estoy estudiando, mi familia me apoya, creo que he mejorado...”

A pesar de que existió el rechazo hacia el embarazo, la situación familiar, ayudó a mejorar la actitud, al poder compartir sus temores, necesidades, miedos, entre otros.

Su postura ante la maternidad es:

→.el tener un hijo ha de ser bonito, aunque sea muy difícil, el ejemplo que tengo es el de mi tía, que es madre soltera y ha salido adelante, su hijo ya va en la universidad y lo ha hecho ella sola...”

→.yo fui una de las afortunadas de sentir a mi bebé desde el primer mes, eso dijo el doctor. A veces lloro mucho y me deprimó, me ponía muy mal por el papá del bebé, pero entre mi

orgullo y dignidad me he dado el valor, me dicen que me ven muy fuerte, yo no lloro en frente de los demás, pero solo yo sé lo que se siente...”

—no me he sentido mal, al contrario me han ayudado, ahora tengo motivos para vivir, no como antes, como cuando trate de suicidarme...”

Fuller (1993) dice que la maternidad es la experiencia más importante en la vida de las mujeres, porque a partir de ésta pueden definir el lugar social y su forma de sentir con respecto a los hombres. (Citado por Sánchez, 2003).

Como en el caso de Laura, que ante las circunstancias en las que se dio su embarazo y la falta de presencia y apoyo del padre de su hijo. Su familia, la escuela, sus compañeros y amigos, le han podido dar contención emocional y así ha podido tener la motivación tanto interna como externa, para desarrollar el deseo por el embarazo y por su hijo.

Marieli, a pesar de que su discurso fue un tanto corto, tal vez por las condiciones culturales, tiene la capacidad de poder manifestar su deseo y motivación por su embarazo e hijo, ente esto, comenta:

—no quería un hijo ahorita, pero bueno le voy a echar ganas para que todo salga bien. Yo quiero a mi bebé, no quiero que le falte nada...”

Al preguntarle su opinión sobre el embarazo dijo:

—es algo bonito, todos lo quieren, yo quiero a mi bebé, para educarlo, cuidarlo, mantenerlo...”

Arcelus y Fernández (1988) refieren que: —se ha dicho que el embarazo es la realización de uno de los más profundos y poderosos deseos de la mujer, que es una expresión de autorrealización, un acto creativo, que brinda a muchas mujeres la oportunidad de explorar nuevas direcciones en sus vidas...” (p. 109-110).

Marieli, hasta en el momento de las entrevistas, ya se veía como una mujer trabajadora y proveedora, con una red de apoyo (vecina y familia) y desarrolló el interés de continuar estudiando, para mejorar su situación y así brindarle una seguridad a su futuro hijo.

Mayra, comparte como recibió la noticia de su embarazo:

—..me empecé a sentir muy mal, tenía un dolor aquí [señala vientre bajo] y me llevaron al doctor y me dijeron que estaba embarazada...”

—..cuando no me embarazaba, me sentía mal, mis primas ya tienen hasta dos hijos, mi hermana menor [18 años] ya tiene una niña y yo no mas no quedaba embarazada, mi tía me decía que pusiera mi mente en blanco, no es tan fácil...”

Ante estas circunstancias, pareciera que el deseo de un embarazo depende de una demanda social y cultural, en donde las mujeres con pareja —~~tienen~~” que formar familia a través de los hijos.

Se observa una marcada motivación al decir:

—..mi bebé es mi motorcito, ahora hago todo por él, ya tengo el bambineto [especie de cuna], las cosas para el baby shower, tengo todo planeado...”

—..siempre he necesitado un motor, como que siempre veo por los demás y no por mí...”

Cuando se le preguntó que significaba ser madre dijo:

—..todo, es cuidar, querer, proteger, yo le quiero dar muchas cosas a mi bebé...”

El deseo de la maternidad, que frecuentemente tiene que ver con la necesidad de confirmar la capacidad sexual de la mujer, como una demostración de su feminidad y su fertilidad. (Vives y Lartigue, 1994).

Estos estímulos han permitido que Mayra cumpla con esa motivación tanto interna como externa hacia su embarazo y hacia su hijo.

Guadalupe, comenta como recibió la noticia de su embarazo:

—..ya no me bajo [período menstrual] y la doctora me mando hacer un ultrasonido y me dijo que mí útero estaba ocupado, sentí bien bonito y luego pensé que era mucha responsabilidad y que había que echarle muchas ganas...”

Cuando se le preguntó qué significaba ser madre dijo:

—..mucha responsabilidad, imagínate! el poder dar vida, el que crezca ahora aquí [señala abdomen] y luego moralmente es una bendición...”

→.siento que es niño, que va a tener unas pestañotas chinitas, morenito, no mucho pero si morenito, que va a ser muy grande...”

→.mi embarazo es una bendición, me siento muy bien, a veces quisiera que pasara el tiempo rápido para ya conocer a mi bebé...”

El deseo que manifiesta Guadalupe por su hijo, permite que ya le este otorgando un lugar al bebé, al imaginar cómo será, al poder manifestar el amor que ya le tiene a su hijo, ella está elaborando un vínculo afectivo con su hijo. Este es un ejemplo de un pronóstico exitoso en cuanto al binomio madre-hijo.

Sin embargo, también manifiesta cierta incertidumbre cuando dice:

→.me da miedo el parto, lo que voy a sentir, si me va a doler, si me dejan ahí sola en el hospital, en dónde va a nacer el bebé, tengo muchas dudas...”

→.luego mis amigas me cuentan de cómo les ha ido con sus hijos, cuando estuve trabajando veía como se llevaban los niños con sus papás, y pues a veces siento miedo o no sé, si sea miedo o duda de cómo yo voy a ser con mi bebé, no quiero que le falte nada, le quiero dar todo lo que pueda...”

Leifer (1977) en un estudio realizado, encontró que pocas mujeres permanecen conscientemente tranquilas a lo largo del embarazo. Observo que las gestantes con gran deseo de un hijo, muy ligadas emocionalmente con el feto, tienen a enfocar su ansiedad sobre el niño. (Citado por Salvatierra, 1989).

Una muestra de incertidumbre, es considerada normal, ante el conjunto de cambios y adaptaciones que requiere un embarazo.

En conclusión se puede decir, que de las siete mujeres entrevistadas, tres no han desarrollado un deseo y por ende la motivación hacia el hijo se encuentra limitada, en cuanto a las cuatro mujeres restantes sí manifiestan deseo y motivación tanto por su embarazo como por su futuro hijo.

El deseo hacia el hijo por parte de la mujer embarazada, está estrechamente relacionado con el tipo de identificación que se tenga con la propia madre de la mujer embarazada ante esto podemos observar:

6.1.5 Factor E. Vínculo de la mujer embarazada con su madre

El vínculo tiene que ver con el tipo de relación que tenga la mujer embarazada con su propia madre. Desde cómo se dio la gestación de la mujer que ahora será madre, la forma de convivencia, el tipo de comunicación, el proceso de diferenciación y de identificación con la propia madre.

Durante el embarazo es común que la mujer embarazada revalore la relación con su madre. Con frecuencia se recuerdan los aspectos positivos y negativos de tal relación. Sí la mayor parte fueron buenos, es probable que la mujer se sienta segura y con capacidades internas para ser madre. Por otro lado, si la relación fue básicamente negativa, la mujer se puede preguntar si tiene algo bueno que ofrecerle a su hijo (a). También se pueden tener propósitos de que se va a educar al niño de una manera diferente a como lo hicieron los propios padres.

Atkin y Arcelus, refieren que la mujer tiene que revalorar todos estos aspectos y buscar su propia imagen de madre, que va a tener tanto características similares como diferentes y separadas de las de su propia madre. Este proceso no es siempre consciente, y debido a la alta carga afectiva que trae aparejada generalmente, se puede presentar reacciones de ansiedad y sobre todo de labilidad emocional. (Citado por Zubirán, 1998).

El vínculo de las entrevistadas con sus madres biológicas, lo podemos observar en:

Mayra, durante todas las entrevistas refirió un vínculo sumamente estrecho con su madre, lo podemos ver en:

—..mi mamá es mi todo, casi siempre está aquí [refiriéndose a su casa], en la noche viene su marido por ella, comen y se va.

—..me da miedo que mi mamá se vaya a poner mal, ella vive en Tecamac y casi siempre está en mi casa, cuando ella se va, me pongo a pensar si en el camino se pone mala, o si me llaman para decirme que está internada, los doctores dijeron que ya no tienen remedio, que va a seguir avanzando el virus que ella tiene, tiene hepatitis C y que después le va a dar cáncer.

Cuando ella se va y no tengo que hacer me pongo a llorar, prefiero que se quede a dormir, así entre las dos nos cuidamos...”

Este es un ejemplo de cómo la hija gestante refleja los problemas de la propia madre.

En el caso de Mayra, quien dice: “...mi mamá es mi todo... me da miedo que mi mamá se vaya a poner mal... los doctores dijeron que ya no tienen remedio...” Refleja incertidumbre por la situación de salud de su madre.

Mayra introyecta esa incertidumbre por su madre al decir: “...Luego me he sentido mal y me llevan con un particular [médico particular], pero igual, dice que no tengo nada, entonces por qué me siento así? No lo sé...”

El vínculo que tiene Mayra con su madre es tan estrecho que le permite a nuestra entrevistada vivir un proceso de somatización, que refleja la ansiedad generada por los aspectos de salud de la madre, y así la “enfermedad” las mantendrá unidas.

Mayra concluye diciendo: “...cuando ella se va y no tengo que hacer me pongo a llorar, prefiero que se quede a dormir, así entre las dos nos cuidamos...” Y así poder prolongar de manera inconsciente la separación de madre e hija y poder conservar su vínculo.

Marieli, habla muy poco sobre su madre. Sin embargo manifiesta que su madre la apoya en este embarazo:

“...mi mamá dice que ella me ayuda, pero que me vaya para allá...” [A Chiapas].

Además de contar con el apoyo de su madre, Marieli de manera inconsciente dice: “...yo vivo con mi mamá, mis hermanitos y mis abuelitos...” a pesar de que en el transcurso de las entrevistas vivía sola en la Ciudad de México. Este lapsus nos indica ese deseo inconsciente de querer vivir con su familia, la cual le brinda cierta contención emocional y en donde puede volver a ser hija.

En los siguientes dos casos las entrevistadas manifestaron apoyo por parte de su madre, pero su discurso es limitado en cuanto al vínculo con sus madres, lo podemos ver en:

Laura refiere:

—..cuando era niña yo quería ser enfermera o doctora, pero no había dinero para la universidad, también me gustaba derecho, pero no se pudo. Platicando con mi mamá me dijo que en donde había quedado mi sueño guajiro [ríe] y me dijo que ella me apoyaba con el curso y pues ya ves, tuvieron que pasar muchas cosas para poder estudiar, me siento a gusto, me gusta, siento mucho compañerismo, me ayudan...”

Al parecer Laura a raíz del embarazo ha podido hablar con su madre sobre sus deseos de estudiar y la madre le ha brindado su apoyo.

Guadalupe, comparte como ve a su madre después de la noticia del embarazo:

—.. yo veo a mi mamá tranquila y muy feliz... creo que ya todos estábamos esperando que llegara el bebé...”

—..por el momento los papás de él [pareja] y mi mamá nos están apoyando, ya llevamos mucho tiempo conviviendo, y no hemos tenido problemas...”

Sin embargo, no manifiesta cual es la relación con su madre, se observaron resistencias al hablar sobre su vínculo afectivo.

En los siguientes dos casos podemos observar que a pesar de contar con madre biológica, no se manifiesta una relación de vínculo favorecedor, lo podemos ver en:

Santa, comparte un episodio de su pubertad en donde su madre no le creyó un probable abuso sexual por parte de un tío y de un cuñado y no la apoyo, Santa refiere:

—..mi tío me quiso besar y tocar, le dije a mi mamá, pero no me creyó...”

—..mi cuñado me tocaba [señala busto] y movía si mano aquí abajo en mi parte [señala entre pierna], yo pensaba que era normal...” [Ella tenía 13 años].

—..mi mamá nunca me defendió, creo que no le importaba, o se quería hacer la ciega, como si nada pasara, a mí me daba miedo estar sola, cuando le dije a mi hermana [hermana mayor] lo que me hacia su esposo, se enojo conmigo, y a él le dijo un montón de cosas y me dejo de molestar...”

Durante este relato Santa lloró y existieron varios momentos de silencios.

Santa al no poder mantener un vínculo positivo y afectivo con su madre, ella lo proyecta con su hijo mayor, en este embarazo y con su pareja al decir:

—..no le faltó nada cuando estaba chiquito [hijo mayor], ahora le falta todo, me desespera mucho, todo quiere... y no tengo que darle, no sé que voy hacer ahora que nazca este bebé, no sé cómo le voy hacer con los dos, si con trabajos puedo con éste" [primer hijo]

—..él [pareja] casi no quiere estar conmigo, prefiere a su familia a mí me deja sola con el niño, no le importamos, ni me pregunta como estoy, como va el bebé, ni nada..."

Sin embargo, Santa tiene la capacidad de manifestar su deseo y necesidad de amor, aceptación y apoyo por parte de su madre al decir:

—..a veces siento que no le importo a mi mamá, me gustaría que me ayudara, que me entendiera, pero solo me regaña..."

Madaí refiere:

—.. cuando era niña siempre me tenían encerrada, no me dejaban salir, la única que me cuidaba era mi abuelita [la bisabuela]. Mi mamá nunca me quiso, antes de que yo naciera ya me andaba regalando y por eso mi mamá que en realidad es mi abuelita, ella me recogió, pero siempre me ha tratado mal y ahora soy la única que ve por ella, no sé por qué, pero yo no la voy a dejar sola. Maribel es mi mamá, siempre la vi como si fuera mi hermana..."

—..a los 4 años, el mismo día de mi cumpleaños se murió mi abuelita [bisabuela, durante este relato empieza a llorar] ella era la única que me quería y me dejaba libre, después de que se murió siempre me encerraban y no me dejaban salir. A los 16 años me salí de mi casa y me fui a vivir con dos amigas. Mi familia me fue a buscar y me fui a vivir con Maribel dos meses, pero no nos aguantamos, ella tiene otros hijos y a mí me dolía el que ella no luchara por mí, por qué conmigo no vivió. Y me regrese a vivir sola, yo trabajaba y pagaba mis cosas..."

El rechazo que percibió Madaí de parte de su madre biológica y por quien fungió como madre (abuela materna) ha provocado que Madaí busque compañía a través de ser madre. Lo podemos ver en:

—..yo quería tener 7 hijos y él [pareja] solo 1, lo convencí para embarazarme, le dije que cuando el niño [hijo mayor] creciera se iba a ir con su esposa y a mí me iba a dejar sola, y así con

más hijos ya de grandes me van a ir a visitar y ya no voy a estar sola; le dije a mi esposo que si él se va y me deja, así ya no voy a estar sola...”

Como si los hijos pudieran cubrir su falta afectiva.

Es importante señalar que la madre de nuestra siguiente entrevistada muere de cáncer en el estómago, cuando **Gabriela** tenía 14 años y a los 16 años de edad tiene a su primer bebé. Cuando muere su madre, ella queda a cargo de una tía materna y de su hermana mayor.

Gabriela no refiere ningún tipo de vínculo con su madre biológica.

En conclusión, se puede decir que dos de las siete entrevistados reflejaron un vínculo afectivo con sus madres, mientras que dos más manifestaron recibir apoyo por parte de sus madres, dos entrevistadas más reflejaron una relación conflictiva y un tanto ausente con sus respectivas madres y una entrevistada no cuenta con vínculo con su madre por defunción.

A pesar de que en este factor, solo se enfoca al Vínculo de la mujer embarazada con su madre, es necesario hacer un espacio para hablar sobre el vínculo que existe con el padre y la trascendencia que tiene durante el embarazo, lo podemos ver en:

Mayra, comenta:

—mi papá [padraastro de Mayra] es alcohólico, de los que hasta se quedan en la calle, pero nunca me ha dejado, siempre ha estado conmigo, siempre en la escuela. Y Manuel [padre biológico] él nunca me busco, el ser padre se gana...”

Mayra no tiene una relación con su padre biológico y cuando habla de la figura paterna (padraastro) lo señala como —es alcohólico... [pero] siempre ha estado conmigo...”

Esta ausencia del padre biológico y la supuesta aceptación del padraastro alcohólico, Mayra la proyecta al decir:

—él [pareja] ya tiene un hijo y nunca lo busca...mi papá no estuvo conmigo...”

—mi marido me molesta...es muy desagradable...él me da todo...”

Existe una ambivalencia entre las figuras paternas que ha tenido y lo está proyectando en su pareja.

En el caso de **Marieli**, ella refiere:

—..mis papás se separaron cuando yo estaba chica, él se volvió a casar y tiene otros hijos, pero si lo vemos de vez en cuando...”

La situación cultural de que los hombres pueden tener otras familias y otros hijos, puede ser parte de un acto de repetición a nivel generacional, ya que Marieli proviene de un padre que tiene otros hijos, como el padre de su futuro hijo, el cual tiene otra hija:

—..yo ya sabía que se había casado [padre del bebé] y que tenía una hija, pero me dijo que su esposa lo había engañado y lo había dejado; por eso empecé a andar con él...

—..dijo que se había arrepentido de traerme [a la Ciudad de México] y que prefería a su esposa y a su hija, el rechaza a mi hijo, me siento muy mal y muy triste porque rechaza a su hijo...”

Así como ella también es rechazada por su padre al decir:

—..mi papá va a venir a verme...”

En la siguiente entrevista dice:

—..mi papá no me ha llamado, pero mi mamá sí...”

A pesar de tener un padre ausente Marieli cuenta con el apoyo de su madre.

Laura hace referencia de su padre, por medio del relato de la muerte de su abuela paterna, y dice:

—..hace ocho días falleció mi abuelita [llanto] le escuche decir a mi papá que se quería quitar la vida, pero como a mí me habían abandonado y no habían querido a mi bebé, él no nos iba a dejar, que por eso no se había hecho la cortada, eso dijo, yo no sé por qué me toco escucharlo...”

Esta acción del padre, es similar cuando ella compartió su intento de suicidio, cuando se separó la primera vez del padre de su bebé y dice:

—..se me juntaron muchas cosas, lo de él, el que me puso el cuerno, todo se me junto, me quería aventar [de la azotea de la casa] pero me alcanzaron a agarrar...”

Yospe (1999) nos dice que la ansiedad es una afectación que se manifiesta través de la acción, como el *pasaje al acto*: Que es precedido por una dificultad máxima de resolver la situación de acuerdo al deseo, y sin confiar en el sostén ni la ayuda de nadie, el sujeto sale expulsado de la escena de conflicto, para no saber más nada de él, aun al precio de su propia vida, por ejemplo el suicidio o los intentos de suicidio.

Sin embargo, si ha existido cierto sostén emocional tanto para Laura como para su padre, lo podemos ver en:

—..una vez, él [padre] había dicho que cuando yo tuviera un hijo él iba a ser muy feliz y que iba a estar muy orgulloso de mí al saber que yo pude darle un nieto...”

Esta capacidad femenina de poder dar vida a otro ser, a través del embarazo, puede ser la manera de cubrir una falta, lo que permite formular ese sostén emocional y así poder canalizar la ansiedad de otra manera y no a través del pasaje al acto.

Guadalupe, comparte:

—..mis papás se separaron cuando yo tenía 5 años, él [padre] tiene otra pareja y otros hijos, antes nos veíamos poco y ahora con más razón, él es muy especial con la gente, si le caes mal te lo dice o luego dice: mira que naquito, y así, por eso aún no conoce a mi marido, aún no le digo que estoy embarazada, tal vez estoy esperando el momento a que me llame y vayamos a comer...”

Guadalupe, al no tener contacto con su padre, está en espera de un acercamiento de él, para poderle compartir su embarazo:

—..antes nos veíamos poco y ahora con más razón, él [padre] es muy especial con la gente... por eso aún no conoce a mi marido, aún no le digo que estoy embarazada, tal vez estoy esperando el momento a que me llame...”

A pesar del distanciamiento entre padre e hija, Guadalupe busca similitudes entre ellos, como si fuera una manera de tener por lo menos algo en común, lo podemos ver en:

→.yo soy muy exigente...él [padre] es muy exigente [se queda pensativa y ríe] tal vez como yo...”

Nuestra entrevistada relata una anécdota sobre su padre:

→.él [padre] pensaba que estaba embarazada [entre los 18-20 años de edad de Guadalupe] y me quito el seguro y la pensión, saco un documento en donde según yo ya no estaba estudiando, pero yo iba al bachilleros y me quito el seguro y la pensión...”

Al cuestionarle ¿qué más te quito?

→.la atención, él no sabía si mi mamá tenía para darnos o no... estoy esperando el momento para decirle del bebé...”

Esta frase refleja que Guadalupe está esperando el momento de darle atención a su padre, a través de la noticia de su embarazo, como si el futuro bebé pudiera ser el medio de esa atención.

Santa refiere:

→.mi papá nos pegaba mucho [a ella y a sus hermanos] nos trataba muy mal, yo me traume cuando un día lo descubrimos con otra mujer. Él se quedaba martes y sábados con mi mamá, solo esos días estábamos juntos, por que los otros días el se iba con su otra familia, siempre fue así, yo no sé como lo aguanto mi mamá, siempre se dejaba de él, yo creo que por el dinero, pero pues no se vale...”

Esta situación de maltrato y de abandono Santa lo repite en su relación de pareja cuando comenta:

→.Raymundo [pareja] y yo nos llevábamos bien, pero luego me empezó a tratar mal, me pegaba, me humillaba, yo ya no quiero eso, ahora ya no me ha pegado, pero discutimos mucho, me habla con un montón de groserías, yo también, pues me defiende, ahorita le ha bajado a los golpes, yo creo que ha de ser por el bebé...” [Situación de embarazo].

Dohmen (2006) dice: Para que una mujer pueda ser diagnosticada como mujer maltratada debe de haber pasado por lo menos dos veces por el ciclo de la

violencia, lo que constituye el síndrome de la indefensión aprendida, que es cuando una mujer aprende y aprehende que, haga lo que haga, siempre será maltratada.

En el caso de **Madaí** no se obtuvo información sobre su padre ni de alguna figura paterna.

En cuanto a **Gabriela**, nos comparte:

—..mis papás se separaron cuando yo estaba chica, mi papá nos dejó. Cuando yo tenía 10 años me fui a vivir con mi papá, pero como no me podía cuidar, me dejó en la casa de mis padrinos que vivían cerca de donde él vivía y como al año mi mamá fue por mí y mi papá no dijo nada y dejó que mi mamá me llevara...”

El deseo infantil de Gabriela de estar con su padre, lo deposita en sus propios hijos cuando comenta:

—..mi mamá fue por mí y mi papá no dijo nada y dejó que mi mamá me llevara...”

—..a pesar de que mi ex me trataba mal, él peleó por sus hijos y por eso no me los dejó, mi error fue el irme y dejar a mis hijos....”

En cuanto a la relación padre e hija en la actualidad dice:

—..él [padre] no sabe que me junte [que vive con su pareja] y que estoy embarazada, él y su familia, piensan que una mujer que ya fracasó, no se puede casar de nuevo y mucho menos tener un hijo, sino que tiene que trabajar y sacar adelante a los hijos que ya tenga. Y si se entera que estoy embarazada, se va a enojar y me va a regañar...”

Gabriela a pesar de ser una mujer adulta con la experiencia de tener hijos, aún le preocupa la mirada de su padre, padre con el que no tiene contacto.

El vínculo que la mujer embarazada tenga con sus figuras significativas, le permitirá identificarse con ellas y así poder construir su propia identidad.

5.1.5.1 Identificación con la madre

Es aquel proceso por el cual la mujer embarazada asimila los aspectos, propiedades y atributos de su propia madre, que permiten construir su identidad materna.

Langer (1978) comenta que la mujer tiende a identificarse con su madre y sus funciones maternas. Las mujeres criadas en un ambiente en el que la madre describe el embarazo y parto como un evento angustioso y lleno de dolor, tienden a tener embarazos y partos difíciles, mientras que las mujeres que disfrutaron su embarazo y dan a luz con facilidad, generalmente han recibido una imagen positiva de sus madres de lo que es el embarazo.

Cabe señalar que la identificación con la madre, no solo es de la madre biológica, sino también de aquellas mujeres con las que las entrevistadas se han podido identificar como las abuelas, tías, primas, entre otras mujeres.

En el caso de **Mayra** podemos ver como comparte su relato sobre la muerte de su abuela materna:

—..mi abuelita [abuela materna] se murió y a mí me dolió mucho, nos dijeron que tenía cáncer...yo le dije que lo único que quería es que estuviera conmigo en mi cumpleaños [cuando cumplió 18 años] a la mitad del novenario cayó mi cumpleaños. A mí me toco vestirla y ahí estaba ella, no estaba fría, estaba calientita [simula como si la estuviera acariciando el dorso de la mano] lo que me dio sentimiento es que no me dejaron despedirme de ella, me dolió mucho, le llore mucho. Yo creo que mi abuelita me mando a Enrique [pareja y padre de su bebé] porque al mes de que ella murió él y yo nos empezamos hablar...”

En cuanto a su madre dice:

—..me da miedo que mi mamá se vaya a poner mal...los doctores dijeron que ya no tienen remedio, que va a seguir avanzando el virus que ella tiene, tiene hepatitis C y que después le va a dar cáncer...”

El estado de salud de Mayra durante el embarazo lo podemos ver en:

—..me dijeron que era de alto riesgo, tuve amenaza de aborto, luego me duele mucho la cabeza, la última vez que fui al hospital me dijeron que no tenía nada...”

Mayra al vivir situaciones de enfermedad con sus figuras maternas, se ha identificado con el papel de “~~enferma~~”, al no tener un diagnóstico médico que señale si tiene o no una enfermedad, ella ha somatizado para poder ser como sus figuras maternas.

La ansiedad de Mayra se manifiesta a través de un sueño:

→.tuve un sueño, soñé que estaba en una alberca con mi tía y mi prima y estábamos nadando y me decían que estaba sangrando, me dio mucho miedo de perder a mi bebé. Cuando me desperté mi bebé se movía mucho, estaba muy inquieto, dicen que los bebés sienten lo que siente la mamá, no sé, pero se me movía mucho y sentí como si me estuviera diciendo: tranquila, estoy bien, no me va a pasar nada malo...”

Dice tener:

→.temor de que algo me pueda pasar y no poder estar con mi bebé o que le pase algo a él...”

→.siempre he sido muy sensible, llorona y ahora más, a veces despierto sin ganas y a veces me pongo a ver películas de esas tristes, en donde se muere la gente y como que eso me ayuda a revivir...”

Además se observan rasgos de depresión.

Marieli comparte su preocupación por su abuela materna y dice:

→.estoy muy preocupada porque mi abuelita está muy enferma [durante el relato llora] no quiero que le pase nada, está enferma del corazón. Ellos son muy cariñosos [refiriéndose a su familia], a mí nunca me pegaron ni me trataban mal, tal vez por eso me siento sola aquí...”

En cuanto a su madre dice:

→.mi mamá... dice que ella me ayuda pero que me valla para allá [a Chiapas]...”

Marieli cuenta con el apoyo y cariño de sus figuras maternas, a pesar de la distancia física, pero no emocional.

Laura refiere:

→.platique con mis tíos y me dijeron que era una bendición de Dios [su embarazo] y que ellos y mis papás me iban ayudar y que me reflejará en una de mis tías y una prima, ellas son madres solteras y han salido adelante...”

En el apartado del vínculo de la mujer embarazada con su madre, se manifestó el tipo de relación que tiene Laura con su madre. Sin embargo, en la actualidad es

notoria la identificación que tiene nuestra entrevistada con sus tías y prima que como ella, son madres solteras y que —.han salido adelante...”

Y se confirma cuando Laura dice:

—..no me he sentido mal, al contrario me ha ayudado, ahora tengo motivos para vivir...”

En el caso de **Guadalupe** encontramos que el relato de su madre fue aparentemente limitado. Sin embargo se observa una relación e identificación cordial y positiva, lo podemos ver en:

—..yo veo a mi mamá tranquila y muy feliz...mi mamá nos está apoyando”

Esta postura de cariño y apoyo Guadalupe lo refleja en su embarazo al decir:

—..mi embarazo es una bendición, me siento muy bien, a veces quisiera que pasará el tiempo rápido para ya conocer a mi bebé...”

En los siguientes dos casos no se observaron indicadores que manifestaran una identificación positiva con las madres de las entrevistadas, limitando así la posibilidad de construir su identidad materna de nuestras entrevistadas.

En el caso de **Santa** es notorio que existe una identificación con la madre de manera negativa, Santa manifiesta:

—..mi mamá nunca me defendió, creo que no le importaba... A veces siento que no le importo a mi mamá, me gustaría que me ayudará, que me entendiera, pero solo me regaña...”

La falta de afecto, de compañía y de apoyo que ha tenido Santa con respecto a su madre, ella lo refleja tanto con su primer hijo, como en este embarazo:

—..no sé que voy hacer ahora que nazca este bebé, no sé cómo le voy hacer con los dos, si con trabajos puedo con éste...” [Primer hijo]

—..sí queríamos un bebé pero no ahorita, no tenemos con que darle lo que necesita...”

Al no poder tener una identificación positiva con su propia madre, Santa no cuenta con elementos necesarios para poder desarrollar su maternidad de una manera favorecedora para sus hijos.

En cuanto a **Madaí**, comparte:

→.ellos no me apoyan [familia de ella] nunca me han apoyado...”

Relata un sueño:

→.soñé que estaba en mi cuarto y que entraba mi suegra y que me empezaba a gritar, y que mi esposo no me defendía y se iba, y para defenderme le pegaba a la señora con un bate y le empezaba salir sangre... cuando me desperté me sentí bien, como me gustaría poderme vengar de todo lo que me han hecho...”

Y continúa diciendo:

→.a veces la venganza es buena, por qué uno puede sacar eso que te molesta...”

Pareciera que Madaí quiere “~~engarse~~” de esas mujeres que la han lastimado como en su infancia:

→.cuando era niña siempre me tenían encerrada, no me dejaban salir, la única que me cuidaba era mi abuelita (la bisabuela). Mi mamá nunca me quiso, antes de que yo naciera ya me andaba regalando y por eso mi mamá que en realidad es mi abuelita, ella me recogió, pero siempre me ha tratado mal y ahora soy la única que ve por ella, no sé por qué, pero yo no la voy a dejar sola. Maribel es mi mamá, siempre la vi como si fuera mi hermana...”

La ansiedad que muestra nuestra entrevistada se manifiesta a través de la acción de Acting-out: Que son aquellas acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo y que adaptan a menudo una forma agresiva. (Yospe, 1999).

En el caso de **Gabriela**, no refiere alguna figura materna significativa. Y esta falta la refleja en:

→.me siento mal por no poder ver a mis hijos, creo que no he sabido ser mamá... quisiera que me ayudaran para poder ver a mis hijos”

→.una madre te cuida, está contigo, lucha por estar contigo, creo que no he sido una buena mamá por haber dejado a mis hijos...”

→.no sé por qué no he disfrutado [del embarazo] ya me canso, no tengo ganas...”

Bibring (1961) dice que en el embarazo se reviven conflictos psicológicos de fases del desarrollo previas al embarazo, en caso de poder resolver dichos

conflictos se logrará un crecimiento y madurez psicológico; si no se resuelve dicha crisis, se puede desembocar en profundos y dramáticos cambios psíquicos en íntima correspondencia e interrelación con cambios somáticos y la mujer estará limitada para asumir la maternidad.

En conclusión, se puede decir que cuatro de las siete entrevistadas sí cuentan con una identificación con la figura madre, lo que permite que la mujer embarazada asimila los aspectos, propiedades y atributos de la madre, lo que le permite construir su identidad materna.

Mientras que dos entrevistadas no han tenido una identificación positiva. Y una entrevistada más no manifiesta una identificación con ninguna figura materna. Lo que ha limitado su identidad materna de estas tres mujeres embarazadas.

Cabe mencionar que la mujer embarazada con su nuevo rol de ser madre se puede presentar momentos de regresión e introversión que permitirán buscar una identidad como madre diferente y separada de su imagen materna. Situación que se puede observar en mujeres embarazadas que presentan preocupación asociada con la relación que tengan ellas con sus propias madres. (Arcelus y Fernández , 1988).

Así mismo la mujer que se preocupa por competir con su imagen materna (“voy a ser mejor madre”), al mismo tiempo que se siente dependiente de su propia madre (“ella ha tenido hijos y por lo tanto sabe más que yo”). Una forma de resolver este conflicto es transferir la dependencia de la madre hacia la pareja, el cual le puede brindar un mayor apoyo, además de que con esto se abre la posibilidad de una relación más adulta y menos agresiva.

Este postulado nos permite conectar con el primer factor que se analizó, Factor A. Falta de apoyo de la pareja y sus categorías: Contención emocional y Deseo del padre por el hijo. Lo que nos indica que los cinco factores revisados en este análisis están estrechamente vinculados en el desarrollo de factores generadores de ansiedad en la mujer embarazada.

CONCLUSIONES

En base al resultado del análisis del discurso que se realizó a las siete entrevistadas de esta investigación de corte cualitativo, se puede determinar que los factores que no establecen una jerarquía, ya que están estrechamente relacionados y que pueden ser generadores de ansiedad en la mujer embarazada son:

Vínculo de la mujer embarazada con su madre (Factor E). La falta de una relación afectiva con la figura materna imposibilita la identificación de los aspectos, propiedades y atributos de la función madre, limitando que la mujer embarazada construya su identidad materna.

La falta de identidad materna, que reportaron las participantes ha favorecido que exista ambivalencias durante su embarazo, en donde se presentaron sentimientos de amor-odio, aceptación- rechazo tanto del embarazo como del hijo. De alguna manera las mujeres embarazadas han revivido la aceptación-rechazo que pudieron haber percibido de sus propias madres.

La ausencia de un vínculo afectivo ha limitado que las mujeres embarazadas desarrollen deseo por su hijo, por lo tanto no se ha desarrollado una motivación, provocando que no se adapten fácilmente a este proceso. De esta manera encontramos que:

El deseo de la mujer embarazada por el hijo (Factor D) es otro de los factores más representativos de la ansiedad que se puede presentar en un embarazo.

La ansiedad surge cuando la mujer embarazada se confronta con el deseo del Otro, deseo que se encuentra encubierto para la mujer embarazada que no conoce sus insignias. Insignias que se depositan a través del vínculo afectivo con las figuras de amor. Que en este caso fueron limitadas, lo que ha generado que se presente ansiedad en el embarazo.

El vínculo afectivo que se haya experimentado en la infancia será una extensión de las relaciones futuras, así es como esta ausencia en las mujeres embarazadas es repetitivo en sus relaciones de pareja.

En la falta de apoyo de la pareja (Factor A) podemos encontrar que seis de siete participantes refirió no sentir apoyo por parte de los padres de sus bebés, provocando ausencia de contención emocional en este momento de adaptación.

Además, la falta de deseo del padre por el hijo, las mujeres embarazadas lo han percibido como un rechazo hacia ellas y hacia la relación de pareja, favoreciendo rupturas en la relación, ausencias, discusiones, disgustos, sentimiento de soledad, tristeza, desánimo, sensación de estar en una situación peligrosa e indefinida, nerviosismo, opresión en el pecho, molestias digestivas, sensación de vacío, incertidumbre, bloqueos, alteración en el apetito, sueño y respuesta sexual. Que son características de ansiedad.

La falta de apoyo de la pareja está estrechamente relacionado con los aspectos económicos, pues la seguridad financiera y emocional, también tienen un papel importante en el desarrollo de un embarazo.

Podemos encontrar en la situación económica (Factor B) que las informantes de esta investigación que pertenecen a una clase social baja y que habitan en una colonia popular de la delegación Gustavo A. Madero. No cuentan con una economía estable, provocando inestabilidad emocional, al no poder acceder a todo aquello que se requiere en un embarazo, como bienes y servicios.

A pesar de que las participantes cuentan con la atención médica gratuita en el Centro de Salud Público al que asisten a control prenatal, esto no les garantiza la seguridad que de manera individual requieren. La situación económica ha provocado que ellas se sientan inseguras, tengan tensión, incertidumbre en cuanto a su futuro personal como del futuro del bebé. Generando momentos de ansiedad.

Las mujeres embarazadas pueden acercarse a diferentes instituciones para poder cubrir sus necesidades, como en el sector de salud, en donde podrán recibir

atención prenatal y en este caso de manera gratuita. Sin embargo, no siempre tienen la oportunidad de tener un servicio integral, en donde se les otorguen herramientas de educación para la salud, en donde adquirirán información y atención en el proceso de embarazo. Podemos ver que:

Existe ausencia de educación para la salud (Factor C), lamentablemente ninguna de las participantes refirió que el equipo de salud del Centro de Salud Público al que acuden hayan recibido información y capacitación en temas referentes al embarazo y educación sexual.

Por lo que mostraron dudas, incertidumbre y temor en cuanto al proceso de embarazo, parto y puerperio. Lo que desemboca en una situación de ansiedad ante lo desconocido.

En base a lo anterior podemos determinar que los cinco factores psicológicos descritos, son generadores de ansiedad en la mujer embarazada.

Por lo que la mujer embarazada necesitará de una estructura que brinde apoyo y comprensión a través de la focalización de temas como la ambivalencia, las ansiedades y fantasías durante la gestación.

Por ello es importante poder incluir la atención psicológica en la atención prenatal que se otorga en los Centros de Salud Públicos en el Distrito Federal. Ya que es la vía en cómo se puede prevenir y detectar ansiedad en el embarazo y así poder otorgar una contención y acompañamiento psicoterapéutico. Favoreciendo el que las mujeres embarazadas puedan retomar el control de sus emociones, poder modificar su incertidumbre y poder disfrutar libremente de su embarazo y asumir su maternidad.

Además de la ansiedad, también se podrá brindar atención a mujeres que presenten trastornos obsesivo-compulsivos, psicosis, entre otros.

Por lo que la psicoterapia se puede ver como una inversión para la salud mental y física de la mujer embarazada, lo que permitirá que exista un vínculo afectivo con su hijo y así disminuir los riesgos de ansiedad, estrés y depresión post-parto.

7.1 Limitaciones

En esta investigación existieron las siguientes limitaciones:

- No se consideró la violencia en el embarazo como factor determinante de ansiedad en el embarazo, a pesar de que se tuvieron algunas observaciones en este rubro. El elemento de la violencia es un fenómeno sumamente amplio que requiere de sus respectivas consideraciones.
- En cuanto a la relación de la mujer embarazada con su padre, también se presentó y tampoco fue considerado como factor de investigación. Sin embargo se le otorgó un espacio en el análisis del discurso de las siete entrevistadas.

7.2 Recomendaciones

Para futuras investigaciones relacionadas con la ansiedad en el embarazo en población mexicana se recomienda:

- Los resultados de esta investigación se pueden utilizar como indicadores de las necesidades psicológicas que tienen las mujeres embarazadas en cuanto a la atención prenatal que reciben en un centro de salud público.
- Ampliar los factores generadores de ansiedad en la mujer embarazada, en donde se incluya la violencia en el embarazo, el vínculo entre la mujer embarazada con su padre y cómo influye la cultura en el embarazo.
- Realizar un comparativo entre mujeres que asisten a un centro de salud público, con las que tienen atención en un centro médico privado.
- Realizar un seguimiento en el puerperio, para observar y analizar cómo una situación ansiosa en el embarazo, influye en la mujer cuando ya ha nacido su hijo.
- Observar y analizar los resultados de la atención psicológica durante el embarazo en mujeres que reporten ansiedad.
- Realizar un seguimiento de aquellas mujeres que recibieron atención psicológica por presentar rasgos ansiosos y cómo influye en el binomio madre-hijo después del término del embarazo.

ANEXO A

Convocatoria

cuando estamos embarazadas,
nuestras emociones cambian mucho
¿sabes por qué?

Comparte tu experiencia
Te invitamos a participar en un estudio
sobre los cambios emocionales en el

EMBARAZO

Solo 3 sesiones

Informes:

Itzel Pacheco Romero

Centro de Salud T-III Nueva Atzacalco (Oficina de Trabajo Social)

Calle 310 s/n esq. Calle 317 Col. Nueva Atzacalco

Tel. 04455 15218728

57537211



ANEXO B

Guía de entrevista

Ficha de identificación

Nombre: _____

Edad: _____ Atención prenatal: _____

Semanas de gestación: _____ Trimestre de embarazo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Estado civil: _____ No. De hijos: _____

Gestaciones: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

Inicio de vida sexual activa: _____ No. De parejas sexuales: _____

Utilización de métodos anticonceptivos: _____

Situación económica: _____

Descripción de la participante: _____

Entrevista

1.- Descripción sobre la situación de pareja: _____

2.- Postura personal ante el embarazo: _____

3.- Postura personal ante la maternidad: _____

4.- Planeación del embarazo a nivel de pareja: _____

5.- Descripción de la noticia del embarazo a nivel pareja: _____

6.- Manifestación de deseo ante el embarazo a nivel pareja: _____

7.- ¿Se llegó a pensar en la interrupción del embarazo? _____

8.- Postura familiar ante la noticia del embarazo: _____

9.- Desarrollo de atención prenatal/ canalización a salud mental: _____

10.- ¿Existe alguna patología previa y/o desarrollada durante el embarazo: _____

11.- Sintomatología y prevalencia:

Náuseas _____ Vómito _____ Desmayos _____ Hipertensión _____

Diarrea _____ Estreñimiento _____ Aumento excesivo de peso _____

Calambres _____ Otros _____

12.- Actitud personal ante el embarazo _____

13.- ¿Cómo considera su embarazo? _____

14.- ¿Durante este embarazo ha acudido a servicio hospitalario, por qué? _____

15.- Preocupaciones manifiestas: _____

16.- Presencia de sintomatología ansiosa:

- **Físicos:**

taquicardia_____ palpitaciones_____ opresión en el pecho_____ falta de
aire_____ temblores_____ sudoración_____ molestias
digestivas_____ náuseas_____ vómitos_____ sensación de nudo en el
estomago_____ sensación de obstrucción en la garganta_____
agarrotamiento_____ tensión_____ rigidez muscular_____
cansancio_____ hormigueo_____ sensación de mareo e inestabilidad_____
alteración del sueño _____ alteración
alimentaria_____ alteración de respuestas sexual_____

- **Psicológicos:**

Inquietud_____ agobio_____ sensación amenaza o peligro_____ ganas de huir
o atacar_____ inseguridad_____ sensación de vacío_____ sensación de
extrañeza o despersonalización_____ temor de perder el control_____
recelos_____ sospechas_____ incertidumbre_____ dificultad para tomar
decisiones_____ temor a la muerte_____ a perder la razón_____ intentos de
suicidio_____

- **Conductuales:**

estado de alerta e hipervigilancia_____ inhibición_____ bloqueos_____ torpeza
o dificultad para actuar_____ impulsividad_____ inquietud motora_____
dificultad para estarse quieto y en reposo_____ posturas cerradas_____
rigidez_____ movimientos torpes de manos y brazos_____ cambios en la
voz_____ expresión facial de asombro y duda_____

- **Intelectuales o cognitivos:**

dificultad de atención_____ concentración y memoria_____ aumento de descuidos_____ preocupación excesiva_____ expectativas negativas_____ pensamientos distorsionados e inoportunos_____ incremento de las dudas y sensación de confusión_____ tendencia a recordar sobre todo experiencias desagradables_____ sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables_____ abuso de la prevención y de la sospecha_____ interpretaciones inadecuadas y susceptibilidad_____

• **Sociales:**

Irritabilidad_____ hostilidad_____ ensimismamiento_____ dificultades para iniciar o seguir una conversación_____ verborrea_____ bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o de responder_____ dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos_____ temor excesivo a posibles conflictos_____

17.- Presencia de algún trastorno de ansiedad:

Crisis de angustia_____ Agorafobia_____ Ansiedad generalizada_____

Fobias específicas_____ Fobia social_____

Trastorno obsesivo- compulsivo _____ Estrés postraumático _____

18.- Rasgos depresivos:_____

19.- Rasgos estresantes:_____

20.- Mecanismos de defensa:_____

Observaciones:_____

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre de Cárcer, A., Alcon, A., Briones, M.A., Castro, A., Iglesias, E., Jañez, M., Merino, P., Ruíz, A. (1989). Preparación a la maternidad. Décima edición. Madrid: Morata.

Ahued, J.R., Fernández del Castillo, C., Bailón, R. (2003). Ginecología y obstetricia aplicadas. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, 2 edición. México: Manual Moderno.

Andino, L. (1994). Psicoanálisis de la maternidad España: Grupo cero, colección psicoanálisis y medicina.

Atkin, L. C., Arcelus, M., Fernández, M.A., Tolbert, K. (1988). La psicología en el ámbito perinatal. México: Instituto Nacional de Perinatología.

Ander- Egg, E. (1995). Técnicas de investigación social. Argentina: Lumen.

Baeza, J.C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M., Guillamón, N. (2008). Higiene y prevención de la ansiedad. España: Díaz de Santos.

Bibring, G. L. (1959). Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy. Algunas consideraciones de los procesos psicológicos en el embarazo. The Psychoanalytic Study of the Child. XIV:113-121.

Bibring, G. L. Dwyer, T. F., Huntington, D. S., Valenstein, A. F. (1961). A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child Relationship—I. Un estudio de los procesos psicológicos en el embarazo y de la más temprana relación madre-niño-I. Some Propositions and Comments. The Psychoanalytic Study of the Child, XVI: 9-24.

Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S., Valenstein, A. F. (1961). A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child Relationship—II. Un estudio de los procesos psicológicos en el embarazo y de la más temprana relación madre-niño II. Methodological Considerations. The Psychoanalytic Study of the Child. XVI:25-72.

Bleger, J. (1972). Temas de psicología. Buenos Aires: Nueva Visión.

Bion, W. (1966). Elementos de psicoanálisis. Buenos Aires: Hormé.

CONAPO. (2010). Principales causas de mortalidad en México 1980-2007. Documento de trabajo para el XLIII periodo de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo. Salud, morbilidad, mortalidad y desarrollo. México: Secretaría General del Consejo Nacional de Población.

Dallal y Castillo, E. (2001). Caminos del desarrollo psicológico vol. III de la identidad de género en México al final de la adolescencia. México: Plaza y Valdés S.A. de C.V.

Deutsch, H. (1952). La psicología de la mujer. Buenos Aires: Losada S.A.

Díaz-Sánchez, V. (2003), Gaceta Médica de México. Vol. 139. Suplemento 1. Consultado en junio, 22, 2010 En:

http://www.mexfam.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=65:el-embarazo-de-las-adolescentes-en-mexico&catid=50:blog-direccion-general&Itemid=81

Diccionario de la Real Academia Española. Consultado en junio, 22, 2010 En:

<http://www.rae.es/rae.html>

Dohmen, M. L. (2006). Violencia familiar, Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Argentina: Paidós.

Emanuel, R. (2001). La angustia. Argentina: Longseller.

Espíndola-Hernández, J.G., Morales-Carmona, F., Díaz-Franco, E., Meza-Rodríguez, P., et al. (2006). Estudio descriptivo de un grupo psicoterapéutico de pacientes obstetras con trastorno mental. México: Instituto Nacional de Perinatología.

Ferreira, G. (1989). La mujer maltratada. Buenos Aires: Sudamericana.

Freud, S. (1886-1899). Manuscrito E. ¿Cómo se genera la angustia?. En obras completas Tomo I. Madrid: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1914). Conferencia Introducción al narcisismo. En obras completas Tomo XIV. Madrid: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1910 [1918-1917]). Conferencia El tabú de la virginidad. En obras completas Tomo XI. Madrid: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1916-1917). Conferencia la angustia. En obras completas Tomo XVI. Madrid: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1932-1936). Conferencia la feminidad. En obras completas Tomo XXII. Madrid: Amorrortu Editores.

Gant, N.F., Cunningham, F.G. (1995). Manual de ginecoobstetricia. México: Manual moderno.

Gaceta Oficial del Distrito Federal (2007). Consultado en febrero, 16, 2011. En:
http://www.inmujeres.df.gob.mx/wb/inmujeres/acuerdo_que_reforma_adiciona_y_deroega_diversos_pun

Gallar, M. (2002). Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente, Tercera edición. España: Thomson.

González, E. (1993). Psicoanálisis de la angustia. España: Grupo cero.

Hernández-Sampieri, R., Fernández- Collado, C., Baptista-Lucio, P. (2006). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.

Hytte, F. (1976). Metabolic adaptation of pregnancy in the prevention of hándicap through antenatal care. La adaptación metabólica del embarazo en la prevención de la discapacidad a través de la atención prenatal. En A.C. Turnbull y Woodford (eds), Review of Research Practive. Amsterdam: Elsevier.

Hollander, E., Simeon, D. (2004). Guía de trastornos de ansiedad. España: Elsevier.

Jiménez, Q.R. (1998). Ansiedad y depresión en mujeres embarazadas con epilepsia. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.

Lacan, J. (1991). La tercera, intervenciones y textos 2. Buenos Aires: Manantial.

Langer, M. (1978). Maternidad y sexo. Buenos Aires: Paidós.

Langer, A., Romero, M. (1994). Módulo 1: Diagnóstico de la salud reproductiva en México. Curso de especialización en estudios de la mujer del PIEM. México: El Colegio de México.

Laplanche, J., Pontalis, J. (1993). Diccionario de psicoanálisis. España: Labor S.A.

Lartigue, T., Casanova, G., Ortíz, J., Aranda, C. (2004). Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS-VIH/SIDA. México: Instituto Nacional de Perinatología.

Linford, R. (1974). Factores de ansiedad en la asistencia global al enfermo. Amsterdam: Excerpta Medica países Bajos.

Macfarlane, A. (1998). Psicología del nacimiento. Madrid: Morata.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. (2003). Trastornos de ansiedad. Barcelona: Masson.

Marín, D., Bullones, M., Carmona, F., Carretero, M., Moreno, M., Peñacoba, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. España: Nure investigación.

May, R., Stanley, S. (1968). La angustia normal y patológica. Argentina: Paidós.

Medina- Mora, M.E., Borges, G., Muñoz, L.C., Benjet, C., Jaimes, B.J., Bautista, F. C, et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados

de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. México: Salud Mental.

Miguel-Tobal, J.J., Cano- Vindel, A. (1997). Ansiedad y Depresión. Conferencia Marco. IV Semana Abierta de la Psicología. Madrid: C.O.P.

Morales, C.F., González, C.G., Valderrama, B.G., (1988). Perfil de personalidad de un grupo de mujeres embarazadas. México. Revista de Perinatología y Reproducción Humana. Vol. 2 No. 4 oct.-dic.

Morales, E., Marino, M., Ramírez, M.A., Patiño, J., et al. (1999). Guías prácticas de diagnóstico y tratamiento en obstetricia. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Nasio, J. (2008). Mi cuerpo y sus imágenes. Argentina: Paidós

Palmero, F., Fernández-Abascal, E., Martínez, F., Chóliz, M. (2002). Psicología de la motivación y la emoción. España: Mc Graw Hill.

Papalia, D. E, Wendkoss, S., Duskin, R. (2005). Desarrollo humano, Novena edición. México: Mc Graw Hill.

Parke, R.D. (1998). El papel del padre. Madrid: Morata.

Ravagnan, L. (1981). El origen de la angustia. Argentina: Universitaria de Buenos Aires.

Rojas, E. (2002). La ansiedad cómo diagnosticar y superar el estrés y las fobias y las obsesiones. México: Impresores Fernández S.A. de C.V.

Rosenfield, A., Fathalla, F. M. (1994). Mortalidad materna. New York: Manual de reproducción humana, Figo, The Parthenon Publishing Group.

Salvatierra, M.V. (1989). Psicobiología del embarazo y sus trastornos. España: Martínez Roca.

Sánchez, B.A. (2003). Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México. México: Universidad Nacional Autónoma de México y Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Sebastiani, M, Raffo, M. (2004). Clarooscuro del embarazo el parto y el puerperio. Argentina: Paidós.

Segal, H. (2006). Introducción a la obra de Melanie Klein. México: Paidós.

Servicios de Investigación y Análisis. La Salud Mental en México. Consultado en junio, 22, 2010 En:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>

Spielberger, C. D., Díaz-Guerrero, R. (2002). Inventario de ansiedad: rasgo – estado (IDARE). México: Manual Moderno.

Soifer, R. (1971). Psicología del embarazo, parto y puerperio. Buenos Aires: Kargieman.

Thompson, J., B. (1998). Ideología y cultura moderna. México: Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.

Veber, W., Neumann, E., Benedetti, J., Hediger, Z. (1960). La angustia. Madrid: Tribuna de la revista de occidente.

Vives, J., Lartigue, T. (1994) Manual de psicoterapia breve durante el embarazo y la lactancia. México: Universidad Iberoamericana, Manuales de práctica profesional, nivel posgrado.

World Federation for mental health. (2009). Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. Consultado en junio, 22, 2010. En:
<http://www.wfmh.org/WMHD%2009%20Languages/SPANISH%20WMHD09.pdf>

Yospe, J., Izaguirre, G., Cols. (1999) Salud mental y psicoanálisis. Buenos Aires: Eudeba.

Zapata, O. A. (2005). La aventura del pensamiento crítico herramientas para elaborar tesis e investigaciones socioeducativas. México: Pax México.

Zubirán, S., Arroyo, P., Ávila, H. (1998) La nutrición, la salud de las madres y los niños mexicanos, Tomo 1 De la atención de la salud y la formación de la pareja al parto y el puerperio, Secretaría de Salud. México: Fondo de cultura económica.