



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas,
Odontológicas y de la Salud

LA EXPERIENCIA PSICOLÓGICA DEL EMBARAZO
DE ALTO RIESGO EN MUJERES CON
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS

P R E S E N T A :

LAURA ELENA NAVARRETE REYES

Directora de Tesis

Dra. Ma. Asunción Lara Cantú.

Cotutora

Dra. Shoshana Berenzon Gorn

Facultad de Medicina



MÉXICO, D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradezco el apoyo brindado por:

CONACYT, a través del Proyecto Número Co1-021

Instituto Nacional de Psiquiatría, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, a través del Proyecto Número 4186.

Universidad Nacional Autónoma de México y al programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, odontológicas y de la salud.

A la Dra. **María Asunción Lara Cantú**, por su apoyo, paciencia y dedicación en la realización de este proyecto.

A mi cotutora, la Dra. **Shoshana Berenzon Gorn**, por sus valiosas observaciones y tiempo dedicado a la revisión de este trabajo.

A mí jurado: **Dra. Carmen Lara, Dr. Francisco Morales y Dra. Guadalupe Acle** por su tiempo y sus comentarios que enriquecieron este trabajo, muchas gracias.

A la Dra. **Eugenia Gómez**, quien con su entusiasmo y capacidad para compartir sus conocimientos, le dio el último empujón a este proyecto.

A **Erika, Gabriela, Yazmín**, quienes participaron en la logística y organización de los grupos de donde se obtuvo la información para esta tesis.

A **Brenda**, quien colaboró en la transcripción de las sesiones.

A **Karla y Valeria** que ayudaron en los detalles finales, gracias.

A todos mis **compañeros y profesores** del **Instituto Nacional de Psiquiatría**, que me leyeron, me escucharon y me compartieron material para enriquecer este trabajo. **Gracias por su talento.**

A estas **12 mujeres** que compartieron sus **miedos y culpas, sueños y alegrías** y que amablemente regalaron un fragmento de su experiencia en este periodo de su vida.

Millones de gracias por ser tan generosas.

INDICE

	pag.
Introducción	1
Capítulo 1. Embarazo Normal	4
1.1 Cambios físicos.	4
1.2 Cambios psicológicos.	7
1.3 Cambios sociales.	12
1.4 Planeación y deseo de ser madre	14
1.5 Maternidad	18
1.5.1 La maternidad a lo largo del tiempo	20
Capítulo 2. Embarazo de alto riesgo	24
2.1 Definición de embarazo de alto riesgo	24
2.2 Prevalencia del embarazo de alto riesgo	28
2.3 Consecuencias del embarazo de alto riesgo.	29
2.4 Efectos psicológicos del embarazo de alto riesgo en la madre.	30
2.5 Atención prenatal	32
Capítulo 3. Depresión en el embarazo	35
3.1 Depresión	35
3.2 Depresión en el embarazo	36
3.3 Factores de riesgo de la depresión en el embarazo	37
3.4 Embarazo de alto riesgo y depresión.	39
Capítulo 4. Relaciones interpersonales en el embarazo	41
4.1 Relación de pareja	42

4.2 Relación con la madre	44
Capítulo 5. Metodología.	47
5.1 Planteamiento del problema y pregunta de investigación.	47
5.2 Objetivos	48
5.3 Supuestos teóricos	48
5.4 Estudio del que proviene la muestra.	49
5.5 Diseño de investigación.	51
5.6 Selección de participantes	54
5.7 Contenido de las videograbaciones	52
5.8 Procedimiento de análisis	55
5.12 Consideraciones éticas	59
Capítulo 6. Resultados.	62
6.1 Características de las participantes.	62
6.2 Categorías de análisis.	67
6.2.1 Salud de la mujer durante el embarazo	67
6.2.2 Proceso de embarazo	78
6.2.3 Relaciones interpersonales	88
Capítulo 7. Discusión	110
Capítulo 8. Conclusiones	127
Referencias	132
Anexo	146

Introducción

El embarazo es un periodo lleno de cambios y de preparación para una de las grandes transformaciones de la vida: el nacimiento, no sólo de un bebé, sino también de la mujer como madre (Stern, 1997). Durante este periodo, es normal que la mujer experimente una serie de emociones que van desde la alegría, hasta el miedo y tristeza. Como en todo proceso, se dan cambios a nivel biológico, social y psicológico, que afectan a la futura madre, ya que el embarazo por sí sólo, representa un importante suceso en el ciclo vital femenino, con consecuencias duraderas en términos fisiológicos y físicos, actividad intrapsíquica e interpersonal, además de un cambio de rol social.

En algunos casos, el embarazo puede presentar dificultades y volverse un problema de salud tanto en la madre como en el bebé, por lo que se le puede clasificar como de riesgo. El embarazo de riesgo se define como aquel en el que la madre, el feto o el recién nacido tienen o pueden tener un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes, durante o después del parto. Hay muchos factores implicados, incluyendo la salud materna, antecedentes obstétricos y enfermedad fetal (Cortes, 2006). Ante este tipo de embarazo, la futura madre debe de enfrentarse a una gran carga emocional y a un ajuste psicológico en el que debe de afrontar la posibilidad de que su gestación no llegue a término (González, 1999).

Ante la dificultad para ser madre, la mujer entra en conflicto ya que en la cultura en que vivimos, el rol de la mujer es definido a través de la maternidad, lo que propicia que se haga lo que sea necesario para tener un hijo, aunque la salud esté en riesgo (González, 1999). Según esta autora, a pesar de que durante el siglo XX hubo una serie de cambios en la manera de vivir la maternidad, aun se puede llegar a considerar que la familia solo está completa cuando está conformada por el binomio "padres-hijos". Esta ideología, provoca que la mujer busque ser madre, aunque no cuente con las fuentes de apoyo necesarias, ni las condiciones personales adecuadas, generando malestar emocional en este periodo.

A pesar de las dificultades a las que se enfrentan las mujeres con embarazo de riesgo, se han realizado pocos estudios que analicen cómo viven el embarazo estas madres y la manera en que su situación repercute en su salud mental.

En México, la investigación en población obstétrica se ha limitado a validar diversos instrumentos, conocer la prevalencia de depresión y ansiedad durante esta etapa y al estudio del apego entre madre e hijo, pero no se encontró que hubiera trabajos que aborden la experiencia psicológica de las mujeres con embarazo de alto riesgo.

Es por ello que el objetivo de este trabajo fue describir la experiencia psicológica del embarazo de alto riesgo en mujeres y cómo esta varía de acuerdo a la severidad del riesgo en el embarazo.

La importancia de estudiar este tema radica en la necesidad de brindar atención a esta población que es vulnerable y que sin el cuidado adecuado, pueden afectar la salud de la madre y del bebé. Por lo tanto, se debe explorar la experiencia de estas mujeres y sus necesidades de atención para brindarles apoyo y herramientas que les ayuden a hacer frente a las adversidades de cada día.

Este trabajo está organizado de la siguiente manera: en el capítulo 1 se hace la revisión teórica del tema iniciando por la definición de embarazo, los cambios físicos, psicológicos y sociales, el concepto de maternidad y el deseo y planeación del embarazo. En el segundo capítulo, se revisa la definición del embarazo de alto riesgo desde la norma oficial mexicana, así como los factores de riesgo, prevalencias reportadas en México y en el mundo, y las consecuencias en el feto y en la madre. En el tercer capítulo se habla sobre la sintomatología depresiva en el embarazo y los factores asociados, y su relación con el embarazo de alto riesgo.

En el capítulo 4 se habla de las relaciones interpersonales más importantes de la mujer durante el embarazo, con la pareja y la propia madre. En el capítulo 5 se mencionan los objetivos del estudio y la manera en que se abordara el problema, así como de dónde proviene la información que se va a analizar y a través de que metodología se examinaron los datos. En el capítulo 6 se describen las categorías que se establecieron a través del análisis de contenido y por nivel de severidad y estos resultados se discutieron en el capítulo 7. Finalmente, en el capítulo 8 se resumen los principales hallazgos y se sugieren nuevas líneas de investigación.

C A P I T U L O 1

EMBARAZO NORMAL.

El embarazo normal es un periodo lleno de cambios, es también el momento de preparación para una de las grandes transformaciones de la vida: el nacimiento, no sólo de un bebé, sino también de la mujer como madre (Stern, 2007). Es considerado la primera etapa de un mismo proceso por el cual atraviesa una mujer, las siguientes etapas son parto y nacimiento. Este proceso inicia cuando un espermatozoide penetra en el óvulo y lo fecunda, dando así inicio al desarrollo de las distintas estructuras corporales que conformarán al nuevo ser (Delval, 1994; Salvatierra, 1989). Este proceso tiene como finalidad procrear una nueva vida y convertir a la mujer en madre (Salvatierra, 1989).

El embarazo, como todo proceso, lleva a una serie de cambios en la vida de la mujer y en las personas que la rodean (Martínez, 2002). Su cuerpo, su mundo interno y su rol dentro de la sociedad sufren una metamorfosis para darle vida a un nuevo ser, esto, independiente a si es su primer embarazo o no. De igual manera, produce una importante reordenación de las funciones básicas y de las relaciones en el seno de la familia. Estos cambios requieren modificar la imagen que la mujer tiene de sí misma, alterar las actividades rutinarias, aprender nuevas aptitudes y ordenar de nuevo las relaciones con otras personas. La manera como se afronten estos cambios permitirá a la mujer, a su pareja y a su familia vivir el embarazo de manera estable (Meleis, Sawyer, Hilfinger, Messias, Shumacher, 2000). A continuación se describirán cada uno de estos cambios.

1.1 Cambios físicos.

Cuando existe la posibilidad de estar embarazada, la mujer está pendiente de la aparición de los "típicos" síntomas que anuncian la condición. Entre ellos se encuentra la amenorrea, cansancio físico inexplicable, frecuentes deseos de orinar, dolor y cambios en

los pechos, mareos, náuseas, antojos, saliva con sabor metálico, y aumento en la percepción olfativa (Martínez, 2002). Estos síntomas se deben a la producción de hormonas que se requieren para la implantación y desarrollo adecuado del embrión.

Varios autores describen estos cambios, entre ellos Chasin (1978), quien describe brevemente los cambios que va sufriendo el feto mes por mes. En el **primer mes** de embarazo, el corazón del feto comienza a palpar; hay bombeo de sangre, formación de vértebras y del canal del cordón espinal. Se forma el sistema digestivo. Hay unos bulbos que son los futuros brazos y piernas. El útero aumenta de tamaño. En el **segundo mes** se forma la cara además de los párpados, brazos, codos, antebrazos manos, muslos, rodillas, piernas y pies. Es clara la formación del cordón umbilical. Se desarrollan los huesos largos y los órganos internos. Durante el **tercer mes** la formación de los brazos se completa; también lo es para los dedos, manos, piernas, pies y talones. Se forma la mandíbula y los ojos están casi desarrollados. Se oyen los latidos del corazón. Tiene 10 cm. de largo, pesa 45 g. y puede rotar de posición. Al **cuarto mes** tiene 18 cm. de largo y pesa alrededor de 200 g. El latido del corazón es fuerte, hay buena digestión y los músculos están activos. La piel es rosada y transparente cubierta por pelo. Se marcan la mayoría de los huesos. La cabeza es muy grande y aparecen las cejas. Concluye la formación de los nervios y a partir de este momento, el feto es sensible y se mueve de manera menos desordenada. Al **quinto mes** mide 25 cm de largo y pesa 500 g. La piel es rojiza y los pulmones no están completos. Aparece más pelo. En este mes la madre ya logra percibir el movimiento de su bebé. Al llegar al **sexto mes** mide 30 cm. y pesa alrededor de 1.000 g. La piel está arrugada y cubierta por una grasa. Los párpados se separan y se forman las pestañas. Las uñas llegan al final de los dedos. El feto se coloca en posición de alumbramiento al **séptimo mes**. En el cual mide 40 cm. y pesa aproximadamente 1.700 g. se ve rojo y arrugado borrándose esto último con la grasa. En el **octavo mes** mide 45 cm. y su peso será de 2.500 Kg. La piel es blanca o rosada con la cubierta grasosa y las uñas sobrepasan los dedos. En el **noveno mes** las contracciones uterinas irregulares se vuelven más

frecuentes. El útero desciende y el bebé se instala en la parte más estrecha del útero, próximo al cuello cabeza abajo y piernas arriba listo para nacer.

Mientras esto ocurre en el útero, el resto del cuerpo de la madre también sufre cambios (Chasin, 1978): En el **primer trimestre**, el corazón de la mujer aumenta su frecuencia de latidos, su respiración se tornara más rápida para enviarle oxígeno al embrión, sus senos aumentarán de tamaño y de apariencia, tomando una apariencia azulada debido al aumento de afluencia de la sangre en esta área. El útero también comienza a aumentar de tamaño, pero no es notorio de manera externa hasta el segundo trimestre. Este crecimiento produce una presión sobre la vejiga, por lo que la mujer siente la necesidad de orinar frecuentemente (Chasin, 1978).

En el **segundo trimestre**, el embarazo está bien consolidado y las molestias (náuseas, mareos, etc.) que aparecen en el primer trimestre suelen desaparecer. El vientre comienza a aumentar su tamaño, las encías, debido a las hormonas, suelen ser más sensibles y sangrar, el sistema digestivo sufre cambios, por un lado, la musculatura intestinal se relaja, causando acidez estomacal; por otro lado, se reduce la producción de jugos gástricos, haciendo más lentos los procesos digestivos. Al aumentar el volumen del cuerpo, la piel se estira y pueden aparecer estrías. El aparato circulatorio también puede producir problemas de varices en las piernas (Chasin, 1978).

En el **tercer trimestre**, el útero se desplaza y modifica la ubicación del diafragma, disminuyendo la capacidad pulmonar, el crecimiento abdominal se hace más evidente, modificando su postura corporal, pues debe adaptarse al peso que carga en su vientre. Duerme poco, debido a la incomodidad producida por cambios de ubicación de sus órganos internos al ceder espacio al bebé. Su cadera comienza a “abrirse” preparándose para el momento del parto y su útero se acomoda buscando la mejor posición que permita la culminación de esta espera: el nacimiento del bebé (Chasin, 1978).

1.2 Cambios psicológicos.

Los cambios psicológicos durante este periodo son intensos, en especial si es el primer embarazo. Existen diferentes teorías que describen estos cambios y a continuación veremos cada una de ellas.

Para Brazelton y Cramer (1993) la futura madre va preparando su cuerpo y se tiene que enfrentar, desde su mundo interno, al proceso del embarazo. Tiene nueve meses para asumir las nuevas responsabilidades a las que se va a enfrentar, prepararse y adaptarse a su nueva condición de madre, elaborando experiencias anteriores.

Este proceso de adaptación descrito por Brazelton y Cramer (1993), tiene tres etapas:

1. *Aceptación de la noticia.* Una vez que hay ausencia de menstruación, la mujer espera confirma el embarazo tras una prueba médica. Una vez que tiene la certeza, tanto el padre y la madre lo aceptan con felicidad, sobre todo cuando es planeado. Y es cuando comienza un momento de duda, ya que al recordar su propia infancia, los padres asumen que es un periodo complicado, y surgen dos fantasías: una es ser mejores padres comparados con los suyos, evitando sufrimiento innecesario a su hijo y la otra es que ellos si son los padres perfectos que cuentan con todas las capacidades para cuidar adecuadamente a su hijo. Estas fantasías se viven con ambivalencia pues es el momento en que los padres se preguntan si realmente están listos para ser los padres perfectos, si cuentan con las herramientas necesarias para formar una familia. Y en la mujer surge un temor mayor, ya que al ser ella la que tiene la relación más estrecha con el bebé, teme que cada una de sus conductas (alimentarias, físicas, pensamientos) afecte a su bebé. Para luchar contra esos miedos, idealiza a su bebé y lo ve perfecto, como un bebé sano y totalmente aceptado (aunque no haya sido deseado). Esta lucha entre los miedos y la idealización, requiere mucha energía que aunada a la demanda emocional que implica el cambio hormonal y los cambios hormonales, la vuelve vulnerable, por lo que busca establecer o fortalecer una relación con mujeres con experiencia, las cuales la puedan orientar en esta nueva etapa. En esta etapa la mujer también debe de adaptarse a la idea

de llevar a otro ser dentro de ella. Al principio lo considera un cuerpo extraño, pero con el paso de los días lo vive como algo propio. Toda esta etapa se vive con ambivalencia, manifestándose corporalmente con las náuseas y malestares matutinos. Pueden incluso presentarse deseos de perder al bebé lo que genera un gran sentimiento de culpa (Brazelton y Cramer, 1993)

La segunda etapa consiste en ver al bebé como un ser separado. Esta etapa empieza alrededor del quinto mes, cuando la mujer comienza a sentir los movimientos del bebé. Es en este período cuando la mamá se da cuenta de que aquel cuerpo extraño que vive dentro de ella, tiene vida propia. En este momento es cuando empieza a generarse el vínculo y comienza a identificarse con su bebé. También es importante que vea en el padre el deseo de ser padre y el aceptar su condición, para que en ella no surja la fantasía de haber creado sola al bebé. Esto también le ayudará a no asumir completamente la responsabilidad en cuanto al cuidado del bebé. Sabrá que no es necesario que sea perfecta, ya que contará con el apoyo de su pareja. Podrá dejar entonces la culpa atrás. En esta fase sigue fantaseando respecto a su bebé, deseando que esté sano, para este momento ya conoce el sexo y sabe si está físicamente bien, sin embargo, siempre queda la duda de que algo salga mal, por lo que realiza rituales para protegerlo. Por otro lado, el conocer antes de tiempo el sexo del bebé dificulta el proceso de individuación, que no es un proceso fácil y requiere tiempo (Brazelton y Cramer, 1993).

La tercera etapa es el *Aprendizaje del futuro bebé*. A lo largo de los meses de desarrollo del bebé, los padres van haciendo los preparativos para su llegada. Compran objetos, ropa, juguetes, acondicionan la casa, y todo esto sigue siendo parte de su propia preparación para el rol de padres. Los movimientos, que ahora son más frecuentes, ayudan a darle al bebé una personalidad. Esta creación de personalidad le ayuda a hacer más fuerte el vínculo entre madre e hijo. Los movimientos también ayudan a conocer la manera de reaccionar ante varios estímulos externos, como las actividades y emociones de la madre. Esto es visto como la forma en que el bebé se relaciona con su entorno y

cómo se comienza a interesar por el mundo que le espera afuera. Los padres, por su parte, al verlo activo y consciente de su entorno, lo ven listo para enfrentarse al mundo. Es en esta fase cuando toma más fuerza el miedo de no ser adecuada para el bebé (Brazelton y Cramer, 1993).

Por su parte, Oquendo, Lartigue, González, y Méndez, (2008) describen al embarazo como un periodo de crisis, ya que se considera como un periodo de desequilibrio fisiológico y psicológico, que induce el crecimiento y maduración de la mujer (ya que cumple con la tarea de desarrollo psicosocial correspondiente). La experiencia del embarazo hace aflorar los conflictos de la infancia y la pubertad, especialmente los relacionados con la madre. La futura madre debe admitir rechazar o modificar el modelo materno, y debe hacerlo en un tiempo relativamente corto. En este periodo, se altera la conducta y la dinámica familiar, los problemas que se presentan no pueden solucionarse con los mecanismos acostumbrados (Oquendo, Lartigue, González, y Méndez, 2008). Sin embargo, 40 semanas es un periodo muy largo para una crisis, por lo que después de un periodo de adaptación se logra un sentimiento de equilibrio. Se le encuentra similitud con los periodos de adolescencia y climaterio, porque existen diferencias en los patrones conductuales antes y después de estos periodos (Caplan 1974; Salvatierra 1989). Para Caplan (1974), en una crisis, los viejos problemas regresan, llegan nuevos y surge la posibilidad de nuevas soluciones, ya sean más sanas a o más enfermas. Una persona en crisis, debido al desequilibrio emocional por el que está pasando, cambia su manera de relacionarse con las personas que están a su alrededor.

Para Salvatierra, (1989) el embarazo es considerado como una fuente de estrés para la mujer. Se considera un evento estresante cuando se percibe al embarazo como ambiguo y anuncia la inminencia de nuevos acontecimientos que suceden durante nueve meses hasta el parto. El estrés del embarazo se debe en gran medida al parto, pero las náuseas, el mareo, cambio de apetito, etc., también puede ser una gran fuente de estrés en este momento de la vida. Para algunas mujeres el acudir a sus revisiones médicas, las

exploraciones y las pruebas pueden aumentar su tensión, sobretodo en mujeres que trabajan o tienen más hijos. Pero la causa principal de estrés en el embarazo se debe a que es percibido como desafío y amenaza. Es un desafío debido a que implica una tarea de crecimiento psicosocial en la que se deben desarrollar tareas más difíciles, comprometidas y exigentes. Es una amenaza, por la sobrecarga física y el dolor, así como la posibilidad de que genere un daño, o la muerte. La mujer está consciente de ello y experimenta preocupación y miedo. Existen tres periodos de aumento en el estrés durante el embarazo: el primero, cuando se confirma el diagnóstico de embarazo, el segundo, cuando se perciben los movimientos fetales y el tercero, la percepción inminente del parto (Salvatierra 1989).

Para Fernández-MacGregor y Arcelus (1988) durante el primer trimestre es normal que la mujer se sienta confusa y ambivalente ante sus sentimientos con respecto al embarazo y a su papel de madre. Puede sentirse ansiosa por la responsabilidad que esto implica, así como dudar de su capacidad para sobrellevar todo el embarazo y manejar adecuadamente la demanda de un recién nacido. Además se siente preocupada por el tiempo que tendrá que dejar sus intereses y actividades en función del cuidado de su hijo. En esta etapa la mujer puede iniciar una reflexión en cuanto a su relación madre-hija centrándose en los sentimientos de amor-odio, frustración-satisfacción, dependencia-relación, cercanía-distancia que son parte de toda relación madre-hija. Es importante rescatar lo positivo de esta relación. La capacidad de la embarazada para manejar estas tensiones va a depender de su estructura de personalidad, del tipo de presiones reales que rodean el embarazo y de la calidad del apoyo que reciba (Fernández-MacGregor y Arcelus, 1988). Puede existir temor ante la posibilidad de un aborto, lo que causa culpa debido a la ambivalencia en que se encuentra la mujer con respecto a su embarazo. La ambivalencia se puede definir como los sentimientos encontrados en relación con el mismo fenómeno, que puede surgir durante el embarazo debido a todos los miedos y responsabilidades que éste implica, y en algunos casos por los malestares físicos si éstos son muy intensos. Si la mujer a veces siente rechazo hacia el embarazo, esto le produce

culpa, porque la sensación de rechazo no es general ni definitiva, se podría decir que es momentánea; por otro lado, siempre está la sensación de deseo y aceptación hacia el embarazo. Probablemente la tarea más importante para la pareja en este periodo es aceptar la realidad de su concepción y tomar conciencia de lo que implica esto (Fernández-MacGregor y Arcelus 1988).

El segundo trimestre se caracteriza por ser el más estable. El temor al aborto pasa y también disminuyen o desaparecen los malestares del inicio del embarazo. Los sentimientos ambivalentes empiezan a definirse, el abdomen ha crecido y es ya una manifestación objetiva y palpable del embarazo, lo que facilita que el compañero participe, tomando una posición más activa en los cambios debidos al embarazo y a la futura presencia del nuevo bebé. Con la percepción de los movimientos del feto se tiene una mayor conciencia del ser que se está gestando, se percibe su vitalidad, lo que favorece que la mujer pueda empezar a diferenciar a su producto de ella misma (Fernández-MacGregor y Arcelus 1988).

En el tercer trimestre pueden presentarse momentos de ansiedad ante la llegada del parto y el malestar físico posterior. La ansiedad puede canalizarse a través de sueños o fantasías. Muchas mujeres experimentan temores y fantasías de naturaleza muy dramática, las cuales invaden sus sueños y pensamientos. Sueñan con accidentes, o bien que su bebé nace muerto o deforme. Algunas se convencen temporalmente de que su bebé está muerto dentro de ellas. Para la mayoría estos sueños y sensaciones resultan inquietantes e inexplicables. Pero son tan generales en nuestra cultura que se pueden considerar normales, sin embargo, muchas no se dan cuenta de esto y piensan que son las únicas a las que les pasa. Esta clase de sueños son comunes, ya que la mujer está sometida a una tensión y cumple la función de ensayar mentalmente los posibles resultados, que por ser tan remotos y horribles no son aceptados en los pensamientos normales. Es importante que la mujer hable de estas pesadillas con alguien que la escuche y la entienda (Macy y Falkner, 1980).

A finales de este trimestre las preocupaciones se centran en el parto, en cuanto a la intensidad del dolor y cómo van a comportarse en ese momento, si van a poder soportarlo todo o perderán el control. Se pueden preocupar también en cómo recibir al bebé, y en tener listo todo lo necesario para este evento. El volumen corporal se ha incrementado demasiado, lo que a veces puede incomodar a la mujer por su aspecto, además de causarle ciertas molestias e incomodidades físicas (Fernández-MacGregor y Arcelus 1988).

Videla (1991) enumera algunos temores que son muy frecuentes durante el embarazo: temor a perder el atractivo físico, a tener un hijo anormal (sobre todo las primerizas), a no tener leche, a morir en el parto, a la muerte del hijo, sufrir mucho dolor en el parto, a no desempeñar bien el rol de madre y a no poder separarse del bebé después del parto. Por otra parte, Cabildo (2002) encontró que uno de los temores más frecuentes de las embarazadas era no lograr satisfacer sexualmente a su esposo (por temor a una infidelidad); sufrimiento en el parto, la posibilidad de morir en el parto y procrear un hijo anormal; así mismo, algunas sienten mucha angustia porque el nuevo hijo puede agravar la su situación económica, si es que ya tienen problemas de este tipo. El embarazo puede ser un periodo de ajuste o desajuste. Aquellas mujeres que mejor se adaptan al hecho de estar embarazadas son aquellas cuya valoración de sí mismas y del prójimo está más diferenciada, son más abiertas, no aspiran a ser madres perfectas, -que quizá intuyeron tampoco fue su propia madre-, que son capaces de evocar una imagen materna con la que ellas se sienten identificadas y no se ven como pasivas, respecto al estereotipo cultural de la feminidad (MacFarlane, 1977).

1.3 Cambios sociales.

Ya hemos visto los cambios físicos y psicológicos a los que se enfrenta la mujer que modifican su entorno y su manera de vivir el embarazo. Y bajo esa misma línea, en el aspecto social también hay una serie de cambios que afectan especialmente el rol femenino y la autonomía de la mujer, en especial cuando hay riesgo.

La mujer se va definiendo de acuerdo a su relación con los otros; cuando es niña, es "la hija de", después en su adolescencia, es definida desde sus parejas, siendo "la novia de". Cuando su relación de pareja adquiere seriedad, ya sea a través del matrimonio o de la unión libre, se vuelve "la esposa de". Y por esa razón, cuando no hay pareja, la mujer es vista como alguien incompleta, pues no hay "otro" que la defina. Durante el embarazo, donde su cuerpo es el principal escenario de este evento, pierde protagonismo ante la llegada del bebé para volverse "la madre del infante". Pero a la vez cumple con su "propósito" como mujer, que es dar vida y cuidar a los demás (Lagarde, 1993). Esta nueva condición, que de acuerdo con la ideología debe de ser la mayor satisfacción de una mujer, implica que en ocasiones, renuncie a su individualidad, por ejemplo a sus estudios o a su desarrollo profesional, ya que la crianza y el trabajo parecen ser incompatibles (Hays, 1998). A pesar de que la ley estipula que una madre debe de recibir el apoyo de la empresa donde trabaja para dedicarle tiempo al cuidado del bebé, en pocas se lleva a cabo y las madres suelen ser marginadas ya que su rendimiento laboral no es el mismo que el de los hombres o mujeres solteras (Hays, 1998). Así mismo, el tiempo que dedicaba para sus actividades recreativas y de autocuidado tiene que dejarlo atrás para poder enfocarse en su totalidad a la maternidad (Everingham, 1997). Esta serie de cambios en su rol implica pérdidas, asociando el embarazo a algo negativo más que a una experiencia placentera.

Para Nicolson (1999) existen cuatro sentimientos de pérdida en la etapa perinatal y posnatal: 1) La pérdida del propio tiempo y de la autonomía; 2) La pérdida de la apariencia anterior al embarazo; 3) La pérdida de la feminidad y/o de la sexualidad; y 4) La pérdida de la identidad ocupacional.

En la pérdida de la autonomía y del tiempo, la madre se ve sobrepasada por el agotamiento y ve como su estado de ánimo se relaciona con esta condición. El cuidado del bebé le requiere toda su energía y tiempo, por lo que no puede realizar sus otras actividades, lo que la hace sentirse resentida y deprimida. La pérdida de la apariencia

puede generar diversos ansiedad y depresión, ya que, al tener poco tiempo para sí misma y para su cuidado personal, considera que no se ve atractiva, además de que el sobrepeso que adquirió durante el embarazo la predispone a sentimientos depresivos. La pérdida de la feminidad y de la sexualidad es parte de un proceso complejo donde el cuerpo de la mujer cambia y también las sensaciones. El dar a luz y el amamantar causa en la mujer nuevas emociones, además de que su cuerpo no funciona de la misma manera. Ya sea que el nacimiento del bebé haya sido por parto natural o cesárea, el útero debe de retomar su posición y a algunas mujeres les es incomodo tener relaciones sexuales en ese momento. Por esa razón en ese momento no se sienten sexualmente atractivas y se sienten tristes y culpables por no estar cerca de sus parejas. Finalmente, la pérdida de la identidad laboral no sólo implica el hecho de dejar de trabajar o pedir una licencia para cubrir la cuarentena, cuando las mujeres dejan de trabajar (ya sea temporal o permanentemente) sino también cuando el significado del trabajo cambia en la vida de la mujer después de dar a luz. Es así que dejar de trabajar se vive como la pérdida de una parte importante de su personalidad y de su desarrollo profesional.

A través de la revisión podemos darnos cuenta que el embarazo no es un proceso sencillo, por el contrario, durante nueve meses, la futura madre debe de enfrentarse a diferentes situaciones que afectan su sentir y la manera en que vive el embarazo, luchando contra los miedos y temores y renunciando a su individualidad para asumir su rol de madre, sobre todo cuando no es en el momento en que ella deseaba tener un hijo, como veremos a continuación.

1.4 Planeación del embarazo y deseo de ser madre.

La mujer que tiene una vida sexual activa, está consciente de que existe la posibilidad de resultar embarazada, sea planeado o no (Feinholz y Ávila, 1996). El deseo de tener un hijo debe de comenzar siendo propio, debe de ser un proyecto individual, que, si coincide en tiempo y deseo, se convierte en un proyecto de pareja. Cuando se llega

al acuerdo, comienza la búsqueda del bebé, volviéndose una fantasía por la que se hará todo lo posible por volverla realidad. Cuando finalmente se confirma el embarazo, hay una gran alegría en ambos padres y la notifican a todos sus allegados (Martínez 2002).

El desear un embarazo no es constante, puede modificarse a lo largo de la espera de la noticia, debido al miedo que produce el enfrentarse a una situación nueva. El deseo de un hijo, no significa que la pareja se considere lista para el embarazo. Antes tendrá que evaluar si las condiciones económicas, laborales, afectivas de la pareja y hasta ambientales son las adecuadas (Martínez, 2002). Una vez que todo lo externo se encuentra en orden, la pareja se prepara físicamente para estar en las mejores condiciones para procrear un hijo sano. Cuando ya no queda duda y la pareja considera que es el momento "perfecto" para el embarazo. Y entonces comienza la búsqueda del bebé. Esta planeación de embarazo, tiene dos caras, por un lado, prepara a los padres y al sentirse dueños de la situación, disminuye sus miedos, la ansiedad y dudas que pueden tener alrededor de su papel como padre. El otro lado, es que, en lugar de disminuir la ansiedad, esta aumenta, dificultando la gestación, lo que causa malestar y resentimiento entre la pareja afectando las condiciones "perfectas" que tanto cuidaron (Martínez, 2002)

A pesar de que el tener hijos sea parte de los planes de la pareja, el embarazo puede llegar en el momento menos esperado. Esto puede deberse a que la relación de pareja aun no es lo suficientemente estable como para formar una familia; el cuerpo de la mujer no ha llegado a su momento más óptimo para la reproducción o por el contrario, está más cerca de la menopausia; la situación económica no es la propicia o el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer gestante. En este caso, surgen más dudas, los padres se cuestionan si contarán con las herramientas necesarias para cuidar adecuadamente a su bebé y aparece una ambivalencia en la los sentimientos de odio y amor conviven a lo largo del primer trimestre (Martínez 2002).

Hay muchas ideas y fantasías que giran alrededor del hecho de tener un hijo. Muchas veces puede ser para demostrar la validez biológica, ya que generalmente la

sociedad presiona y cuando una pareja se tarda en tener hijos sea por propia decisión o por otras causas, no tardarán los comentarios de familiares y amigos: "¿Qué pasa?, ¿no puedes?, ¿no van a tener hijos o qué?, no se esperen tanto porque después ya no van a poder, etc.". Aunque la pareja haya tomado sus decisiones al respecto, muchas veces estos comentarios, junto con la ideología, no dejan de tener cierto peso o influencia en ellos. A veces la pareja o la futura madre ni siquiera saben realmente si desea o no tener un hijo, o al menos si lo desean en ese momento, tal vez eso es algo que se da por un hecho, dejando fuera la posibilidad de reflexión y planeación al respecto. Hay muchas madres que mencionan que nunca planearon a sus hijos (Martínez, 2002)

El deseo de una mujer de tener un hijo es producto de muchos motivos e impulsos diferentes. Es muy complicado poder determinar cada uno de los factores que intervienen en este deseo. Brazelton y Cramer (1993) proponen los siguientes factores.

1. *Identificación.* Desde muy pequeña, toda mujer ha vivido el cuidado materno. En ese momento, en sus juegos y fantasías, se convierte en cuidadora, en lugar del rol de cuidada. Aprenderá de las mujeres mayores que existen alrededor de ella, la manera de cuidar a los demás, de comportarse, las imitará en sus juegos y poco a poco introyectará esta imagen materna.

2. *El deseo de ser completa y omnipotente.* Otro de los motivos que puede tener la mujer para estar embarazada es el deseo de ser una persona completa y omnipotente, la cual pueda duplicarse o reflejarse en alguien más y a través de esa persona poder cumplir sus metas e ideales. Al sentirse completa, la mujer puede percibir a su cuerpo como potente y productivo; y de esta manera contrarrestar la sensación de vacío. El hijo se vuelve una extensión de ella misma, sobre el cual podrá tener control.

3. *El deseo de fusión y unidad con otro.* A la par del deseo de estar completa, está el deseo de simbiosis o considerar que ella y su hijo son uno mismo. Este deseo es un proceso

normal que ayuda al mantenimiento de la autoestima y ayuda en el establecimiento de relaciones de pareja. La mujer tiene la oportunidad de cumplir o satisfacer estas fantasías a través de los sueños tanto dormida como despierta. Una vez que nace el bebé, esta actitud dependerá de la manera que ella se relacione con sus fantasías de unidad con su propia madre.

4. *El deseo de reflejarse en el hijo.* La madre tiene la esperanza de que, al tener un hijo, ella podrá duplicarse. La frase, "sangre de tu sangre" y "el ser que mantendrá tu legado" nos habla del deseo de *inmortalidad*. *Se ve al hijo como parte de una larga cadena que lo une a sus propios antepasados. Esto crea demasiadas expectativas, como que el hijo mantendrá los valores de la familia, el apellido, continuará con el negocio o con la profesión familiar y conservará el mismo nombre. Pero no sólo es mantener la tradición de la familia, la madre sueña con que sea perfecto, y que la haga sentir orgullosa de su rol, por darle vida a un ser libre de defectos. Es por eso que en aquellas mujeres en las que cabe la posibilidad de que exista un bebé con problemas, surja el sentimiento de rechazo y miedo, ya que asume la responsabilidad de la incompetencia de su cuerpo para procrear a un bebé sano.*

5. *Cumplimiento de ideales y oportunidades perdidos.* Tanto la madre como el padre ven a su bebé como la oportunidad de superar y triunfar en aquellas situaciones en las que fracasaron. Es su oportunidad de superar limitaciones, y volver a escribir su historia. Los hijos *entonces, tienen, antes de nacer, la obligación de cumplir todas las expectativas de sus padres, ya que mientras más fracasos tengan los padres, mayor serán las expectativas que se pongan sobre el hijo. Sin embargo, este deseo no necesariamente es negativo, ya que ayuda a que la madre vea a su hijo como algo único que le permitirá desarrollar adecuadamente el vínculo afectivo. Es también en este momento, donde la madre renuncia a sus propios deseos y sueños para dedicarse de lleno a su hijo, el cual, necesita sus cuidados y atención. Y esta renuncia se verá recompensada cuando el bebé nazca sano y confirme a la mamá que su cuerpo puede crear vida. En los embarazos de alto riesgo, sobre todo en aquellos que se debe a antecedentes de infertilidad, cuando finalmente terminan el*

periodo de gestación de manera adecuada, sin pérdidas, sin problemas, finalmente se sienten útiles.

6. *El deseo de renovar viejas relaciones.* El deseo de tener un hijo también incluye el deseo de un nuevo compañero con el cual revivir y sanar viejas relaciones. Pueden ser relaciones de pareja o de amistad o relaciones con los padres que se vivieron de manera inadecuada. De igual forma se ve como la manera de sustituir relaciones con personas que ya no están físicamente al lado de la persona, como familiares cercanos que fallecieron recientemente, o embarazos que no se completaron, esto puede verse en mujeres que tienen embarazos de alto riesgo (Coddington, 1979).

7. *La oportunidad tanto de reemplazar como de separarse de la propia madre.* Durante el embarazo, la mujer vive una doble identificación, ya que se identifica tanto con la madre como con su hijo. Por un lado, podrá ser esa persona que cuidará, pero por otro lado podrá resolver los conflictos que haya vivido en su relación con su madre desde su rol de hija. De este modo, podrá relacionarse de una manera distinta y conocer la diferencia que existe entre la persona que es y quien es su madre.

1.5 Maternidad.

A lo largo de la historia, la maternidad ha sido asociada a la fecundación, fertilidad, con la protección, afecto, cuidado incondicional, sacrificio. De igual forma, ha sido idealizada y por muchos siglos estuvo asociada a lo divino y a lo sagrado. Sin embargo la cultura patriarcal relegó a la mujer y a la maternidad a un plano inferior limitando su papel a la procreación.

Es difícil establecer una sola definición de la maternidad, ya que se puede definir desde el aspecto biológico hasta lo cultural. De esta manera se llega entonces a la clasificación de Marta Lamas (1994), quien considera que una área corresponde a la “maternidad” que

refiere a la gestación, parto y lactancia y la otra área corresponde al “maternazgo” que refiere a la responsabilidad emocional, la crianza y el cuidado de los hijos.

Desde los años setenta, las corrientes feministas han realizado un análisis de la maternidad señalando como la cultura ha sido fundamental en la manera en que es definida. Esto ha creado una discusión sobre cómo se debe entender la maternidad. Para Sánchez-Bringas (1996) existen tres líneas de análisis: la primera, la cultura patriarcal en donde se habla de que por su maternidad la mujer ha sido construida desde la naturaleza en oposición al hombre, construido desde la cultura. La mujer es cuerpo, pero paradójicamente no tiene control sobre su propia naturaleza, ésta es regulada y normativizada por la cultura del hombre. El cuerpo femenino confina a la mujer al mundo de la naturaleza, en la medida en que la mujer no decide sobre sus procesos biofisiológicos. Este planteamiento propone que la maternidad parte de una capacidad biológica de las mujeres específica de su sexo, para constituirse en un género, con actividades, lugares, normas y conductas asignadas a las mujeres como propias e inscritas en la familia. La maternidad es también el núcleo básico de la identidad genérica: las mujeres viven una subjetividad dedicada a nutrir, comprender, proteger y sostener a otros.

La segunda línea es la cultura de las mujeres donde se explica el lugar de la mujer, como un lugar ambivalente, contradictorio y diverso. En esta línea se considera que no hay una identificación directa de la mujer con la naturaleza, mientras que sí la hay del hombre con la cultura. Culturalmente, las mujeres son consideradas más próximas a la naturaleza y de ahí se desprende una posición intermedia: un lugar de subordinación, de mediación y de ambigüedad simbólica.

Esta línea de pensamiento abre la posibilidad a la existencia de contenidos culturales heterogéneos: unos que se desprenden de la cultura patriarcal y otros que pertenecen a la cultura de las mujeres.

La tercera propuesta establece lo heterogéneo los contenidos culturales relacionados con la maternidad, y rompe con la explicación hembra-mujer-madre-femenino, como un todo. En esta línea, se han identificado dos marcos conceptuales de significados: uno que corresponde a la concepción tradicional de la mujer en su relación con la procreación, el maternaje, la familia y la pareja; y el otro que implica la modificación de las antiguas concepciones a favor una idea moderna de familia (pocos hijos), maternidad (cuyo objetivo es el desarrollo óptimo afectivo e intelectual de los hijos) y/o pareja, vinculada a cambios socioeconómicos vividos en años recientes. De esta manera, es importante ver el cómo ha cambiado la forma de ser madre a lo largo del tiempo para después poder explicar cómo se vive en la actualidad la maternidad.

1.5.1 La maternidad a lo largo del tiempo.

La importancia que se le ha dado a la maternidad ha sido determinante en la organización social y la forma en que se concibe la mujer. Olivar (2002) menciona que en épocas antiguas, en Oriente y Europa, se dio una etapa matriarcal, en la que la mujer era enaltecida como madre. La arqueología presenta estatuillas, desde el período paleolítico, realizadas en hueso o marfil, que muestran las formas femeninas exageradas, haciendo gala de la exuberancia maternal. En el período neolítico hacían alusión a divinidades agrícolas y a la fertilidad. "El convertir lo crudo y salvaje en cocido y ahumado, lo que también hace con el semen que cuece en su vientre transformándolo en hombre – fruta". Fue exaltada a la calidad de deidad de la agricultura, la prosperidad, la fecundidad y la abundancia de la cosecha.

Hacia el siglo IV antes de Cristo, cuando las culturas nómadas arrasaron con las sedentarias, se impone el patriarcado, en el que la mujer era rebajada a la condición de objeto; un objeto que sirve para el placer y la maternidad; ya que el principal elemento para que se desarrolle la vida es la semilla que porta el hombre y la mujer es el recipiente en el cual se desarrolla ésta. Algunos antropólogos suponen que la división sexual del

trabajo tiene su origen a causa del embarazo y la lactancia, debido a que en este periodo, las mujeres no eran tan rápidas y sí participaban en tareas de recolección o de caza, ponían en peligro al niño y al grupo entero. Y lo más importante en esa época era garantizar la descendencia (Chodorow 1984; Olivar 2002)

En los siglos XV y XVI la campesina era principalmente reproductora y alimentadora, su rol biológico era vital para el mantenimiento del trabajo. Debido a la mala alimentación, al exceso de trabajo, a los pobres cuidados en el embarazo y en el parto; este último, era una carga muy pesada. Había una alta mortalidad de bebés y de madres. Las que llegaban a sobrevivir a los partos, envejecían rápido y morían jóvenes. En el siglo XVIII la revolución francesa cuestionó todas las tradiciones y se esforzó en pensar en un nuevo tipo de sociedad. De esta manera le otorgó un lugar especial a la maternidad, colocándola al servicio del hijo, futuro del mundo. La mujer que seguía subordinada al hombre, fue valorizada como madre. En el plano médico, los avances en la disección y el microscopio volvió digno de atenciones y cuidados el cuerpo de la mujer. La compasión materna fue convocada para socorrer a los desposeídos. La glorificación de la maternidad se impuso durante todo el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. En la segunda mitad del siglo XX se dieron importantes pasos para la emancipación del patriarcalismo, iniciando así, el proceso de formación de sociedades más justas, equilibradas, heterogéneas y equitativas (Molina, 2006).

La revisión histórica de la maternidad nos lleva a ver cómo de ser un asunto "privado" se convierte en algo "público", debido a las bajas tasas de natalidad, y esto se debió a acontecimientos sociales, políticos y científicos (Knibiehler 2001).

Dentro de los acontecimientos sociales se encuentran, la primera y segunda guerras mundiales que trajeron cambios significativos, por un lado, para las madres era importante dejar de tener hijos por la mala situación económica y social que vivían, mientras que para los gobiernos era vital que se continuaran manteniendo altas tasas de

natalidad pues reflejaban mano de obra que mantuviera la economía de los países (Knibiehler 2001). Por otro lado, al cambiar las mujeres su rol de amas de casa a “mujeres trabajadoras”, llevó a las naciones a implementar nuevas políticas que contribuyeran a apoyar a las mujeres a llevar ambos roles. Entre las políticas se encontraban: la licencia por maternidad, el seguro de maternidad y subsidios a la madre en el hogar (Hays, 1996).

Al mismo tiempo, surgió la píldora anticonceptiva y el DIU, lo cual llevó a las mujeres a reflexionar y decidir acerca de su maternidad, elegir el momento de procrear así como del número de hijos que tendría (Knibiehler 2001). Todos estos cambios llevaron a que la aspiración de las madres dejara de ser quedarse en la casa, para salir de ella. Si bien las madres y los hijos sufrían, esto no sucedía porque las madres trabajaran, sino porque soportaban malas condiciones de trabajo, faltas de apoyo y de lugares en donde se ocuparan de sus hijos. El avance en los conocimientos en el campo de la psicología, respecto al vínculo, contribuyó engañosamente a que las madres se sintieran culpables. Si un chico dormía o comía mal, si se movía mucho o poco, si tardaba en caminar o en hablar, la madre era la responsable por estar muy o poco presente, por preocuparse demasiado o demasiado poco, por ser demasiado posesiva o demasiada desaprensiva, etcétera (Evenrghingham, 1997).

Por los múltiples cambios sociales y de roles, las mujeres reflexionaban más acerca de su maternidad, tomando en cuenta de que entre los veinticinco y los treinta y cinco años es el periodo más adecuado para estar embarazada, ya que los embarazos tienen límites de edad (después de los cuarenta y antes de los dieciocho años) (Molina, 2006). Estrellas mediáticas, modelos de identificación, le dieron una especial notoriedad a la maternidad tardía. Las madres adolescentes también plantean ahora un problema. No siempre quedan embarazadas por falta de información y, por otro lado, muchas se niegan a abortar. Es una época en la que la adolescencia pierde la esperanza, en la que los jóvenes, sobre todo los de los sectores desfavorecidos, no tienen ni estatus, ni función, ni posibilidad de recibir la atención. Pero luego, cuando el bebé llega, se sienten pérdidas

por las exigencias de la sociedad, agotadas por la carga que significa. Ahora bien, desde el punto de vista moral, la decisión de abandonarlo es mucho más difícil que la de abortar (Knibiehler, 2001).

La maternidad elegida, también trajo cambios en la relación de pareja, las madres trabajadoras agotadas por llevar ambos roles buscaron en los padres la ayuda con las tareas de crianza y educación con los hijos (Knibiehler 2001). Las mujeres dan a luz cuando su entorno las ayuda a recibir y a criar a sus hijos. Éstos tienen que ser deseados no sólo por la que los trae al mundo, sino por el grupo social. La maternidad no pertenece únicamente a la vida privada, no es solamente la expresión de un deseo femenino, ni del amor de una pareja, responde a una necesidad social primordial: la renovación de las generaciones, la supervivencia del grupo (Evenrghingham, 1997).

Los investigadores de la maternidad psíquica comprueban el aumento de las patologías en la relación madre-hijo. La maternidad, como todos los vínculos familiares, es una dialéctica de la autonomía y la dependencia, por ello es importante analizar las responsabilidades, roles sociales y los vínculos afectivos de las madres (Knibiehler 2001).

El embarazo por sí mismo, conlleva una serie de cambios que, sumados a las cuestiones ideológicas y culturales que rodean a la maternidad, afectan la vivencia. De esta manera, podemos decir que el proceso de embarazo va a depender de las experiencias y del contexto en el que vive la mujer, aunado a su estado de salud. A continuación se verá brevemente como es el embarazo de alto riesgo y que implicaciones tiene.

CAPÍTULO 2

EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

Antes de entrar de lleno en el tema del embarazo de alto riesgo, es importante entender qué implica el riesgo para la salud de la madre y los factores que lo producen. El riesgo es la probabilidad de sufrir un daño, enfermedad o muerte en presencia de determinadas circunstancias que inciden en una persona, grupo de personas, comunidad o ambiente (Toledo, 2005). Un factor de riesgo es un atributo o característica que confiere al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer una enfermedad o alteración de la salud. Es la susceptibilidad individual en términos probabilísticos. Es un factor de riesgo cualquier fenómeno físico, químico, biológico o psicosocial, o alguna enfermedad anterior al efecto que se esté estudiando, que por su presencia o ausencia esté relacionado con la enfermedad investigada. (Toledo, 2005). En el alto riesgo se encuentran el conjunto de personas en los que coinciden varios factores de riesgo o que muestran niveles de éstos, que están muy por encima de la media poblacional. Se puede clasificar a los factores de riesgo de dos maneras: los individuales que se relacionan con las condiciones y el estilo de vida del individuo y los colectivos o ambientales que afectan a grupos y su entorno.

2.1 Definición de embarazo de alto riesgo

El embarazo de alto riesgo es definido por la Secretaría de Salud, a través de la Norma Oficial Mexicana como "aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario (NOM-007-SSA2-1993, Secretaría de salud).

Para considerar si un embarazo es de alto riesgo, se debe examinar el estado de salud y las condiciones de vida de la mujer embarazada para determinar si presenta condiciones o características que la expongan a ella o al feto a la posibilidad de enfermar o morir durante el embarazo. Existe una clasificación del riesgo perinatal en el embarazo basada en los factores de riesgo detectados. De esta manera, el embarazo se puede clasificar en riesgo bajo, riesgo medio y riesgo alto. En el **riesgo bajo o sin riesgo** se ubican las pacientes en las cuales no se detectaron factores que pongan en riesgo la salud de la mujer o del feto; por lo que estas pacientes pueden ser controladas con los recursos del primer nivel de atención. En el **riesgo medio o alto** se encuentran las mujeres en las cuales se han identificado factores de riesgo, ya sean previos y/o actuales que aumenten la probabilidad de daño para la mujer en el momento de la concepción el cual incluirá al producto. Lo cual implica brindar atención al binomio en una institución de tercer nivel para su control.

Son varios los factores que ponen en riesgo la salud tanto de la madre como del bebé. La identificación de estos factores comenzó con la observación de ciertas características con resultados desfavorables. Los primeros estudios fueron retrospectivos, pues al encontrar efectos no deseados en el feto o en el recién nacido, se buscaba identificar los factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y ambientales presentes en la etapa prenatal que pudieran tener influencia en los efectos presentados (Cortes, 2006). Hoy en día, se conoce cuales son los aspectos que pueden afectar el curso del embarazo, estos se mencionan en la Tabla 1 (Secretaría de Salud, 2008; Ortigosa-Corona y Karchmer, 1996; Aguilar, Muñoz, Velasco, Cabezas, Ibargüengoitia, Núñez y Cerón, 2001)

Tabla 1. Factores de riesgo en el embarazo

Riesgo preconcepcional

- Edad menor a 16 años o mayor de 35
- Baja estatura (menor a 140 cm).
- Desnutrición aguda o crónica
- Enfermedades de transmisión sexual
- Tabaquismo, etilismo y otras adicciones
- Vivir en condiciones económicas desfavorables.
- Sufrir violencia intrafamiliar
- Presentar algún trastorno mental

Antecedentes ginecobstétricos

- Dos ó más abortos consecutivos
- Dos ó más nacimientos prematuros
- Dos ó más hijos que nacieran con malformaciones congénitas
- Tres ó más cesáreas
- Cinco o más embarazos
- Embarazo múltiple

Problemas de salud que complican el embarazo

- Diabetes
- Patología cardíaca
- Patología renal
- Trombofilias y conectivopatías
- Patología pulmonar e insuficiencia respiratoria
- VIH positivo ó SIDA

Complicaciones en el embarazo

- Amenazas de aborto
 - Embarazo ectópico
 - Enfermedad trofoblástica gestacional
 - Anomalías placentarias
 - Coagulopatía intravascular diseminada
 - Incompatibilidad hemolítica
 - Enfermedades por hipertensión arterial
 - Amenaza de parto pretérmino.
 - Rotura prematura de membranas
 - Traumatismo
-

A continuación se describirán brevemente los factores que se presentan con mayor frecuencia en esta las mujeres embarazadas:

- Embarazo Ectópico. Implantación del blastocito en sitio diferente a la cavidad uterina. (Clayton, Schieve, Peterson, Jamieson, Reynolds, Wright, 2006; Luo, Lim, Huang, Wu, Wong, Cheng, 2009)
- Aborto en evolución. Hemorragia de la primera mitad del embarazo que se acompaña de modificaciones cervicales y puede mostrar sintomatología dolorosa (Hasan, Baird, Herring, Olshan, Jonsson, Hartmann 2009).
- Embarazo molar. Desarrollo anormal del óvulo fecundado. (Niemann, Petersen, Hansen, Sunde, 2006; Miyoshi, Ohba, Fukunaga, Katabuchi 2011)
- Hiperemesis gravídica. Vómitos incontenibles durante el primer trimestre de la gestación que comprometen el equilibrio hidroelectrolítico y estado nutricional de la embarazada (Vikanes, Skjaerven, Grijbovski, Gunnes, Vangen, Magnus, 2010)
- Preeclampsia-eclampsia. Entidad patológica exclusiva del embarazo caracterizado por hipertensión arterial (TA sistólica mayor de 140 mm/Hg y diastólica mayor de 90 mm/Hg que se presenta durante la segunda mitad del embarazo; si se acompaña de convulsiones se denomina eclampsia). (Kuklina, Ayala, Callaghan, 2009; Martin, Sidman, 2003).
- Inserción baja de placenta. Inserción anormal de la placenta en la zona de la cavidad uterina situada entre el segmento inferior del útero y el orificio cervical interno. (Faiz, Ananth, 2003)
- Desprendimiento prematuro de placenta. Separación prematura de la placenta de su sitio de inserción en la cavidad uterina; se manifiesta por sangrado transvaginal en el tercer trimestre de la gestación (Salihu, Bekan, Aliyu, Rouse, Kirby, Alexander, 2005).
- Amenaza de parto prematuro. Cuando se presentan contracciones uterinas regulares después de las 20 semanas de gestación y antes de las 37, con intervalos de entre 5 y 8 minutos o menores entre cada contracción (Dodd, Flenady, Cincotta, Crowther, 2008).

- Muerte fetal. Ausencia de latido cardiaco y de movimientos fetales después de semana 20 de gestación y antes del inicio de trabajo de parto espontaneo (Cousens, Blencowe, Stanton, Chou, Ahmed, Steinhardt, Creanga, Tunçalp, Balsara, Gupta, Say L, Lawn, 2011)
- Diabetes gestacional (DG). Estado de intolerancia a los carbohidratos que se diagnostica por primera vez durante el embarazo. Su detección debe realizarse desde la primera visita prenatal y repetirse entre las 24 y 28 semanas de la gestación (Taylor, Davison, 2007; Lawrence, Contreras, Chen, Sacks 2008).

2.2 Prevalencia del embarazo de alto riesgo.

La prevalencia del embarazo de alto riesgo varía de acuerdo con los criterios que se utilicen para definirlo. Muchos factores participan y los efectos de cualquier factor específico difieren de una paciente a otra (Cortes, 2006). De igual forma, la proporción de mujeres en riesgo no se reporta en conjunto, sino que se separan por el tipo de patologías que presentan. Bruce y colaboradores (2008) encontraron que las enfermedades más frecuentes en el embarazo son los problemas de salud mental, de hipertensión (preeclampsia y eclampsia) y desnutrición. Getahun, Nath, Ananth, Chávez y Smulian (2008) reportan que del 2 al 3% de las mujeres embarazadas desarrollan diabetes gestacional.

De igual forma, en México se han estudiado las diferentes enfermedades que son factores de riesgo durante el embarazo. Velasco, Navarrete, Pozos y Cardona. (1999), reportan una prevalencia de 4.75% de preeclampsia en hospitales de primer nivel de atención. Por su parte, Contreras, Arango, Zuluaga y Ocampo (2008) encontró que el 14% de las mujeres desarrollan diabetes gestacional en alguno de sus embarazos. Según datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) en el 2004 la SEDENA atendió a 15,339 mujeres embarazadas de las cuales el 11.67% eran de riesgo; en el INPER el 73% de las mujeres atendidas presentaban embarazos con hemorragias, desprendimiento de

placenta, preeclampsia, diabetes mellitus durante su embarazo, entre otros. En la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID; INEGI, 2006), se encontró que entre 2001 y 2005, el **60.9%** de las mujeres embarazadas presentaron complicaciones entre las cuales estaban presión arterial alta, amenazas de abortos, sangrado vaginal, diabetes. Según datos del observatorio del desempeño hospitalario (Secretaría de Salud, 2007), durante 2006, se brindaron alrededor de 5173917 consultas prenatales y en el puerperio, de las cuales 17.7% (917426) fueron por embarazo de alto riesgo. Es importante mencionar, que a pesar de que en el sistema de salud se busca brindar atención a todas las mujeres embarazadas a través del programa "Arranque parejo" (Secretaría de Salud, 2008), la falta de personal de salud y de recursos para hacer seguimientos, así como las barreras para solicitar atención médica, por parte de las pacientes, dificulta el diagnóstico oportuno de estos factores que puede causar hasta la muerte.

2.3 Consecuencias del embarazo de alto riesgo.

A nivel físico, el embarazo de alto riesgo genera malformaciones congénitas en el feto, bajo peso, pobre desarrollo psicomotor y cognitivo. En la madre, pueden mantenerse las enfermedades que aparecen en el embarazo, como diabetes o hipertensión, además que de que puede presentarse la muerte antes, durante o después del parto.

En la salud mental las consecuencias no son menos, la ansiedad es producto de las dificultades y problemas de salud que se presentan en la etapa perinatal. De igual forma, como vemos con más detalle más adelante, los factores de riesgo presentes durante el embarazo pueden causar depresión, falta de confianza en el rol materno y la sensación de fracaso como madre, causando así, baja autoestima. Otro consecuencia es la falta de apego entre madre-hijo.

2.4 Efectos psicológicos del embarazo de alto riesgo en la madre.

La mujer, además de estar sometida al proceso madurativo normal propio de la maternidad, cuando es diagnosticada con alto riesgo, debe enfrentarse a una gran carga emocional y a un ajuste psicológico para una experiencia de maternidad que puede no culminar en lo que se espera.

Si la mujer embarazada vive el diagnóstico como golpe a su confianza, puede experimentar un sentimiento de baja autoestima (Kemp y Page, 1987). Esto puede provocar que sienta que ha fracasado como mujer y como madre, disminuyendo su confianza en su capacidad para ser madre. Por otro lado, puede expresar tristeza, duelo o desesperación si ha realizado una gran inversión emocional en este embarazo debido a la pérdida previa de otros embarazos y ha anunciado su gestación a su familia y amigos. La futura madre, puede percibirse como un fracaso, presentar dificultad en la planeación de este embarazo y sentir incongruencia de los sentimientos entre ella misma y su pareja u otras personas importantes para ella (Gilbert y Harmon, 2003).

Cuando el embarazo es de alto riesgo, la pareja vive la situación con más estrés de lo que implica un embarazo normal. La aparición de una situación de alto riesgo puede interrumpir la consecución de las tareas maternas o paternas, y esto puede originar nuevos factores de estrés. El temor por el bienestar de la madre puede causar una elevada ambivalencia respecto al embarazo. Pueden recordarse anteriores embarazos interrumpidos. Esto puede complicar la aceptación de la realidad de un embarazo actual y aumentar el riesgo de depresión prenatal y posnatal (Hughes, Turton y Evans, 1999)

Si se producen signos de hemorragia u otros signos físicos de gravedad, puede resultar difícil creer en el embarazo. Los preparativos para el neonato pueden verse alterados. Cursos prenatales y de maternidad, tanto para la madre, como para su compañero, debe ser una opción que se ofrezca a una mujer enferma u hospitalizada. Las expectativas no cumplidas acerca del embarazo pueden ser una fuente de frustración en un momento en

que las actividades deben dirigirse hacia los preparativos para la paternidad (Gilbert y Harmon, 2003)

Los preparativos para el proceso de parto pueden estar totalmente fuera del control de los padres si está en duda el bienestar de la madre. Los temores sobre procedimientos y cuidados específicos pueden estar priorizados sobre los planes habituales. El ritmo de crecimiento del cuerpo de la madre puede ser motivo de precaución. Las elecciones sobre la alimentación del niño, el proceso del parto o el soporte del equipo pueden resultar diferentes de lo que se esperaba (Gilbert y Harmon, 2003).

Por su parte, la familia puede reaccionar de diversas formas ante el diagnóstico de un embarazo de alto riesgo. Depende del significado que den a esta situación, su experiencia para enfrentarse a las cosas, su capacidad para resolver problemas de forma efectiva y los apoyos situacionales disponibles (Gilbert y Harmon, 2003)

La hospitalización previa al parto puede causar estrés a una familia con un embarazo de alto riesgo. Este estrés se debe a la separación del hogar, la familia y otras personas de apoyo, que puede hacer sentir a la mujer en soledad. Además de estrés, hay sentimientos de pérdida de control o impotencia, aburrimiento, cambios en las circunstancias familiares que causan diferencias en el funcionamiento familiar y la preocupación por los miembros de la familia que se quedan en el hogar. Las necesidades de dependencia pueden no quedar cubiertas. La relación con otras mujeres embarazadas puede resultar limitada (Gilbert y Harmon, 2003).

Puede aparecer ansiedad cuando no se cubre las expectativas. En un embarazo de alto riesgo, la expectativa de un embarazo normal que culmina en el parto de un recién nacido normal se ve amenazada. La fuerza de las necesidades no satisfechas y el grado de consciencia de ello determinan el grado de ansiedad (Gilbert y Harmon, 2003)

Una vez que nace el bebé, si la madre o el recién nacido se encuentran enfermos, es posible que el establecimiento del vínculo sea más difícil de concretar, debido a que, con frecuencia tienen que estar separados por periodos largos (Cortes, 2006). Cuando el bebé es prematuro o está conectado a diversos aparatos, los padres pueden tener miedo de tocarle. El aspecto y la conducta del bebé pueden resultar tan nuevos para los padres que su inspección visual no encuentre nada para identificarlo. Finalmente, si se pensaba que el embarazo era de riesgo, los esfuerzos podrían haberse dirigido a seguir adelante en vez de a establecer el vínculo. Si esto es así, los padres deben resolver estos sentimientos antes de que puedan empezar a trabajar el vínculo. La intensidad de las emociones que rodean la posible muerte del niño puede ser tan fuerte que interfieran de forma permanente con el vínculo si no se exploran estos sentimientos (Gilbert y Harmon, 2003).

El diagnóstico de alto riesgo durante el embarazo confronta a la mujer con sus mayores miedos y temores, pues de ser sólo una posibilidad, se vuelve una realidad el que su bebé este en peligro. Por esta razón, duda, sufre y busca, tanto en su pareja como en su familia, la contención que le servirá para hacer frente a esta situación, además de tener que acudir a consultas, cuidados, medicamentos y pruebas. En México, la Secretaria de Salud busca cubrir adecuadamente las necesidades de estas mujeres, como veremos en el siguiente apartado.

2.5 Atención prenatal.

Hoy en día, la atención prenatal se ha convertido en una prioridad en los servicios de salud. En México seis de cada diez partos son atendidos en instituciones públicas. Con esto se busca reducir la mortalidad materna y perinatal, establecer acciones preventivas y atender los factores de riesgo que se presenten durante el embarazo. Una buena atención prenatal reduce el riesgo de que el infante presente trastornos como síndrome de insuficiencia respiratoria, bajo peso al nacimiento, nacimientos prematuros, lo que

permite reducir costos de atención posnatal (Villarreal, Garza, Núñez, Rodríguez, Rodríguez, 2007).

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, en el apartado 5 de Especificaciones marca que la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado.

Durante el embarazo y el parto debe vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo y beneficio de su administración.

También se describen, las actividades que se deben realizar durante el control prenatal, y de las más importantes son las siguientes:

- elaboración de historia clínica;
- identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales);
- medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración;
- medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración;
- valoración del riesgo obstétrico;
- prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo);
- medidas de autocuidado de la salud;
- establecimiento del diagnóstico integral.

Así mismo, enfatizan de que el control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

Las unidades de salud deben promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

- 1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas
- 2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas
- 3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas
- 4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas
- 5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

En el caso de que el embarazo se prolongue después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

En este capítulo se puede observar el embarazo de alto riesgo es una condición delicada que está determinada por la presencia de varios factores de riesgo y que puede afectar tanto en la salud física como en la mental del bebé y que, en caso de no atenderse a tiempo, puede tener como desenlace la muerte. A pesar de los pocos estudios en México, se ha reportado una alta prevalencia de complicaciones durante el embarazo, por lo que es necesario atender las necesidades de esta población.

CAPÍTULO 3

DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

En los capítulos anteriores, se revisaron los diferentes cambios que se experimentan en el embarazo. Se vio que el temor y la ansiedad van de la mano de este proceso y que suelen intensificarse cuando peligra la vida tanto de la madre como del bebé. Otro aspecto que puede aparecer durante este periodo es la depresión, qué, como veremos más adelante ocurre con frecuencia durante el embarazo. Es importante mencionar que para este estudio, la depresión fue una variable relevante, ya que la muestra de este estudio fue seleccionada con base en que tuvieran síntomas de depresión.

3.1 Depresión.

La depresión es uno de los problemas psiquiátricos y psicológicos más comunes y se estima que en 2020 será la segunda causa de años perdidos de vida saludable a nivel mundial. Sin embargo, mucha gente no sabe que la padece pues no cuenta con la información necesaria para reconocerla. Esto se debe a que antes no se conocían las consecuencias negativas de la depresión y no se le daba la importancia necesaria. Hoy en día sabemos que afecta la vida diaria de la persona que la padece, tanto en el aspecto laboral como en el personal. En la mayoría de los casos, los síntomas regresan periódicamente y pueden presentarse de cinco a siete episodios a lo largo de la vida (O'Connor, Whitlock, Beil y Gaynes, 2009). La prevalencia reportada en Estados Unidos, va del 13.23% al 20.8% (Hasin, Goodwin Stinson y Grant 2005; Kessler, Sharp, y Lewis 2005). En México, la prevalencia reportada es de 9.1% (Medina-Mora y colaboradores. 2003).

Hay dos maneras de clasificar a la depresión, una es por medio de categorías y otra es por medio de dimensiones continuas. En la clasificación categórica, los pacientes son diagnosticados con depresión sólo si se presentan los síntomas y la duración de éstos que

establece, por ejemplo, Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR; López-Ibor y Valdéz, 2008). Para diagnosticar depresión se necesita la presencia de cinco o más síntomas durante un período de 2 semanas, y uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer. La otra forma en que se clasifica a la depresión es por medio de dimensiones y se evalúan continuos como son la intensidad, la duración y el impacto de las funciones diarias. Se utilizan escalas de autoreportes para saber que tan deprimida esta la persona.

3.2 Depresión en el embarazo

Como ya se ha mencionado, durante el embarazo ocurren cambios que afectan diversas áreas en la vida de la mujer. El tener dificultad para dormir, presentar cambios en el apetito y falta de energía pueden ser considerados como parte del embarazo. Sin embargo, si estos síntomas se vuelven incapacitantes, sumados a la tristeza extrema y a la pérdida de placer, estamos hablando de depresión en el embarazo.

Diversos estudios han demostrado que el embarazo es un periodo que puede llegar a vulnerar a la mujer para sufrir algún trastorno psiquiátrico, ya que es un evento estresante. Los trastornos más frecuentes en el embarazo son los del estado de ánimo y los de ansiedad (Field, Diego, Hernandez-Reif, Figueiredo, Deeds, Ascencio, Schanberge, Kuhn 2008; Field, Diego, Hernandez-Reif, 2006).

Se ha reportado prevalencia de depresión clínica que va del 5.1% al 15.5% (Felice, Saliba, Grech y Cox, 2004; Melville, Gavin, Guo, Fan, Katon, 2010). En población latina, Smith, Rosenheck, Cavaleri, Howell, Poschman y Yonkers (2004) reportaron una prevalencia del 6% en depresión mayor y 14% en depresión menor. Respecto a la sintomatología depresiva a nivel internacional, se ha reportado entre el 20.4% y el 30.6 (Leathers y Kelley, 2000; Marcus, Flynn, Blow, Barry, 2003). En algunos estudios que se han realizado con mujeres de origen hispano que viven en Estados Unidos han encontrado prevalencias de 51% y 18% respectivamente (Zayas, Cunningham, Mckee y

Jankowski 2002; Perry, Ettiner, Mendelson, Le 2011). En América latina, la prevalencia de sintomatología depresiva se encuentra entre 37.9 y 42% (Da-Silva, Moraes-Santos, Carvalho, Martins, Teixeira; 1998; Canaval, González, Martínez-Schallmoser, Tovat y Valencia 2000). En México, Ortega, Lartigue y Figueroa (2001) reportaron un 21.7% de mujeres embarazadas con sintomatología depresiva significativa y Lara, Navarro, Navarrete, Cabrera, Almanza, Morales y Juárez (2006) encontraron en una muestra de la Ciudad de México un porcentaje de 36.8% de mujeres con sintomatología depresiva significativa utilizando el CES-D. En un estudio mas reciente se encontró que 6.4% de la población presentó sintomatología depresiva en el embarazo (Ceballos, González, Martínez-Schallmoser, Tovat y Valencia, 2010).

La detección temprana de la depresión en el embarazo se complica porque varios síntomas de la depresión como cambio en el apetito, cambio en el nivel de energía y en el patrón de sueño también ocurren en mujeres embarazadas no deprimidas. Sin embargo, en la depresión, todos estos síntomas somáticos van acompañados de los síntomas afectivos y cognitivos que se presentan de forma persistente (Smith y colaboradores 2004). Por esta razón es importante que la mujer embarazada conozca los síntomas normales del embarazo, ya que el desconocimiento contribuye al desarrollo de temores y angustias en este periodo (González-Forteza, Romero, Morales y Gutiérrez, 1993).

3.3 Factores de riesgo de la depresión en el embarazo.

Existe un gran número de factores que se relaciona con la depresión en el embarazo. éstos, sumados a una condición de riesgo, pueden influir en la manera en la que se vive el embarazo, causando, además de depresión, otros malestares emocionales como miedo, ansiedad, etc. A continuación se revisaran los factores de riesgo de depresión en el embarazo que se reportan con mayor frecuencia en la literatura.

a) **Eventos estresantes**

Eventos de vida estresantes experimentados al menos 12 meses antes del embarazo son otro factor de riesgo de depresión en el embarazo que ha sido reportado por autores como Zayas, Cunningham, Mckee y Jankowski (2002), y Faisal-Cury y Rossi Menezes (2007). Por su parte, González-Forteza, Morales, Mas, Caraveo y Gutiérrez (1990) mencionan que los eventos de vida que más afectan a las mujeres son reconciliación, divorcio, muerte de un amigo, cambio en la salud o en el comportamiento de un familiar, retiro de trabajo, problemas con parientes y cambio en la frecuencia de actividades recreativas.

b) **Abortos anteriores**

Las mujeres que han experimentado un aborto con anterioridad son más propensas a deprimirse en el siguiente embarazo y reportan una pobre satisfacción en su relación de pareja (Serrano y Lima 2006)

c) **Apoyo social**

Las mujeres embarazadas deprimidas sienten que sus confidentes no les brindan el apoyo que ellas realmente necesitan. Sin embargo, de todas las posibles fuentes de apoyo, la proveniente del esposo o cohabitante es la que ha recibido especial atención (Westdahl, Milan, Magriples, Kershaw, Rising, Ickovics, 2007; Elsenbruch, Benson, Rücke, Rose, Dudenhausen, Pincus-Knackstedt, Klapp, Arck 2007.). Lara y colaboradores (2006) encontraron que las mujeres que no cuentan con apoyo practico durante el embarazo, tienen 2.7 riesgo de presentar sintomatología depresiva durante este periodo.

d) **Relación de pareja**

Las mujeres solteras embarazadas son las que están en mayor riesgo de presentar depresión. Felice, Saliba, Grech y Cox (2004) encontraron que las mujeres solteras

embarazadas presentaban una mayor sintomatología depresiva en los primeros meses de embarazo. Pero McQueen y Chokka (2004) en Estados Unidos, Austin (2003) en Australia y Millán, Yevenez, Gálvez y Bahamonde (1990) en Chile también mencionan que el ser soltera es un factor de riesgo durante el embarazo para que se presente la depresión.

Sin embargo, no solo las mujeres solteras están en riesgo de presentar depresión; también aquellas que tienen un esposo o compañero que no les da apoyo emocional o que no están con ellas la mayor parte del tiempo pueden presentar depresión en este periodo (Maldonado-Durán y Feintuch 2001). Lara y colaboradores, (2006) reportan que no contar con una pareja durante el embarazo las pone en riesgo de padecer sintomatología depresiva. Por su parte, Letechipia (2007) encontró que las mujeres que no están satisfechas con su relación de pareja presentan más sintomatología depresiva.

3.4 Embarazo de alto riesgo y depresión

Como se ha visto, ciertas dificultades durante el embarazo pueden predecir depresión, en especial, cuando falta el apoyo de las personas más significativas. Cuando un embarazo es de alto riesgo, existen más complicaciones a las que deben de hacer frente, generando miedos, confusión, angustia, tristeza, etc. Varias investigaciones han encontrado una relación entre depresión y embarazo de riesgo, como la de Kurki, Hiilesmaa, Raitasalo, Mattila y Yikorkala (2000) quienes observaron que aquellas mujeres que sufrían preeclampsia, presentaban una mayor sintomatología depresiva. Por su parte, Nazario y Turato, (2007) encontraron que las mujeres con insuficiencia renal, reportan sintomatología depresiva debido a las complicaciones que implica el embarazo. Brandon y colaboradores (2008) reportan que aquellas mujeres que presentaban problemas durante el embarazo que requerían hospitalización, tenían altos niveles de depresión comparadas con las mujeres que no tenían embarazo de alto riesgo.

En Latinoamérica también se ha hecho investigación sobre depresión durante el embarazo, y se ha encontrado una relación entre preeclampsia y riesgo prematuro con la sintomatología depresiva (Vinaccia, Sánchez, Bustamante, Cano y Tobón, 2006; Qiu,

Sanchez, Lam, Garcia, Williams 2007.). Por su parte, Pimentel (2007) encontró que existe mayor frecuencia de ansiedad y depresión en las mujeres con alto riesgo que en las mujeres sin riesgo. En México, el departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", dirigido por el Dr. Francisco Morales Carmona ha estudiado el malestar emocional, la depresión y la ansiedad en la población perinatal diagnosticada con alto riesgo, encontrando relación entre padecimientos durante el embarazo como diabetes y pérdidas recurrentes gestacionales con depresión y ansiedad afectando así el autoconcepto de las pacientes tanto en el área personal como social (Morales, Luque y Barroso, 2002; Espíndola, Morales, Díaz, Escalante, Pimentel, Henales e Ibarra, 2006b; Gómez y Aldama, 2007; González, Sánchez, Gómez, Aldana y Morales, 2008; Espíndola, Morales, Henales, Brull, Sánchez, Carreño y Watty, 2008).

Sin embargo son pocos los estudios en lo que se analiza la relación entre depresión y embarazo de riesgo y la manera en que este afecta la experiencia del embarazo, de aquí la importancia de conocer que sucede con las mujeres que viven embarazo de alto riesgo y sintomatología depresiva.

Como se ha visto a lo largo de este capítulo, la depresión es un trastorno muy común durante el embarazo, y que afecta a la mujer, a su hijo y a su entorno. Esto, aunado a las dificultades propias del embarazo de alto riesgo, vulnera a la mujer afectando su rol de madre y su relación con el hijo, así como sus relaciones interpersonales, como veremos en el siguiente capítulo.

C A P I T U L O 4

RELACIONES INTERPERSONALES EN EL EMBARAZO

Durante el embarazo, existe mayor necesidad de apoyo (McConachie y colaboradores 2008). La futura madre suele estar en un estado vulnerable pues es un tiempo de reorganización y reajuste. Además hay muchos cambios físicos, bioquímicos, psicológicos, emocionales y sociales. Las madres mencionan como fuentes de apoyo más importantes y significativas a la pareja y la propia madre (Rudman y Waldenström, 2007; Campos, Schetter, Abdou, Hobel, Glynn, Sandman, 2008; Lobel, Hamilton y Cannella 2008). Para la mujer resulta angustiante el que su pareja no responda con entusiasmo o si reacciona de manera negativa. Quien no cuenta con el apoyo de su pareja experimenta, con frecuencia, depresión en el embarazo (Díaz Le, Cooper, Muñoz, 2007). La pareja cumple un papel fundamental en el bienestar, cuando participa verdaderamente en el cuidado del embarazo y del bebé, brindando reconocimiento y apoyo a la futura mamá. Y la madre o la figura materna, es quien provee a la nueva madre, de cuidados maternos y apoyo afectivo, la guía dando consejos y ayuda en tareas concretas respecto al bebé (Lara y García., 2009).

Durante el embarazo, la futura madre necesitara ser "sostenida" para poder realizar su rol de madre. Necesitara contar con el apoyo de las personas significativas y en las que pueda confiar para resolver las adversidades de la vida. Las personas que le brindarán apoyo son su matriz de apoyo. La principal función es proteger físicamente a la madre, cubrir sus necesidades y permitir que la mujer se aleje algún tiempo de sus actividades cotidianas para dedicarse al cuidado del bebé (Stern, 1997).

Como ya se mencionó, las relaciones más importantes para la mujer embarazada son la pareja y la madre. A continuación describiremos la participación de estas figuras de apoyo durante el embarazo.

4.1 Relación de pareja.

La dinámica familiar tradicional basada en la diferenciación de esferas sociales y de roles, donde el padre era el proveedor principal del hogar y la madre estaba dedicada a las tareas domésticas y de cuidado, se replanteó con los cambios que ha sufrido el papel de la mujer en la sociedad. Los hogares pasaron de una estructura familiar arraigada con jefatura masculina a una mayor diversidad, en la cual puede observarse un aumento notable de hogares donde ambos cónyuges aportan ingresos, e incluso presentan jefaturas femeninas (Anatrella, 2008).

Asimismo, se observa una demanda creciente sobre los hombres para que éstos asuman mayores responsabilidades en las tareas del hogar y de cuidado mayor implicación afectiva, disponibilidad y proximidad a la familia. El reconocimiento y ejercicio de una paternidad activa y responsable acarrea beneficios para las mujeres, los hijos e hijas y los propios hombres. Este momento de transición se convierte así en una oportunidad para revalorizar el ámbito familiar y las funciones maternas y paternas, y para realizar una distribución más equitativa en los roles (Olavarría, 2003).

Cuando el padre se compromete con el cuidado del bebé, cumple con la función de protector brindando de igual forma, apoyo psicológico a la madre (Lara y García, 2009). Es importante recordar la serie de cambios que viven las mujeres durante el embarazo, tanto físicos como emocionales, además las demandas que implica un embarazo, en especial cuando es considerado de riesgo. Ante estas circunstancias, es muy importante que la pareja esté a su lado brindando apoyo y estableciendo vínculo con el bebé desde el vientre, ayudando no sólo en lo emocional, sino también en lo práctico, como acompañarla al médico, involucrarse en actividades previas al nacimiento como tomar cursos psicoprofilácticos, leer libros (Aguayo, 2003).

La llegada de los hijos constituye uno de los acontecimientos más importantes que enfrenta una pareja, es involucrarse con alguien y asumir ser madre o padre por el resto de la vida. La transición a la paternidad es más difícil de lo que tradicionalmente se piensa, mientras las parejas pueden pensar que los va a unir más; diversos autores han reportado una pauta curvilínea en el nivel de satisfacción de la pareja a lo largo de su ciclo vital. La satisfacción comienza a descender cuando llegan los hijos, permanece baja cuando son adolescentes y comienza a subir cuando éstos dejan el hogar paterno. Este cambio se debe a que la presencia de hijos dependientes de los padres en casa dificulta la distribución de tiempo, energía y economía de los padres (Elsner, Montero, Reyes, Zeger 2000; Hoge 2002; Spanier y Glick 1980).

Con la llegada de los hijos la relación de pareja cambia drásticamente, especialmente en las parejas primerizas. Se dedica menos tiempo a la pareja y la maternidad o paternidad se vuelve una prioridad. Durante la mayor parte del tiempo la relación esposo–esposa se vuelve secundaria, varias parejas expresan una disminución de tiempo para conversar acerca de ellos mismos y de su relación. Sin una comunicación adecuada y si no se esfuerzan por mantener una relación amorosa, la pareja corre el riesgo de convertirse en extraños familiares. La crisis en el matrimonio se resuelve cuando la pareja afronta el problema y ajusta sus rutinas para establecer la intimidad.

Hackel y Ruble (1992) realizaron un estudio en el que compararon el nivel de satisfacción en parejas sin hijos, embarazadas y en el posparto. Las parejas embarazadas, experimentaban un incremento en la satisfacción comparándolo con el periodo antes del embarazo. En el posparto, la satisfacción disminuía, incluso más que antes del embarazo. Respecto a cómo evaluaron sus relaciones durante estos tres periodos se pudo observar que de las parejas sin hijos, el 85% calificaron la relación de pareja como uno de los apoyos más importantes, en el embarazo disminuyó al 50% y en el posparto al 33%. Concluyen que el proceso de transición a la paternidad es un momento de cambio y no simplemente un periodo en el que se regresa a la línea base. En este sentido Belsky, Lang,

Rovine (1985) pudieron observar que las mujeres son las que presentan los cambios más drásticos durante éste proceso. Los autores mencionan que no todas las parejas presentan esta disminución en su satisfacción matrimonial y que las mujeres que tienen expectativas muy optimistas con respecto a la relación de pareja después del parto, tenderán a disminuir drásticamente su nivel de satisfacción. También pudieron observar que las áreas donde se presentaron mayores cambios durante este proceso fueron compañerismo y romance. Otros autores como Shapiro, Gottman y Carrere (2000) mencionan que los cambios en la satisfacción en la relación de pareja se pueden ver reflejados hasta que el primer bebé cumple un año, ya que la alegría por la llegada del bebé acapara la atención de la pareja y hasta que cumple un año pueden prestar atención a lo que ocurre entre ellos.

Una razón por la que el nivel de satisfacción decrece después del parto es que las mujeres esperan que la división del trabajo cuando nazca su bebé sea equitativa. Así que si las expectativas no se cumplen en el posparto, se sentirán decepcionadas. Por lo que las mujeres con orientaciones menos tradicionales de roles de género experimentan estos cambios de forma negativa (Belsky, Lang y Rovine, 1985). La comunicación de las preocupaciones, alegrías y ansiedades al cónyuge, el darse espacio mutuamente y permitir que el marido se comprometa en el embarazo, alivia las tensiones, crea confianza y permite un apoyo recíproco; a la vez que permite alcanzar una mayor identificación de pareja y así la relación puede adquirir una nueva dimensión (Elsner, Montero, Reyes y Zegers, 2000).

4.2 Relación con la madre.

Desde su embarazo, la nueva madre empieza a revalorizar a su propia madre, ya sea consciente o inconscientemente. Se establecen relaciones sólidas para este momento de cambio crucial posterior al parto y con frecuencia surgen nuevos modelos sobre la propia madre que permiten comprender el rol materno, de esposa, de mujer y de abuela del nuevo bebé. Las representaciones de la mujer sobre su propia madre durante su infancia

influyen mucho en el tipo de maternidad que ejercerá. Se han realizado varias investigaciones en este sentido, (Broussarda y Cassidyb, 2010; Dicksteina, Seifera, y Albusb 2009; Wachtel 2010) las cuales no sólo respaldan la importante influencia del efecto intergeneracional, sino que sugieren que el tipo de representación que la madre tenga durante el embarazo sobre su propia madre, puede ser el mejor indicador de la relación que la nueva madre establecerá con su propio hijo a los 12 meses (segura, ambivalente, evitativa o desorganizada).

No es nuevo el hecho de que las mujeres aprendan a ser madres en gran medida gracias a sus madres. Este aprendizaje se da a través de la imitación, el modelaje, la identificación y la internalización. De esa manera, la mujer puede aprender tanto a partir de un modelo negativo como de un modelo positivo.

La manera en que se da esta representación o se vive a la propia madre, puede ser tanto desde sus experiencias pasadas, así como de la manera en la que se relacionan en la actualidad.

A veces, a través del embarazo, se trata superar un pasado con problemas y evitar repetir las mismas conductas negativas de la madre (Fonagy, Steele M y Steele H, 1991).

Las relaciones sociales son importantes en cada fase del desarrollo del ser humano, en especial cuando se viven momentos de cambio, como lo es el embarazo. Como se ha visto, el embarazo produce cierta inestabilidad emocional, física y social, en especial cuando existe una situación de riesgo y puede aparecer sintomatología depresiva. De tal manera que el contar con fuentes de apoyo satisfactorias puede hacer que este periodo sea menos amenazante. La función de la madre es fundamental en cada etapa de la mujer. La propia madre es el ideal con quien se identifica para vivir la maternidad, es de quien aprende a cuidar, a proteger y a ser una buena madre (Oliviera 1998). La propia madre, a través de sus experiencias, puede darle a la mujer el conocimiento para cuidar al hijo que está por llegar y brindarle el apoyo práctico que necesita, acompañándola al doctor, ayudándole en sus actividades y al cuidado de la casa y del bebé cuando nace (Jelin, 1984).

Pero, por el contrario, la imagen de la madre puede ser negativa y la mujer puede desear a toda costa tratar de ser diferente a su madre lo que provoca que resurjan conflictos no resueltos tanto con la madre, afectando la relación y, por lo tanto, la sensación de bienestar y la experiencia del embarazo. Es así que, vale la pena escuchar desde la voz de las mujeres, como viven estos procesos, de quien recibe más apoyo y cuáles son sus miedos y temores para comprender mejor el embarazo y poder prevenir la sintomatología depresiva en este periodo.

En esta revisión de la teoría podemos ver que el embarazo de alto riesgo es un problema de salud el cual se presenta en un gran porcentaje, y que presenta consecuencias físicas y psicológicas tanto en la madre como en el producto. Sin embargo, se ha dado prioridad a brindar atención a los aspectos físicos, para así reducir las tasas de mortalidad infantil y materna, dejando de lado el aspecto psicológico y emocional que afecta la vivencia del embarazo y vuelve vulnerables a las madres a otros padecimientos. Los pocos estudios sobre embarazo de alto riesgo y trastornos emocionales (Espíndola y colaboradores 2006a, 2006b), no toman en cuenta los niveles de riesgo que pueden matizar la experiencia del embarazo, por esta razón es importante conocer, desde la experiencia de las mujeres, como el nivel de riesgo afecta cada uno de sus esferas.

CAPITULO 5. METODOLOGÍA

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como ya se vio, el embarazo es un periodo intenso y de gran importancia en la vida de la mayoría de las mujeres. Es un periodo lleno de cambios, y de preparación para una de las grandes transformaciones de la vida: el nacimiento, no sólo de un bebé, sino también de la mujer como madre aun no sea su primer embarazo (Stern, 1997). En esta etapa, el estado de ánimo puede ir de la alegría a la tristeza y también aparecen miedos y temores ante esta nueva situación en su vida.

Cuando el embarazo es de alto riesgo, la futura madre debe enfrentarse a una carga emocional y a un ajuste psicológico adicional; vive un proceso incierto donde las diferentes complicaciones que presenta pueden provocar que el embarazo no llegue a término y esto la vuelve más vulnerable a cambios en su estado de ánimo y pueden llegar a provocarle ansiedad y depresión (Adler, 2000, Brandon y colaboradores, 2008). Estos trastornos emocionales pueden tener como consecuencia no buscar atención prenatal en los primeros meses; tener conductas de riesgo, como por ejemplo consumo de tabaco, alcohol y drogas, preeclampsia, partos prematuros, bebés de menor tamaño e incremento significativo de depresión en el posparto (Chaudron , Klein, Remington, Palta, Allen, Essex; 2001, Righetti-Veltema , Conne,Bousquet y Manzano 1998).

En México, las investigaciones acerca del embarazo de alto riesgo se han enfocado solamente en los problemas físicos durante la gestación como preeclampsia, diabetes gestacional, problemas renales, problemas cardiacos, entre otros, dejando de lado el estudio de la vivencia del embarazo de riesgo, los temores de la futura madre, la carga emocional, el ajuste psicológico y los cambios a los que se tiene que enfrentar durante este proceso.

Con base en esta revisión, se plantea las siguientes preguntas de investigación:

¿Cómo es la experiencia del embarazo de alto riesgo en mujeres con sintomatología depresiva que asisten a atención prenatal? y ¿Cómo varía de acuerdo a la gravedad del riesgo?

5.2 OBJETIVOS

- Describir la experiencia psicológica del embarazo de alto riesgo en mujeres con sintomatología depresiva, y cómo esta varía de acuerdo a la gravedad del riesgo del embarazo.

5.2.1 Objetivos particulares.

Describir:

- Cómo viven sus problemas de salud y los cuidados que deben de tener para los mismos durante el embarazo.
- La manera en que enfrentan la noticia de su embarazo, cómo se van adaptando a los cambios y sus expectativas hacia su bebé.
- Cómo el embarazo de alto riesgo afecta sus relaciones interpersonales y cómo éstas influyen en esta etapa

5.3 SUPUESTOS TEÓRICOS

- El embarazo de alto riesgo es vivido con angustia y temor.
- La gravedad del riesgo que se presenta durante el embarazo, puede afectar la manera en la que las mujeres lo viven, cómo se sienten y se relacionan con su entorno, por lo tanto las mujeres en situación de mayor riesgo, al presentar más problemas de salud, se verán más afectadas en su estado emocional y en sus relaciones interpersonales significativas, en contraste con las de menor riesgo.

5.4 ESTUDIO DEL QUE PROVIENE LA MUESTRA.

Esta investigación forma parte de un estudio mayor, "Salud Mental de Mamás y Bebés" llevado a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente bajo, la dirección de la Dra. Lara y cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de una intervención psicoeducativa durante el embarazo, sobre la sintomatología depresiva en el posparto. Comenzó en el año 2004 y concluyó en mayo de 2008. (Lara, Navarro y Navarrete., 2010; Lara, Navarro, Navarrete y Le, 2010).

Tuvo un diseño aleatorio, en el cual se invitó a participar a mujeres embarazadas que recibían atención prenatal en tres instituciones: un hospital de tercer nivel, un hospital de segundo nivel de atención y un centro comunitario de salud que brinda atención durante el embarazo. Las mujeres fueron seleccionadas de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: Contar con 18 años o más, tener hasta 26 semanas de embarazo, saber leer y escribir, no presentar trastorno bipolar o de abuso de sustancias. De igual manera, presentar sintomatología depresiva significativa (≥ 16) en el CES-D (por sus siglas en inglés Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; Radloff, 1977 y utilizada México por: Medina-Mora y colaboradores (1992), Salgado de Snyder y Maldonado (1992), Lara, Mondragón, Rubi (1999) y Lara y colaboradores (2006), o historia previa de depresión.

Quienes cumplieron con dichos criterios y aceptaron participar, firmaron una forma de consentimiento informado (la cual será descrita más adelante) y fueron asignadas al azar a una de dos condiciones: a) intervención (Programa Salud Mental de Mamás y Bebés); y b) control (tratamiento habitual de la institución). Posteriormente se les entrevistó en tres ocasiones: a) antes de la intervención durante el embarazo b) a las 6 semanas posparto y c) a los 4 a 6 meses posparto. La entrevista pretratamiento y la intervención se realizaron dentro de cada institución y las entrevistas de seguimiento en los lugares de elección de las participantes. El grupo de intervención recibió un repaso

después de cada entrevista de seguimiento. El propósito fue recordar a las participantes las herramientas aprendidas a lo largo de la intervención para mantener un estado de ánimo positivo.

El número total de grupos en los que se aplicó la intervención fue de catorce, de los cuales, cinco fueron del Centro de Salud, cinco del hospital de segundo nivel y cuatro de hospital de tercer nivel de atención. Cada uno de los grupos tenía un promedio de 6 participantes, sin embargo, no todos terminaban la intervención, debido a situaciones personales y a cuestiones de salud. Para considerar que habían concluido la intervención, necesitaban acudir a un mínimo de cuatro sesiones. Cada una de las sesiones de los catorce grupos fue videograbada por personal del estudio y con la autorización de las participantes.

5.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación de enfoque cualitativo que tiene como objetivo describir la experiencia del embarazo de riesgo y conocer cómo varía de acuerdo a la gravedad del riesgo. Una manera de explorar la experiencia es a través del discurso de las mujeres, en el que puede observarse la subjetividad de su sentir y su pensar. La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. De esta forma, la indagación cualitativa va más allá de los números, se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce una descripción detallada de los procesos, otorgando el papel principal a la voz de los informantes. De acuerdo con Mayan (2001) este tipo de indagación, es particularmente útil cuando se describe un fenómeno acerca del cual se pretenden capturar significados y describir procesos. Por esta razón, se decidió utilizar la metodología cualitativa para analizar el discurso de las mujeres, para tener acceso a los significados que las mujeres otorgan al proceso que viven.

5.6 SELECCIÓN DE LAS PARTICIPANTES

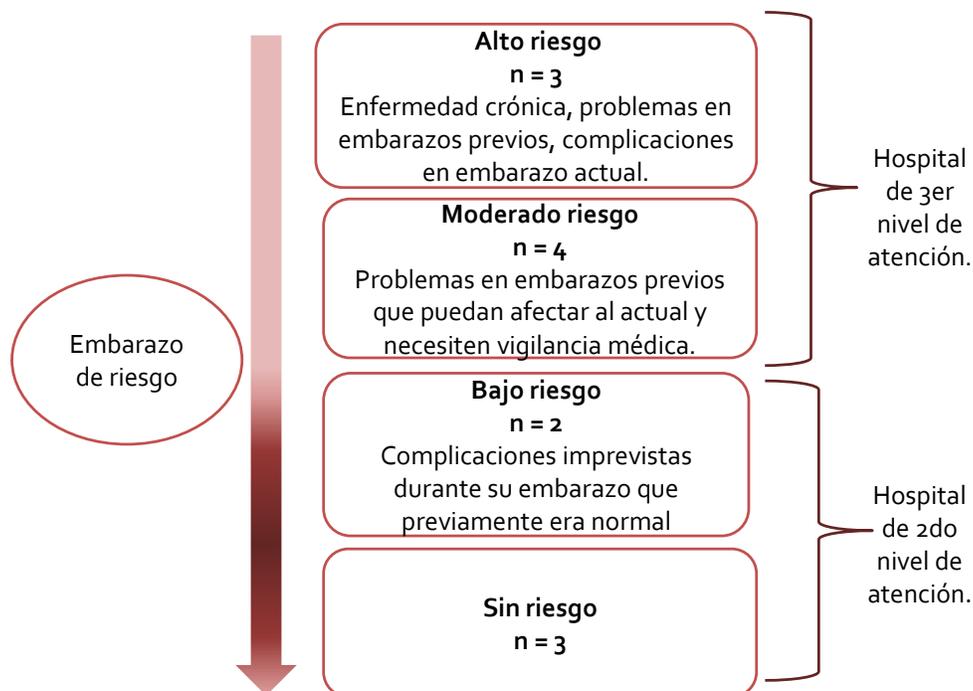
En el enfoque cualitativo, la adecuada selección de las participantes, es de suma importancia, ya que permite comprender de mejor manera el fenómeno de estudio. Para esto, se deben de seleccionar de manera intencional los sujetos, para que con la información que nos proporcionen, se puedan observar los diferentes matices de la experiencia.

Por las características de la población, el grupo de riesgo fue tomado del hospital de tercer nivel mientras que el de embarazo sin riesgo fue seleccionado del hospital de segundo nivel debido a que sus grupos eran los más concurridos en comparación con los grupos del centro de salud. Para garantizar tener el mayor número de participantes y por lo tanto, de testimonios, se seleccionó de cada institución el grupo más concurrido y en que las asistencias de las participantes fueran más constantes.

De acuerdo a los informes de las participantes sobre su condición de salud, se observó que no todas las participantes tenían los mismos padecimientos, por lo que se decidió establecer cuatro niveles de gravedad para analizar las experiencias de embarazo a través del tipo de riesgo. Los dos primeros están compuestos por mujeres que asistían a un hospital de tercer nivel de atención, donde para recibir atención médica, deben de ser canalizadas de otras instituciones ya que su embarazo era de riesgo. Los dos últimos estaban integrados por mujeres que asistían a un hospital de segundo nivel. En el grupo 1 denominado **alto riesgo** se consideraron a las mujeres que: a) tienen alguna enfermedad crónica (como epilepsia o hipotiroidismo, etc.) b) problemas en embarazos previos (abortos o nacimientos prematuros, dificultad para embarazarse, etc.) y c) complicaciones en su embarazo actual (diabetes gestacional, preeclampsia, amenazas de abortos, etc.). El grupo 2, denominado **riesgo moderado**, está conformado por aquellas mujeres que presentaron problemas durante sus embarazos previos que pueden afectar la gestación actual y debe de estar bajo vigilancia médica. El grupo 3 denominado **bajo riesgo** está formado aquellas mujeres que tenían una complicación imprevista durante su embarazo, que previamente era normal y que no compartían características con aquellas

de los grupos anteriores. Finalmente, el grupo 4 denominado *sin riesgo* está formado por mujeres que no presentan ningún problema físico o complicación que ponga en riesgo su vida y la del bebé (Figura 1).

FIGURA 1. Gravedad en el embarazo de alto riesgo



5.7 CONTENIDO DE LAS VIEDOGRABACIONES

Dentro de la investigación cualitativa existen varias formas para obtener el testimonio de los sujetos, las más utilizadas son la observación y la entrevista (Ruiz, 1999); sin embargo, estas no son las únicas formas de llegar a la subjetividad, ya que la manera de acercarse a las personas y a su manera de pensar y sentir puede ir desde la expresión artística (fotografías, canciones, pinturas, etc.) hasta la expresión social (grupos de discusión, entrevistas grupales, etc.) Según Webb, Campbell y Schwartz (1981) es

importante “ampliar la presente gama estrecha de metodologías utilizadas y alentar la explotación creativa que aproveche las oportunidades únicas de medición”

Como ya se dijo, los datos con lo que se cuenta para este estudio provienen de las grabaciones de una intervención psicoeducativa grupal, la cual tenía como objetivo probar la eficacia en la prevención de depresión posparto. Durante las sesiones, las participantes hablaron de diversos temas relacionados con el embarazo, así como de sus emociones y de su sentir, por lo que esta información tiene testimonios sobre su vivencia del embarazo, lo que permite acercarnos al cumplimiento de los objetivos de este estudio.

La intervención psicoeducativa para prevenir la depresión posparto (DPP) fue desarrollada por Lara y García (2009), y se basa en la comprensión del embarazo normal y el periodo después del nacimiento desde la perspectiva psicodinámica (Stern, 1997; Nicolson, 1999) y de los factores de riesgo de DPP (Chaudron y colaboradores, 2001; Gotlib, Whiffen, Wallace y Mount, 1991; O'Hara y colaboradores 1986; Righetti, y colaboradores, 1998). Su objetivo es reducir los síntomas de depresión a través de estimular el pensamiento positivo, ampliar el repertorio conductual, mejorar la autoestima, promover el cuidado de sí mismas y ampliar el apoyo social, así como trabajar los sentimientos de duelo asociadas a pérdidas pasadas (adaptado de Lara, Luna, Weckmann, Villareal, Pego; 1997; Muñoz, Ghosh-Ippen, Le, Lieberman, Diaz, La Planre, 2001)

La intervención fue impartida por psicólogas capacitadas. Tiene una duración de ocho sesiones de dos horas una vez por semana. Las participantes cuentan con un material escrito con la información y los ejercicios prácticos. Las facilitadoras cuentan con un manual para conducir el grupo que describe detalladamente todas las actividades que tienen que realizar. Estas actividades se mencionan en la Tabla 2. Las instituciones proporcionaron un espacio adecuado realizar las sesiones.

Los contenidos de la intervención fueron los detonantes para que las mujeres hablaran de sus emociones durante el embarazo y sus experiencias previas que afectan su

vivencia actual. Aunque no se contó con una guía de preguntas, durante las 8 sesiones cada una de las participantes fueron aportando información que nos permitió acercarnos a su experiencia.

TABLA 2. CONTENIDOS DE LA INTERVENCIÓN.

SESIÓN	TEMAS QUE SE ABORDAN.
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo me siento embarazada. • Cómo debo de cuidar de mi misma.
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios y depresión durante el embarazo y el posparto. • Toda nueva madre necesita apoyo.
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> • La Maternidad como momento de transformación. • Factores de riesgo de la depresión en el embarazo y posparto.
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones difíciles de la infancia que pueden limitar las habilidades de la nueva mamá.
Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> • Relación madre-hija. • Mitos sobre la maternidad.
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdidas y revalorización de su persona. • Cómo elaborar una red de apoyo social
Sesión 7	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo influye la relación con la pareja en la futura madre. • Mensajes para el nuevo papá.
Sesión 8	<ul style="list-style-type: none"> • La relación con el bebé. • Cuidados en el posparto.

Durante las dos horas que duraba cada sesión, la facilitadora leía partes del material de estudio y, a través de ejemplos proporcionados por las propias mujeres, explicaba las herramientas que iban adquiriendo con el paso de las sesiones. De la misma manera, las participantes hablaban sobre los contenidos expuestos y sobre los eventos y situaciones de su vida cotidiana que les producían malestar. El clima de trabajo que se generaba en cada grupo era de compañerismo y respeto, así como de libertad. Como ya se ha mencionado, estas sesiones fueron videograbadas con el permiso de las participantes.

5.8 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

Después de seleccionar los grupos, se llevó a cabo la transcripción de manera íntegra de cada una de las sesiones, indicando quiénes asistieron a esa sesión y la temática que se abordó. Estas transcripciones fueron realizadas por la tesista y por un miembro del grupo de investigación que realizó entrevistas y ayudó en la logística de las sesiones grupales. El estar familiarizadas con la intervención, con las participantes y con los contenidos de las sesiones facilitó la realización de la transcripción, además de que con esto se garantizó la fidelidad de los testimonios.

Para corroborar la exactitud del material, se revisaron en dos ocasiones cada una de las transcripciones observando la videograbación.

Después, se realizó la revisión de las entrevistas de cada una de las mujeres, para hacer una tabla (que se encuentra en la sección de resultados) donde se reportan algunas características sociodemográficas importantes para entender su contexto.

También se realizó una inmersión en los datos, es decir que se leyó y releyó cada transcripción para familiarizarse con el contexto. Esto ayudó a identificar las categorías.

Los textos se analizaron con base en la técnica de categorización de significados de Kvale (1996), que implica que las transcripciones de las sesiones se codifiquen en categorías mutuamente excluyentes. Esta técnica ofrece la posibilidad de que textos

largos se organicen y clasifiquen lo que facilita comparar, encontrar diferencias y similitudes entre la información proporcionada por las participantes.

Cuando se lleva a cabo la categorización, la identificación y clasificación de los datos debe de realizarse con mucha atención y cuidado. Se examinan las unidades de datos para identificar en ellas determinados componentes temáticos que nos permitan clasificarlas en una categoría de contenido. La categorización es una importante herramienta en el análisis de datos porque hace clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico. Una categoría soporta un significado o tipos de significados, es útil para organizar conceptualmente y presentar la información. En este procedimiento, el interés se centra en el contenido, significado e interpretación de las categorías, más que por la frecuencia de los códigos asignados como en ciertos tipos de análisis de contenido tradicionalmente asociados a técnicas cuantitativas

En este estudio, el proceso de categorización se realizó en tres etapas; en la primera se clasificó la información basándose en el enfoque multimodal de Lazarus, en el que se describe la experiencia a través de 7 componentes, que son: el biológico, afectivo, sensorial, imaginación, cognición, conducta y relaciones sociales (1984). En la transcripción se subrayaron estos componentes con distintos colores. Tras esta primera lectura se encontró que existían otros grandes temas que eran más importantes como la salud, la maternidad y el embarazo y las relaciones interpersonales. Estos temas fueron emergiendo desde el discurso de las mujeres reflejando las experiencias de cada una de ellas. En la segunda etapa, se dividió la información por participantes y se identificó en cada una de ellas las partes del texto que correspondían a las categorías. Después se juntó la información por categorías de análisis, lo cual permitió detectar de forma más práctica los puntos de coincidencia y los de divergencia en los testimonios de las participantes. La tercera etapa consistió en establecer las subcategorías.

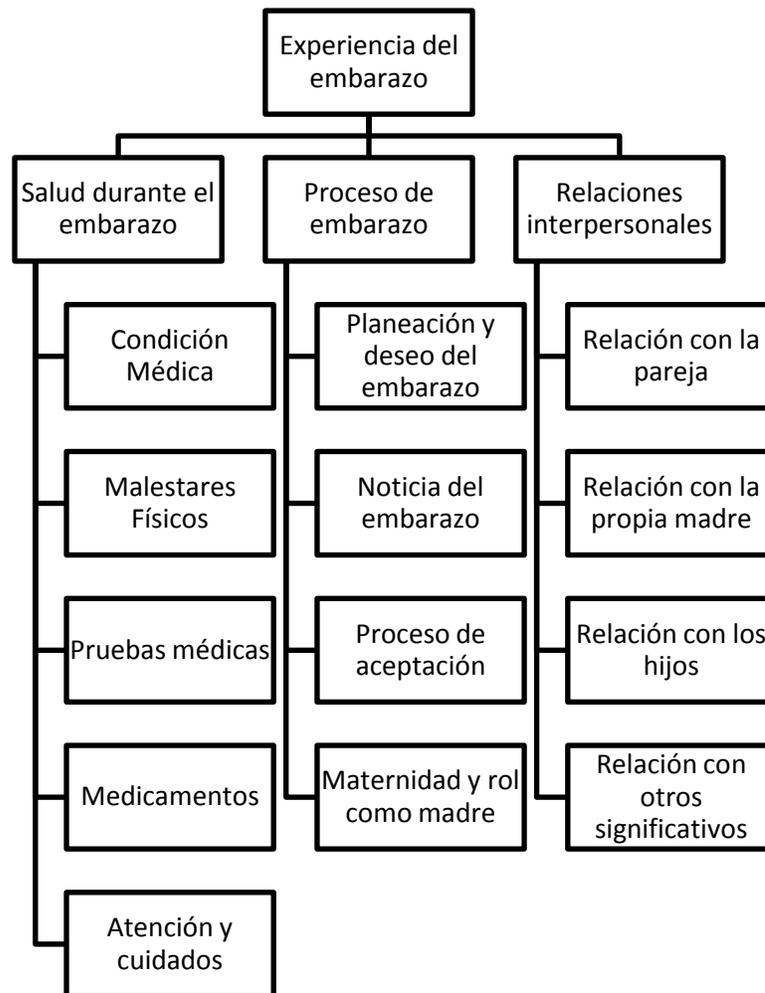
Posteriormente, las categorías generadas se estudiaron en conjunto con todo el texto.

De esta manera, las tres categorías que emergieron del análisis fueron: ***Salud de la mujer en el embarazo, Proceso del embarazo y Relaciones interpersonales.*** (Figura 2).

La categoría salud durante el embarazo se refiere a los problemas físicos y enfermedades que presentan las mujeres antes y durante el embarazo y que ponen en riesgo el desarrollo del mismo, así como la atención brindada por su institución de salud y las emociones que les genera su condición médica. El análisis de esta categoría mostró que había cinco subcategorías que son: condición médica, en donde hablan de su estado de salud, antes y después del embarazo; malestares físicos, donde expresan la serie de síntomas y problemas de salud que las aquejan en este proceso; pruebas médicas a las que se someten para tener bajo control el desarrollo de su bebé y su estado de salud; medicamentos que deben de consumir o que llevaban años consumiendo y que puede afectar el desarrollo del producto; y **atención y cuidados médicos** que siguen para lograr llevar su embarazo a buen término.

Por su parte, la categoría **proceso de embarazo** se agrupó la manera como las mujeres enfrentan su maternidad, desde el momento en que reciben la noticia del embarazo, y cómo la planeación de éste, puede afectar el cómo viven la llegada del bebé, así como aquellos aspectos todo lo que pueden depositar en la figura del futuro hijo. En esta categoría emergen cinco subcategorías que son: **planeación y deseo del embarazo**, donde se expresa si estaba entre los planes familiares y personales de la mujer tener un hijo en ese momento; **noticia del embarazo**, donde la mujer habla de cómo recibió la noticia tanto ella como sus familiares más cercanos; **proceso de aceptación**, donde se observa cómo viven emocionalmente la inminente llegada del bebé; y **maternidad y rol como madre**, donde expresan que significa para ellas el rol de madre y como lo viven en el día a día.

Figura2. Categorías de la experiencia del embarazo de riesgo.



La tercera categoría **relaciones interpersonales** incluye de cómo eran las relaciones más importantes de la mujer antes de este embarazo, si estaban afectadas sus relaciones por problemas de salud previos y cómo se responden durante el embarazo actual y ante las demandas que implica la condición de la mujer. Las cuatro subcategorías emergieron fueron: relación con el padre del bebé, relación con la madre de la gestante, relación con los hijos y relación con otros significativos.

Es importante recalcar que estas categorías se analizaron desde la gravedad de riesgo, por lo que cada categoría se reportó para cada grupo de embarazo de riesgo que se estableció para este trabajo, para así poder ver las diferencias entre cada una de las condiciones.

5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

En esta investigación se tomaron en cuenta las recomendaciones éticas para llevar a cabo la recolección de datos. Según las Pautas Éticas Internacionales (CIOMS, 2002) toda investigación en seres humanos debe realizarse de acuerdo a los tres principios éticos básicos que son: **respeto por las personas, beneficencia y justicia**. Estos principios, guían al investigador en la realización de estudios responsables en los que el sujeto no sufra ningún daño a lo largo del mismo y se le trate con respeto.

El **respeto** implica dos consideraciones éticas fundamentales: **Respeto por la autonomía**, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; **y protección de las personas con autonomía disminuida** o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables (CIOMS, 2002) Este estudio le dio libertad a cada una de las participantes de elegir si participaban o no y se respetó su decisión, evitando coaccionarlas de alguna manera.

La **beneficencia** se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas (CIOMS, 2002)

La **justicia** se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. La justicia requiere que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación (CIOMS, 2002) En ese sentido, los sujetos que se utilizan para este

estudio, son considerados como población vulnerable, por lo que fue necesario informarlas adecuadamente de los riesgos y beneficios para ellas, sus embarazos y el feto.

Para la (CIOMS, 2002) la investigación psicosocial en mujeres embarazadas solo debe realizarse cuando sea relevante para las necesidades particulares o generales de salud de estas mujeres de sus fetos. En este estudio se busca conocer la experiencia del embarazo en mujeres que presentan alto riesgo y sintomatología depresiva. El adentrarnos en la manera en la que viven este proceso, nos dará herramientas para prevenir el malestar emocional que afecta a la madre, al hijo y a su entorno durante el puerperio. Así mismo, la investigación no implica procedimientos invasivos, que pongan en riesgo la salud física del bebé o de la madre. Las grabaciones en las que se basa el análisis cualitativo, son de las sesiones de una intervención, por lo que cuando se abordan temas que pueden afectar su estado emocional, existe una facilitadora que les brinda contención. Sin embargo, aun cuando la evidencia sobre los riesgos sea mínima, la decisión acerca de la participación del estudio debiera ser tomada por la mujer como parte del proceso de consentimiento informado.

El estudio de donde proviene la información cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (aprobado el día 10 de agosto del 2004), así como la aprobación de las instituciones donde se realizó la investigación. En este Comité de Ética se determinó que el de riesgo del proyecto para las participantes fue mínimo, se evaluó que el consentimiento informado incluyera la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda relacionada con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento del estudio, así como la oportunidad de ser referida a atención especializada en caso de ser necesario (Ver Anexo 1). Este consentimiento se obtuvo durante las entrevistas iniciales, y si estaban de acuerdo con participar, las investigadoras se comprometían a tratar los datos con confidencialidad y se les pidió su autorización para videogravar cada una de las sesiones del curso. Para

garantizar el acuerdo de confidencialidad, al momento de realizar la transcripción se cambiaron los nombres por seudónimos, para que sus relatos no pudieran ser identificados.

CAPITULO 6

RESULTADOS.

En este capítulo se presentan las características de las mujeres del estudio y los resultados del análisis de las tres categorías y sus respectivas sub-categorías en las que se organizó la información, proveniente de la grabación de las sesiones que fué la fuente de información. La información se analizó para cada uno de los cuatro niveles de riesgo de embarazo que se consideran para este estudio (alto, moderado, bajo y sin riesgo).

6.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES

Para conocer y entender el contexto del discurso de lo que expresan las mujeres a lo largo de las sesiones es necesario hablar de quiénes son, por lo que a continuación se describen algunas características de las 12 integrantes de esta investigación. El grupo de **alto riesgo** está conformado por tres mujeres que son *Gabriela, Lucía y Cecilia*. Ellas presentan problemas previos de salud y complicaciones durante el embarazo, mismas que ponen en peligro su salud y la de sus bebés. Por toda su problemática, reciben atención en un hospital de tercer nivel. Estos datos pueden observarse en la tabla 3.

Gabriela tiene 39 años de edad, estudió hasta la secundaria y se dedica al hogar. Está casada, sin embargo, lleva tres años separada de su esposo, aunque mantienen contacto constante. Tiene dos hijas, una es adoptada y la otra es natural. Durante 10 años estuvo en tratamiento de fertilidad ya que a pesar de varios intentos durante 18 años, no logró embarazarse. Por este motivo, su esposo y ella decidieron adoptar una hija y a los pocos meses, quedó embarazada. Padece epilepsia desde los 15 años, controlada con ácido valproico. Este es su tercer embarazo; en el primero sufrió la muerte de su hijo al mes de nacer, ya que por ser prematuro (nació a las 28 semanas) presentó problemas cardíacos. En su segundo embarazo, aunque existía riesgo, su hija nació sin problema alguno. En el embarazo actual presenta sobrepeso y diabetes gestacional además de problemas en vías urinarias y aumento de la presión arterial.

Lucia tiene 29 años, es diseñadora gráfica y en ese momento se dedicaba exclusivamente al hogar. Desde hace siete años vive en unión libre y en los últimos meses tuvo problemas con su pareja debido a la situación económica y a diferencias personales. Hace tres años fue diagnosticada con hipotiroidismo, por lo que depende de medicamentos para regular su función tiroidea. Este es su cuarto embarazo, en el primero nació Juan, su hijo de 6 años, el cual no presentó complicación alguna al momento de nacer. Tiempo después tuvo dos abortos, que los médicos asociaron a su hipotiroidismo. En el embarazo actual, existían altas probabilidades de que el bebé presentara síndrome de Down; además se le diagnosticó diabetes gestacional.

Cecilia tiene 25 años de edad, estudió enfermería y prestaba sus servicios en varios hospitales, además de apoyar a sus padres en una papelería durante verano. Tiempo atrás tuvo una relación estable, de la que nacieron dos hijos, pero se separaron debido a que su pareja la golpeaba. Recientemente se hizo novia de Leo, de quien quedó embarazada, pero cuando se enteró del embarazo, él cortó toda comunicación con Cecilia. Este es su quinto embarazo, en los primeros dos, los hijos nacieron bien, en los dos siguientes, sufrió abortos durante el primer trimestre de gestación. En el embarazo actual, presentó dos amenazas de aborto, por lo que han tenido que internarla para que su bebé continúe con vida. También se le medicó en varias ocasiones para controlar las contracciones y sangrados y para adelantar el desarrollo del bebé, para que, en caso de que naciera antes de tiempo, tuviera más posibilidades de sobrevivir.

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES.

Mujer	Edad	Escolaridad	Ocupación	Estado civil cuando se embarazó	Situación de pareja	Hijos	Tipo de riesgo
Alto Riesgo							
Gabriela	39	Secundaria	Hogar	Casada	Separación previa al embarazo	Uno de pareja actual y uno adoptado	Edad, epilepsia, muerte prematura de hijo, diabetes gestacional
Lucia	29	Licenciatura	Hogar	Unión libre	Estable Separación tras el anuncio del embarazo	Uno de pareja actual	Hipotiroidismo, diabetes gestacional
Cecilia	25	Carrera Técnica	Empleada	Soltera		Dos de pareja anterior	Aborto previo, amenazas de aborto
Riesgo moderado							
Alma	30	Secundaria	Hogar	Unión libre	Separación durante el embarazo	Uno de pareja anterior	Tres abortos previos
Renata	22	Secundaria	Hogar	Unión Libre	Separación durante el embarazo	Uno de pareja actual	Problemas vasculares
Carmen	25	Primaria	Hogar	Casada	Separación durante el embarazo	Sin hijos	Dos abortos previos con hidrocefalia
Aidé	33	Secundaria	Autoempleado	Casada	Estable	Dos de pareja anterior	Tres abortos previos
Bajo Riesgo							
Leonor	31	Preparatoria	Empleada	Casada	Estable	Sin hijos	Diabetes gestacional
Priscila	34	Preparatoria	Hogar	Casada	Estable	Dos de pareja actual	Diabetes gestacional
Sin riesgo							
Carolina	31	Licenciatura	Hogar	Unión libre	Estable	Sin hijos	Sin riesgo
Flor	36	Preparatoria	Empleada	Casada	Estable	Uno de pareja actual	Sin riesgo
Mónica	24	Preparatoria	Hogar	Casada	Estable	Uno de pareja actual	Sin riesgo

En el grupo de **riesgo moderado** están 4 mujeres: Alma, Carmen, Renata y Aidé, quienes presentan problemas de salud previos al embarazo. Al igual que el grupo anterior, recibe atención médica en un hospital de tercer nivel.

Alma tiene 30 años de edad. Estudió hasta secundaria y se dedica al hogar. Ha tenido tres relaciones estables, en la primera vivió en unión libre, pero se separó pues su pareja la golpeaba, en la segunda, se casó pero al poco tiempo murió su esposo. Actualmente vive en unión libre con Pedro de quien espera un bebé. Se ha embarazado 5 veces, la primera vez nació un hijo sin problemas, el cual actualmente tiene 8 años. Los siguientes tres embarazos no llegaron a término, ya que abortó durante los primeros meses. Los doctores no le dieron ninguna razón por la que estos abortos hubieran ocurrido. Este es su quinto embarazo, el cual está bajo vigilancia médica para evitar una nueva pérdida.

Carmen tiene 25 años. Estudió hasta la primaria y es ama de casa. Ella vivía en Puebla, pero por su salud tuvo que mudarse al D.F. Está casada desde hace cuatro años, aunque tiene problemas, como la infidelidad de su esposo. Este sería su primer hijo, ya que en sus dos intentos anteriores, abortó debido a que ambos productos presentaban hidrocefalia. Por esta razón tiene constantes revisiones.

Renata tiene 22 años. Estudió hasta secundaria y es ama de casa. Vive en unión libre desde hace 3 años. Este es su segundo embarazo, en el primero existieron complicaciones a la hora del parto, debido a una trombofilia (engrosamiento de la sangre) no diagnosticada, por lo que sufrió un accidente vascular cerebral. Estuvo tres meses en terapia intensiva después del parto, sin dejar secuelas en su funcionamiento cognitivo. Durante el embarazo actual, corría el riesgo de que presentara el mismo problema, por lo que le dan un medicamento que le adelgaza la sangre. Este medicamento podría afectar el desarrollo del bebé por lo que estaba bajo constante vigilancia médica y además el parto tendrá que ser por cesárea para evitar que con las contracciones hubiera otro accidente vascular.

Finalmente, *Aidé* tiene 33 años de edad. Estudió secundaria y se dedica a vender zapatos por catálogo, por lo que pasa gran parte de su tiempo en la calle. Se ha casado en

dos ocasiones, la primera a los 19 años, de donde nacieron dos varones. Se divorció porque sufría violencia conyugal y se casó por segunda ocasión varios años después con alguien 3 años menor que ella. Este sería su sexto embarazo, en los primeros dos nacieron sus hijos, los siguientes tres ha abortado por causas desconocidas y este último es vigilado para evitar nuevamente un aborto.

El grupo de **bajo riesgo** está conformado por dos mujeres: Leonor y Priscila quienes presentan diabetes gestacional, que con los cuidados necesarios, puede no afectar al embarazo. Reciben atención médica en el hospital de segundo nivel.

Leonor tiene 31 años, y estudió hasta preparatoria. Trabaja como enfermera y desde hace 3 años está casada con un soldado del ejército. Este es su primer embarazo y, tras unos estudios de rutina, los médicos descubrieron que presentaba diabetes gestacional.

Priscila tiene 34 años de edad. Estudió hasta preparatoria y es ama de casa. Tiene 7 años de casada con un cabo del ejército y tiene dos hijos. En el segundo mes de embarazo, presentó problemas en la vesícula, por lo que tuvieron que quitársela de urgencia, cuidando no dañar al feto. En estudios de rutina le detectaron diabetes gestacional.

Finalmente, el grupo **sin riesgo** está conformado por tres mujeres: Carolina, Flor y Mónica, quienes no presentan ninguna condición que ponga en peligro su salud o la de sus bebés. Reciben cuidados en un hospital de segundo nivel de atención.

Carolina tiene 31 años de edad y estudió contaduría, sin embargo, no ejercía su profesión, ya que es ama de casa. Vive en unión libre con su pareja 10 años mayor que ella, desde hace 3 años. Él le lleva diez años de edad. Este es su primer embarazo y su salud es estable.

Por su parte, *Flor* tiene 36 años, y estudió hasta preparatoria. Para aportar dinero al gasto familiar se dedica a la venta de zapatos por catálogo. Está casada con un soldado del ejército y este es su segundo embarazo. Su primer hijo tiene 3 años. A pesar de que por su edad, podría ser catalogada como de alto riesgo, su institución no lo consideró

necesario, debido a que no le fue diagnosticada alguna alteración que pudiera afectarla a ella o a su bebé.

Mónica tiene 24 años y estudió hasta preparatoria. Se dedica al hogar y está casada desde hace tres años con un cabo del ejército. Tiene una hija pequeña y su salud física es estable.

Cada mujer tiene una historia propia, una experiencia subjetiva acerca del embarazo, que, como se verá a lo largo de la descripción de las categorías, se hace patente en cada uno de sus testimonios.

6.2 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.

Como se mencionó en el método, las categorías de análisis fueron establecidas tras un largo proceso de revisión del material, donde se fue de lo deductivo a lo inductivo y viceversa. Tras varios intentos por darle orden a las narraciones de las mujeres, con el fin de rescatar su experiencia, se conformaron tres categorías que coinciden con lo reportado en el marco teórico y que fueron homogéneas y excluyentes. Las tres categorías resultantes fueron: salud durante el embarazo, proceso de embarazo y relaciones interpersonales. A continuación se hará una descripción de estas categorías y sus respectivas subcategorías, descritas por el tipo de riesgo que presentan durante el embarazo tomando algunos testimonios de las mujeres que ejemplifiquen la vivencia.

6.2.1 Salud de la mujer durante el embarazo

Esta categoría se compone de cinco subcategorías: ***Condición médica, malestares físicos, pruebas médicas, medicamentos y atención y cuidados***. En la tabla 4 se ve un resumen de estas subcategorías por riesgo.

Tabla 4. Salud en el embarazo

<i>Condición médica</i>			
Alto riesgo	Moderado Riesgo	Bajo riesgo	Sin riesgo
Presentan enfermedades previas (diabetes, hipotiroidismo) que les ha dificultado quedar embarazadas en el pasado y problemas de salud durante el embarazo actual (amenazas de aborto, diabetes gestacional) que ponen en riesgo su salud y la de su bebé	Han intentado por varios años quedar embarazadas pero no han podido y sus intentos terminan en aborto. Presentan condiciones médicas por las que no deberían quedar embarazadas.	Es la primera vez que les detectan algún problema durante el embarazo. Su enfermedad (diabetes gestacional) con vigilancia médica y dieta, puede controlarse.	No presentan ningún problema de salud.
<i>Malestares físicos</i>			
Alto riesgo	Moderado Riesgo	Bajo riesgo	Sin riesgo
Presentan varios malestares considerados graves como sangrado vaginal, vértigo y descompensaciones debido a sus problemas de salud	Reportan que si no cumplen con las indicaciones de su médico, presentan dolores de cabeza y debilidad.	Además de náuseas y mareos, reportan dolor de cabeza, punzadas o dolor de cadera.	Presentan los malestares físicos que son considerados propios del embarazo como náuseas y mareos.
<i>Prueba médicas</i>			
Alto riesgo	Moderado Riesgo	Bajo riesgo	Sin riesgo
Les realizan varios estudios, de acuerdo a sus antecedentes médicos para vigilar el desarrollo del bebé y que su salud no empeore. Cada prueba la viven con ansiedad	Les aplican varios estudios para vigilar el desarrollo del bebé, por su historial de abortos espontáneos; al principio viven con mucho temor las pruebas pero conforme avanza el embarazo, les genera mucha tranquilidad el saber la situación del bebé	Su estado de salud requiere hacer varios estudios para saber si tienen controlados sus niveles de azúcar y aunque están conscientes de esto, saben que son más pruebas que las que viven la mayoría de las mujeres, situación que les genera incomodidad.	Desconocen el número de pruebas que se les debe de realizar durante el embarazo, por lo que consideran que su salud está en riesgo cada que el médico las manda a análisis lo que les genera ansiedad.
<i>Medicamentos</i>			
Alto riesgo	Moderado Riesgo	Bajo riesgo	Sin riesgo
Debido a sus enfermedades previas, han tomado varios medicamentos a lo largo de su vida que pueden causar malformaciones al producto, por lo que deben de vigilar el desarrollo del bebé para descartar cualquier	Los contantes abortos espontáneos que han tenido les generan rechazo al uso de medicamentos pues consideran que estos pueden ser el motivo de sus pérdidas.	Tienen una opinión negativa sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y evitan consumirlos cuidando sus niveles de azúcar con cambios en sus hábitos alimenticios	Toman los medicamentos que son recomendados para un mejor desarrollo como el ácido fólico y multivitamínicos, pero les genera malestares físicos, por lo que rechazan su uso y temen por la salud de sus bebés

problema

Cuidados y atención médica

Alto riesgo	Moderado Riesgo	Bajo riesgo	Sin riesgo
Renuncian a sus actividades laborales y físicas debido a sus malestares y a los cuidados que ordena el médico.	Buscan hacer ejercicio como pilates o yoga, siempre y cuando estén muy al pendiente de cualquier cambio en su salud.	Deben de seguir una dieta rigurosa y medir constantemente sus niveles de azúcar.	Acuden a cursos psicoprofilacticos que les brinden información de cómo vivir el parto sin tanto conflicto.

Condición médica

Esta subcategoría incluye cómo se encuentra físicamente y qué antecedentes de su historial médico vulneran su salud y ponen en riesgo tanto a ella como a su bebé.

Las integrantes del grupo de **alto riesgo**, tienen una condición médica mala, padecen varias enfermedades desde hace años, como hipotiroidismo y epilepsia, por lo que deben de tomar medicamentos, que pueden afectar el desarrollo del bebé. Es importante que no dejen de tomar sus medicamentos, ya que alguna descompensación física, por la falta de ellos, puede generarles problemas graves de salud. Las tres integrantes de este grupo presentaron abortos en sus embarazos anteriores, por lo que además de sus malestares físicos, tienen miedo y ansiedad porque pueden volver a abortar. Además de sus problemas de salud previos, durante la gestación presentan enfermedades como diabetes gestacional, hipertensión y amenazas de abortos. A veces su estado de salud se vuelve tan delicado que es necesario hospitalizarlas y ordenarles reposo absoluto donde *“solo pueden moverse lo necesario, deben dejar de trabajar y quedarse en cama”*. A Lucía le informaron que existían altas probabilidades de que su hijo naciera con síndrome de Down, que, por sí mismo, no es una condición que ponga en riesgo la salud de la mujer, pero, bajo condiciones físicas y emocionales desfavorables, puede tener graves consecuencias.

Por su parte, las mujeres del grupo de **riesgo moderado**, no presentan enfermedad alguna durante el embarazo, sin embargo, han tenido problemas de salud o dos o más abortos en el pasado, por lo que tienen que estar en constante revisión médica para ver que el bebé se desarrolle adecuadamente. La valoración de su salud en los primeros

meses es fundamental, ya que se puede detectar alguna malformación física como “hidrocefalia” y buscar intervenir a tiempo para reducir el riesgo. Ellas saben que presentan dificultades para concluir satisfactoriamente su embarazo, por lo que viven con mucha ansiedad y culpa, por lo que procuran hacer lo necesario, como “*acudir a consulta y análisis para que esta vez, todo salga bien*”.

El grupo de **riesgo bajo** presenta diabetes gestacional, sin que haya habido antecedentes familiares ni síntomas anteriores al embarazo y pueden seguir padeciéndola después del parto, si no existen los cuidados adecuados, por lo que se “*cuidan mucho y se portan bien para estar sanas después*”.

El grupo **sin riesgo** no presentó ningún problema de salud, ni antes ni durante del embarazo, tampoco se consideró que algún factor pusiera en riesgo la salud del bebé. Ellas consideran que “*el embarazo no ha sido problemático, tal vez incómodo por los cambios en su cuerpo, pero sin ningún problema de salud*”.

Malestares físicos.

En esta subcategoría se incluyen las manifestaciones de dolor, padecimientos y molestia en alguna parte del cuerpo, así como malestares asociados al embarazo, como náuseas, mareos y vómitos.

Para las mujeres del grupo **riesgo alto**, los malestares físicos que mencionan constantemente son generados por las enfermedades que aparecen durante el embarazo, como la diabetes o la hipertensión. La presencia de esos malestares les genera mucha incomodidad y mucho miedo, ya que deben de estar en reposo total o acudir de emergencia al hospital, como lo hizo Gabriela, cuando su presión arterial subió de manera alarmante y *todo le daba vueltas, y no podía mantenerse en pie*. A pesar de que conocen sus condiciones de salud, los malestares pueden aparecer cuando menos lo esperan haciéndolas sentir muy “*angustiadas, perdidas y con miedo de que algo grave les pase y que nadie pueda ayudarlas*”. Debido a los problemas de salud que presentan como *sangrados o descompensaciones, ataque de vértigo*, entre otros, necesitan del apoyo de

familiares o vecinos para que las lleven al hospital o las ayuden, en caso de necesitar reposo, en las labores del hogar.

"Pues mi vecina está al pendiente de mí, me echa un ojito pues yo no puedo hacer nada, estoy en cama y ni de comer me puedo hacer, pero ahí voy, todo porque el chamaco esté bien"

Las mujeres del grupo de **riesgo moderado**, no reportaron malestares tan severos como los del grupo de alto riesgo; además de las náuseas, vómitos y mareos normales de los primeros meses, sentían molestias cuando no cumplían con las recomendaciones médicas, como *"cuidar su alimentación y salir a caminar o no realizar grandes esfuerzos como cargar cosas"*. También sus malestares aparecían cuando existían dudas respecto a su estado de salud, o cuando *"recordaban fechas o momentos de sus embarazos anteriores que no concluyeron satisfactoriamente"*. La familia suele estar al pendiente, pero como no presentan una enfermedad grave, en ocasiones les dicen *"que están exagerando, que no se consientan y que con buena actitud saldrán adelante"*. Al no ser los malestares tan incapacitantes, y siguiendo al pie de la letra los cuidados y recomendaciones médicas, su salud mejoraba, como cuenta Aidé:

"Pues siguiendo las indicaciones del médico no me siento mal, si no me porto bien, me duele la cabeza y me siento débil"

Por su parte, las mujeres del grupo de **bajo riesgo** presentan pocos malestares físicos. Consideran normal tener náuseas, mareos y vómito al principio del embarazo. Su familia también está al pendiente, pero como no ha existido alguna crisis que requiera hospitalización, sólo *"preguntan de vez en cuando cómo se sienten"*. Su estado de salud en general es bueno, por lo que el diagnóstico de la diabetes gestacional *"las asusta un poco"* y las hace estar muy al pendiente de su cuerpo y monitorear toda sensación fuera de lo normal, como punzadas en la cabeza o en el vientre y dolor de cadera, que pueda significar una complicación de salud, por lo que lo reportan a su médico, el cual las tranquiliza con los resultados de las pruebas médicas.

"Llego en la noche muy cansada y, y me duele la cadera y diario es estar con el espanto, porque digo -Ay ya me duela la cadera- o -ya me están dando"

punzadas- ¿no? Esto nunca lo había sentido y este digo -ay no, no me vaya a pasar nada- o algo, pero si voy al doctor y me dice que todo está bien, todo está bien". (Leonor)

Finalmente, el grupo **sin riesgo** reporta los malestares que se esperan durante el embarazo como son mareos, vómitos y náuseas, que suelen disminuir con el paso del tiempo, aunque aparecen otros, como la hinchazón de pies, cansancio, dificultad para respirar y dormir. Sin embargo estas situaciones las viven como parte del embarazo y ni siquiera las mencionan a sus médicos pues cuando las comparten con amigas o familiares, llegan a la conclusión de que la mayoría de las mujeres viven esta situación y que pocas son "las afortunadas que no sufren ningún problema durante el embarazo", tal como lo menciona en el siguiente testimonio de Mónica:

"Al principio vomitaba todo o por lo menos me daba náuseas y cuando me paraba en las mañanas me mareaba pero eso ya se me quitó, ahora sólo me canso o me cuesta respirar, por el bebé que ocupa espacio, pero mi hermana me dijo que es normal, que a ella también le pasó, así que a seguir en esto del embarazo"

Pruebas médicas

En esta subcategoría agrupa de los métodos diagnósticos a los que se someten las mujeres como análisis de sangre, ultrasonidos, para prevenir complicaciones y vigilar su estado de salud durante el embarazo.

Para las mujeres de **alto riesgo**, las pruebas médicas a las que se someten son diversas y constantes. Dependiendo la enfermedad que presenten, como diabetes gestacional, se les pide estudios de laboratorio (sangre, orina) en cada consulta, para controlar su estado de salud y evitar complicaciones. Cuando existe riesgo de que haya malformación en el bebé, por antecedentes o por los medicamentos que toman las madres, los médicos necesitan monitorear el desarrollo y la salud del bebé. El vivir tantas

pruebas médicas y el tiempo que viven en “*suspense para conocer los resultados*”, les causa mucha ansiedad ya que temen que sus abortos vuelvan a ocurrir. En caso de que los médicos encontraran alguna malformación física en el producto, solicitan más pruebas que ayuden a confirmar el diagnóstico, lo que produce aún más estrés y ansiedad en las mujeres. Veamos el caso de Lucía:

“La prueba que hicieron para decirme que mi niño venía con Síndrome de Down fue el triple marcador sérico de sangre y por el ultrasonido...me dijeron que por una medida de la nuca, que estaba fuera de los parámetros...hay otra prueba, pero que me tengo que hacer para confirmar el diagnóstico, una más certera”

En el grupo de **riesgo moderado**, al igual que en el grupo anterior, los análisis son constantes, en especial, cuando hay antecedentes de alguna enfermedad que puede poner en riesgo la salud de la madre. Durante los primeros meses, en los que saben que el desarrollo del bebé corre más riesgo, “*sufren mucho en los estudios y tienen mucho temor, que otra vez, pierdan al bebé*”, pero con el paso del tiempo, conforme las noticias son positivas y la esperanza de vida del bebé aumenta, “*se alegran y disfrutan las pruebas médicas pues es tener certeza de que el bebé está bien*”. Sin embargo, cuando las pruebas salen positivas, viven con angustia, independientemente el momento del embarazo, ya que esta situación complica el embarazo volviéndolo de mayor riesgo, como cuenta Alma:

“Vine a hacerme la... lectura de la... glucosa y parece que se alteró, entonces salí alta, en 180, entonces me dijeron que me la hiciera otra vez y vine... que si en ese volvía a salir igual, ya estaba con diabetes... pero no, salió bien... pero pues yo toda esa semana me lo pase ¡haa!, en angustia total”

El grupo de **bajo riesgo**, que fue diagnosticado con diabetes gestacional, debía de seguir un régimen especial para mantener sus niveles de azúcar controlados. Debido a

esto tiene que enfrentar continuas pruebas y, como los grupos anteriores, lo vive con angustia, aunque está muy consciente de que las revisiones forman parte de los cuidados que debe de tener. Sin embargo, al recibir atención en un hospital de segundo nivel, en donde la mayoría de las mujeres no presenta ninguna complicación, suele comparar el número de pruebas que se le practica con las de las otras mujeres y esto les genera un poco de incomodidad, como cuenta Leonor:

Bueno yo lo veo en mi caso ¿no? digo "ay todas van a su consulta cada mes y yo cada 15 días y piquetes y laboratorio" y toda la semana he estado así en el Hospital de aquí y en el otro y ya estoy bien cansada ahorita ya digo pero tengo que ir porque me interesa, los piquetes ya me duelen pero... digo ni, ni modo pero es por mi bien, por mí y por mí bebé"

Por último, el grupo **sin riesgo** no ve las pruebas médicas como un recurso preventivo para vigilar su estado de salud y su embarazo, por el contrario, ante el desconocimiento de las normas de salud que establecen que las gestantes deben de recibir atención prenatal al menos cinco veces durante el embarazo y hacer pruebas médicas antes de la consulta, viven con miedo, pues esta situación las hace dudar sobre su estado de salud ya que no comprenden por qué tienen que someterse a ellas con tanta frecuencia. En este sentido es el relato de Carolina:

"Casi cada mes me están sacando sangre, que porque la glucosa y no sé qué y... o sea... me siento como de laboratorio ¿no?...sí me estresa el hecho de que bueno ¿por qué me vas a picar? y otra vez, ¿por qué a los 15 días me vuelves a picar?, ¿por qué...? y yo "bueno es preventivo, es preventivo"... pero sí, sí te angustia cuando dices "bueno ¿y ahora pus que salió?"

Medicamentos.

En esta subcategoría se habla de los fármacos que consumen bajo prescripción médica para atender sus problemas de salud, así como para prevenir malformaciones físicas en el producto.

Dentro del grupo de **alto riesgo** el consumo de medicamentos se ha dado desde hace varios años, para controlar sus enfermedades, como epilepsia e hipotiroidismo. Ellas saben que los medicamentos son muy importantes para su salud y que dejar de tomarlos *“implica sentirse mal varios días y ponerse mal frente a su familia, lo que causa más problemas”*. Sin embargo, los medicamentos como el ácido valproico, pueden causar malformaciones en el feto como columna bífida, por lo que los médicos deben estar muy pendientes del desarrollo a través de constantes ultrasonidos. Las mujeres consideran que aunque no sufran alguna malformación, el uso de los medicamentos afecta al bebé dentro del útero, ya que cuando se les receta algún medicamento distinto, el feto *“está como drogado, está muy lento o dormido, no se mueve”* y eso les causa culpa y tristeza pues *“le están haciendo daño al bebé”*. Además, el embarazo causa varios cambios físicos, lo que provoca que se necesite ajustar la dosis de los medicamentos, como comenta Lucía.

“Me descompensé horriblemente, dicen que por el embarazo y todas las hormonas que andan libres, entonces, tengo que ir con el endocrinólogo, para que me haga un ajuste de pastillas”

En el grupo de **moderado riesgo**, las mujeres procuran usar el menor número de medicamentos posibles, ya que por los abortos que sufrieron, desean que su embarazo se desarrolle en las mejores condiciones y *“sin hacer nada que ponga en peligro al bebé”*. Sin embargo, Renata por su problema de salud necesita tomar valproina para no volver a sufrir un infarto cerebral durante el parto, por lo que está preocupada por los problemas que causará el medicamento en su hijo, ya que los médicos le han informado que *podría nacer deformado de la cara*.

"pues es que está difícil, me tomo el medicamento para estar bien y no volver a estar meses en el hospital, pero también me han dicho que por la medicina el bebé nacería mal, con la cara deformada...pero no puedo dejar de tomarlo, ojalá y salga bien".

El grupo de **bajo riesgo** toma fármacos para controlar sus niveles de azúcar, por su diabetes gestacional. Esto les genera mucho malestar físico, como mareos o debilidad, por lo que no quiere tomarlos ni depender de ellos, además de que les preocupa qué puede ocurrir con el bebé al tomarlos todo el embarazo. Por ello prefiere cambiar de hábitos alimenticios para disminuir sus niveles de azúcar y no dañar al bebé:

"Trato de seguir lo que el médico me dice, que es no comer fruta ni pan. Eso me cuesta mucho, pero es mejor sacrificar la comida que andarme tomando tanta pastilla o inyectándome insulina; me puede hacer daño a mí y a mi bebé, aunque si no baja el azúcar sí debo de tomarla."(Priscila)

Finalmente, el grupo **sin riesgo**, toma complementos alimenticios y vitaminas como ácido fólico, calcio y vitamina D, los cuales les recetan los médicos para que las deficiencias minerales no se vuelvan un factor de riesgo en el embarazo. Sin embargo, este grupo de mujeres comenta que el consumir estos vitamínicos, en especial, el ácido fólico, "las hace sentir muy mal, con más náuseas que las habituales y hasta mareos, situación que no les ocurre si lo dejan de tomar". Debido a esto dejan el tratamiento y después viven con culpa y mucha angustia porque su hijo puede nacer mal, como muestra el siguiente testimonio de Flor:

"Con el ácido fólico me siento muy mal. Dice media pastillita y aun así, me pongo mal. Por eso, he tratado de comer todo lo que contiene ácido fólico y de todas maneras me pongo muy mal y hasta digo, no ¿por qué lo tomé? ¿Por qué lo tomé? Mi niño va a salir mal y me muero de la angustia"

Cuidados y atención médica.

Esta subcategoría incluyen las acciones que deben llevar a cabo las mujeres para conservar su salud y la de su bebé. Entre ellas se encuentra: alimentación, ejercicio y reposo.

Los cuidados que deben tener las mujeres del grupo de **alto riesgo** son diversos, comenzando por los que deben seguir por sus enfermedades previas, así como reposo constante y disminuir el ritmo de sus actividades cotidianas. El renunciar a la vida laboral, a las actividades del hogar y a la vida social, les causa mucha ansiedad y desesperación, debido a que esta pausa las aísla de sus redes de apoyo y las hace sentir *más enfermas de lo que están*:

"Ayer no fui a trabajar porque me mandaron reposo, incluso hablé por teléfono a la empresa y... pues ellos que no entienden, me dijeron que si no me presentaba, me corrían y yo, qué hago sin trabajo, cómo los mantengo a los niños y al que viene, eso me pone mal, me pone peor, me siento peor"(Cecilia)

Las mujeres con **moderado riesgo**, deben de acudir a sus revisiones médicas, hacer cierto tipo de ejercicio que ellas escogen como "*Pilates o yoga para embarazadas*", llevar una alimentación balanceada y estar al pendiente de su estado físico, de algún cambio en la forma de su vientre o en la actividad del bebé. En caso de presentar algún malestar fuera de lo normal, deben acudir a urgencias ya que las pérdidas previas son su mayor riesgo.

"Pues yo siempre estoy al pendiente de mi bebé...veo que se mueva cuando camino, o cuando como, o cuando me acuesto. Hay veces que no lo siento y le tengo que hablar y mover, para ver si está bien, pues con los otros abortos no estuve tan al pendiente de mi bebé" (Carmen).

Para el grupo de **bajo riesgo**, los cuidados y recomendaciones médicas, que deben de seguir al pie de la letra, son la alimentación, acudir frecuentemente a sus citas médicas y tomar medicamentos sólo en caso de que los niveles de azúcar no estén bajo

control, ya que su estado de salud se puede ver afectado aun después del embarazo, como ejemplifica Leticia respecto a su diabetes:

"y es una presión de que tengo que llevar la dieta, porque donde no la lleve, me dijo el doctor que me va a tener que aplicar la insulina, pero no quiero picarme diario, diario, diario el brazo o las piernas y no quiero seguir así el resto de mi vida, con el azúcar alta, entonces ni modo, a cuidarme,"

Por último, al grupo **sin riesgo**, además de los estudios preventivos, se recomienda acudir a los cursos psicoprofilácticos, los cuales les ayudarán a pasar tanto los últimos días de embarazo, como los primeros después del parto, *con "mayor facilidad y con menos temores y dudas"*. El tomar estos cursos, las hace sentir alegres pues cuentan con más herramientas para cuidar mejor al bebé, tal y como cuenta Mónica:

"...el domingo vine al curso de psicoprofilaxis que nos recomendaron aquí y aparte de estimulación temprana para el bebé, todo eso nuevo que me dan, me llena de alegría y felicidad pues sé que seré mejor mamá con todo lo que estoy aprendiendo"

3.2.2 PROCESO DE EMBARAZO

En esta categoría se engloban las siguientes subcategorías: ***Planeación y deseo del embarazo, noticia del embarazo, proceso de aceptación y maternidad***. A continuación se presenta una breve tabla que resume los aspectos más importantes de esta categoría y después se muestra a detalle cada subcategoría.

Tabla 5. Proceso de embarazo

<i>Planeación y deseo del embarazo</i>			
Alto riesgo El embarazo no estaba planeado, sin embargo las mujeres desean ser madres a pesar de sus problemas de salud	Moderado riesgo El embarazo no estaba planeado pero era deseado tanto por la madre como por el padre ante las dificultades que habían tenido para tener un hijo	Bajo riesgo El embarazo no fue planeado pero si era deseado ya que la situación de pareja era la adecuada para tener un hijo.	Sin riesgo El embarazo fue planeado y deseado.
<i>Noticia del embarazo</i>			
Alto riesgo La noticia no es bien recibida por la pareja, ni por la familia, la propia mujer recibe la noticia con ambivalencia pues sabe que no es el momento adecuado para ser madre.	Moderado riesgo La noticia la reciben con un poco de sorpresa y desagrado pues no era un momento adecuado en especial por los problemas económicos que se presentaban, pero a la vez había esperanza de que este embarazo si llegara a buen término	Bajo riesgo La noticia la reciben con sorpresa pero a la vez con mucha alegría pues con la llegada del bebé la familia estaría completa.	Sin riesgo La noticia les lleno de alegría y fue recibida por toda la familia de igual manera.
<i>Proceso de aceptación</i>			
Alto riesgo Al principio hay un rechazo del bebé pues no cuenta con el apoyo de su familia, pero conforme avanza el embarazo y se conoce el sexo del bebé (varón) es aceptado por su entorno familiar.	Moderado riesgo Al principio los padres tenían miedo por temor a perder al bebé nuevamente, esto se notó más en los padres quienes no estaban al pendiente para evitar ilusionarse por el bebé. Cuando se supo el sexo del bebé (varón) los esposos se apegaron más al bebé	Bajo riesgo El embarazo fue aceptado desde el principio, tanto por la pareja como por la familia, y cuando se supo el sexo del bebé (varón) aumento la alegría.	Sin riesgo No hubo problemas al momento de aceptar al bebé, en este grupo el sexo del bebé no era importante, sino que llegara sin problema alguno
<i>Maternidad.</i>			
Alto riesgo Consideran que la maternidad es una gran responsabilidad que implica sacrificio para que la salud del bebé se mantenga estable.	Moderado riesgo Consideran que la maternidad es la oportunidad de brindar a los hijos todo el amor y cuidados y saben que dejaran de hacer actividades laborales y recreativas, buscando siempre el bienestar de sus hijos.	Bajo riesgo Consideran que la maternidad es un gran sacrificio y además de ser una gran responsabilidad pues deben de brindar a los hijos los cuidados y las atenciones, así como tratar de evitarles sufrimiento a lo largo de la vida.	Sin riesgo La maternidad es una gran responsabilidad y un cambio de vida para evitar que el bebé corra riesgo.

Planeación y deseo del embarazo.

En esta subcategoría se toma en cuenta si la pareja tenía entre sus planes que ella se embarazara en ese momento, así como si ellas deseaban ser madres.

Ninguna de las tres mujeres del grupo de **alto riesgo** tenía planeado embarazarse en ese momento ya que sus relaciones de pareja eran problemáticas y no estaban en condiciones para recibir a un nuevo bebé: Gabriela estaba separada, Cecilia tenía una relación poco estable y Lucía, quien aunque vivía con su pareja, se encontraban distanciados. Además, por sus problemas de salud crónicos como epilepsia, hipertiroidismo y abortos previos, consideran que para embarazarse necesitaban “*un periodo de preparación*” en el que el médico las evaluara y determinara si su estado físico era óptimo. Consideran que antes de tomar la decisión debían evaluar los probables efectos de las medicinas que estaban tomando y establecer los riesgos de quedar embarazadas y establecer los cuidados necesarios para que el embarazo llegara a término sin problemas. A pesar de tener muy claro los elementos que tenían que tomar en cuenta antes de decir embarazarse, no utilizaron ningún método anticonceptivo para evitarlo, como podemos leer en el relato de Gabriela:

"[El embarazo] no fue planeado. Mi doctor me dijo que me tenía que cuidar, por mi sobrepeso, peso 15 kilos de más, y por lo de la epilepsia y las medicinas, pero... solo fue una noche, cuando [él] vino a ver a las niñas, yo no quería, pero pasó, pero no fue planeado, ni por él ni por mí, sólo pasó y como no me cuidó...pues pasó"

Aunque el embarazo no fue planeado en ninguno de los casos, sí deseaban volver a estar embarazadas, a pesar de ya tenían hijos e historias de abortos. Es importante mencionar que los esposos también deseaban tener más hijos, en especial “*si eran varones que pudieran conservar el apellido y ser compañeros de juegos*”. Por esta razón ellas deseaban tener nuevamente hijos, tanto para complacer a su pareja como para poder demostrar que “*podían tener un hijo sano y sin problemas*”.

Por su parte, las de **moderado riesgo**, tampoco planearon su embarazo. Al igual que las mujeres del grupo anterior, tenían problemas con la pareja causados por la dificultad de

tener hijos y por los diversos abortos que sufrieron en embarazos anteriores. Otro aspecto por el cual no querían tener un hijo en ese momento era su situación económica, ya requieren de vigilancia especial de su embarazo, lo que implica ir a consultas constantes y por lo tanto más gastos. En el caso de Renata, quien presentó muchos problemas de salud durante su parto anterior, no planeaba embarazarse, ya que atribuye su accidente vascular cerebral al embarazo anterior. Sin embargo, como las demás compañeras de grupo, no utilizó ningún método anticonceptivo.

"Yo no quería estar embarazada, fue un error, sobre todo por mi enfermedad, me puedo morir por eso, además creo que esto me pasó por embarazarme, ya cambió mi vida, no era una opción hacerlo ahora, pero no me cuidaba...sé que eso no estuvo bien"

Como en el grupo de riesgo anterior, la mayoría de las mujeres, a excepción de Renata, querían tener un hijo, para complacer a su pareja, *"quienes deseaban tener un bebé"*. En el caso de Alma y Ana, ya tenían hijos de parejas anteriores, sin embargo para ellas era muy importante *"tener algo de la pareja"* actual, a pesar de los problemas económicos y de salud.

En el grupo de **bajo riesgo**, el embarazo tampoco estuvo planeado, fue algo "que las tomó por sorpresa" aunque "no tomaban pastillas, ni usaban condón". Su salud no era impedimento para tener bebés ya que no tenían problemas de salud previos. La razón por la que no querían embarazarse era el trabajo de sus esposos, quienes son militares y viajan mucho y son "encuartelados constantemente" por lo que no les ayudan en el cuidado del hogar, como cuenta Leticia:

"Yo ya sabía que pronto me iba a embarazar, era lo lógico, y pues todo iba bien con mi esposo, pero pues él no quería mucho, pues con las salidas no iba a estar en casa, no me iba a cuidar ni a ayudar...entonces queríamos esperarnos más pero...no se pudo".

Respecto a las ganas de ser madres, cada una de las integrantes lo vivió distinto, pues mientras Leticia creía "que era tanto físicamente como mentalmente el mejor momento para ser madre", Priscila consideraba que ella "no tenía las capacidades para ser una

buena madre" ya que es "enojona, violenta y agresiva" con sus hijos, por lo que "no era buena idea traer al mundo a otro bebé a descuidarlo".

Finalmente en el grupo **sin riesgo**, todas planearon su embarazo, consideraban que "era el mejor momento para hacerlo" y que no habría problemas económicos ni personales, por el contrario, la llegada del bebé *"traería a la familia más amor y alegría ya que la familia crecería"*, como vemos en el testimonio de Mónica:

"Pues sí, lo estábamos intentando, entonces nos dejamos de cuidar, queríamos que naciera en junio, pero ya no se nos hizo, pero mi hija ya va a tener un hermano o hermana. Aún no sabemos que es, pero la familia estará perfecta, llena de amor".

No sólo las mujeres deseaban ser madres en ese momento, también la pareja y la familia compartía ese deseo.

Noticia del embarazo

En esta subcategoría se toma en cuenta cómo reaccionó la mujer ante la noticia de que estaba embarazada y qué les produjo esto.

Cuando las mujeres de **alto riesgo** recibieron la noticia, les generó mucho malestar y tristeza y en algunas ocasiones hasta enojo, pues, como se mencionó, el embarazo no estaba entre los planes. Cuando empezaron a *"sospechar de que podrían estar esperando un bebé"* las embargó una *"crisis de ansiedad y angustia"*, ya que, aunque el deseo de ser madres estaba presente, estaban muy conscientes de que el embarazo no llegaba en el mejor momento. Conforme pasó el primer impacto, comenzaron a sentir *"una mezcla de emociones"*, entre *"alegría y preocupación"* ya que deseaban ser madres pero su salud *"no era la mejor"* y eso complicaría su embarazo. Era tanto su malestar emocional que llegaron a pensar hasta en la muerte, como se puede ver en el testimonio de Gabriela:

"No pues cuando me lo dijo el doctor que estaba embarazada, me enojé, pues yo no quería, pues con la separación [de la pareja] y mi salud, lo del medicamento y demás...pues no se podía y yo sola, pues no...y me puse re triste, bien mal..., quería acabar con todo, con el bebé, conmigo, con todo".

Para las mujeres con **riesgo moderado**, la noticia les generó emociones encontradas, ya que aunque deseaban tener un hijo, los problemas económicos y de salud complicaban todo el escenario. Es así que hay “enojo, miedo, tristeza” pero también “alegría, amor y esperanza” por la llegada del nuevo bebé. Aun cuando saben que su vida está en riesgo, y que no cuentan con los recursos necesarios para tener un bebé, deciden continuar el embarazo ya que para la pareja puede ser “una prueba de amor” el tener al bebé, como muestra el relato de Renata:

“Cuando me enteré, no lo creía, otra vez lo mismo, otra vez en cama, otra vez en riesgo de quedarme allí, en el quirófano, ya me dijeron que no lo puedo tener normal si no me puede dar otro infarto cerebral, y qué coraje, porque yo no quiero estar así, pero mi esposo me dijo que es una prueba de amor el tenerlo...entonces pues voy a tenerlo, por él más que nada”

Para las mujeres **de bajo riesgo**, la noticia fue recibida como algo bueno, cuando el embarazo fue deseado, como Leticia, quien se sintió “afortunada por dar vida; muy feliz por ser completamente mujer”. Sin embargo, para Priscila, quien no se siente muy apta en su rol de madre, la noticia fue “como una tragedia” y la recibió, tanto ella como su esposo, con enojo y mucha molestia, pues no entraba en los planes de la familia, como podemos ver a continuación:

“Que no me bajara fue espantoso, imagínese, otra vez embarazada, no, nos enojamos mucho, pues nuestros planes no eran eso, ya hasta habíamos hablado con los niños que no iba a haber hermanito, y salgo con eso, es horrible, no soy buena madre, para qué otro”

Finalmente para el grupo **sin riesgo**, la noticia fue recibida con alegría por cada miembro de la familia, desde el momento en que se sospechaba que las mujeres estaban embarazadas, las familias comenzaron con los preparativos, ya que “eran unos niños muy deseados y esperados”. Las mujeres se sentían “completas” y estaban dispuestas a dejar de lado algunos planes como el trabajo u otras actividades para dedicarse de lleno al cuidado del bebé.

"Y entonces, que llego y les digo a todos que estaba embarazada, yo iba radiante, muy feliz, y mi familia se puso bien contenta y yo también, y me dijeron, ahora el trabajo tendrá que esperar, pero no importa, vale la pena por el bebé. Además mis papás nos van a apoyar" (Carolina)

Proceso de aceptación.

En esta subcategoría se aborda cómo las mujeres poco a poco van aceptando o resistiéndose al embarazo.

Para el grupo de **alto riesgo** el proceso de aceptación su embarazo fue largo y complicado debido a la falta de apoyo de sus parejas y familiares y a los sentimientos de *"impotencia y desesperación"* que las embargaban en esos momentos. Esto las llevaba a pensar en *"la posibilidad de abortar y dejar todo atrás"*, a pesar de lo difícil que les había sido embarazarse a lo largo de su vida. Conforme los problemas de salud aumentaban y provocaban mayor incapacidad, surgían más sentimientos de enojo hacia el bebé pues *"tenían que dejar todo por él, el trabajo, las amistades y quedarse encerradas en casa"*. En el caso de Lucía, el proceso de aceptación fue muy complicado debido a que su hijo se le diagnosticó síndrome de Down, por lo que las expectativas de tener un *"hijo que viniera bien"* no se verían cumplidas, y además sentía vergüenza por tener un bebé en esas condiciones:

"...Ay, bueno, que el bebé puede estar enfermo... siento que va a ser mucho trabajo por eso sé que soy como egoísta, no quiero tener todo ese paquete encima de mí; por otra parte, me da vergüenza tener un hijo así, y lo que dirán los demás de él, los rechazos que vivirá..."

De igual manera, las experiencias de abortos previos, les generaban miedo y preferían *"no creer que esperaban un bebé"* para así evitar decepciones si se presenta un nuevo aborto. Sin embargo, con el paso de los meses, cuando el nacimiento del bebé era inminente, la salud tanto de la madre como del hijo estaban estables y la pareja daba

muestras de querer hacerse responsable del bebé, la futura madre aceptaba poco a poco la situación y comenzaban a "*sentir cariño y emoción*" por su hijo.

Para el grupo de **riesgo moderado**, a pesar de la ambivalencia inicial hacia el embarazo, rápidamente se comenzaron a involucrar emocionalmente con su bebé. A pesar de que tenían una historia de abortos, la esperanza de tener un hijo era más grande, por lo que a pesar de las preocupaciones por su salud, comenzaron sentir alegría, como muestra Carmen:

"Pues yo una vez que me sentí embarazada, pues me alegré, imagínese, otra nueva oportunidad para que naciera un bebé sano, sabía que sería difícil pero ahí estoy"

Sin embargo, eran cuestionadas por su familia respecto a si contaban con las capacidades físicas y emocionales para hacerse cargo de un bebé, ya que "*la naturaleza es sabia y por algo no podían tener un hijo*".

En el caso de Renata, quien por sus condiciones de salud no quería embarazarse, fue un proceso muy complicado, pues temía poner en riesgo su salud, pero también temía perder a su esposo si ella decidía abortar, por lo que a pesar de sus sentimientos, decidió tener al bebé y aceptar la idea, como vemos en el siguiente testimonio:

"Me ha costado mucho trabajo aceptar al bebé, mi salud está en juego...y sí, alguna vez pensé en abortar, pero...mi esposo me dejaría, por eso ya me resigné, volveré a ser mamá pero... no lo hago con mucho gusto, sólo lo hago por él".

En el grupo de **bajo riesgo**, Leonor, quien deseaba estar embarazada, aceptó el embarazo de manera positiva, incluyendo todos los cambios físicos y sociales que vendrían y esperando con ansia la llegada del bebé, por lo que sentía mucha alegría, la cual compensaba "los sacrificios" que tendría que enfrentar para cumplir con todas las demandas de su entorno.

"Estoy feliz, mi bebé ya crece dentro de mí y obvio me genera cambios, no solo en mi cuerpo, también en mi trabajo y en la casa, tendré que partirme en

dos para atender a mi marido y al bebé, pero vale la pena, ya quiero que llegue.”

Sin embargo, *Priscila*, quien sufrió demasiado con la noticia del embarazo debido a que no deseaba otro hijo, vivió el proceso de aceptación con mayor dificultad *“pensando en abortar, acabar con él...culpándose por no cuidarse, por no protegernos [durante las relaciones sexuales]”*, por los problemas económicos y por *“los planes de vida, como la escuela de los niños y poder irnos de vacaciones”* que ya había establecido con su marido. Aun con el paso de los meses, sentía rechazo por el bebé aunque buscaba *“reconciliarse con su hijo”*, ya que era inevitable la llegada del bebé.

Finalmente, para **el grupo sin riesgo**, el proceso de aceptación fue más sencillo, ya que su embarazo fue muy deseado y a que no se sentían solas y no presentaban graves problemas económicos. Como cuenta Flor, el proceso de aceptación fue favorable desde el principio:

“Estoy muy emocionada, mis papás dicen que me ayudarán mucho con mi bebé, al igual que mi esposo, por eso me hace sentir tan segura el tener un hijo”

Como las demás mujeres de los otros grupos, conforme se acercaba el momento de dar a luz, ellas esperaban con más ansia el bebé, y se sentían muy preparadas para ser madres.

Maternidad.

Esta subcategoría incluye las opiniones, percepciones que tienen las mujeres de su rol como madres y la manera en la que viven su maternidad.

Para el grupo de **alto riesgo**, quienes ya han tenido hijos, ven la maternidad como *“una serie de cambios que son necesarios y que deben vivirlos con mucha responsabilidad”*, la consideran como el momento en el que *“crecen emocionalmente y se vuelven completamente mujeres, mujeres adultas, al cuidado de alguien indefenso”*. Hay una

evaluación de la relación previa con la propia madre *"donde se puede entender por qué ella actuaba tan fría y trabajaba tanto"*. También ven la maternidad como *"sacrificio donde harán todo lo necesario para que el bebé tenga una vida digna"* a pesar de los problemas físicos que pudiera llegar a tener.

"Ser madre es un momento vital en la vida de las mujeres, aquí podemos realmente cuidar a otros y entonces volvernos mujeres de verdad. Por eso vale la pena estar en cama y sacrificarme por mi bebé, para que él esté bien y yo cumpla mi función." (Cecilia).

En el grupo de **riesgo moderado**, las mujeres consideran que la maternidad es brindar a los hijos *"todo el amor que necesitan y cuidarlo desde el embarazo"*. Así mismo, consideran que es un proceso de cambios y que deberán de dejar sus actividades como el trabajo y la vida social, para poder cuidar a sus hijos de la manera adecuada y en los tiempos adecuados:

"Yo ya no soy joven, yo ya tenía mi negocio y demás, pero creo que tendremos que apretarnos el cinturón un rato, ya que mi bebé necesita mi tiempo para criarlo bien, pues sus hermanos no me van a ayudar a cuidarlo muy bien, tendré que dejar de vender en lo que él se desarrolla, como me dijo mi madre." (Aidé).

Por su parte, el grupo de **bajo riesgo**, considera que ser madres es proveer de *"atención y cuidados al bebé desde el vientre"*, así como *"estar dispuestas a sacrificarse por su bienestar, cuidando la alimentación, y después, al nacer dar todo por él"*, además de ser una gran responsabilidad pues deben de brindar a los hijos los cuidados y las atenciones, así como tratar de evitarles sufrimiento a lo largo de la vida.

"Los hijos son muy importantes, por eso ser madre es una gran responsabilidad, es darles todo y evitar que el mundo les haga daño, cada vez que lloran, hasta por lo más insignificante, me parte el corazón, sufro, y

quiero evitar que se sientan así, por eso lucho por darles todo, pero también educación.” (Leonor).

Finalmente, las mujeres **sin riesgo**, en especial cuando son primerizas, ven la maternidad como una “responsabilidad y como la *posibilidad de cuidar a otra persona*” y que de ello depende su desarrollo. También comentan que la maternidad implica una serie de cambios en “*la manera en la que se vive*”, se deben de cambiar costumbres y tener más cuidado para que el bebé no corra riesgos, como nos cuenta Flor:

“Con la maternidad sé que debo de ser responsable, más cuidadosa, más responsables. Las salidas de noche ya no son correctas, ahora si a cuidar al tercero, no solo a mí misma, quiero ser una buena madre”.

3.2.3 RELACIONES INTERPERSONALES

Como se ya se mencionó, la tercera categoría, **relaciones interpersonales** incluye las relaciones más importantes de la mujer antes de este embarazo y cómo se dan durante el embarazo actual, ante las demandas que implica la condición de riesgo. Las subcategorías en las que se dividió fueron: **relación con el padre del bebé, relación con la propia madre, relación con los hijos y relación con otros significativos**. A continuación un breve cuadro que describe la categoría y sus subcategorías.

Tabla 6. Relaciones interpersonales

<i>Relación con el padre del bebé</i>			
Alto riesgo	Moderado riesgo	Bajo riesgo	Sin riesgo
La relación de pareja era distante, los esposos reaccionaron con enojo ante la noticia del embarazo y aunque estaban al pendiente de las necesidades económicas, no brindaron apoyo emocional	La relación de pareja estaba dañada por la dificultad para tener hijos y los esposos se mostraron distantes durante el embarazo, por el miedo de volver a vivir esa experiencia.	La relación de pareja era estable y recibieron el embarazo con ambivalencia, pues no deseaban el embarazo en ese momento, pero durante este periodo brindaron apoyo emocional	La relación era estable y deseaban el embarazo al igual que sus esposas, brindaron apoyo emocional y práctico durante este proceso.
<i>Relación con la propia madre</i>			
Alto riesgo	Moderado riesgo	Bajo riesgo	Sin riesgo
Las mamás de las mujeres embarazadas con riesgo tenían problemas con sus hijas desde tiempo atrás y durante el embarazo les apoyaron aunque mostraban su molestia constantemente.	La relación con la madre era compleja y en algunos casos, muy agresiva. Y no brindaron apoyo de ningún tipo ya sea por vivir lejos o por no aceptar el embarazo y la relación de pareja.	La relación con la madre es buena, brindan apoyo y están al pendiente de sus hijas y su estado de salud.	A pesar de que no se encuentran en la misma ciudad, las madres estaban al pendiente de sus hijas y el desarrollo de su embarazo.
<i>Relación con los hijos</i>			
Alto riesgo	Moderado riesgo	Bajo riesgo	Sin riesgo
La relación con los hijos previos es mala, suelen golpearlos y rechazarlos, esto aumentó durante el embarazo	También la relación es mala y distante, hay rechazo y los culpan de sus malestares físicos durante los embarazos.	La relación con los hijos es buena y cercana, están en constante comunicación y los hijos están al pendiente de la salud de sus madres.	La relación con los hijos es muy cercana sin embargo al enterarse del embarazo, los hijos muestran celos y conductas problemáticas.
<i>Relación con otros significativos.</i>			
Alto riesgo	Moderado riesgo	Bajo riesgo	Sin riesgo
Quien brinda apoyo y están al pendiente de los problemas de salud es la familia política (suegra, cuñados).	Quien brinda el apoyo es la familia política	Al estar lejos de la familia por ser esposas de soldados, recurren a las vecinas para obtener cuidados y apoyo emocional	Aunque la familia está alejada, reciben visitas de sus familiares y hermanos.

Debido a que cada mujer tiene una historia muy particular en cuanto a sus relaciones interpersonales se decidió realizar el análisis de esta categoría de una manera

mucho más detallada, describiendo cómo ha sido la relación a lo largo del tiempo y cómo es durante el embarazo.

Relación de pareja

Grupo de alto riesgo.

Gabriela está casada desde hace 18 años. Durante mucho tiempo intentaron tener un bebé sin lograrlo, por lo que decidieron adoptar una niña. Al poco tiempo *Gabriela* quedó embarazada de un niño, sin embargo, por mal control de su epilepsia y por hacer esfuerzos físicos, tuvo un parto prematuro y el bebé murió. Esto ocasiono alejamiento de la pareja ya que lo considero un descuido de ella: *"él no podía perdonar el descuido [cargar cajas y no cuidar tomar su medicamento para la epilepsia] con el embarazo"*. Poco tiempo después, se volvió a embarazar, esta vez de una niña la cual nació sin problema alguno, aunque, ahora sí estuvo bajo estricta vigilancia médica. La relación cada día estaba más desgastada por las discusiones y reclamos por la muerte del primer bebé y por la manera de educar a las hijas. Finalmente, él le confesó que le era infiel y que había tenido dos hijos con otra mujer y que se iría con ella para formar una familia. Pese al dolor llegaron al acuerdo de que él iría a ver a sus hijas cuando quisiera y vería por sus gastos. Durante las visitas hubo encuentros sexuales, los cuales ocurrieron sin protección, de uno de éstos, *Gabriela* quedó nuevamente embarazada. Cuando él se enteró del embarazo, se molestó y se enojó mucho, pues ella *"no se había cuidado ni había evitado que tuvieran relaciones sexuales"*. El continuo yendo a ver a sus hijas y a dejar dinero para los gastos de la casa y del hospital, sin embargo, no estaba pendiente de su salud, *"no preguntaba cómo estaba, ni la acompañaba al hospital, ya que su otra familia lo absorbía mucho"*. Aunque *Gabriela* se esforzaba por involucrarlo en el embarazo, él se negaba ya que *"tenía mucho miedo de volver a ilusionarse con un bebé y perderlo"*. Por esa razón, nunca intentaba acercarse al bebé, por ejemplo, no tocaba el vientre de *Gabriela*. Esto cambió cuando se enteró que el bebé sería varón, ya que su mayor deseo era *"tener un compañero de juegos,*

alguien con quien poder hablar de cosas de hombres”; se volvió más atento y a partir de ahí estuvo más pendiente de ella y de su hijo.

“No me pude aguantar y le dije, es niño, él me miró y se puso a llorar, me abrazó y me dijo que lo iba a cuidar mucho, que ya no sería grosero conmigo, que estaría más pendiente de él y de mí”.

Lucía tiene una pareja desde hace 8 años. Se casaron muy jóvenes debido a que ella quedó embarazada cuando cursaba la universidad y por esa razón tuvo que ponerle pausa a sus estudios. Desde el inicio habían tenido problemas ya que Lucía culpaba a su pareja de “no poder ser una profesionalista exitosa por el embarazo y tener un hijo tan jóvenes”, además, que “nunca ayuda en casa, es un desordenado, nunca apoya”. Jaime dice que no lo hace porque “esa no es la labor de un hombre, él es el proveedor no el que atiende la casa”. A pesar de estos problemas, Lucía lo considera “un buen padre y un hombre muy trabajador”. Después de que nació su primer hijo, volvieron a internar ser padres, ya que Lucía quería tener por lo menos dos hijos, ya que ella fue hija única y no quería que su hijo se quedara solo como ella. Sin embargo, en dos ocasiones se presentaron abortos, al parecer por su hipotiroidismo. Cuando Jaime se enteró del embarazo actual, fue un tanto contradictorio, ya que “mostró su ilusión, ante una nueva oportunidad de tener otro hijo” pero también mostró rechazo con frases y actitudes negativas como: “no ayudar al quehacer, ni al cuidado del otro hijo ya que tendría que trabajar más para pagar los gastos del bebé”. Cuando se enteró que el niño había sido diagnosticado con síndrome de Down, su actitud cambió mucho y se portó comprensivo y dispuesto a hacer lo necesario para dar los cuidados adecuados a su “hijo especial”, como él lo llamaba. De igual forma, cuando se enteró que sería varón, estaba muy contento, pues sería un buen compañero de su otro hijo y serían buenos amigos toda la vida.

“Yo estaba desesperada, no sabía qué hacer, imagínate, otro niño mal, y él me dijo que no había problema que lo cuidaríamos y nos haríamos responsables del bebé, que lo importante es que naciera y que yo estuviera bien, que lo iba a amar mucho”

Por su parte, Cecilia vivió en unión libre durante 2 años con él padre de sus primeros hijos, quien la golpeaba constantemente, por lo que se separaron en muy malos términos. Ella regresó a vivir con su familia nuclear y comenzó a establecer nuevas relaciones de pareja. La más reciente era un noviazgo el cual se veía con futuro, ya que él comenzaba a relacionarse con los hijos de Cecilia y a ejercer un rol paterno. Sin embargo, cuando él se enteró del embarazo, terminó la relación. Esta separación hizo sentir muy mal a Cecilia quien estaba *"desesperada, enojada y muy triste"* y lo buscaba constantemente por teléfono, ya sea para avisarle de su salud y cómo iba el desarrollo de su embarazo, pero él siempre respondía con *"evasivas y con mucha distancia y desinterés"*. Para Cecilia era muy importante contar con su apoyo en las consultas, ya que *"la mayoría de las mujeres iban acompañadas de su pareja y ella estaba sola, siempre sola"*. Cuando presentó amenazas de abortos y tuvo que ser internada, le habló para pedirle ayuda económica, pues *"necesitaba pagar las consultas y se había quedado sin trabajo, por las constantes faltas"*, pero él se negó a ayudarla. Por esa razón, Cecilia decidió que cuando naciera su hijo lo registraría como madre soltera. Sin embargo, ella seguía informándole de su salud y la del bebé, pero él nunca mostró interés. .

"Él siempre me contesta mal, me dice que no le interesa saber nada de mí, que no le vuelva a llamar, y cuando le pido ayuda, dinero o algo así, pues dice que no le alcanza, que está igual de pobre que yo, él no quiere a mi hijo".

En las mujeres del grupo de **moderado riesgo**, las relaciones de pareja tampoco han sido estables. Alma, ha tendido varias relaciones de pareja. El primero, es el padre de su hijo mayor, con quien vivió por dos años en unión libre, pero se separó porque la golpeaba. Tras esa separación, en la que ella perdió la custodia de su hijo, ya que no contaba ni con dinero ni con un lugar fijo donde vivir para cuidarlo adecuadamente, comenzó una relación, con quien terminó casándose. Sin embargo, su pareja enfermó de cáncer y murió dos años después del matrimonio, dejándole como herencia un par de casas. Tiempo después conoció a su pareja actual del cual se encuentra embarazada, y es mayor que ella por 10 años. Él es divorciado y está al cuidado de sus dos hijas adolescentes. Él vive con sus padres y hermanas quienes le ayudan en el cuidado de sus

hijas. Después de 6 meses de noviazgo, decidieron vivir juntos y vender una de las propiedades de Alma para poner un negocio que no funcionó. Llevan 3 años viviendo juntos y han tenido 2 abortos. Para Alma, él es una *"buena pareja, pero se deja manejar mucho por sus hijas y su familia y eso afecta mucho la relación"*. El principal problema por el que pelean es *"el dinero que nunca alcanza para todos"*, especialmente cuando el hijo de Alma (el hijo de quien perdió la custodia) se fue a vivir con ellos. Cuando su pareja recibió la noticia del embarazo se alegró mucho, sin embargo, estaba muy preocupado por las cuestiones económicas que la llegada de este bebé implicarían. Con el paso de los meses, la situación económica se complicó y las peleas se volvieron más frecuentes por lo que decidieron separarse. Para apoyarla de alguna manera, su pareja le permitió vivir en un departamento de su padre, a cambio de una módica renta que Alma no podía pagar, por lo que tuvo que irse a vivir con su hermana. Alma decidió retirarle todos los derechos de paternidad ya que no le había apoyado ni económica ni emocionalmente. A pesar de eso, él trataba de estar al pendiente de Alma, a través de vecinos y de su cuñada, y cuando se enteró que tendría un hijo varón, trató de acercarse con regalos y flores a Alma, pero ella lo rechazó.

Renata está casada desde hace tres años. Ella y su pareja llevaban una buena, sin embargo, en el parto de su primer hijo, quien nació sin problema alguno y actualmente tiene dos años, ella sufrió un accidente vascular cerebral, por lo que estuvo internada en el hospital por algunas semanas. Desde ese momento, decide no volver a embarazarse por lo peligroso que es para su salud, sin embargo, él sí deseaba tener un hijo más. Estas diferencias llevaron a que la relación *"se enfriara por las constantes discusiones y peleas"* sobre tener o no tener otro hijo y que llegaran al acuerdo de que *"seguirían juntos solo por su hija"*. A pesar de este distanciamiento, seguían teniendo relaciones sexuales sin protección, por lo que Renata volvió a quedar embarazada. Cuando él se enteró, *"se puso muy feliz, contento, porque otra vez sería papá"*, pero Renata estaba muy enojada y triste por su embarazo, por lo que *"volvieron a discutir todos los días pues él quería que disfrutara el embarazo y ella no podía sentirse bien"*. La situación se volvió muy agresiva ya que su pareja la golpeó tras una discusión y Renata lo corrió de la casa. Cuando él regresó por sus

cosas, volvieron a discutir y la volvió a golpear, por lo que Renata decidió irse de la casa para evitar más violencia. Por esta razón, ella decidió registrar a su hijo como madre soltera para mantener a su esposo lo más alejado posible.

Aidé estuvo casada durante diez años, de ese matrimonio nacieron sus dos hijos mayores. Después de ser golpeada en repetidas ocasiones, se separaron y se divorciaron, perdió todo contacto con él. Desde hace 4 años vive con su actual pareja, con el que lleva ese tiempo intentando tener un hijo, lo cual no ha podido ser, ya que en cada intento ha sufrido un aborto. Él deseaba que *Aidé* lograra ser madre, ya que para él sería su primer hijo, y como no se daba, la relación se desgastó. Para *Aidé*, él es un esposo *“muy comprensivo y amoroso, que le ayuda a cuidar a sus hijos y es muy trabajador, pero le falta tener un hijo propio”*. Cuando su pareja se enteró que *Aidé* estaba nuevamente embarazada, se puso muy feliz y ofreció hacerse cargo de lo necesario, pero con el paso de los meses se fue alejando, trató de involucrarse lo menos posible con el bebé pues tenía mucho miedo de volver a perder a su hijo. Para *Aidé* era muy duro verlo tan distante y *“poco interesado en ella y en el bebé y siempre de malas”*.

“Él está como muy raro, como que no es igual a los otros embarazos, no me pregunta cómo me siento, ni cómo estoy, ni cómo va el bebé. Yo creí que se le iba a pasar pronto el miedo, pero no, está muy distante, no sé qué hacer con él”.

Después de mucho pensarlo, *Aidé* decidió confrontarlo y preguntarle qué le pasaba, y él le dijo que *“tenía mucho miedo de volverse a ilusionar en vano, que hasta que estuviera todo seguro que el bebé nacería, él estaría contento y feliz, que mientras él necesitaba estar así”*. Cuando se enteró que tendría una niña se puso muy contento, pues era lo que quería para *“poder consentirla mucho y cuidarla”*.

Carmen está casada desde hace 6 años. Aunque han intentado ser padres en dos ocasiones, no han podido, debido a que los productos murieron antes de nacer por hidrocefalia. Ellos vivían en Puebla y estaban construyendo una casa, pero en el proceso, él le fue infiel y se lo confesó a Carmen, quien se molestó mucho, pero decidió perdonarlo, pues está *“enamorada de él, además que le quiere dar un hijo, pues ha sufrido*

mucho en la espera de uno”, sin embargo, él quiere terminar el matrimonio e intentar tener familia con otra persona. A pesar de este distanciamiento, Carmen quedó embarazada y se fueron a vivir juntos a la ciudad de México, para recibir la atención médica adecuada para que este bebé sí lograra nacer bien. Su pareja recibió la noticia del embarazo con alegría, pues él desde hace muchos años quería ser padre, y uno de los motivos de su infidelidad fue tratar de tener un hijo. Sin embargo, tenía miedo de que el producto nuevamente presentara hidrocefalia por lo que no se acercaba mucho a Carmen ni al bebé. Algo importante es que, aunque decidieron mantener la relación, había una serie de resentimientos entre ellos, por la infidelidad y porque Carmen sentía que *“si su bebé no estaba bien y lo perdía nuevamente, su esposo se iría definitivamente de la casa”*. Al avanzar el embarazo sin mayor problema, él se mostró más cariñoso y preocupado por el desarrollo del mismo, en especial cuando se enteró que sería niño *“ya que así se preservaría el apellido”*, ya que él era el único hombre de su familia.

En el grupo de **bajo riesgo** Priscila está casada desde hace 7 años quien es militar y está en constantes comisiones, por lo que no está en casa la mayor parte del tiempo. Tienen dos hijos y habían decidido no tener más por cuestiones económicas, ya que su esposo no ha logrado subir de rango, a pesar de sus esfuerzos. Priscila considera que *“él es muy cariñoso y muy responsable, es un buen marido a pesar de que se la pasa gran parte en comisión”*. Ambos habían acordado ya no tener más hijos, sin embargo, no buscaron un método anticonceptivo para cuidarse, por lo que Priscila quedó embarazada. Su esposo se molestó mucho cuando se enteró, pues estaba fuera de los planes de vida y él tendría que ganar más dinero para sostener a la familia.

“Cuando le dije del bebé, se enojó mucho, pues ya habíamos hasta hablado con los niños de que no habría más bebés. No sé cómo pasó, esto no está bien. Él se fue de comisión y no sabía si regresaría, pues se fue muy enojado con la noticia”.

Para Priscila fue muy complicada la situación ya que *“tenía que luchar con sus propios sentimientos de rechazo y con el enojo de su marido”* quien le reclamaba constantemente el no haberse cuidado. Cuando el nacimiento del bebé se acercó, fue

aceptándolo, comenzó a acariciar el vientre de Priscila y a platicar con su futuro hijo, sin embargo, le decía que ya esperaba que el bebé "se le saliera de la panza, ya que nunca más quería volverla a ver embarazada".

Leonor está casada desde hace 3 años. La relación entre ambos es muy estable. El que Leonor trabaje, le ayuda a entender que su esposo tiene que salir en varias ocasiones a comisión. Ella deseaba ser madre, ya que consideró que *"había vivido lo necesario para serlo, ya había estudiado su carrera, ya trabajaba, ya había viajado y ya tenía un buen esposo"*, pero él no deseaba tanto el embarazo debido a que le gusta que Leonor *"lo trate como bebé y no quiere competir por el cariño con su hijo"*. Leonor no usaba ningún método anticonceptivo y se embarazó, cuando le dio la noticia a su esposo, reaccionó con incredulidad, pues era algo *"que no tenían planeado y aunque no había condón, él creía que no habría embarazo si se salía antes"*, conforme se dio cuenta que era verdad, comenzó a sentir muchos celos ante la llegada del nuevo bebé, ya que ahora *"no sería el niño de la casa, no lo mimarían igual, ya no tendría toda la atención, tendría que compartir todo el cariño, todo"*. A Leonor esta situación le causó mucha extrañeza y un poco de tristeza pues creía que se pondría muy feliz y que desde el principio sería *"un padre muy amoroso y consentidor"*. En los primeros meses de gestación, él dudaba que Leonor estuviera embarazada, ya que *"físicamente no se notaba, no había aumento de peso"* y por eso, la revisaba constantemente y necesitaba ver los estudios que le dijeran que realmente estaba embarazada:

"Mi esposo no cree mi embarazo, dice que - ya tienes cuatro meses y no se te nota la panza, a lo mejor me estás engañando- y yo le digo -es que mira cómo se me siente duro el útero- y medio se queda tranquilo, pero como que no se la cree y cuando estoy dormida me está revisando."

Una vez que su esposo se convenció del embarazo, comenzó a ser más cariñoso, le compraba cosas como carriolas, juguetes de bebé y hablaba con Leonor sobre *"el futuro del bebé y el futuro de la familia con su llegada"*. El sexo del bebé a él no le importaba tanto, solo quería que viniera bien, pero se puso muy contento cuando se enteró que sería niño.

Finalmente el grupo **sin riesgo** está formado por Mónica, Flor y Carolina. **Mónica** está casada desde hace tres años. Debido al trabajo en el ejército de su esposo, deben de cambiar constantemente de domicilio. Tienen una hija de dos años, la cual es su adoración. En diversas ocasiones las vecinas le han dicho a Mónica que su marido le es infiel y, aunque *"ha buscado entre sus papeles y su ropa algún indicio de engaño"*, no ha encontrado nada. Mónica considera que su esposo *"es muy buen padre y muy tierno con su hija"*. Cuando él se enteró de su embarazo, se puso muy contento, pues era un embarazo muy deseado y planeado. Sin embargo, los constantes viajes y guardias que tenía que llevar a cabo, lo tenían muy alejado de su familia y de su bebé, por lo que Mónica se sentía un poco decepcionada por no contar con su apoyo. Cuando se enteró que tendrían un varón, se puso muy feliz, ya que así *"tendrían la parejita"*. Cuando podía, su esposo la acompañaba al doctor y a los cursos de psicoprofilácticos, ya que quería ayudarla a que el parto fuera lo más fácil.

Flor está casada desde hace 7 años, quien por sus actividades dentro del ejército, sale constantemente de comisión y en ocasiones se ausenta por varios días sin avisar. Esto hace sentir a Flor sola y sin apoyo, pero entiende que es por cuestiones de trabajo. Sin embargo, *"no tiene queja ya que es muy amoroso y siempre está al pendiente de todo lo que necesita"*. Cuando él se enteró de su embarazo se puso *"muy feliz y agradecido con la vida, pues volvería a ser padre"*, aunque le preocupaba la cuestión económica y el tiempo que esto implicaría ya que en esos meses *"tendría que viajar más que otras veces"*. Sus padres no estaban de acuerdo con que tuvieran otro hijo en ese momento, ya que en ese momento necesitaban que él los ayudara económicamente y con la llegada del bebé eso sería más complicado. Esta situación hacía sentir a su esposo muy ambivalente respecto al embarazo y acusaba constantemente a Flor de *"gastar mucho dinero en el bebé y en consultas poco necesarias"*. Con el paso del embarazo, él comenzó a acercarse más a Flor y a poner límites entre él y su familia. Él quería tener una hija, así que cuando Flor le comentó que el doctor le dijo que sería niña, se puso muy feliz.

Carolina está casada desde hace 3 años. Él es mayor que ella por 10 años y antes de casarse tuvo una relación estable por más de 10 años de la que no hubo hijos. Aún no

tienen hijos, desean tenerlos en un futuro próximo. Al igual que a Mónica, las vecinas de Carolina le dicen que su esposo le es infiel y ha buscado algún indicio que se lo confirme. Esto ha causado “*ataque de celos y reclamos*” por parte de Carolina, que han dañado la relación. Como ya deseaban ser padres dejaron de usar condón y Carolina quedó embarazada. Cuando su esposo se enteró, se puso muy contento, sin embargo, seguía la sospecha de infidelidad, la cual fue confirmada por unos papeles que Carolina encontró en la oficina de él, en los que decía que aún se ocupaba de los gastos de su antigua novia. Esto provocó una gran pelea en la que Carolina lo corrió de su casa, sin embargo, por la presión de parte de los padres de Carolina, tuvieron que vivir de nuevo juntos, aunque estaban muy distanciados y peleaban todo el tiempo. Él la amenazaba constantemente con quitarle al bebé si no lo aceptaba de nuevo como padre del niño, argumentando que no tenía ni la solvencia emocional ni económica para hacerse cargo del bebé ella sola. Esto afectaba mucho a Carolina, quien trataba de mantenerse lo más alejada posible de su esposo.

“Desde que lo caché [siéndole infiel] es un infierno, yo no lo necesito, pero ahí está y no puedo dejarlo ir por sus amenazas de quitarme al niño, pero yo ya no quiero nada con él, no quiero verlo y siempre me busca y me pide perdón, pero como no lo perdono, me grita y me dice que se va a llevar al niño, es horrible”.

Tras revisar las relaciones de pareja se puede resumir que en el grupo de **alto riesgo**, las relaciones eran problemáticas y había separaciones y desacuerdos, además de molestias previas por el estado de salud y la dificultad para tener hijos, por lo que la noticia del embarazo no fue bien recibida, causando decepción en la mujer, pues no recibe el apoyo que necesita de su pareja. Por su parte el grupo de **riesgo moderado**, como en el grupo anterior, también había relaciones muy conflictivas, donde la infidelidad, problemas económicos y los numerosos abortos, tenían muy desgastadas estas relaciones, sin embargo la noticia del embarazo fue mejor recibida por los futuros padres que el grupo de alto riesgo. En el grupo de **bajo riesgo**, los esposos no querían ser padres en ese momento, sin embargo con el paso del tiempo, lo fueron aceptando y

brindaron apoyo a su esposa. Finalmente, en el **grupo sin riesgo** donde el embarazo fue planeado y deseado tanto por los padres como por la familia recibieron la noticia con alegría y con mucho compromiso para cuidar y hacer todo lo necesario para que los nueve meses de espera no fueran complicados para sus esposas. Esta reacción hizo sentir a las mujeres muy acompañadas y felices por contar con el apoyo de sus esposos. Sin embargo, conforme avanzó el embarazo, comenzaron a surgir problemas en las relaciones de pareja, por el desinterés en las actividades del hogar y los constantes viajes que realizan debido al trabajo.

Relación con la madre

A continuación se hará una breve descripción la relación con la madre que tenía cada una de las mujeres:

En el grupo de **alto riesgo**, las relaciones con la madre han sido muy complicadas y hasta conflictivas, como en el caso de Gabriela, quien se ha sentido abandonada por su madre, ya que cuando niña trabajaba y la dejaba bajo el cuidado de sus abuelos y tíos. Algo que le molestaba mucho era la relación que mantenía con su padre, pues él *“la maltrataba [a la madre] cuando tomaba y no hacía nada al respecto”*. Con el paso del tiempo, Gabriela fue sintiendo mucho rencor hacia su madre, al grado de rechazar sus demostraciones de afecto. En la actualidad discuten mucho, ya que a la madre no le parece la manera en que Gabriela educa a sus hijas, ni la manera en la que lleva su relación de pareja. Cuando se enteró de que estaba embarazada, la madre de Gabriela se molestó mucho, porque consideraba que no era el momento adecuado para volverse a embarazar, pues no tenía una pareja estable que la cuidara y viera por ella y por su salud tan delicada. Además, económicamente no tenía recursos, por lo que sabía que le sería muy difícil cuidar a las otras hijas. En ese sentido la madre le mencionó que *“no le ayudaría ni a cuidar a sus hijas ni a cuidar a su bebé, ya que ella ya estaba vieja y no podía trabajar tanto, además que ella se había metido en ese problema, que ella saliera sola”*.

Lucía pasó gran parte de su vida bajo el cuidado de su abuela ya que su madre tenía que trabajar. Esta situación le dolía mucho, ya que se sentía sola y desubicada. Durante muchos años, vio cómo su madre se embarazaba y abortaba de manera natural, razón

por la que pasaba gran tiempo en el hospital. La barrera emocional que se estableció entre madre e hija se mantiene en la actualidad, a pesar de que la madre *"busca por varios medios acercarse a ella, ya sea cuidando a su hijo o apoyando en los problemas de pareja"*. Cuando la madre de Lucía se enteró del embarazo, no consideraba que *"fuera un buen momento para el embarazo ya que la pareja no era sólida y podría causar el bebé más problemas"*, opinión que aumentó cuando se enteró que el bebé podría nacer con síndrome de Down, por lo que mostró preocupación por él y por cómo lo juzgarían por su incapacidad, además de que su familia podría ser discriminada por no tener un hijo "normal".

"Tengo tantos problemas con mi mamá y ahora sentí que me pone una barrera, ella no acepta al bebé como viene, ése era mi mayor temor... ella me dice —yo espero que eso no sea cierto, voy a rezar a Dios para que no sea cierto— , ya hasta hizo manda, prometió cosas, para que el bebé no esté...con síndrome de Down, pues cree que nos van a hacer el feo por el bebé".

A pesar de esta situación, la mamá de Lucía la acompaña al doctor y está pendiente de que tome sus medicinas y que se alimente adecuadamente para que no tenga problemas de salud después.

Por su parte, Cecilia desde muy pequeña había sufrido algunas actitudes negativas por parte de su madre. Fue una niña no planeada, por lo que su madre siempre la culpaba de *"arruinar su vida"*. Constantemente la golpeaba y le decía que *"prefería la muerte a seguir aguantándola"*. Cecilia no entendía el por qué su madre la trataba de esa manera, pues ella *"la adoraba"*. Con el paso del tiempo, la relación se volvió más hostil, recibiendo críticas constantes hacia su aspecto físico como: *"gorda, chaparra y fea, nadie te va a querer por eso"*, y hacia su manera de ser *"eres muy rebelde y muy grosera, no eres como yo, tú no tienes clase"*. Por esta razón se fue de casa muy joven, sin embargo, cuando su relación de pareja terminó, tuvo que regresar al hogar materno y ayudar en el negocio familiar. Debido a sus constantes relaciones de pareja, la mamá de Cecilia le decía que era una *"cualquiera que coqueteaba a todos, para salirse de su casa"*. Estas palabras la

lastimaban mucho, pues sentía que su mamá *“la trataba muy mal cada vez que salía con alguien”* Cuando la madre de Cecilia se enteró de que estaba embarazada, le dijo que era *“una irresponsable y una tonta por dejarse embarazar de alguien que no se haría responsable”*. Conforme fue presentando problemas de salud y requería de reposo absoluto, la madre de Cecilia no le creía y se enojaba más con ella, ya que ya no podía trabajar y se volvía una carga y un estorbo al que había que cuidar y hacerle sus cosas.

“Ella dice que soy un estorbo, que por mi culpa tienen que gastar mucho dinero, porque solo doy problemas, a veces hasta cree que finjo lo del bebé, para quedarme en casa a dormir, no sabe lo que sufro”

En el grupo de **moderado riesgo**, mostraron un gran distanciamiento con su madre desde pequeñas, por diferentes razones como Alma, quien tuvo que trabajar con su madre desde muy pequeña ya que su padre las abandonó. Junto con sus hermanos, vendían gelatinas desde muy temprano y *“regresaban a casa agotados por tanto caminar”*. Cuando su madre hacía cuentas y no le alcanzaba el dinero para los gastos, se enojaba mucho y golpeaba a sus hijos. Alma entendía que esos golpes se debían a la ignorancia y a la frustración de su madre. Con el paso del tiempo, Alma ha buscado acercarse a su madre de diferentes maneras, por ejemplo, visitarla o comprarle cosas, pero su madre la rechaza. Cuando se embarazó, le dijo que *“no había sido su mejor opción, ya que no tenían dinero ni una casa propia, pero que era su problema no el de ella”*. Cuando Alma se separó de Carlos, fue a pedirle asilo a su madre, ya que no tenía un lugar donde quedarse con su hijo mayor. Su madre le negó su apoyo ya que *“era su problema y ella se tenía que hacer responsable de sus decisiones y ella no la iba mantener, ya había hecho suficiente en su infancia”*.

Renata vivió en un hogar uniparental ya que sus padres se separaron debido al alcoholismo y drogadicción del padre. Por esta razón, la madre tuvo que trabajar todo el día, teniendo poco tiempo para jugar y cuidar a Renata. La relación se volvió más distante cuando ella percibió que su madre *“prefería a su hermana que a ella”*, por lo que se alejó; aunque en la actualidad la madre trata de acercarse, Renata la rechaza. Cuando se enteró del embarazo, la regañó mucho, pues su salud se vería nuevamente afectada por la

enfermedad y eso podría causarle la muerte. Cuando se separaron Renata y su esposo, su madre le ofreció la casa para ella y para su hija, y la acompañaba a las consultas de hospital y estaba muy pendiente de ella. Sin embargo, Renata seguía muy enojada con su madre y rechazaba todos estos cuidados.

"Desde que vivo con ella me cuida mucho, me acompaña al doctor, me hace de comer, me da las medicinas, hasta paga los gastos, pero yo no quiero que me dé nada, pues después me lo va a echar en cara, solo la dejo que me acompañe porque me puede pasar algo, pero de mis ganas no aceptaba nada de ella"

Aidé, como en los casos anteriores, tuvo que vivir al cuidado de otros familiares, ya que por la situación económica su madre tuvo que trabajar. Ella ejercía el rol materno con sus hermanos menores, a quienes cuidaba y buscaba darles apoyo, aunque ella nunca lo recibió de su madre. Aidé consideraba que le hicieron falta las *"pláticas madre e hija"* ya que es muy cerrada en algunos aspectos, como en la sexualidad. Cuando se casó por primera vez, la madre rechazó totalmente a Aidé dejándole de hablar por algunos años. Cuando se divorció, volvieron a establecer contacto, aunque aún había mucho resentimiento entre las dos. Para tratar de superar sus problemas, decidieron vivir en el mismo terreno, pero esto, en lugar de beneficiarlas, les afectó más y les causó problemas. Cuando la mamá de Aidé se enteró del embarazo, le dijo que *"no era una buena idea, ya que ella ya había salido de cuidar a niños pequeños y sus hijos adolescentes requerían de más atención"*. Además, *"tras varios abortos, nada garantizaba que esta vez sí fuera madre"*, por lo que se tendría que cuidar mucho y ella tendría que estar muy pendiente ya que *"su esposo nunca la ayuda y sus hijos solo le dan problemas"*. Aunque sabe que no puede trabajar por el riesgo de su embarazo, la mamá de Aidé le pide que le ayude con los gatos y que les venda zapatos a sus amigas. Esto le molesta mucho a Aidé pues *"no se siente apoyada ni escuchada por su madre"*.

Carmen vivió en una familia nuclear integrada donde su madre estaba en casa y la cuidaba de tiempo completo. Fue una relación armoniosa en la que ambas se veían como amigas. Para Carmen, su madre siempre ha sido una gran fuente de apoyo, en especial en

sus embarazos anteriores en los que perdió a sus bebés debido a la hidrocefalia. De igual manera, cuando se enteró de la infidelidad de Alberto, le ofreció vivir con ella y hacerse cargo de sus gastos, para que se pudiera separar de él. Sin embargo, Carmen deseaba seguir con su esposo, por lo que rechazó el ofrecimiento de su madre. A pesar de los problemas de pareja, Carmen se embarazó y cuando le dijo a su madre, ella se sintió muy confundida, ya que quería ser abuela, pero el embarazo implicaba muchos riesgos, por los abortos previos, además de que Carmen se tendría que ir a la ciudad de México para vigilar mejor su embarazo. Debido a las distancias, la mamá de Carmen no podía cuidarla ni acompañarla al doctor, pero le hablaba por teléfono diario y se iría a vivir con ella cuando naciera el bebé.

En el grupo de **bajo riesgo**, Leonor vivió la separación de sus padres y cómo esto causó una gran tristeza en su madre. A veces se enojaba y trataba de sacar su frustración con su hija golpeándola y regañándola. Con el paso del tiempo, la relación fue mejorando ya que Leonor entendió las razones por las que su madre había sido tan rígida con ella, y en la actualidad llevan una buena relación. Aunque no están tan cerca geográficamente, desde que se enteró del embarazo, la mamá de Leonor, ha estado al pendiente de ella con llamadas y con consejos acerca de cómo debe de cuidarse y cuidar al bebé. La madre desea irse a cuidarla y estar al pendiente de tiempo completo, sin embargo, Leonor no lo permite ya que su esposo se pone *“muy celoso si ella reparte su tiempo con alguien más”*. Algo importante que ocurre en Leonor es que a través de su actual experiencia en el embarazo, logró comprender a su madre y entender la manera *“en que la educó y la manera en que le dio amor”*. Entendió que ella hizo lo mejor que pudo quedándose sola, y ahora que ya comparten la misma experiencia, se demuestran su cariño con frases y detalles, como *“la chambrita para el bebé y las mamilas y juguetes”*.

Por su parte, Priscila sufrió la muerte de su madre cuando era muy pequeña, por lo que no habla de ella.

En el **grupo sin riesgo** las mujeres son muy apegadas a sus madres a pesar de que en ocasiones no vivan en la misma ciudad, por ejemplo, Flor vivió una infancia feliz pues

contó con los cuidados de su madre. No sufrió maltratos de ningún tipo. Actualmente llevan una buena relación y se visitan con frecuencia. Cuando se enteró de que sería madre, se puso contenta y le comenzó a hacer chambritas y darle más consejos, pues aunque Flor ya era madre, *“le decía cómo manejar el embarazo y los celos del hijo con su futuro hermano”*. Aunque también le *“generaba problemas, pidiéndole que fueran más seguido y le hiciera favores como comprarle cosas del mercado”*, sin tomar en cuenta su cansancio y dificultad para moverse por su embarazo.

Mónica es muy apegada a su madre desde pequeña. Sin embargo, en la actualidad están separadas por los constantes cambios de domicilio de Mónica. A pesar de eso, se mantienen en contacto y cuando están cerca, se visitan. Cuando se enteró del embarazo, la mamá de Mónica se puso muy contenta y decidió comprarle todo lo necesario para cuando naciera el bebé, como juguetes, muebles y mamilas, ya que Mónica se iría a vivir con sus padres a Querétaro una vez que naciera el bebé, para recibir todos los cuidados y apoyo de sus padres.

Carolina, por su parte, sufrió en la infancia la depresión de su madre cuando se separaron sus padres. Ella tuvo

que hacerse cargo tanto de su hermana como de su madre, ya que esta última ya no quería ni trabajar. En la actualidad, Carolina y su pareja viven con la madre y tienen problemas ya que esta última desea intervenir en la vida de su hija. La mamá recibió con mucha alegría el embarazo, pero desde la separación de su esposo, ha ejercido el control respecto a los cuidados y atención médica que su hija necesita, además interviene en la relación de pareja, buscando que regresen para que el “bebé no se quede sin papá”.

“Mi mamá habló con él, le dijo que se podría quedar en la casa, pero que se tenía que portar bien, que debía de respetarme y no gritarme, pues no estaba sola, que ella hablaría conmigo para que lo arregláramos y el bebé tuviera una familia, yo me enojé mucho pues no lo quería ver más, pero mi mamá me dijo –Entiéndelo, es por el qué dirán, que pasará si eres madre soltera, cómo te van a tratar-”

En resumen podemos decir que en el grupo de alto riesgo, no cuentan con el apoyo de sus madres, debido a la mala relación que han tenido desde años atrás. Las madres son muy hostiles y les niegan el apoyo ya que consideran que el embarazo no fue una buena elección a pesar de los problemas de salud que presentan, no están al pendiente de ellas. En el grupo de moderado riesgo, tampoco reciben apoyo de ellas, aunque no son tan hostiles como las del grupo anterior. A pesar de los problemas, pueden llegar a ofrecer apoyo práctico, como hospedaje o acompañarlas a las consultas y estar al pendiente de su salud. El grupo de bajo riesgo recibió apoyo práctico y emocional y están al pendiente de su salud y de que tomen sus medicamentos. Finalmente, en el grupo sin riesgo, cuando les avisan que van a tener un hijo, les brindan su todo el apoyo que pueden dentro de sus posibilidades. Aunque no presentan problemas de salud, las madres están al pendiente de sus análisis y de cómo se sienten.

Relación con los hijos previos.

En esta subcategoría se ve cómo afecta el embarazo la relación con los hijos previos.

En el grupo de **alto riesgo**, las tres mujeres tienen hijos previos, Gabriela tiene dos hijas, una adoptada y una de su matrimonio. Para Cecilia, este sería su tercer hijo, tiene una hija y un hijo de una pareja anterior y Lucía tiene un hijo de su actual matrimonio.

La relación con sus hijos en estos tres casos es fría, ya que algunas veces *“les caen mal, en especial cuando andan de empalagosos y ellas solo quieren descansar”*. Cuando llegan a tener problemas o sentirse *“desesperadas por su tristeza o cuando se enojan con la pareja, se desquitan con los hijos ya sea regañándolos o dándoles golpes”*. Otra razón por la que *“se llevan mal con sus hijos”* es que les culpan por tener que *“sacrificar su vida profesional por cuidarlos”*.

Los niños saben que su mamá tiene problemas de salud desde antes del embarazo y que *“si no se toman las medicinas les puede pasar algo, como desmayos”*, por eso están al pendiente de ellas. También saben que para sus mamás *“el embarazo no es fácil”*, pues

necesitan "descansar más, estar acostadas, ir al doctor y no pueden jugar con ellos". Los hijos muestran preocupación por su madre preguntándoles "si ya se tomó la pastilla y si el bebé no da mucha lata, si se siente bien". Pero también presentan celos y enojo con la nueva situación, y lo demuestran golpeando "la panza de su mamá o siendo groseros".

"...Yo lo veo en Daniel, que es el más chiquito, el siente que estoy mal y va y me abraza, -mami ¿qué tienes?- Y son mi motor, de verdad, yo cuando empezaba con las ideas de que yo no quería al bebé, de que quería perderlo, muchas cosas pues el oír a mis hijos y ver la emoción que tenían para con el bebé, o sea me dije -no, yo salgo por ellos, yo lo hago por ellos-." (Cecilia).

En el grupo de **riesgo moderado**, tres de las integrantes tienen hijos. Alma tiene uno de un matrimonio anterior, Renata tiene una de su matrimonio actual y Aidé tiene dos hijos de su primer matrimonio. Al igual que el grupo anterior, tienen una relación fría y distante con sus hijos, donde varias veces "se los friegan" cuando se enojan con ellos, porque no cumplen con las tareas de la escuela y del hogar y "son respondones y groseros cuando se les regaña", además de sentir "mucho resentimiento y rechazo" cuando ellos se acercan a pedirle afecto. Renata, en particular siente mucho resentimiento hacia su hija porque la culpa de su "infarto cerebral" y todos sus problemas de salud. Justifica su "distanciamiento" ya que, al estar internada por dos semanas en el hospital, después del parto, no tuvo una relación estrecha con su hija. Aunque los hijos conocen las dificultades que viven las madres durante el embarazo, "no ayudan en los quehaceres, ni en los cuidados que debe llevar a cabo", ya que están "muy enojados por tener que verla de nuevo enferma y triste":

"Mi hijo me pregunta -mamá, ¿ya va a llegar el bebé?" le dije -no todavía no-, me dice -es que no quiero que venga, pues es que siempre que te embarazas te enfermas- además me tratas mal, y me pegas más- eso me dolió, sé que lo trato mal, pero...él tampoco me apoya" (Alma)

En el grupo de **bajo riesgo**, Priscila es la única que tiene hijos, un niño y una niña de su actual matrimonio. Tienen una buena relación donde existe una buena comunicación entre padres e hijos y están siempre al pendiente de sus necesidades. Priscila no ha

tenido complicaciones en sus embarazos previos, por lo que la familia no asocia el embarazo con problemas de salud, pero los hijos la cuidan mucho, ya que saben que tiene diabetes gestacional, por lo que *“procuran portarse bien”* para que su mamá no se enoje con ellos:

“...platicué con mis hijos y les expliqué que mi embarazo que es de alto riesgo, que tengo que cuidarme más, no había platicado con ellos de mis cambios de humor y empezaron como a estar más sensibles... por ejemplo, mi hijo anda muy cariñoso, se portan bien para que no me pase nada”.

Los hijos de Priscila deseaban tener un hermanito por lo que *“están muy emocionados con la llegada del nuevo bebé”*, y entonces *“cuidan y apapachan”* a su mamá.

En el grupo **sin riesgo**, dos de las mujeres cuentan con hijos. Flor tiene un hijo y Mónica tiene una hija. En ambos casos, la relación familiar es muy buena, realizan varias actividades en común y los niños son muy apegados a la madre. Como en el grupo anterior, los embarazos previos se dieron sin complicaciones por lo que la familia no asocia al embarazo con problemas de salud. Cuando los hijos se enteran de la llegada del futuro bebé, comienzan a presentar celos y rechazo hacia su hermano y lo demuestran portándose mal en la escuela y en la casa.

“...a mi hija no le gustó la idea de tener un hermanito y se ha portado muy mal desde entonces. Le dice a su abuela que es una señora gorda y fea cuando la ve hablando del bebé y suele pegarme en la panza y salir corriendo muy enojada”.

Relación con otros.

En esta subcategoría se observa cómo recurren a otros para buscar apoyo durante el embarazo.

El grupo de **alto riesgo**, tiene una muy mala relación con la madre, y están distanciadas de sus parejas, sin embargo, la familia política está al pendiente de ellas, tanto la suegra como los cuñados les visitan constantemente para ver si necesitan dinero, cómo está su salud y en caso de ser necesario, las acompañan al médico.

"Tuve una crisis de salud y por más que le hablé a mi esposo, no me contestó, y llega mi cuñado, y me ve toda mal y me dice – ¿por qué no me hablaste? vamos y te llevo al doctor, ándale- me dijo que podía acudir a él cuando lo necesitara, que no porque su hermano no estuviera conmigo me iba a dejar la familia, que el niño era su sobrino y lo cuidaría todo lo necesario"

En el grupo de **moderado riesgo** también la familia política es la fuente de apoyo más importante, pues existe un gran distanciamiento con la familia nuclear, por lo que ven a las suegras y a las cuñadas como cuidadoras. Y aunque exista separación de la pareja, la familia política brinda todo el apoyo:

".. A raíz de todo lo que me ha pasado, bueno, yo tengo el apoyo moral de la familia de mi esposo, gracias a Dios, no me dieron la espalda, porque se dieron cuenta que yo no era la culpable sino que el que falló fue él, y a pesar de lo mal que me siento, les platico porque así siento que me desahogo platicándoles lo que me pasa". (Carmen)

Sin embargo, no siempre ocurre de esta manera, ya que Alma sufre el rechazo y maltrato de su suegra y cuñadas quienes no le creen que tenga problemas de salud y le piden *"que haga el quehacer, que trabaje, que cocine, ya que es una carga y exagerada pues muchas mujeres han estado embarazadas y no se han puesto mal como ellas"*.

El grupo de **bajo riesgo** vive en la unidad militar donde las esposas de los soldados interactúan mucho debido a que estas mujeres están lejos de su familia. De esta manera, son ellas, las vecinas, las que están al pendiente de sus embarazos, aunque existen antecedentes de chismes y problemas, por lo que reciben esos cuidados con reservas:

"Pues las vecinas siempre están ahí, nos la pasamos solas y siempre es bueno tener amigas, a mí me ven, me preguntan si comí, que como me siento. Aunque luego algunas son bien chismosas, y te inventan un buen de cosas, a veces ni dejarlas entrar a tu casa, pues ya andan diciendo quien tiene lo mejor esto, y lo otro, o si te ven discutir, ya andan diciendo que te golpea el marido".

Finalmente el **grupo sin riesgo** se siente muy apoyado por su pareja y por su familia, sin embargo, también consideran que la familia política y las vecinas "les pueden ayudar

cuando tengan alguna emergencia y estén solas, cuando el bebé se adelante” y la pareja esté en comisión.

"Pues mi familia me cuida, si no es mi mamá es mi papá o mi hermana, pero siempre andan al pendiente, aunque no estén cerca... También mi esposo, cuando está en casa, me cuida y está al pendiente, pero en caso de que no esté, pues le hablo a la vecina o a su mamá par que lleven al hospital".

CAPITULO 7

DISCUSION

Los datos analizados en este trabajo provienen de un estudio mayor el cual tenía como objetivo evaluar la efectividad de una intervención psicoeducativa durante el embarazo, sobre la sintomatología depresiva en el posparto. Es importante mencionar que uno de los criterios de inclusión para participar fue que presentaran sintomatología depresiva, por lo que todas las experiencias de las mujeres estudiadas están matizadas por la presencia de dicho síntomas. El objetivo de la tesis fue describir la experiencia psicológica de las mujeres que tienen embarazo de alto riesgo, que además tienen sintomatología y como varía la experiencia de acuerdo a la gravedad del riesgo del embarazo. Para ello se analizó a través de la metodología cualitativa, la transcripción de las videograbaciones de la intervención, en la cual se expuso con amplitud dicha experiencia del embarazo.

Los resultados mostraron diferencias entre tres categorías, salud en el embarazo, proceso del embarazo y relaciones interpersonales según la gravedad del riesgo que presentan durante la gestación por lo que en este capítulo se discutirán estos hallazgos bajo esta misma estructura.

1. Grupo de alto riesgo

a. Salud durante el embarazo

Las mujeres de alto riesgo se definen por tener enfermedades previas al embarazo, además de complicaciones durante el actual. Tomaban medicamentos para mantener su estado de salud estable, estaban en constante vigilancia médica y tenían que hacerse varias pruebas médicas para determinar tanto el estado del bebé como el de ellas. Durante el embarazo presentaron crisis físicas muy severas, por lo que tuvieron que estar en reposo absoluto.

El miedo, la ansiedad, el temor y la tristeza que viven durante este periodo se deben en gran medida a su estado de salud. Están conscientes de sus enfermedades y lo complicado que es un embarazo en sus condiciones físicas además que constantemente recuerdan las dificultades que han tenido para ser madres por lo que vigilar su estado de salud es su prioridad. Tener que asistir constantemente a atención prenatal y cuidarse les es molesto, sin embargo ellas cumplen con las indicaciones médicas por el bienestar del bebé. En este sentido autores como García (2009) y Gilbert y Harmon (2003) mencionan que las mujeres con embarazo de riesgo encuentran, en el marco de la atención obstétrica, la manera de resistir prácticas médicas que pueden llegar a ser desagradables para lograr tener el bebé y la culpa y el miedo que sienten por la salud del bebé les sirve para estar más conscientes de su situación de salud y por lo tanto apearse a sus tratamientos.

Para otros autores como Mendoza, Sánchez, García y Ávila (2002), el apego a las indicaciones médicas y la búsqueda de atención prenatal se debe a los malestares físicos que presentan las mujeres durante la gestación como los dolores, mareos, presión alta, amenazas de abortos. Mientras más graves se consideres los malestares, mas ayuda médica pedirán.

A pesar de que las mujeres de este grupo conocen los problemas que pueden tener al quedar embarazadas, no solo por su salud, sino por las complicaciones que puede tener el bebé, se embarazan aun vaya en contra de recomendaciones médicas. Aquí surge una pregunta importante, ¿por qué embarazarse a pesar de conocer los riesgos que esto implica?, ¿por qué poner en riesgo la salud? Las diferentes maneras en que el feminismo aborda el rol de la mujer y su relación con la maternidad permiten explorar posibles respuestas (Sánchez-Bringas 1996). Desde un feminismo muy ortodoxo, una probable respuesta puede ser que la maternidad forma parte de la cultura por lo que no es fácil cuestionarse si es correcto o no el embarazarse bajo esas condiciones, por lo que el proceso de quedar embarazada se vive sin que medie un proceso reflexivo consciente que permita dar cuenta de los motivos que llevan a una mujer a tomar la decisión de tener

hijos (Palomar 2005). Desde el feminismo donde la construcción del rol femenino, y por tanto, la maternidad, se construye desde las practicas reproductivas, el nivel sociocultural y el género (Sánchez-Bringas 1996), se ha observado que si existe una reflexión respecto a la maternidad y al porque y cuando se deben de tener hijos. Para las mujeres con un embarazo de riesgo, no solo está en juego el derecho de ejercer la maternidad, sino también la posibilidad de ser una mujer completa, como se ha descrito en estudios realizados en mujeres con problemas de salud crónicos que un embarazo puede comprometer su estado físico y deciden embarazarse ya que el tener un hijo demostraría que son "normales", a pesar de su enfermedad, desafiando a su propia vulnerabilidad, dando vida a otro ser (Silva, Santos y Parada, 2004; Zampieri, 1999; Carvalheira Tonete y Parada, 2010 .

b. Proceso de embarazo

En este grupo de mujeres, ningún embarazo fue planeado. Todas las mujeres comentaban que si existía un deseo por ser madres pero que consideraban que no era el momento adecuado para ello, tanto por su salud como por su situación de pareja. A pesar de que en su discurso existía esa negativa, ninguna de ellas utilizaba métodos anticonceptivos. Esto es común en las mujeres de alto riesgo quienes a pesar de saber los problemas que esto les genera, es mayor el deseo por ser madre (Miller y Jones, 2009)

Otro aspecto relevante relacionado con la falta de prácticas anticoncepción, tiene que ver con lo planteado por Casique, (2003) en el sentido de que tomar decisiones ante la anticoncepción implica que la mujer tome el control de su autonomía y ejerza poder de decisión sobre su cuerpo y sobre su maternidad. Como se pudo observar, este hecho no ocurre en el grupo de mujeres de alto riesgo, quienes por culpa y por un deseo de conservar una relación de pareja, renuncia a este poder y viven en función del otro, siendo la maternidad y su producto, un tributo para el hombre con quien mantiene una relación amorosa- sea estable o no-.

Toda esta situación de quedar o no embarazada, les genera muchos sentimientos de ambivalencia, donde la culpa y la ansiedad están a la orden del día, así como la ilusión por ser madres, por lo que cuando recibieron la noticia de su embarazo se sintieron enojadas y felices a la vez preocupándose a su vez por la reacción de su entorno familiar.

Al ser un embarazo no planeado, ni la pareja ni la familia estaban de acuerdo con que la mujer estuviera embarazada, por lo que la noticia del bebé resultó una situación difícil pues no contaban con el apoyo de sus afectos más importantes y se sentían solas y abrumadas. Se sabe que la relación de pareja es fundamental durante el embarazo, en especial para las mujeres con embarazos de alto riesgo ya que ellos se convierten en una importante fuente de apoyo durante las urgencias, las crisis, los reposos absolutos y las consultas médicas (Quevedo, 2010). Esta falta de apoyo les generó mucha desesperación y deseos hasta de morir o abortar al bebé. Sus esfuerzos por “dar un regalo al esposo” y de esta manera intentar arreglar los problemas de pareja previos, no estaban funcionando, lo que les generaba mucho malestar y desesperación, complicando más su estado de salud.

En un entorno tan negativo donde había mucho rechazo hacia el embarazo el sexo del bebé se volvió un factor muy importante para que la pareja aceptara al bebé. Cuando los padres se enteraron de que sus hijos serían varones, cambiaron su actitud y se hicieron cargo de la madre y del bebé, aunque la pareja seguía separada. Este cambio de actitud en el esposo, refleja los valores de la sociedad patriarcal en la que vivimos donde se le otorga más valor al hombre, en especial cuando se es el primogénito o se ha vivido en una familia formada por mujeres (Martínez, 2006).

Para este grupo de mujeres la maternidad es un momento muy importante ya que les permite madurar al dar vida y ser responsables de otro individuo. Esta concepción de la maternidad es una herencia de la madre, de las normas establecidas por la sociedad y de sus propias experiencias y seguramente la transmitirán a sus hijos. La sociedad ve a la madre como una persona buena y tierna, que está dispuesta a hacer todo lo necesario por

sus hijos, está dispuesta a cualquier sacrificio en especial si es durante un embarazo (González 1999).

c) Relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales más importantes de estas mujeres están muy deterioradas por diversas razones: la pareja en gran medida por sus dificultades previas para tener un hijo mientras que los problemas con su propia madre vienen desde la infancia.

Como se ha visto, la relación de pareja estaba desgastada, al grado de ya no vivir juntos. Los esposos están al pendiente de algunas situaciones, como económicas o prácticas, pero no brindan el apoyo emocional cuando más se les necesita. En este sentido se ha visto la importancia del apoyo dentro del embarazo, en especial cuando es de riesgo y la mujer llega a estar hospitalizada o en reposo absoluto (Maloni, Ponder, 1997). En este grupo, no solo las mujeres tienen problemas de salud durante su embarazo, también tienen una historia de dificultades para embarazarse y abortos que afectan la relación de pareja y la salud mental del hombre (McCain y Deatrck, 1994; Miron y Chapman, 1994).

Los autores encontraron que los hombres que ven a su pareja en riesgo y viven los constantes abortos, viven con miedo y angustiados, pues se sienten solos en ese proceso, sin apoyo de los demás y con una sobrecarga tanto emocional como física.

La relación con la madre es compleja, desde pequeñas han vivido un distanciamiento emocional y en estos momentos no son fuentes de apoyo, por el contrario, las mujeres se sienten criticadas y rechazadas por su propia madres. Socialmente se espera que durante esta fase el vínculo madre-hija sea sólido y amoroso, por la identificación de roles y de experiencias (González 1999). Sin embargo, esto no ocurre en este grupo. Los problemas de pareja que presentan es una de las razones por las que son criticadas por sus madres, para Calderón (2006) cuando las hijas no cumplen

con el ser para otro, sus madres se vuelven terribles juezas durante el embarazo y después de él. El apoyo es condicionado y la hija pierde toda privacidad pues vuelve ser parte de la familia nuclear.

Respecto a los hijos, se pudo ver que la relación no es buena. Tras las diversas experiencias previas de enfermedad y dificultad de tener hijos, los otros hijos viven muy preocupados por la salud de la mamá y al mismo tiempo presentan celos por la llegada del nuevo bebé. Por su parte, las madres se vuelven distantes y reportan que en ocasiones se llevan mal con sus hijos, los golpean y hasta "les caen mal". Podríamos preguntarnos ¿por qué estas mujeres vuelven a embarazarse si con sus otros hijos no mantienen buenas relaciones? Una posible respuesta podría relacionarse con lo que plantea (Palomar, 2005) en el sentido de que muchas mujeres suelen ser madres sin apoyo afectivo y material. Entonces hay rechazo y en ocasiones hasta celos, por ser los hijos más cercanos a la pareja que ella. Pero el deseo de ser nuevamente madre es mayor, en especial si la pareja también desea otro hijo, por lo que deciden volver a ser madres.

Finalmente, aunque parece que cuentan con pocas fuentes de apoyo, la familia política está pendiente de ellas, las acompañan al hospital y se preocupan por el estado de salud del bebé. Esto parece ir en contra de la norma ya la relación suegra-nuera, se considera que siempre es agresiva y hostil, compitiendo siempre por la atención y el amor del hijo (Lagarde, 1993). Para estas mujeres, a falta de apoyo de la pareja y de la propia familia, la familia política se vuelve el sostén práctico y emocional más importante.

De esta manera, podemos ver que la experiencia del embarazo en las mujeres de alto riesgo está matizada por varios factores, uno de los más importantes es el estado de salud que afecta su relación de pareja, la relación con la madre y su manera de vivir la maternidad. Así mismo, la ansiedad, depresión, culpa y miedos están presentes a cada momento, debido a los problemas de salud, actuales y pasados así como sus malas relaciones interpersonales. Puede pensarse que sus decisiones están más en función de los demás que de ellas mismas, afectando así su autocuidado, renunciando al control de su cuerpo para complacer al otro.

2. Grupo riesgo moderado

a. Salud durante el embarazo

En el grupo de **moderado riesgo** se define por los embarazos previos no han llegado a buen término, ya sea por problemas en la formación del feto o por problemas de salud de la madre durante la gestación. Las mujeres presentaron pocos malestares físicos, los cuales ocurrieron cuando realizaron esfuerzos o actividades no recomendadas por el médico. Sin embargo, se debían de someter a varias pruebas médicas que les incomodaban y las llenaba de mucha ansiedad, aunque cuando recibían noticias favorables respecto a su salud, este miedo disminuía.

De manera similar al grupo anterior, las mujeres aceptan todos esos cuidados, ya que quieren que se logre el embarazo y tener hijos sanos, para desarrollarse completamente y no ser consideradas como incompletas por no ser madres (Colín, 2004). Las mujeres de este grupo tienen mucho miedo a perder nuevamente al bebé ya que esto las coloca en un lugar muy vulnerable por no estar cumpliendo con uno de los principales roles establecido para la mujer, es por ello que lo intentarán aunque pueda aumentar el riesgo de salud. La medicina les ofrecen alternativas para preservar la vida del bebé (Carreño, 2002), aunque para ello requieran someterse a cuidados extremos que pueden llegar a ser más incapacitantes que otros niveles de riesgo.

b. Proceso de embarazo.

Como el grupo anterior, estas mujeres no querían estar embarazadas en ese momento por problemas económicos y con la pareja, sin embargo, sí deseaban ser madres bajo otras circunstancias, especialmente para darle gusto a la pareja, quien había

esperado junto con ella mucho tiempo para poder tener un hijo. Se puede ver que en ambos casos, donde hay dificultad para ser madres, debe de existir "sacrificio" y buscar, a costa de lo que sea, la oportunidad de ser madres. Es así que el concepto de "buena madre" entra en juego aquí, pues una mujer que no está dispuesta a hacer lo necesario para complacer a su esposo y tener un bebé, no es una buena madre y entonces va en contra de su destino social y biológico (Saletti, 2008).

No solo buscan complacer a los demás, también quieren cumplir su deseo de ser madre y que este intento tenga un final feliz. Sin embargo se debe de tomar en cuenta que para ello debe de tener los cuidados y las redes de apoyo necesarias para vigilar el desarrollo del bebé, por lo que se puede cuestionar si es una decisión adecuada (Calderón, 2006). Sin embargo, no se puede olvidar que la mujer es libre de elegir si ejerce su derecho a la maternidad o no, independientemente de los riesgos que esto implique.

Cuando recibieron la noticia de su embarazo, las mujeres mostraron desagrado y molestia, pues sabían que no era el mejor momento, a pesar de que contaron con más apoyo que las mujeres de alto riesgo. Poco a poco fueron aceptando el embarazo, conforme el estado físico del feto se mantenía estable, al igual que su salud. Así mismo, el sentir que estaban cumpliendo con las expectativas de la pareja, al mantener el embarazo y poder darles un hijo varón, las hacía sentir más completas y emocionadas con su condición. En este sentido, dentro de la familia, es muy importante preservar el nombre y el apellido, y quienes pueden lograrlo son los hombres. Así mismo, se prefiere que el primogénito de una familia sea varón, ya que en algunos casos, sólo se puede dar oportunidad de estudio a un integrante, en este caso el mayor, quien tendrá la responsabilidad de cumplir con expectativas y ayudar al resto de la familia (Martínez, 2006). También algunos hombres logran una mejor identificación con los varones, consideran que son "mejores compañeros" y pueden compartir planes y continuar con las actividades que el padre no pudo realizar a cabo (Rivera, 2004).

Respecto al tema de la maternidad, ellas consideraban que era la oportunidad de brindar todo lo necesario a sus hijos, y de ser necesario hasta renunciar a la vida profesional por cuidar y brindar toda la atención al bebé.

c. Relaciones interpersonales

La relación de pareja en este grupo también es distante, aunque se mantienen viviendo juntos. Los futuros padres desean con mucha intensidad tener un hijo, y al igual que su pareja sufren decepción cuando no lo logra. No se habla mucho del tema, por su propio rol que le impide expresar sus emociones de tristeza y pedir ayuda. Entonces desde la soledad brinda apoyo a su mujer en cada aborto y él se guarda su malestar (Ross, 1993). Buscando un apoyo, encuentra en otras mujeres consuelo y la posibilidad de ser padre. Cuando un hombre está en una relación de pareja estable, se espera que tenga descendencia para no poder en duda su virilidad a través de la esterilidad, para que no le llamen hombre incompleto, prefiere entonces alejarse de su pareja y demostrar su capacidad de ser un hombre en toda la extensión de la palabra (Rivera, 2004).

Entonces, las infidelidades, la culpa y el distanciamiento por no haber podido tener hijos, generaron un gran desgaste en la relación. Es así que conforme el embarazo fue avanzando, los problemas se fueron haciendo más evidentes y aunque los esposos deseaban ser padres y estaban emocionados, en algunos casos la relación se rompió y las mujeres les quitaron los derechos sobre los hijos por nacer. Esta actitud, puede verse un tanto contradictoria, porque la mujer “se embarazó” para complacer al marido, sin embargo, tras la serie de problemas que se hicieron más evidentes durante el mismo, buscó independencia y su propio bienestar sobre la relación de pareja. Esto puede deberse a que estas mujeres contaban con más apoyo que las de alto riesgo, lo que les permitía entonces separarse de su pareja. Algo que también pudo ayudarles a terminar con la relación, es que su riesgo no era tan grave y que una vez que terminara su embarazo, su estado de salud volvería a ser bueno, por lo que no requerían tanto del apoyo práctico de la pareja como las de alto riesgo. Es importante mencionar que las

mujeres tenían un nivel socioeconómico bajo, y la mayoría no trabajaba. Sin embargo, para las mujeres de este riesgo, esto no era un impedimento para poder mantener a sus hijos, ya que a través del comercio informal podían obtener recursos, así como con el apoyo de sus familias.

Para este grupo de mujeres, la relación con la madre no era del todo buena, ya que desde pequeñas percibían esta relación como distante. Sus madres fueron “madres divorciadas”, que necesitaban trabajar todo el día, dejándolas solas y al cuidado de otras personas. Cuando se enteraron del embarazo, las madres consideraron que no era el mejor momento, y cuestionaron su decisión, pero en la mayoría de los casos brindaron el apoyo necesario como acompañarlas a consultas o les dieron asilo cuando se separaron de su esposo. A pesar de las diferencias y las dificultades en la relación, las madres cumplieron funcionaron como la principal red de apoyo (Stern 1997), brindándoles los cuidados y atenciones que requerían. Por lo que las mujeres de este grupo lograron reestructurar la imagen de la madre, viendo sus defectos y virtudes, procurando no idealizarla y más bien comprender cada actitud e identificarse con ese rol para elegir qué desecha y con qué se queda dentro de su propia maternidad (Calderón, 2006).

Respecto a los hijos previos, la relación con ellos era muy mala desde antes del embarazo, y empeoró con la llegada del bebé, ya que a ellos no les agradaba la noticia, ya que conocían los riesgos que implica esta condición y que su mamá enfermaría.

Al igual que en el grupo anterior, la familia política se hizo presente y les ofreció el apoyo necesario a las futuras madres.

Por lo anterior, podemos decir que la experiencia del embarazo del grupo de moderado riesgo, está matizada por los problemas de salud y por las experiencias de abortos previas, además de por el temor de perder al bebé, lo cual afectó fuertemente las relaciones de pareja, que ya se veían afectadas por conflictos previos y con los hijos, por lo que el embarazo lo vivían con mucha ansiedad y depresión, pues no contaban con el

apoyo de su familia. Los problemas actuales y previos, hicieron que la relación de pareja se rompieran, por lo que lograron acercarse más a la madre, reconstruyendo su concepto de maternidad, donde, aunque saben que deben de hacer cualquier sacrificio para el bienestar de sus hijos, no están dispuestas a mantener una relación de pareja que las lastime emocionalmente. A pesar de que al inicio no hay conductas de autocuidado terminan apegándose a la atención médica buscando siempre su bienestar.

3. Grupo de bajo riesgo

a. Salud durante el embarazo

Las mujeres de este grupo no presentaban enfermedades previas, sino diabetes gestacional. Tenían malestares propios del embarazo, como náuseas y mareos y síntomas relacionados con la diabetes cuando no cuidaban su alimentación adecuadamente. Se tenían que someter a varias pruebas médicas en las que se vigilaban sus niveles de azúcar para evitar alguna complicación mayor. Estos cuidados y pruebas les generaban mucha angustia y ansiedad, además de que las incomodaba. Algo que también les molestaba eran los medicamentos que tenían que tomar para controlar sus niveles de azúcar, ya que se mareaban más de lo normal y se sentían más débiles. Preferían tomar otras acciones como hacer ejercicio o cuidar su alimentación para controlar su diabetes y no causarle daño al bebé. Sin embargo, están conscientes de que la enfermedad se limita a un periodo reducido, y que con los cuidados y cambios en los hábitos necesarios, podrán recuperar su estado de salud previo. Por esa razón, aunque se saben enfermas pero no delicadas o en riesgo de morir, y su enfermedad es considerada propia del embarazo, hacen cambios importantes en su estilo de vida y sienten su embarazo como normal (Izquierdo, 2004).

b. Proceso de embarazo

Al igual que en los grupos anteriores, el embarazo no fue planeado, pero sí era deseado en un futuro, sin embargo, no utilizaban ningún método anticonceptivo para evitarlo. El no usarlos puede explicarse por la falta de información y el miedo que genera las consecuencias secundarias de su uso (Mojarro, Mendoza; 2007). Otras posibilidades son contar con conocimientos erróneos sobre los anticonceptivos, falta de asesoría, la postura de algunas religiones, las dificultades para conseguir los métodos anticonceptivos etc. (Estrada, Hernández-Girón, Walker, Campero, Hernández-Prado, Maternowska, 2008).

Aunque fue algo que las tomó por sorpresa, la noticia del embarazo la recibieron con alegría en comparación con los grupos anteriores y recibieron el apoyo de la familia. Al igual que los grupos anteriores, hay cuestionamientos acerca de si era el mejor momento para ser madres, aunque este grupo de mujeres no está absorto en su estado de salud ni gira todo alrededor del bienestar físico del bebé, en este caso perciben otros aspectos relevantes de la maternidad, como si pueden hacerse cargo de un bebé, trabajar y cuidar a su familia y si pueden cumplir adecuadamente con la función materna y si la situación económica permitirá darles lo que necesitan.

En este grupo, el sexo del bebé no era importante, aunque cuando los ultrasonidos dijeron que serían varones, tanto el esposo como la familia reaccionaron con alegría.

A pesar de que cuestionan su capacidad para ser madres, poco a poco fueron adaptándose al embarazo, aceptaron los cambios tanto físicos como sociales, ya que consideraban que la maternidad es cuidar al bebé y estar dispuestas a cualquier sacrificio. Esta manera de pensar es muy similar a lo reportado por grupos anteriores, donde la maternidad es vista como una situación sublime y esperada por la madre, que es un precepto compartido por la sociedad (Badinter, 1984),

c. Relaciones interpersonales

Sus relaciones de pareja eran estables y aunque al inicio del embarazo, los esposos no estaban muy contentos con la noticia, les brindaron su apoyo cuando fue necesario. Es importante retomar el por qué se embarazaron, tomando en cuenta que ellas no se

sentían en deuda con sus esposos, ni querían demostrar que son mujeres completas. Una posibilidad puede ser que, aunque desde el discurso dicen que reciben el apoyo de sus parejas, en la realidad comparten poco tiempo por el trabajo y no los futuros padres no establecen una relación con el bebé. Entonces, puede ser que estas mujeres esperen que con la llegada del bebé, sus esposos estén más tiempo en casa y, por lo tanto, más pendiente de ellas. Es importante mencionar que cuando se depositan tantos deseos sobre los hijos, se crean falsas expectativas, que en caso de no verse realizadas, crean una gran desilusión en la madre, así como rechazo hacia el hijo, creando un distanciamiento (Puyana y Mosquera, 2005).

La relación con la madre era cálida y cercana desde los primeros años y en este embarazo les brindaron todo el apoyo y experiencia que necesitaban para enfrentar mejor el proceso, aunque no se encontraban cerca físicamente. En este grupo, tanto las madres como las hijas cuentan con una pareja estable lo que ayuda a mantener una buena relación entre ellas. A pesar de la distancia física, cuentan con el apoyo tanto emocional como práctico en la medida de lo posible, y en el discurso de las mujeres podemos ver que las madres tratan de ayudarles a través de su experiencia a hacerle frente a la maternidad y al nuevo embarazo. Es importante recalcar que el riesgo que presentaban estas mujeres y los cuidados que se requieren, no implican cuidados especiales, ni acudir a urgencias, como en los grupos anteriores. Pareciera que en este grupo sí se presenta un apoyo incondicional entre madres e hijas, y viven la maternidad como "punto culminante" en sus vidas, y pueden existir una identificación con la mujeres de la familia que le ayudan a estructurar su propia maternidad (González 1999).

Respecto a los hijos previos, no mostraron celos con la llegada del nuevo bebé. Tampoco llevaban una mala relación con ellos, y aunque se les explicaron los problemas físicos que presentaba su madre, no asociaron el embarazo a una madre enferma. Además de que contaban con el apoyo de la pareja y de su mamá, también se apoyaban en las vecinas.

Es así que las mujeres con bajo riesgo, aunque son diagnosticadas con diabetes gestacional, que medicamente es serio, ellas lo viven sin mayor problema, y están dispuestas a cambiar su estilo de vida para no tener que tomar los medicamentos que les recetan. Aunque el embarazo no es planeado, la noticia es recibida muy bien por toda la familia, aunque en su interior se cuestionan su capacidad de ejercer adecuadamente su maternidad, pero cuentan con el apoyo de su pareja a pesar de las separaciones que viven por el trabajo. Tienen una relación cercana y de apoyo con su madre. Llevan una relación favorable con sus hijos, donde no hay enojos ni por su salud ni por los cuidados, ni celos ante la inminente llegada de un bebé. Y reciben el apoyo de vecinas y familia cercana.

4. Grupo sin riesgo

a. Salud durante el embarazo

El grupo **sin riesgo** hablan de los malestares propios del embarazo como náuseas y mareos, que se agudizaban cuando tomaban multivitamínicos y ácido fólico, por lo que decidieron dejar de tomarlo, aunque con culpa pues consideraban que sus bebés podían verse afectados. Es. De igual forma, existe un desconocimiento del número de consultas a las que deben asistir y de las pruebas a las que deben someterse para vigilar su estado de salud y el de su bebé, ésta situación las hace vivir cada consulta y análisis con ansiedad y temor pues consideran que algo malo les puede estar pasando a ellas o a sus bebés y por eso les piden tantos estudios. Otra razón por la que presentan temor es descrita por Usandizaga y De la Fuente (1997) quienes consideran que el miedo y la ansiedad están presentes en tres momentos del embarazo: a) durante las primeras semanas donde hay riesgo de abortar, b) durante la evaluación prenatal del bebé donde se busca descartar alguna malformación y c) a partir de la semana 20 cuando el bebé puede nacer prematuramente.

Estas mujeres, son las únicas que mencionan los cursos psicoprofilácticos y de estimulación temprana y los ven como parte de sus cuidados que les ayudaran a tener un buen parto y cuidar de mejor manera a los bebés. Es importante recordar que este grupo no tiene problemas de salud que les limite las actividades físicas. Estas actividades les generan bienestar emocional y físico. Estos cursos permiten que las mujeres cuenten con herramientas para manejar el dolor y posibles complicaciones durante el parto (Sapien y Córdoba, 2007).

b. Proceso de embarazo

Sus embarazos fueron deseados y planeados, a diferencia de los otros grupos. En este sentido, este grupo de mujeres contaba con una relación de pareja estable y, aunque su situación económica no era la mejor, deseaban tener un hijo. Es por eso que cuando recibieron la noticia del embarazo, lo vivieron con alegría, pues consideraban que era el momento adecuado para ser madres. Para ellas fue muy fácil adaptarse a la idea de tener un bebé, ya que se sentían completas ahora que serían madres y vivirían nuevas responsabilidades y sacrificios en el cuidado de su bebé, pero que valía la pena hacerlos. La maternidad y la manera de vivirla a cambiado a lo largo de los años, conforme la mujer ha modificado sus roles y su papel dentro de la sociedad (Palomar 2005). Ha tomado decisiones sobre en qué momento es el mejor para ser madre y la importancia que tenga en su vida. En los grupos anteriores, había un impedimento físico que había dificultado los embarazos anteriores y ponía en riesgo el actual; en este grupo, sin problema alguno, consideraron que era el mejor momento para ser mujeres “completas” con un bebé a su lado (Asakura, 2005).

c. Relaciones interpersonales.

Como ya se menciona, las relaciones de pareja eran estables y aceptaron la llegada del bebé con alegría brindándoles apoyo y comprensión. Aunque a lo largo del embarazo se presentaron problemas debido a las actividades laborales de los esposos, en todos los casos estuvieron al pendiente de los bebés. Este apoyo que reciben por parte de sus

parejas les brinda mucha satisfacción y estabilidad, ya que pueden mostrarse sin ningún temor frágiles y vulnerables, sin que esto implique perder al compañero que las contiene (Lupton y Barclay, 1997).

A diferencia de los grupos que presentaban riesgo, estas mujeres tenían una buena relación con la madre y aunque no las veían porque no vivían en la misma ciudad, siempre estaban al pendiente de ellas. En este sentido, las madres cumplían con su función de sostén y de acompañamiento durante el embarazo lo cual reduce miedos y las protege de sentirse tristes y solas (Glenn, Chang y Forcey 1994).

En este grupo fue muy evidente los celos que manifestaron los hermanos mayores ante la llegada del nuevo bebé, haciendo sentir preocupadas a las futuras madres por las reacciones de sus hijos. Es normal que los celos aparezcan en el hijo mayor hacia su hermano más pequeño, pues lo vive como un rival con el que debe de compartir el cariño de la madre (Fernández-Cuartero, 2009). Al igual que en el grupo anterior, las vecinas eran una fuente de apoyo muy importante, ya que al no contar con el apoyo práctico de las mamás y de la pareja, necesitaban apoyarse en ellas o en su familia política.

Es así que este grupo es quien parece tener mayores elementos para vivir la experiencia del embarazo de manera positiva, su salud es buena, su embarazo fue planeado y deseado y recibieron el apoyo de la familia y de la pareja.

Todas estas experiencias que vivieron las mujeres de los cuatro grupos y la forma de relacionarse con su entorno, están matizadas por una sintomatología depresiva. Esto es importante tomar en cuenta ya que se considera que las personas deprimidas cuentan con menos herramientas para hacerle frente a las demandas del entorno, situación que se observa claramente en el embarazo de riesgo, donde las complicaciones del embarazo las sobrepasan y las hacen sentir tristes y angustiadas, de igual forma los problemas cotidianos son percibidos sin solución y cada evento es una señal negativa sobre su embarazo. La disonancia cognitiva, característica de las personas deprimidas, podría

tener su origen en la dificultad para embarazarse y las experiencias durante sus embarazos previos donde han presentado amenazas de abortos y problemas de salud graves. Y a eso se unen los problemas de pareja, económicos y familiares generando una total desesperanza. Evidentemente, no todas las mujeres con las mismas condiciones o con las mismas adversidades se deprimen, algunas pueden hacerle frente a estas situaciones ya que cuentan con recursos para ello, y han re-significado sus vivencias de una forma distinta, pero recordemos las características de estas mujeres, sobre todo las de mayor riesgo, quienes todo su entorno es desfavorable.

Tomando estas reservas en cuenta, podemos decir, que las mujeres que presentan más problemas de salud y los viven como graves, centran toda su atención en la salud del bebé y en su propio bienestar, viven con mucha angustia y miedo el proceso del embarazo, no se sienten apoyadas por su pareja ni por su propia madre y tienen que buscar en otros las redes de apoyo necesarias para hacer frente a un embarazo de alto riesgo. Aquellas mujeres que han sufrido para poder embarazarse, cuidan su salud y están pendientes de sus síntomas para evitar otro aborto, el proceso lo viven con culpa y miedo, hasta que comienzan a sentirse seguras del desarrollo del bebé, pero este sube y baja emocionalmente lo viven en soledad pues no cuentan con el apoyo de sus parejas. Las mujeres que presentan exclusivamente diabetes gestacional y que nunca habían tenido otro problema de salud, toman el control de su cuerpo y hacen lo necesario para estar bien sin necesitar medicamentos. Durante su embarazo, se cuestionan su habilidad como madres aunque cuentan con el apoyo de su pareja y familia. Finalmente, las mujeres sin riesgo pueden disfrutar más el proceso de embarazo, su atención no se centra en su salud sino en lo su familia y la manera en que reaccionan a su condición. Depende la gravedad con que se vivan, centraran toda su vivencia.

CAPITULO 5

CONCLUSIONES

Este estudio permitió acercarse a la experiencia de las mujeres con embarazo de alto riesgo, se vio que las de mayor riesgo tienen más desventajas psicológicas y emocionales y dificultad para hacer frente a sus problemas de salud, y por otra parte también poder disfrutar el embarazo. También existen aspectos de su historia que las han hecho vulnerables como tener una infancia complicada y sin apoyo, además de situaciones actuales adversas, como las dificultades en su relación de pareja. Podemos ver que son personas que les cuesta trabajo establecer redes de apoyo pues la mayoría de sus relaciones significativas son negativas. Conforme el riesgo disminuye, las mujeres tienen menos complicaciones médicas para vivir el embarazo con mayor tranquilidad y equilibrio.

Las de moderado riesgo también presentan muchas complicaciones médicas y decepción por sus abortos. Sus relaciones de pareja están muy desgastadas por el hecho de que no han podido ser padres, lo que provoca un distanciamiento con la pareja. Emocionalmente, el embarazo lo viven muy ambivalente pues tienen mucho miedo y a la vez, sienten alegría por volver a ser madres. Tampoco cuentan con el apoyo de la madre, aunque esta situación les afecta un poco menos que a las de más riesgo.

Las mujeres de bajo riesgo no basaban sus experiencias en los problemas de salud. Más bien se concentraban en su relación de pareja (recodando que sus esposos eran militares), que, aunque les brinda mucho apoyo en el discurso, en la práctica, están solas debido al trabajo del esposo. Esto hace que se sientan solas y tristes. Estas mujeres se cuestionan la capacidad ser buenas madres, ya que consideran que primero se debe de tener una situación económica y de pareja estables antes de tener hijos, para así poder brindarles tiempo y calidad de atención.

Por último, las mujeres sin riesgo, son las que presentan menos complicaciones médicas, cuentan con una pareja sólida, apoyo de su familia, y sin ninguna enfermedad que ponga en riesgo su embarazo. A pesar de que en este grupo embarazo fue deseado,

planeado y que recibió atención médica adecuada, las mujeres se sienten preocupadas por otras razones como su relación de pareja y los periodos de separación que viven por su empleo. Dudan de la fidelidad de su esposo y de la relación que pueden establecer ellos con el nuevo bebé.

A pesar de las diferencias de los cuatro grupos, se encontró en cada uno que esperaba que el bebé lograra que la relación de pareja mejorara o que volviera a unirse. Esto es muy importante, ya que podemos ver que se deposita en el bebé, desde antes de nacer, la posibilidad de mejorar los problemas familiares y que además traerá "torta bajo el brazo", mejorando así todo lo malo que esté en su vida. Esto es algo, que no se estudió a fondo en este trabajo, pero que para futuras investigaciones valdría la pena conocer todas las expectativas que se depositan en el bebé y sus consecuencias.

Algo también que tuvieron en común los cuatro grupos fue el poco uso de métodos anticonceptivos, en especial cuando no estaba planeado el embarazo en este momento. A pesar de las campañas que se han llevado a cabo y que algunos métodos se distribuyen de manera gratuita en el sistema de salud, la mayoría de que recurren a ellos. De igual forma valdría la pena ver qué está ocurriendo en ese sentido, en relación a la ideología de la maternidad y otros factores acercarse a las mujeres y conocer por qué no los están usando y diseñar campañas, en especial para mujeres de alto riesgo, quienes corren peligro en cada embarazo.

Una de las aportaciones más importantes de esta tesis fue advertir que las mujeres de embarazo de riesgo requieren de apoyo para poder afrontar su embarazo de una mejor manera. Así mismo, es importante resaltar los beneficios de analizar el nivel de riesgo, ya que dependiendo el tipo de padecimiento dentro del embarazo y los factores de riesgo prenatales, las mujeres necesitan una atención distinta, respecto a su salud mental. La clasificación de alto riesgo engloba a toda mujer que presente un problema de salud previo o durante el embarazo que afecte el desarrollo del feto, sin analizar con detenimiento que las experiencias previas, el apego a los cuidados médicos, así como que tanto peligran su vida, que son elementos fundamentales que determinan la forma en que las mujeres viven y sufren su embarazo. Es importante también sensibilizar a los médicos

y enfermeras sobre los sentimientos que les produce el diagnóstico, ya que en algunos casos, los prestadores de servicios de salud pueden volveré una fuente de apoyo, en especial cuando la mujer no cuenta con ayuda externa.

Finalmente, a lo largo del estudio, se presentaron algunas limitaciones que hay que tomar en cuenta en la interpretación y conclusiones de este trabajo.

Una muy importante es la forma en la que se obtuvieron los datos. El objetivo inicial de las videograbaciones no era conocer la experiencia del embarazo de alto riesgo, sin embargo, en los grupos las mujeres embarazadas tuvieron la libertad para hablar de los temas que se consideraran más importantes en ese periodo de vida. A pesar de la riqueza de la información que se obtuvo, no se pudieron explorar de manera más profunda algunos temas, que son de gran importancia, y que permitirán entender mejor el fenómeno de riesgo y como afecta a las mujeres y a sus esferas.

Probablemente una entrevista a profundidad o un grupo focal, hubieran sido métodos más adecuados para conocer lo que es importante y significativo para estas mujeres y así llegar a comprender cómo ve, clasifica e interpreta su mundo en general (Selltiz, Wrightsman, y Cook, 1980).

Sin embargo, es importante recordar que el objetivo de esta tesis era describir la experiencia del embarazo de alto riesgo y tomando en cuenta la falta de estudios en este tema, la información y el análisis realizado permitió tener una visión acerca de estas mujeres y la manera en que viven la gestación de acuerdo a su nivel de riesgo.

Otro aspecto a considerar es que las mujeres tenían sintomatología depresiva y no sabemos en qué medida este estado de ánimo matizó sus experiencias, por lo que sería importante realizar estudios con población que no tenga sintomatología depresiva para ver si presentan falta de apoyo y problemas en sus relaciones importantes como las que mostraron las mujeres con síntomas de este trabajo.

De igual forma, las mujeres con alto y moderado riesgo recibían atención en un hospital de tercer nivel, donde sólo tienen acceso los casos más graves y son personas que no cuentan con otros servicios de salud o que no pueden acudir a atención privada. De esta manera, pueden existir grandes diferencias con otras poblaciones que presenten

los mismos riesgos pero que cuenten con más recursos, tanto económicos como sociales, e incluso personales, para hacerle frente a su condición.

Tomando en cuenta estas limitaciones y con base a los resultados encontrados, se sugieren los siguientes aspectos para próximas investigaciones:

Acercarse a la experiencia de las mujeres para abordar a través de entrevistas a profundidad y grupos focales, con una guía de entrevista donde se aborden temas que aquí han surgido como relevantes como la motivación para ser madre a pesar del riesgo, el poco uso de medidas anticonceptivas, la relación madre-hija, percepción y cuidados de sus problemas médicos, relación de pareja y familiar, entre otros.

Hacer estudios en población sin sintomatología depresiva, para conocer cómo viven el embarazo de riesgo.

Estudiar la población que reciba atención médica en otros servicios de salud y que sus condiciones de riesgo no sean tan graves como las que se observaron en esta muestra para acercarnos a la experiencia y conocer si la viven de distinta manera.

Uno de los tópicos que no se abordó en este estudio, pero que es de gran relevancia, sobre todo por los problemas de infertilidad que muestran algunas mujeres, es conocer la experiencia de aquellas que bajo tratamientos médicos lograron quedar embarazadas.

Algo que también queda pendiente y que tras la revisión teórica y los testimonios de las participantes se puede ver su importancia dentro del proceso de maternidad, es la paternidad. Tradicionalmente, el papel del hombre ha sido ser proveedor, sin participar en las tareas del hogar ni en el cuidado de los hijos (Salguero, 2006). Esto ha ido cambiando, sobre todo por la participación de las mujeres en ámbito laboral con el paso de los años y se ha vuelto más participativo en el cuidado de los hijos, sin embargo aun es visto como un extraño en este campo, donde se espera su apoyo práctico o económico o que no estorbe en las decisiones importantes (Figuroa Perea, 2006). Vale la pena escuchar sus voces y conocer su experiencia del embarazo desde su perspectiva de género, para ayudarlos a relacionarse mejor con sus hijos y sus parejas.

Finalmente, se sugiere que en los futuros trabajos se tome en cuenta el tipo de riesgo que presentan las mujeres, de acuerdo el tipo de problema de salud, ya que englobar a todas dentro de una sola categoría de alto riesgo, no permite ver las diferencias que existen en cada una de ellas y, por lo tanto, no son atendidas de forma adecuada sus demandas tanto de salud, como emocionales. Así mismo, desarrollar intervenciones para atender el estado de ánimo y mejorar las habilidades sociales y afectivas de las mujeres durante el embarazo, que tomen en cuenta el tipo de riesgo que presentan, ya que no solamente deben de cuidarse los aspectos físicos, sino también los mentales y sociales.

REFERENCIAS.

1. Adler, NE. (2000) Abortion and the Null Hypothesis . *Arch Gen Psychiatry*. 57:785-786.
2. Aguayo, F. (2003). Paternidades, políticas y programas. *Revisión de acciones y medidas para promover la participación del padre en el cuidado y la crianza de sus hijos e hijas*. Santiago: UNICEF.
3. Aguilar V., Muñoz R., Velasco J.L., Cabezas E., Ibargüengoitia F., Núñez R.M., Cerón S. (2001). *Práctica Médica Efectiva. Control Prenatal con enfoque de riesgo*. 3(9).
4. Anatrella, T. (2008). *La diferencia prohibida. Sexualidades, educación y violencia. La herencia de mayo de 1968*. Madrid: Ediciones Encuentro, S. A.
5. Asakura, H. (2005) *Cambios y continuidades: el empoderamiento de las mujeres mixtecas en la sexualidad y la maternidad en el contexto migratorio transnacional*. México, DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
6. Austin, M.P., (2003). Psychosocial assessment and management of depression and anxiety in pregnancy. *Australian Family Physician*, 32(3).
7. Badinter, E. (1984) ¿Existe el instinto maternal? historia del amor maternal, siglo XVII al XX. Barcelona: Paidós.
8. Belsky, J.L., Lang, M., Rovine, M.(1985). Stability and change in marriage across the transition to parenthood: a second study. *Journal of Marriage and the Family*, 47(4): 855-865.
9. Brandon A.R., Trivedi, M.H., Hynan, L.S., Miltenberger, P.D., Labat, D.B., Rifkin, J.B., Stringer, C.A. (2008). Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. *Journal of clinical psychiatry*, 69(4): 635-643.
10. Brazelton, B.T. & Cramer, B. G.(1993). *La relación más temprana*. Barcelona, España: Paidós.
11. Broussarda, E.R. & Cassidyb, J.(2010). Maternal perception of newborns predicts attachment organization in middle adulthood. *Attachment & human development*, 12, (1-2): 159-172.
12. Bruce, F.C., Berg, C.J., Hornbrook, M.C., Whitlock, E.P., Callaghan, W.M., Bachman, D.J., Gold, R., Dietz, P.M. (2008). Maternal morbidity rates in a managed care population. *Obstetrics & Gynecology*, 111(5):1089-1095.
13. Cabildo, M.H.(2002). *Salud Mental un enfoque preventivo*. México, D.F.: Editorial Unión.

14. Calderón, F (2006). Y parirás con dolor. Grupo Design.La paz, Bolivia.
15. Campos, B., Schetter, C.D., Abdou, C.M., Hobel, C.J., Glynn, L.M., Sandman, C.A.(2008).Familialism, social support, and stress: Positive implications for pregnant Latinas. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(2): 155-162.
16. Canaval, G. E., González, M. C., Martínez-Schallmoser, L., Tovatt, M. C., & Valencia, C. (2000). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 31(1): 4 – 10.
17. Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
18. Carvalheira, APP., Tonete, VLP., Parada, CMGL. (2010) Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbosidad materna grave. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18 (6): 1187-1194.
19. Carreño, M.J. (2002). Aspectos emocionales de la infertilidad. En Instituto Nacional de Perinatología (Ed.): *Psicología de la Reproducción Humana. Un enfoque integral*. México: Trillas.
20. Casique, I. (2003) Uso de anticonceptivos en México: ¿Qué diferencia hacen el poder de decisión y la autonomía femenina? *Papeles Poblac*; 35:209-236.
21. Ceballos-Martínez, I., Sandoval-Jurado, L., Jaimes-Mundo,E., Medina-Peralta, G., Madera-Gamboa,J. & Fernández-Arias, Y.F, (2010). Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas. *Revista Médica del Instituto Mexicano Seguro Social* 48(1):71-74
22. CIOMS (2002). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra: OMS
23. Chasin, R. (1978). *Embarazo, parto y recién nacido*. España: Plaza & Janes.
24. Chaudron, L.H., Klein, M.H., Remington, P., Palta, M., Allen, C. & Essex, M.J. (2001). Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *Journal of psychosomatic obstetrics Gynaecology*, 22(2):103-12.
25. Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad*. España: Edisa.
26. Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, Jamieson DJ, Reynolds MA, Wright VC. (2006). Ectopic pregnancy risk with assisted reproductive technology procedures. *Obstet Gynecol*. 107(3):595-604.

27. Coddington, R.D. (1979). Life events associated with adolescent pregnancies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40(4):180-185.
28. Colín A. (2004) Duelo, maternidad y fecundidad. *Debate Feminista*. 30.
29. Contreras, E., Arango, L.G., Zuluaga SX y Ocampo V. (2008) Diabetes y embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 59 (1): 38-45
30. Cortes, J.A. (2006). *Diez principales causas de embarazo de alto riesgo en el Hospital General de Zona No. 1. de la ciudad de Colima en el año 2004*. Tesis para obtener la especialidad en Medicina Familiar. México: Universidad de Colima, Facultad de Medicina.
31. Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L, Creanga AA, Tunçalp O, Balsara ZP, Gupta S, Say L, Lawn JE. (2011). National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet*. 377(9774):1319-30.
32. Da-Silva, V.A., Moraes-Santos, A.R., Carvalho, M.S., Martins M.L.P., Teixeira, N.A. (1998). Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian Journal of Medical Biological Research*, 31(6) 799-804.
33. Delval, J. (1994). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI.
34. Díaz, M., Le, H., Cooper, B. & Muñoz, R. (2007). Interpersonal factors and perinatal depressive symptomatology in a low-income Latina sample. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 13(4):328-336.
35. Dicksteina, S., Seifera, R., & Albusb, K.E. (2009). Maternal adult attachment representations across relationship domains and infant outcomes: the importance of family and couple functioning. *Attachment and human development*, 11 (1): 5-27.
36. Dodd JM, Flenady VJ, Cincotta R, Crowther CA. (2008) Progesterone for the prevention of preterm birth: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 112(1):127-134
37. Elsenbruch S, Benson S, Rücke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, Klapp BF, Arck PC. (2007) Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod*. ;22(3):869-877
38. Elsner, P., Montero, M., Reyes, C. & Zegers, B. (2000). *La familia: Una aventura*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
39. Espíndola, J.G.; Morales, F.; Díaz, E.; Escalante, A.; Pimentel, D.; Henales, C. & Ibarra, A.C. (2006a). Estudio descriptivo de la población psiquiátrica del Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecología y Obstetricia de México*, 74:476-482.

40. Espíndola, J. G., Morales, C. F., Díaz, F. E., Pimentel, N. D., Meza, P., Henales, A. C., Carreño, M. J. & Ibarra, A. C. (2006b). Malestar psicológico: algunas manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatología y Reproducción Humana*, 20: 112-122.
41. Espíndola, J.G., Morales, F., Henales, C., Brull, A., Sánchez, C., Carreño J. y Watty, A. (2008). Una propuesta psicoterapéutica para la mujer con embarazo de alto riesgo y víctima de violencia doméstica. *Perinatología y Reproducción Humana*; 22(4): 261-269.
42. Estrada, F., Hernández-Girón, C., Walker, D., Campero, L., Hernández-Prado, B., Maternowska, C. (2008). Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. *Salud Pública*. 50 (6): 472-481
43. Everingham, C. (1997). *Maternidad: Autonomía y dependencia. Un estudio desde la Psicología*. Madrid: Narcea S.A. Ediciones.
44. Faisal-Cury, A. & Rossi Menezes, P.(2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Ment Health*,10(1):25-32.
45. Faiz AS, Ananth CV.(2003). Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 13(3):175-190.
46. Feinholz, D. & Avila, H. (1996) Embarazo no deseado: el problema de la temporalidad. En: Lartigue, T., Avila, H. (1996). *Sexualidad y reproducción humana en México*. México:Universidad Iberoamericana.
47. Felice, E., Saliba, J., Grech, V. & Cox, J.(2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of Affective Disorders*, 82: 297- 301.
48. Fernández-Cuartero, S. (2009). Aspectos Sociales, afectivos, motores y cognitivos de los niños y niñas hasta los doce años. *Revista Educaula*. 3: 13-24.
49. Fernández-MacGregor, A. & Arcelus, M. (1988). Aspectos psicológicos durante el embarazo, parto y puerperio. En: Atkin L., Arcelus M., Fernández-MacGregor A., Tolbert, K. (Eds). *La psicología en el ámbito perinatal*. México: Instituto Nacional de Perinatología. pp 106-133.
50. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. (2006) Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev*. 29(3):445-455.

51. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Schanberg S, Kuhn C, Deeds O, Contogeorgos J, Ascencio A. (2008) Chronic prenatal depression and neonatal outcome. *Int J Neurosci.* 118(1):95-103.
52. Figueroa Perea, JG (2006) Generación de datos sobre comportamientos reproductivos de varones en México. *Papeles de Población.* 16 (65): 131-161
53. Fonagy, P., Steele, H. & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development, 62:* 891-905.
54. García G (2009) Cuerpo y narrativa: una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en la ciudad de Buenos Aires. *Horizontes Antropológicos* 15 (32): 247-272.
55. Getahun, D., Nath, C., Ananth, C.V., Chavez, M.R. & Smulian, J.C.(2008). Gestational diabetes in the United States: temporal trends 1989 through 2004. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 98(5):*525.
56. Gilbert, E.S. y Harmon, J.S. (2003). *Manual de embarazo y parto de alto riesgo.* España, Madrid: Elsevier.
57. Glenn EN, Chang C y Forcey LR (1994) *Mothering: Ideology, Experience and Agency,* New York: Routledge.
58. Gómez, M.E. y Aldama, E. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y salud, 17 (1):* 53-61.
59. González, G.; Sánchez, C.; Gómez, M.E.; Aldana E. y Morales, F.(2008). Autoconcepto en el embarazo de alto riesgo y en la pérdida gestacional recurrente. *Ginecología y Obstetricia de México, 76(3):*143-145.
60. González, M. A. (1999). *La maternidad: volviendo a (ser como) la madre.* Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres. Madrid: Siglo XXI.
61. González-Forteza, C.; Romero, M.; Morales, F., Gutierrez, E. (1993). Respuestas de enfrentamiento y su relación con el estado emocional de pacientes obstetricas. Un estudio en México. *Psicopatología, 13(1):* 17- 23.
62. González-Forteza, C., Morales, F., Mas, C., Caraveo, J. & Gutiérrez, E. (1990) El malestar psicológico y su relación con los eventos de la vida: estudio comparativo entre mujeres embarazadas y mujeres con trastornos ginecológicos. *La Psicología social en México, III:* 56-60

63. Gotlib, I.H., Whiffen, V.E., Wallace, P.M. & Mount, J.H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(2):122-32.
64. Hackel, L.S. & Ruble, D. (1992). Changes in the Marital relationship after the first baby is born: predicting the impact of expectancy disconfirmation. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*(6): 944-957.
65. Hasan R, Baird DD, Herring AH, Olshan AF, Jonsson Funk ML, Hartmann KE. (2009). Association between first-trimester vaginal bleeding and miscarriage. *Obstet Gynecol. 114*(4):860-867.
66. Hasin, D.S., Goodwin, R.D., Stinson F.S. & Grant, B.F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry, 62*(10):1097-1106.
67. Hays, S. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós.
68. Hoge, H. (2002). *Womens stories of divorce at childbirth*. United States: The Hawort clinical practice press.
69. Hughes, P.M., Turton, P. & Evans, C.D. (1999). Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *British Medical Journal, 26* (318)(7200):1721-17244.
70. INEGI (2006) *ENADID. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006*. México: INEGI
71. Izquierdo, M. J. (2004). *El cuidado de los individuos y de los grupos: ¿quién cuida a quién? Organización social y género*. Debate Feminista 15 (30).
72. Jelin, E. (1984). *Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada*. Argentina: CEDES
73. Kemp, V.H. & Page, C. (1987). Maternal self-esteem and prenatal attachment in high-risk pregnancy. *Maternal child nursing journal, 16*(3):195-206
74. Kessler, D., Sharp, D. & Lewis, G. (2005). Screening for depression in primary care. *British Journal of General Practice, 55*(518):659-60.
75. Knibiehler, I. (2001). *Historia de las madres y la maternidad en Occidente*. Argentina: Nueva Visión.
76. Kuklina EV, Ayala C, Callaghan WM.(2009). Hypertensive disorders and severe obstetric morbidity in the United States. *113*(6):1299-1306.

77. Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H. & Ylikorkala, O.(2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*,95(4):487-490.
78. Kvale, S. (1996) Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing. USA: Sage Publications.
79. Lagarde, M. (1993). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. 2ª Ed. México:Coordinación General de Estudios de Posgrado, UNAM.
80. Lamas M. (1994) Cuerpo: diferencia sexual y de género. *Debate Feminista*. 19: 3-31.
81. Lara, M.A.; Acevedo, M.; Luna, S.; Weckmann, C; Villarreal, A.L. y Pego, C. (1997). *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión*. Editorial Pax, México.
82. Lara, M.A. Mondragón, L. Rubí N.A. (1999) Un estudio de factibilidad sobre la prevención de la depresión en las mujeres. *Salud Mental* 22,4, 41-48.
83. Lara, MA; Navarro, C; Navarrete, L; Cabrera, M; Almanza, J; Morales, F; Juárez, F. (2006) Sintomatología depresiva en el embarazo y factores asociados en tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29(4) 55-62.
84. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. (2010) Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *Journal of Affective Disorders*, 122, 109-117.
85. Lara, MA, Navarro C., Navarrete, Le H. (2010) Retention Rates and Potential Predictors in a Longitudinal Randomized Control Trial to Prevent Postpartum Depression. *Salud Mental*, 33(5), 429-436.
86. Lara, M.A. & García Hubard, M.T. (2009).*Manual para orientadores de grupo de la intervención: Abriendo tu amor para recibir a tu bebé: Cómo prevenir la tristeza y depresión en el embarazo y después del parto*. Instituto Nacional de Psiquiatría.
87. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
88. Lawrence JM, Contreras R, Chen W, Sacks DA. (2008). Trends in the prevalence of preexisting diabetes and gestational diabetes mellitus among a racially/ethnically diverse population of pregnant women, 1999-2005. *Diabetes Care*. 31(5):899-904
89. Leathers, J. S. & Kelley, A.M. (2000). Unintended pregnancy and depressive symptoms among first time mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*,70(4):523-31.
90. Letechipia, G. (2007). *Relación de pareja y síntomas de depresión durante el embarazo*. Tesis para Licenciatura en Psicología: México. UNAM.

91. Lobel, M., Hamilton J.G. & Cannella, D.T.(2008). Psychosocial Perspectives on Pregnancy: Prenatal Maternal Stress and Coping . *Social and Personality Psychology Compass*,2(4): 1600–1623.
92. Lopez-Ibor, A. J., & Valdéz Millar, M. (2008). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR. Madrid: Masson.
93. Luo X, Lim CE, Huang C, Wu J, Wong WS, Cheng NC. (2009). Heterotopic pregnancy following in vitro fertilization and embryo transfer: 12 cases report. *Arch Gynecol Obstet.*;280:325–9
94. Lupton, D. & Barclay, L. (1997) *Constructing Fatherhood, Discourses and Experiences*. London, Sage.
95. MacFarlane, A. (1977). *Psicología del nacimiento*. Madrid: Morata.
96. Macy, C. & Falkner, F. (1980). *Embarazo y Nacimiento*. México: Editorial Tierra Firme.
97. Maldonado-Duran, M. & Feintuch, M. (2001). Salud mental del bebé, intervenciones durante el embarazo. *Perinatología y Reproducción Humana*,15(1): 31-41.
98. Maloni, J., Ponder B. (1997) Fathers' Experience of Their Partners' Antepartum Bed Rest. *Journal of Nursing Scholarship*. 29, (2): 183–188.
99. Marcus, M.S., Flynn, H. A., Blow, F. C. & Barry, K. L.(2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics. *Journal of Womans Health*, 12 (4):373-380.
100. Martin J, Sidman R. (2003) Late postpartum eclampsia: a common presentation of an uncommon diagnosis. *J Emerg Med*. 25(4):387-90.
101. Martínez, O. L. R. (2006). La importancia de tener un hijo varón y algunos cambios en la relación padre-hijo en México. *Papeles de Población*, 48, 181-204.
102. Martínez, S. (2002). Psicología del embarazo en: INPER (2002) *Psicología de la reproducción humana un enfoque integral*. México: Trillas.
103. Mayan, M. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos. Modulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales*. Alberta Canadá. Disponible En: <http://www.Ualberta.Ca/~liqm/Pdfs/Introduccion.Pdf>
104. McCain GC, Deatrick JA.(1994) The experience of high-risk pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 23(5):421-7.
105. McConachie, H., Hammal, D., Welsh, B., Keane, B., Waterston, T., Parker, L. & Cook, M.(2008). Wellbeing of new mothers. *Community Practice*, 81(3):19-22.

106. McQueen, G. & Chokka, P.(2004). Special Issues in the Management of Depression in Women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(1); 27S- 40S.
107. Medina-Mora, ME., Rascón, ML., Tapia R., Mariño, MC., Juárez F., Villatoro, J., Caraveo, J., Gómez M. (1992) Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Reseña de la VII Reunión de Investigación*. 3: 48-55.
108. Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S.(2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26 (4.): 1-16,
109. Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Hilfinger, Messias, D.K. & Shumacher, K.(2000) Experiencing transitions: an emerging middle - range theory. *Advances in nursing science*, 23 (1): 12-18.
110. Melville JL, Gavin A, Guo Y, Fan MY, Katon WJ.(2010) Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstet Gynecol*. 116(5):1064-1670.
111. Mendoza, ME, Sánchez,B, García M y Ávila H. (2002). Morbilidad percibida y control prenatal. Estudio de campo. *Perinatol Reprod Hum*. 16: 26-34.
112. Millán, T., Yevenez, R., Galvez, M. & Bahamonde, M. (1990). Encuesta sobre síntomas de depresión en embarazadas de un consultorio urbano de atención primaria. *Revista Médica de Chile*, 118: 1230-1234.
113. Miller, WB y Jones J. (2009). The effects of preconception desires and intentions on pregnancy wantedness. *Journal of Population Research*. 26 (4): 327-357.
114. Miron J, Chapman JS. (1994) Supporting: men's experiences with the event of their partners' miscarriage. *Can J Nurs Res*. 26(2):61-72.
115. Miyoshi J, Ohba T, Fukunaga M, Katabuchi H. (2011). Clinical features of early-stage nonhydropic mole for diagnosis of persistent trophoblastic disease. 118(4):847-853.
116. Mojarro, O., Mendoza, D. (2007). *Tendencias y cambios determinantes en las políticas de anticoncepción en México y el mundo: ¿qué hemos logrado y a donde se pretende llegar?* *Salud Pública* 49 : 238-340.
117. Molina, M.E. (2006). Transformaciones histórico culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psykhé*, 15 (2): 93-103.

118. Morales, F., Luque, M. & Barroso, J. (2002). Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. *Perinatología y reproducción humana*, 16(4):157-162.
119. Muñoz, R.F., Ghosh-Ippen, C., Lee, H., Lieberman, A.F., Diaz, M.A. & La Planre, L. (2001). El Curso de Mamás y Bebés: Construyendo una Realidad Saludable. Cuaderno para las Estudiantes. Hospital General de San Francisco. San Francisco: Universidad de California.
120. Nazario RCP, Turato ER. (2007) Fantasías sobre embarazo y maternidad relatadas por mujeres adultas fértiles en hemodiálisis, sudeste de Brasil: un estudio clínico-cualitativo. *Rev latino_ am enfermagem*. 15 (1):55-61
121. Niemann I, Petersen LK, Hansen ES, Sunde L. (2006) Predictors of low risk of persistent trophoblastic disease in molar pregnancies. *Obstet Gynecol*. 107(5):1006-1011.
122. Nicolson, P. (1999). Loss, happiness and postpartum depression. *Canadian Psychology*, 40(2), 162-178.
123. O'Connor, E.A., Whitlock, E.P., Beil, T.L. & Gaynes, B.N. (2009). Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Annals of intern Medicine*, 151(11):793-803.
124. O'Hara MW.(1986) Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 43: 569-573.
125. Olavarría, J. (2003). Los estudios sobre masculinidades en América Latina. Un punto de vista. En: *Anuario Social y Político de América Latina y El Caribe*. Nueva Sociedad – FLACS
126. Olivar, A.(2002). Cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el embarazo. *Revista de la Federación Odontológica Colombiana*, 201: 37-51.
127. Oliviera, M.(1998).*La educación sentimental. Una propuesta para adolescentes*. Barcelona: Icaria Editorial.
128. Oquendo, M., Lartigue, T., González, I. & Méndez, S. (2008) Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatología y reproducción humana*, 22(3): 195-202.
129. Ortega, L., Lartigue, T., & Figueroa, M. E. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS). *Perinatología y Reproducción Humana*, 15: 11-20.
130. Ortigosa-Corona, E., Karchmer, S. (1996). Factores relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo. *Ginecología y Obstetricia de México*, 64:90-95.

131. Palomar, C. (2005) Maternidad: historia y cultura. *Revista de estudios de género. La ventana.* 22: 35-67.
132. Perry DF, Ettinger AK, Mendelson T, Le HN. (2011) Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants.
133. Pimentel, B. (2007). Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil de la C. N. S., La Paz- Bolivia. *Revista Paceña de Medicina Familiar*, 4(5), 15-19.
134. Puyana, Y., & Mosquera, C. (2005). Traer hijos o hijas al mundo: Significados culturales de la paternidad y la maternidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3:111-140.
135. Quevedo MP. (2010) *Experiências, percepções e significados da maternidade* para mulheres com gestação de alto risco. Tesis para Doctorado en Psicología. Universidade de Sao Paulo Faculdade de Saúde Pública. Brasil
136. Qiu, C., Sanchez, S.E., Lam, N., Garcia, P.& Williams, M.A.(2007). Associations of depression and depressive symptoms with preeclampsia: results from a Peruvian case-control study. *Womens Health*, 27:7-15.
137. Radloff, L. (1997). The CES-D Scale: A Self-report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1: 385-401.
138. Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A. & Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 49(3):167-80.
139. Rivera, A. R. (2004) *Cultura, masculinidad y paternidad: las representaciones de los hombres en Costa Rica*. 2a. ed. San José, C. R. : Flacso.
140. Rudman, A, y Waldenström, U. (2007). Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *Health Services Research*, 5;7:178.
141. Saletti, L. (2008) "Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad". *Clepsydra* 7: 169-183.
142. Salgado de Snyder, V. N., Maldonado, M. (1994) Características psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Pública de México.* 36 (2): 200-209.
143. Salguero, Alejandra (2006). Significado y vivencia de la paternidad en algunos varones de los sectores socioeconómicos medios de la Ciudad de México. En: J. G. Figueroa, L.

- Jiménez y O. Tena (coords.) Ser padres, esposos e hijos: prácticas y valoraciones de varones mexicanos (57- 94). México: El Colegio de México.
144. Salihu HM, Bekan B, Aliyu MH, Rouse DJ, Kirby RS, Alexander GR. (2005) Perinatal mortality associated with abruptio placenta in singletons and multiples. *Am J Obstet Gynecol.* 193(1):198-203.
145. Salvatierra, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Salud 2000. Barcelona, España: Editorial Martínez Roca.
146. Sánchez-Bringas A. (1996) Cultura patriarcal o cultura de mujeres, una reflexión sobre las interpretaciones actuales. *Política y cultura* 6: 161-168.
147. Sapién I. J. S. & Córdoba B. D. I (2007) *Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento*. *Psicología y salud.* 17 (2).
148. Secretaria de Salud (1993). *Norma oficial Mexicana Nom-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. México: Secretaría de salud.
149. Secretaria de Salud (2007). *Observatorio del Desempeño Hospitalario 2006*. México: Secretaria de Salud.
150. Secretaria de Salud (2008). *Guía práctica clínica para el Control Prenatal con enfoque de riesgo*. México: Secretaria de Salud.
151. Secretaria de Salud (2008). *Programa de acción específico 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida*. México: Secretaria de Salud.
152. Selltiz, C., Wrightsman, L., Cook, S. (1980). Métodos de investigación en las relaciones sociales. Ed. Rialp. Madrid. Cap. III y IV.
153. Serrano, F., Lima M.L (2006) Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples . *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 79 (4) :585-594,
154. Shapiro, A.F., Gottman, J.M. & Carrere, S. (2000).The baby and the marriage: identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *Journal of Family Psychology,* 14(1): 59- 70.
155. Silva L, Santos RC, Parada CMGL. Compreendendo o significado da gestação para grávidas diabéticas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2004;12(6):899-904

156. Sistema Nacional de Información. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2007. Hallado en <http://sinais.salud.gob.mx/> Acceso el 17 de julio de 2010.
157. Smith, M.V., Rosenheck, R.A., Cavaleri, M. A., Howell, H.B., Poschman, K.& Yonkers, K.A.,(2004). Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatric Services*, 55(4); 407- 414.
158. Spanier, G.B. & Glick, P.C. (1980). The life cycle of American families: an expanded analysis. *Journal of Family History*, 5(1):97-111.
159. Stern, D. (1997). *La constelación maternal: un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. México: Paidós.
160. Toledo, G. (2005). *Fundamentos de Salud Pública*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
161. Usandizaga, J.A, De la Fuente, P. (1997) *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Madrid: MacGrawHill. Interamericana.
162. Velasco, V., Navarrete, E., Pozos, J.L. & Cardona, J.A.(1999).Mortalidad materna por preeclampsia-eclampsia en la Región La Raza (1988 a 1997). *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*,37(5):349-356.
163. Videla, M. (1991). *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
164. Villarreal, E., Garza, M.E., Núñez, G., Rodríguez, S. & Rodríguez, O.(2007). Costo de la atención prenatal: instituto mexicano del seguro social. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 72(5): 298-303.
165. Vinaccia, S., Sánchez, M. V., Bustamante, E. M., Cano, E. J., Tobón, S. (2006). Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1): 41-51.
166. Vikanes A, Skjaerven R, Grjibovski AM, Gunnes N, Vangen S, Magnus P. (2010) Recurrence of hyperemesis gravidarum across generations: population based cohort study. *BMJ*. 2010 Apr 29;340:c2050. doi: 10.1136/bmj.c2050.
167. Wachtel, P.L. (2010). One-person and two-person conceptions of attachment and their implications for psychoanalytic thought. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91 (3): 561–581.
168. Webb, Campbell, Schwartz (1981) *Nonreactive Measures in the Social Sciences*. USA Houghton Mifflin School.

169. Westdahl C, Milan S, Magriples U, Kershaw TS, Rising SS, Ickovics JR. (2007) Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstet Gynecol* 110(1):134-140.
170. Zampieri, MFM (1999) Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. *Texto & contexto enferm*;8(1):203-221,
171. Zayas, L. H., Cunningham, M., Mckee, M. D. & Jankowski, K.R.(2002). Depression and negative life events among pregnant African-American and Hispanic women. *Women's Health Issues*, 12(1):16-22.

ANEXO

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito

De acuerdo a la entrevista anterior respecto a su embarazo, su estado de ánimo y problemas de salud, nuestros resultados indican que usted presenta factores de riesgo que la vuelven vulnerable ante la depresión posparto/ tiene un nivel de síntomas de depresión que podría no desaparecer solo. Nos gustaría, por lo tanto, invitarla a participar en un curso que le ayudará a manejar estos síntomas y mejorar sus habilidades como madre sabiendo más sobre su bebé.

Los resultados del curso al que la invitamos nos ayudarán a mejorarlo para que más mujeres puedan beneficiarse de él.

Procedimiento

El curso consiste en 8 clases, una cada semana, de dos horas cada clase; se llevará a cabo aquí en el Instituto y serán conducidas por una psicóloga con amplia experiencia en estos cursos.

Su participación es muy importante ya que sabemos que a las mujeres que lo han tomado les sirve mucho y aprenden muchas cosas.

Es posible que grabemos algunas clases. Estas grabaciones se usarán para evaluar el desempeño de las facilitadoras del curso y con fines científicos.

Si tuviese cualquier duda acerca del estudio a lo largo del curso, puede consultar después de las clases o en las clases posteriores.

Como parte del curso se le harán tres entrevistas, un poco parecidas a las que ya tuvo, una ahora o en una cita posterior, una después de que termine el curso, y otra seis semanas después de que nazca su bebé. Durarán entre media y una hora. Si usted no puede asistir a la entrevista la podemos visitar en su casa o donde usted considere más conveniente.

Su participación en este estudio es **voluntaria** y su decisión no influirá sobre ninguno de los tratamientos que recibe actualmente o que deba recibir en el futuro.

Posibles beneficios

En este curso **aprenderá** sobre el embarazo, cuidados del bebé y cómo prepararse mejor para ser mamá, así como sobre la depresión, sus causas y la manera de enfrentarla. En las clases recibirá información, podrá resolver sus dudas y podrá hablar sobre lo que le esté pasando en relación a usted y su bebé.

Si acepta participar le entregaremos \$15 pesos como ayuda para su transporte en cada clase Si decide **no** tomar el curso veremos otras alternativas de tratamiento y le obsequiaremos un libro sobre la mujer, **sin ningún costo**.

Posibles riesgos

Hemos visto que las participantes de estos cursos hablan de sus sentimientos de dolor, ansiedad y tristeza, pero esto les ayuda a después sentirse mejor. Aunque puede sentir temor de hablar de cosas personales, buscamos que las participantes sean **respetuosas** entre ellas durante las clases y que no cuenten fuera de la clase lo que se platica.

Derecho a retirarse del estudio

Aunque nos gustaría que tomara todo el curso, puede dejarlo en el momento que no le agrade sin afectar su condición como paciente del Instituto.

Confidencialidad

Nos es importante recalcar que toda la información que usted nos proporcione será confidencial y siempre en beneficio de usted. Esta información se mantendrá bajo resguardo y se hará todo lo necesario para que nadie pueda identificarla como la persona que dio las respuestas.

Preguntas

Es nuestro compromiso responder a todas sus dudas respecto al estudio y llevar a cabo el curso conforme los lineamientos que le acabo de leer y entregar. Por lo tanto cualquier duda que surja antes, durante o después de las entrevistas o del curso, podrá consultarla conmigo.

Nombre: _____ Teléfono: _____

También puede dirigirse a la titular del proyecto Dra. Ma. Asunción Lara, al 56 55 28 11 ext. 155.

¿Le gustaría participar?

Si acepta participar, le agradecemos de antemano su colaboración y le pedimos completar los siguientes datos:

Yo. _____ Declaro libremente que estoy de acuerdo en participar en este estudio, cuyo objetivo, beneficios y riesgos me fueron especificados por las entrevistadoras. Ellas me han ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar la presente, no hubiese expresado o surja durante el desarrollo del estudio. Se me ha informado que puedo retirar mi consentimiento de participar en cualquier momento sin que ello signifique afectaciones en la atención médica que se me proporciona.

Para los fines que se estime conveniente, firmo la presente junto a la especialista que me brindó la información para obtener mi autorización.

México D. F., a _____ de _____ del _____