



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
PSICOLOGÍA Y SALUD

**LA EXPERIENCIA DE MALESTAR PSICOLÓGICO EN MUJERES  
CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

DOCTORA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARÍA EUGENIA GÓMEZ LÓPEZ

TUTOR PRINCIPAL: DRA. SHOSHANA BERENZON GORN

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

COMITÉ TUTORAL: DRA. MARÍA ASUNCIÓN LARA CANTÚ

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

DR. FRANCISCO MORALES CARMONA

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

DRA. MARÍA EMILY ITO SUGIYAMA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DRA. CATALINA GONZÁLEZ FORTEZA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

MÉXICO, D. F. DICIEMBRE 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*A mi hijo Andrés,  
por ser el motor que me impulsa  
a alcanzar mis sueños.*

*A mis padres  
Ma. Eugenia y Hugo,  
por sus amor y sus enseñanzas.  
y por acompañarme y apoyarme  
en cada uno de mis logros.*

## Agradecimientos

*La gratitud no es sólo la mayor de las virtudes,  
sino que engendra todas las demás.*

-Marco Tulio Cicerón-

Muchas fueron las personas que, de una u otra forma, contribuyeron para la realización de este trabajo, y es justo reconocerlo y agradecerlo. Esperando no olvidar a nadie...

Agradezco a mi Comité Tutorial:

En primer lugar, a la Dra. Shoshana Berenzon Gorn por todo su apoyo y guía para la realización de este proyecto, por darme la libertad de explorar otros caminos y por estar abierta y dispuesta siempre a conocer y apoyar mis inquietudes, muchas gracias.

A la Dra. Asunción Lara Cantú, por su generosidad para abrirme un espacio de aprendizaje en sus proyectos, por compartirme sus experiencias y sus conocimientos, por creer en mis ideas y por motivarme a ver y conocer otros puntos de vista, mil gracias.

Al Dr. Francisco Morales Carmona, por su tiempo y orientación en las distintas etapas de este trabajo, gracias.

A la Dra. Emily Ito Sugiyama, maestra y guía, siempre con el comentario exacto, siempre provocando la reflexión, es difícil poner en palabras lo mucho que le debo...pero creo que Ud. lo sabe, infinitamente gracias.

A la Dra. Catalina González Forteza, quien aunque se integró casi al final de este trabajo, sus comentarios y su entusiasmo fueron de mucho estímulo, gracias.

A las mujeres entrevistadas por aceptar participar en este trabajo, pero sobre todo por compartirme sus experiencias y su dolor, aprendí mucho de ello, muchas gracias.

A mis compañeros y amigos de los distintos seminarios que cursé durante mis estudios, tanto del seminario de tesis como del seminario de metodología, porque juntos compartimos angustias y alegrías, certezas e incertidumbres, juntos crecimos y construimos nuestros proyectos, siempre dispuestos a dar el mejor comentario, pero lo más importante, todos me dejaron algo de sí, gracias a todos y de manera especial a Araceli, Pati, David, Laura, Malena, Isabel, Ingrid, ¡gracias chicos!

A mis amigos y compañeros de trabajo: Eva, Ceci y Marco, por acompañarme en el camino, por su apoyo e interés en mis avances, gracias, siempre gracias.

De manera muy especial, quiero reconocer y agradecer a mi familia su presencia, su apoyo e interés en esta faceta de mi vida, de manera individual...

En primer lugar, a mi adorado hijo Andrés, por su paciencia y comprensión, por su cariño y motivación para lograr esta meta, ¡gracias por tooodo hijo!!

A mis padres, María Eugenia y Hugo, por ser mi fortaleza y mi guía, por impulsarme siempre a dar lo mejor de mí, sobre todo a través del estudio; y por la dicha de tenerlos todavía conmigo para compartir este logro.

A mis hermanos, Alejandra, Hugo, Lourdes y Germán, mis compañeros de vida, siempre presentes en todos mis logros.

A mis queridos sobrinos: Ale, Iván, Rodrigo, Pablo y Sebastián, porque su cariño y su entusiasmo siempre me motivan.

A mis amigos y familiares que estuvieron pendientes de mí durante este proceso.

Por último...gracias a la vida y gracias a la Universidad, por brindarme la oportunidad de regresar a la vida académica y a las aulas, así como de crecer y madurar como persona y como profesional a través de este doctorado.

## ÍNDICE

<b>Agradecimientos.....</b>	<b>ii</b>
<b>Resumen / Abstract.....</b>	<b>vii</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>ix</b>
<b>1. Implicaciones biopsicosociales del embarazo de alto riesgo.....</b>	<b>1</b>
1.1 Atención prenatal.....	6
1.1.1 <i>Atención médica del embarazo en México.....</i>	<i>9</i>
1.2 Función social de la maternidad.....	12
1.3 Aspectos sociales del embarazo de alto riesgo.....	16
1.4 Aspectos psicológicos del embarazo de alto riesgo.....	19
1.5 Aspectos biológicos del embarazo de alto riesgo.....	22
1.5.1 <i>Enfermedades crónicas previas al embarazo.....</i>	<i>24</i>
1.5.2 <i>Complicaciones del embarazo actual.....</i>	<i>27</i>
1.5.3 <i>Otros factores de riesgo.....</i>	<i>29</i>
<b>2. Salud mental de la mujer con embarazo de alto riesgo.....</b>	<b>31</b>
2.1 Antecedentes del estudio de la salud mental de la mujer durante el embarazo.....	33
2.2 Investigación de la salud mental en Latinoamérica .....	36
2.2.1 <i>Investigación de la salud mental en México.....</i>	<i>38</i>
2.3 Depresión perinatal.....	40
2.4 Ansiedad perinatal.....	44
2.5 Malestar psicológico durante el embarazo.....	47
2.6 Malestar psicológico de las mujeres durante el embarazo: una mirada desde el interaccionismo interpretativo.....	59

<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>72</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>72</b>
<i>Objetivo general.....</i>	<i>72</i>
<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>72</i>
<b>3. Método.....</b>	<b>74</b>
3.1 Estrategias para elegir a las participantes.....	74
3.2 Participantes.....	76
3.3 Escenario.....	77
3.4 Instrumento.....	78
3.5 Categorías de análisis.....	78
3.6 Consideraciones éticas.....	78
3.7 Procedimiento.....	80
<b>4. Resultados.....</b>	<b>84</b>
4.1 Antecedentes de las mujeres entrevistadas.....	84
4.2 Embarazo y maternidad.....	91
4.3 Tipo de riesgo del embarazo.....	99
4.4 Embarazos anteriores.....	105
4.5 Otros significativos.....	113
4.5.1 Pareja.....	113
4.5.2 Familia.....	116
4.5.3 Otras redes de apoyo.....	121
4.6 Atención médica actual.....	123

4.7 Malestar psicológico.....	127
<b>Discusión.....</b>	<b>140</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>163</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>169</b>
<b>Apéndices.....</b>	<b>185</b>



## Resumen

La salud mental perinatal se ha estudiado a partir del decenio de 1950, desde el enfoque biomédico y psicosocial, cuya tendencia es ver al embarazo y posparto como una situación de vulnerabilidad en la mujer para desarrollar psicopatología (ansiedad o depresión). No obstante, se le ha dado poca importancia al estudio del embarazo de alto riesgo y a su impacto sobre la salud mental de la mujer. Son muy pocos los estudios que desde un modelo crítico-contextual han abordado la experiencia emocional de la mujer frente al embarazo. Se propone al malestar psicológico como un concepto que abarca esta experiencia emocional y que se entiende como algunas manifestaciones emocionales que surgen desde del contexto de la vida cotidiana, sobre todo frente a momentos de crisis, y aunque dichas manifestaciones tienden a “naturalizarse” y a verse como algo “normal”, llegan a generar importantes costos para la salud y bienestar de las mujeres.

Con base en el interaccionismo interpretativo de Denzin, el objetivo de este estudio es interpretar la experiencia vivida por algunas mujeres durante su embarazo de alto riesgo, que las lleva a manifestar malestar psicológico durante la gestación.

Participantes: 12 mujeres con embarazo de alto riesgo por enfermedad previa al embarazo actual, complicaciones del embarazo y otros factores de riesgo; seis mujeres con malestar psicológico y seis sin malestar psicológico; de 18 años y mayores, pacientes del Hospital de Tercer Nivel para la Atención Obstétrica (HTNAO).

Método: Estudio interpretativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas basadas en una guía con los siguientes temas: a) Maternidad; b) Tipo de riesgo del embarazo; c) Embarazos anteriores; d) Otros significativos; e) Atención médica y f) Malestar psicológico durante el embarazo.

Análisis de la información: Con base en el análisis de significados de Kvale, se analizaron los relatos de las seis categorías exploradas.

Resultados: Las mujeres viven su embarazo como de alto riesgo cuando tienen enfermedades previas y complicaciones del embarazo. Las mujeres viven su embarazo sin riesgo cuando presentan otros factores de riesgo. Se obtuvo un modelo explicativo del malestar psicológico en las mujeres con embarazo de alto riesgo, en el que no tener hijos vivos, haber tenido dos o más pérdidas previas, no contar con el apoyo de la pareja y la familia y haber sido hospitalizada en algún momento de este embarazo, generan malestar psicológico.

Conclusiones: el malestar psicológico en las mujeres con embarazo alto riesgo es un proceso emocional, que se da en un continuo en el que todas las mujeres pueden llegar a presentarlo, pero que se exagera a partir de epifanías: la noticia de un embarazo inesperado, no planeado, y el diagnóstico de embarazo de alto riesgo. Esto provoca la manifestación de diferentes gamas de emociones y en distinta intensidad.

*Palabras clave:* embarazo de alto riesgo, malestar psicológico, maternidad, atención médica, embarazo previo.

## Abstract

Perinatal mental health has been studied since the 1950s through both biomedical and social science lens. Pregnancy and the postpartum have commonly been viewed as periods of increased risk for developing psychopathology (anxiety and depression). High risk pregnancies and its impact on women's mental health, however, have not been equally studied. Very few studies have addressed women's emotional experience of pregnancy from a critical-contextual framework. This work proposes that psychological distress is part of women's emotional experiences during pregnancy and that psychological distress is one of the emotional manifestations that occur within women's daily life when faced with a crisis. Although these emotional manifestations tend to be seen as "normal," they generate a significant cost to the health and wellbeing of women.

Based in the interpretative interactionism model of Denzin, the objective of this study is to interpret the lived experience of several women who present psychological distress during their high risk pregnancy.

**Participants:** The study sample was comprised of twelve women with pregnancies considered high risk due to an illness prior to the pregnancy, complications during pregnancy, or other risk factors; six of these women experienced psychological distress and six did not. All of the women were 18 years old or older and were patients at a third-level hospital in the obstetric care unit.

**Methods:** In this interpretative study, semi-structured interviews were carried out. An interview guide focused on the following topics: a) Maternity; b) Type of pregnancy risk; c) Previous pregnancies; d) Social support; e) Medical care, and f) Psychological distress during pregnancy.

**Data analysis:** The interviews were analyzed according to Kvale's analysis of meanings were categorized based on the six aforementioned topics.

**Results:** Women who experienced illness prior to pregnancy and complications during pregnancy experience a high risk pregnancy. Women participants with other risk factors experience pregnancy without risk. An explanatory model described factors of psychological distress among women with high risk pregnancies. Those factors include not having living children, having had two or more perinatal losses, lack of social support from partner and family, and having had a hospitalization during pregnancy.

**Conclusions:** Psychological distress among women with high risk pregnancies presents itself on a continuum in which all women can experience psychological distress, but it is exacerbated in some women during two epifanies: the news of an unexpected and unplanned pregnancy, as well as the diagnosis of a high-risk pregnancy. These moments of crisis provoke manifestations of different emotions of varying intensity.

**Key words:** High risk pregnancy, psychological distress, maternity, medical care, previous pregnancies.

## Introducción

El estudio de la salud mental de la mujer durante el embarazo surge casi a la par de la atención médica prenatal, hace más de 50 años. Desde entonces, tanto para el estudio del embarazo de alto riesgo como de la salud mental de la mujer durante esta etapa reproductiva, ha prevalecido el enfoque biomédico, el cual explica la enfermedad en función de los síntomas físicos, dejando de lado las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales de la misma.

Desde esta mirada, la literatura mundial es muy amplia y ha contribuido de gran manera en el avance científico de la atención de ambos fenómenos. Por ejemplo, el estudio de la salud mental de la mujer durante el embarazo se ha enfocado en los trastornos mentales que ésta presenta durante la gestación o en el posparto, siendo los más estudiados, la sintomatología ansiosa y depresiva. Esta línea de investigación ha producido una enorme cantidad de estudios para conocer detalladamente su etiología, sus causas, sus efectos, los factores de riesgo que pueden producirlos, el impacto que tienen sobre la mujer y su hijo. Todos estos resultados han contribuido a construir un gran cuerpo de conocimientos que sustenta los avances que existen en este campo. Sin embargo, y al mismo tiempo, desde su interior, han surgido dudas y cuestionamientos acerca de los instrumentos de tamiz y de diagnóstico utilizados para detectar la sintomatología depresiva y ansiosa en la etapa perinatal, de la precisión de los diagnósticos y de los resultados obtenidos en diversos ámbitos y con diferentes poblaciones, e incluso del sobrediagnóstico de estos trastornos.

A partir de esto, emanan algunos cuestionamientos como: ¿realmente es tan alta la incidencia de los síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo y el posparto en las mujeres? o en ocasiones, ¿algunas manifestaciones emocionales no constituyen propiamente un trastorno sino más bien un malestar psicológico, es decir, una reacción emocional frente a las circunstancias en las que se da el evento reproductivo? Estas preguntas aparecen cada vez con más frecuencia entre los estudiosos del tema, señalando que algunas mujeres presentan manifestaciones emocionales durante la gestación, de las cuales algunas no reúnen criterios formales para un diagnóstico clínico –considerados más bien síntomas subclínicos– y que, no obstante, requieren atención por parte de los profesionales de la salud.

Es por esto que se decidió abordar este trabajo desde una perspectiva biopsicosocial, en la cual se integren los aspectos médicos propios del embarazo, así

como la experiencia emocional de las mujeres frente a este evento reproductivo y el contexto social en el que se presenta, entendiendo al funcionamiento humano como una interacción entre la situación social y la subjetividad. A partir de esto se busca entender de qué manera interactúan estos tres ámbitos para que la mujer, frente a la experiencia de un embarazo de alto riesgo, manifieste malestar psicológico. Para ello, se parte del modelo crítico-contextual y subjetivo de atención de la salud, que considera al proceso de salud-enfermedad como parte de la vida cotidiana, donde los individuos expresan su singularidad y en combinación con lo colectivo y, asimismo, este modelo plantea que en el proceso de enfermedad intervienen tanto el contexto social como la experiencia vivida y los síntomas tienen un significado simbólico. Además se ve a la salud como un proceso de construcción permanente.

Se eligió hablar de malestar psicológico, ya que es un concepto que refleja la experiencia emocional de las mujeres, más allá de una etiqueta diagnóstica, en donde no se emplea un lenguaje clínico que describa sintomatología, sino el lenguaje en el que las propias mujeres explican sus vivencias, es decir, ellas dan voz y significado a lo que sienten, viven y perciben durante este evento reproductivo y sus complicaciones. En este sentido, pocos son los estudios que se han interesado por conocer estos aspectos desde la experiencia de las propias mujeres.

Existen diversos enfoques que hablan del **malestar psicológico**, o también conocido como *malestar emocional* (Glazier, Elgar, Goel y Holzapfel, 2004), *alteraciones transitorias* (Austin y Priest, 2005), *dolor psíquico* (Hagen y Barrett, 2007), *malestar psicosocial* (Velasco, 2006a), entre otros, desde los cuales se plantea, por ejemplo, que “el malestar psicológico es *desazón, incomodidad indefinible* y como “*sentirse mal*” (Mora, 2004). No obstante, su presencia no necesariamente indica patología, por el contrario, los malestares se asocian más bien a crisis vitales, a etapas que generan angustia, decaimiento, miedo y ansiedad, a partir de eventos *de la vida cotidiana* que los producen en la familia, el trabajo, en la comunidad, en las actividades de la vida diaria.

En el caso del embarazo, se considera que es necesario profundizar en el conocimiento de las experiencias emocionales de la mujer en su vida cotidiana que se asocian a la gestación y que influyen en su manifestación, llamadas en este trabajo *malestar psicológico*, puesto que ésta es una condición poco estudiada hasta el momento, y que podría contribuir a abordar y entender la salud mental de las mujeres desde otra perspectiva, en la que no siempre es necesario ver como psicopatológica su

condición emocional frente a la gestación, y más cuando está implicada su salud y la de su bebé por tratarse de un embarazo de alto riesgo. Este tema tampoco ha sido muy estudiado por los especialistas, ni se ha tomado en cuenta la influencia de las condiciones de salud de la mujer durante el embarazo sobre su salud emocional.

Estas dudas son importantes y habría que retomarlas para profundizar en su estudio, para comprender qué aspectos y cómo interactúan en estas manifestaciones emocionales de las mujeres embarazadas. Sin embargo, sería necesario hacerlo desde otra mirada, otra perspectiva que permita alcanzar mayor comprensión de este fenómeno. Para ello se propone abordar el tema desde el interaccionismo interpretativo.

El interaccionismo interpretativo es un enfoque teórico que tiene como foco principal aquellas experiencias de vida que alteran y moldean radicalmente los significados que las personas dan a ellos mismos y a sus experiencias (Denzin, 2001). El embarazo de alto riesgo es una experiencia en la vida de las mujeres que tiene un impacto similar al planteado por este autor, debido a la importancia que tiene la maternidad en una cultura como la mexicana. Así mismo, muy pocos estudios se han preocupado por comprender el significado que tiene para las mujeres las complicaciones que pudiera tener en su embarazo y el impacto sobre su salud y la de su hijo.

Este enfoque busca que las experiencias problemáticas vividas por las personas ordinarias estén disponibles para el lector. Se esfuerza por capturar y representar las voces, emociones y acciones de quienes son estudiados. El interaccionista interpreta estos mundos, sus significados y sus representaciones.

Así mismo, esta perspectiva puede utilizarse cuando el investigador desea analizar las relaciones entre los problemas personales y las políticas e instituciones públicas que se han creado para dirigirse a estos problemas. Propone, además, que se deben captar, comprender e interpretar más ampliamente las perspectivas y experiencias de aquellas personas atendidas por los problemas mencionados, si realmente se quieren crear programas efectivos y sólidos. En el caso del embarazo es importante conocer cómo impactan las políticas públicas en salud y la atención médica brindada por las instituciones, en la vivencia de las mujeres con embarazo de alto riesgo y en la manifestación de su malestar.

El interaccionismo interpretativo asume que cada ser humano es universalmente singular. El individuo debe estudiarse como una instancia única de experiencias y procesos sociales más universales. Los estudios interpretativos con su foco en la epifanía, intentan descubrir esta interrelación compleja entre lo universal y lo individual, entre los problemas privados y las cuestiones públicas en la vida de una persona (Denzin, 2001).

Es por esto que el interés principal de este trabajo es conocer las experiencias emocionales de las mujeres alrededor del embarazo de alto riesgo, el contexto en que se da el evento reproductivo y lo que éste significa en su vida, la vivencia del embarazo y la maternidad, así como la interacción de la mujer con su pareja, su familia y otras redes sociales a partir del diagnóstico de alto riesgo y también el significado de la atención médica recibida en otros embarazos y en el actual, para obtener una comprensión de todos los aspectos que intervienen en la manifestación de malestar psicológico durante el embarazo de alto riesgo.

La relevancia de este trabajo radica en que existen pocos estudios que aborden la salud mental de la mujer desde un enfoque interpretativo y que además se interesen por conocer su experiencia frente a las complicaciones de la gestación. Así mismo, a partir de los resultados obtenidos se proponen pautas para desarrollar un modelo de intervención específico para esta población que incluya tanto a la mujer como a todos los participantes en la atención de su salud durante la gestación.

Por **embarazo de alto riesgo** se entiende aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación o 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 (Norma Oficial Mexicana, 1993).

**Malestar psicológico** se define en este trabajo como: algunas manifestaciones emocionales que surgen desde del contexto de la vida cotidiana, sobre todo frente a momentos de crisis, y aunque dichas manifestaciones tienden a “naturalizarse” y a verse como algo “normal”, llegan a generar importantes costos para la salud y bienestar de la población (Burin, 1990).

En este trabajo se abordan los siguientes temas:

En el capítulo 1 se hace una revisión de los principales aspectos biopsicosociales del embarazo de alto riesgo, considerando los diferentes modelos de atención de la salud, los aspectos sociales del riesgo, la función social de la maternidad y las principales políticas públicas en México con respecto a la atención del embarazo. Así mismo, se revisan los aspectos psicológicos que influyen en la salud mental de la mujer y, finalmente, se hace una revisión de los aspectos médicos de las principales condiciones consideradas de riesgo durante el embarazo.

En el capítulo 2 se analizan los avances en la investigación mundial acerca de la salud mental perinatal, desde su surgimiento, sus alcances y sus limitaciones y se revisan también los fundamentos del concepto de malestar psicológico, de dónde surge y desde qué enfoques se le ha estudiado, para concluir con la propuesta teórico-metodológica que sustenta este trabajo, así como el planteamiento del problema y los objetivos.

En el capítulo 3 se explica el método seguido para la realización de este trabajo, mientras que en el capítulo 4 se presentan los resultados obtenidos, organizados por cada una de las seis categorías analizadas: 1) Embarazo y maternidad, 2) Tipo de riesgo, 3) Embarazos anteriores, 4) Otros significativos, 5) Atención médica actual y 6) Malestar psicológico y desde el punto de vista de cada grupo de riesgo considerado: enfermedades previas al embarazo actual, complicaciones de embarazo y otros factores de riesgo.

Los hallazgos se discuten a la luz del marco teórico desarrollado, para arribar finalmente a las conclusiones.

## CAPÍTULO 1

### IMPLICACIONES BIOPSIICOSOCIALES DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

El embarazo es un evento reproductivo en el que se da vida a un nuevo ser, en el que intervienen aspectos biológicos, psicológicos y sociales, que influyen en su desarrollo y evolución, así como en el estado emocional de la mujer, por lo que, para su estudio, debe abordarse de manera interdisciplinaria.

Para estudiar el embarazo de alto riesgo y la salud mental de la mujer durante este evento reproductivo de manera integral, es necesario considerar los diferentes modelos de atención a la salud que existen para su abordaje, ya que esto permite comprender el sentido que tiene la investigación existente sobre el tema, los avances y las aportaciones conseguidos al respecto y la razón de las políticas públicas para su atención. Además, estos modelos parten de diferentes conceptos de salud-enfermedad, de causalidad de la enfermedad, así como de los modelos de atención y tratamiento desarrollados. También se basan en una visión específica de la relación médico-paciente y emplean métodos de investigación determinados, a los que subyacen enfoques epistemológicos distintos, lo que genera diferentes perspectivas para abordar un mismo fenómeno.

De acuerdo con Velasco (2006b), los principales modelos de atención de la salud son: **1) el modelo biomédico**, el cual predomina tanto en la atención como la investigación en salud, basado en un enfoque positivista, que estudia los síntomas como todo aquello que se separa de la normalidad y todo aquello que pueda observarse objetivamente. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud, basada en este enfoque, creó el **modelo de promoción de la salud**, el cual se define como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de su salud para mejorarla. Además constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual” (WHO, 1998, p. 10). **2) Modelo crítico-contextual y subjetivo**, el cual parte del supuesto de que se es y se enferma según la cultura en que la que se vive y las



situaciones sociales por las que se pasa. Sus modelos de atención de la salud se basan en la comprensión del funcionamiento humano como una interacción entre la situación social y la subjetividad. Se ve al o a la paciente como sujeto, y se propone una clínica de la escucha centrada en ellos. La persona está en la historia, tiene biografía y lo que le ocurre y sus síntomas tienen significados; a los cuales no es tan importante describirlos, clasificarlos y diagnosticarlos, sino interpretarlos y comprenderlos.

3) **Modelo crítico-feminista**, el cual afirma que la teoría feminista es una teoría crítica que, junto con las teorías críticas contextuales, añade una aportación principal, y es que consideran la diferencia sexual como fuente de comprensión de los fenómenos humanos. Además, es el estudio de las relaciones entre los sexos y sus efectos sobre la vida y la salud de cada uno, el cual se fundamenta sobre el presupuesto de la opresión de las mujeres en el sistema patriarcal, visibilizando las relaciones de poder-subordinación determinadas por ese sistema. Velasco (2006b) menciona también que el ser humano tiene sexo y vive y enferma bajo los significados de su sexo/género.

Finalmente, se encuentra **4) el paradigma holístico**, el cual integraría de manera utópica los modelos ya mencionados.

En la tabla 1 se presenta un resumen las principales propuestas teóricas, señalando la posición epistemológica, concepción de enfermedad y modelo de atención de cada una.

En este sentido, el *bloque crítico-contextual y subjetividad* se basa en el paradigma interpretativo, el cual comprende el proceso de salud-enfermedad como parte de la vida cotidiana, por lo que está mediado por relaciones sociales, culturales e históricas, lo que implica una visión de “comunidad”, donde los individuos se expresan en su singularidad y en combinación con lo colectivo. De esta forma, la salud ya no se entiende como un estado; es un proceso de construcción permanente que reconoce lo cultural y lo social como manifestaciones simbólicas y materiales que comprenden todas las relaciones del hombre y, por tanto, de su vida misma; la realización de un campo de salud implica una intervención sobre la vida más que sobre la enfermedad (Berenzon, 2003).

**Tabla 1. Modelos de atención de la salud**

	<b>Bloque biomédico</b>	<b>Bloque crítico-contextual y subjetivo</b>	<b>Bloque crítico-feminista</b>	<b>Paradigma holístico</b>
<b>Teorías</b>	Biomédica Psicosocial <i>Promoción de la salud*</i>	Socialista, biopsicosocial, ecosocial, psicoanalítica	Feminismos	Integral
<b>Posición epistemológica</b>	Positivismo	Marxismo, sociología, constructivismo, interaccionismo	Liberal, socialista, radical, cultural, estructuralista, etc.	Integrada (posición utópica)
<b>Concepto de enfermedad</b>	Trastorno anatómo-fisiológico, síntomas y signos desviados de la normalidad	Proceso en el que interviene el contexto social y la experiencia vivida	Proceso biológico y la expresión de los conflictos en la posición social, los roles y la identidad sexual	
<b>Modelo de atención</b>	El cuerpo es el objeto de la observación médica que describe lo objetivo: diagnóstica y clasifica	La persona está en la historia, tiene biografía y lo que ocurre tiene significados, los síntomas tienen significado simbólico	Las personas tienen sexo igual que los médicos. El sexo y su significados (género), son explicaciones potenciales del proceso salud-enfermedad	
<b>Método de investigación</b>	Métodos cuantitativos, positivistas	Métodos cualitativos, interpretativos	Métodos cuantitativos y cualitativos	

Adaptado de Velasco (2006b) y \*WHO (1998).

Por su parte, Castro (2000) señala que dentro de los enfoques interpretativos se destaca la capacidad de los actores para dar significado a diferentes situaciones sociales y de actuar y no sólo “reaccionar” en consecuencia. Las corrientes interpretativas analizan las maneras específicas en las que los individuos sienten, perciben y definen los diferentes aspectos de la vida social, de tal forma que se transforman en experiencias significativas para ellos. Es decir, se parte de la exploración directa de los testimonios de las personas.

Tanto en el estudio del embarazo de alto riesgo como de la salud mental de la mujer durante este evento reproductivo, ha prevalecido el enfoque biomédico, el cual explica la enfermedad en función de los síntomas físicos, sin considerar las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales de la misma. Este enfoque a su vez, promueve la división mente-cuerpo, perspectiva planteada por el paradigma cartesiano, el cual separa

el sujeto del objeto, con la esfera propia de cada uno, la filosofía y la investigación reflexiva por un lado, y, por otro, la ciencia y la investigación objetiva. Esto determina una doble visión del mundo: por una parte, un mundo de objetos sometidos a observaciones, experimentaciones, manipulaciones. Por otra, un mundo de sujetos que se plantean problemas de existencia, comunicación, conciencia, destino (Morín, 1998, p. 226).

Por su parte, el enfoque psicosocial fue desarrollado por el psiquiatra George L. Engel, en 1977, como una crítica al enfoque biomédico que prevalecía en ese momento, el cual se limitaba a ver y explicar la enfermedad únicamente por la desviación de la norma de las variables biológicas (somáticas) medidas; es decir, en función de la manifestación de sus síntomas físicos. Este investigador consideraba reduccionista este modelo científico, porque separaba a la mente del cuerpo, y no tomaba en cuenta dentro de su marco las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales de la enfermedad. Esto es, hasta aquel momento no se tomaba en cuenta el contexto en el que vivía el paciente, ni su situación de vida, ni su estado emocional, ni su conducta, como posibles explicaciones de su enfermedad. A partir de estos planteamientos, este autor propuso un modelo médico nuevo, un modelo psicosocial, en donde se incluyeran y se comprendieran los determinantes psicológicos, sociales y culturales que intervenían en cómo los pacientes comunicaban sus síntomas de enfermedad.

Velasco (2006b) señala que el enfoque psicosocial pertenece al mismo modelo biomédico, por lo que se apega a los mismos supuestos y considera a lo social como estímulos externos que actúan sobre el cuerpo y contempla a la mente como un órgano más, estudia las reacciones psicofisiológicas (en forma de respuesta de estrés, por ejemplo) de este órgano a aquellos estímulos. Su causalidad propone que la enfermedad depende de la susceptibilidad y respuesta del individuo frente a factores ambientales (modelo del estrés).

Desde este modelo biomédico, el embarazo se ve como un riesgo en potencia, como un evento que puede ser peligroso, por lo que requiere de vigilancia médica continua durante toda la gestación, para reducir los riesgos, controlar lo accidental y proporcionar las condiciones para tener al mejor bebé posible. El auge de la industria farmacéutica y la prevalencia de intereses económicos y políticos han originado que se redefinan en términos médicos, aspectos de la vida cotidiana que anteriormente se

consideraban como pertenencia de otros dominios, a esto se le llama *medicalización* (Castro, 2000, pp. 88-95).

Antes del decenio de 1930, el embarazo era visto como un proceso fisiológico natural, y el nacimiento se veía como un evento social, que se atendía en casa por la partera, quien además proporcionaba apoyo social y su conocimiento y experiencia al respecto, pues incluso esta no se consideraba una labor digna del médico, salvo en aquellos casos que se complicaban. Sin embargo, desde el surgimiento de la atención prenatal en ese mismo decenio, el embarazo ha sufrido un proceso de medicalización<sup>1</sup>, en el que el ambiente social para la atención de la mujer durante el embarazo y el parto cambió por uno en donde la cultura dominante es la ciencia, en donde se sustituyó la experiencia y el conocimiento de las parteras por la comprensión del “experto” de la mecánica del nacimiento para educar a la mujer acerca de la reproducción con los últimos conocimientos científicos; y a partir del cual también se modificó el rol de la mujer frente al evento reproductivo, asumiendo su nuevo papel de *paciente* (Castro, 2000, pp. 88-95).

En consecuencia, la eliminación de la idea de *normalidad* en este proceso provee la justificación para la intervención médica. La medicalización del embarazo ha pasado por dos etapas de transformación ideológica frente a la población: de ser un evento básicamente *social* se transformó en uno de carácter *biológico* y de ahí en uno *médico* (Castro, 2000, pp. 88-95).

De acuerdo con Castilla (2005), en México la configuración actual de la maternidad también es el resultado de los procesos históricos ocurridos en torno a la medicina, la política y la economía. Durante el primer decenio del siglo XX, la maternidad mexicana fue influida por los discursos médicos, puntualmente el de los eugenistas (ciencia que trata de todas las atribuciones que mejoran las cualidades innatas o materia prima de una raza y aquellas que la pueden desarrollar hasta alcanzar la máxima superioridad), en combinación con los intereses políticos de remodelación de la nación luego de la revolución de 1910-1917. Es decir, es preciso entender la

---

<sup>1</sup> La tesis de la *medicalización* se relaciona estrechamente con la noción de la *construcción social de la realidad*, cuyo argumento central es que aquellos que detentan el poder médico constantemente redefinen en términos médicos aspectos de la vida cotidiana que anteriormente se consideraban como pertenencia de otros dominios. Con respecto al embarazo, está la importancia que le da la medicina a la probabilidad de desarrollar alguna patología durante esta etapa o durante los primeros años de crianza (Castro, 2000, pp. 88-95).cuyo argumento central es que aquellos que detentan el poder médico constantemente redefinen en términos médicos aspectos de la vida cotidiana que anteriormente se consideraban como pertenencia de otros dominios. Con respecto al embarazo, está la importancia que le da la medicina a la probabilidad de desarrollar alguna patología durante esta etapa o durante los primeros años de crianza (Castro, 2000, pp. 88-95).

medicalización de la maternidad dada por los eugenistas en ese contexto de reconstrucción del Estado y rediseño de la nación. Ansiosos por remodelar a la nación de acuerdo con las disciplinas emergentes de la psicología, la genética y la bacteriología, los eugenistas mexicanos gravitaban hacia tres elementos clave de la reproducción y la socialización: la maternidad, la sexualidad y los niños. A partir de ello, se han elaborado diversas políticas públicas encaminadas a disminuir la mortalidad materna y a que los niños tengan los mismos derechos a desarrollarse de manera integral desde su nacimiento.

No obstante, aunque existe la tendencia a ver al embarazo como un evento con un riesgo potencial que requiere atención control médico, se debe destacar que en el caso del embarazo de alto riesgo sí existen condiciones reales que pueden afectar la salud, e incluso la vida, tanto de la mujer como de su hijo y esto tiene un impacto sobre su estado emocional, distinto del de un embarazo normal.

Para comprender mejor las implicaciones biopsicosociales del embarazo de alto riesgo, se considera pertinente hablar de los antecedentes del desarrollo de la atención prenatal y cómo ésta se ha ido modificando a lo largo del tiempo.

### **1.1 Atención prenatal**

La atención médica durante el embarazo tiene su origen a principios del siglo XX en Inglaterra, dada la elevada mortalidad materna que había en ese momento; aunque también por la situación social de esa época, se consideraba como una necesidad tener infantes saludables para contar con soldados en condiciones para la guerra, y para el trabajo en el campo y en las fábricas (Alfaro, Villaseñor, Valadez, Guzmán y González, 2006). Asimismo, el desarrollo de técnicas como los rayos X comenzaron a definir la forma en que se asumiría el cuidado prenatal en la que la supervivencia del feto llegó a ser un factor importante (Henley-Einion, 2003).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2003), a finales del decenio de 1930, las autoridades del Reino Unido e Irlanda del Norte decidieron que todas las mujeres deberían ser revisadas durante el embarazo como parte integral del cuidado materno, este desarrollo se estimuló considerando la mortalidad materna debida a sepsis puerperal, hemorragia y labor obstruida, las cuales disminuyeron sustancialmente en años posteriores. Durante la segunda mitad del siglo XX, la conciencia internacional creció al mismo nivel en que se desarrollaron las dimensiones de la tragedia de la mortalidad materna, por lo que los gobiernos

nacionales colaboraron con asistencia técnica de agencias donantes para asegurar que las mujeres embarazadas en los países en desarrollo tuvieran acceso a la atención médica, por lo que muchos programas enfocaron su atención en proporcionar cuidado prenatal más que cuidados al momento del parto. Sin embargo, posteriormente se decidió que el cuidado prenatal debería orientarse a mejorar la salud de la madre para evitar realmente la mortalidad materna.

Por lo anterior, Ballantine, médico perinatólogo escocés, en 1901 abrió varias clínicas de maternidad, entre ellas, el *Royal Maternity Hospital*, del cual era el director (Dunn, 1993). Posteriormente, se estableció que todas las mujeres deberían tener seguimiento médico durante el embarazo. En los decenios de 1940, 1950 y 1970 la *National British Trust Fund* realizó encuestas acerca de las causas de mortalidad y morbilidad materna y se indicaron las maneras de disminuirlas. Se establecieron pautas para las visitas mensuales al médico y los aspectos a evaluar en ellas. Tiempo después, se consideró importante utilizar otras pruebas para valorar la salud de la madre y el feto. En dichas encuestas se detectó que era necesario tomar en cuenta durante la atención médica aspectos como clase social, fumar, nutrición, evitar la agresión por parte de la pareja durante el embarazo, que la mujer tuviera descanso adecuado y la posibilidad de tener una licencia por maternidad si la madre trabajaba. Además, una parte destacada del cuidado prenatal implicaba preguntar a la madre por sus condiciones sociales (Alfaro, *et. al*, 2006).

Según Palomar (2005), en el contexto deprimido de la postguerra (mediados del decenio de 1940 e inicios del de 1950), en Europa, los bebés representaban la esperanza de un mundo mejor, y coherente con este factor, se comenzaron a producir una serie de discursos científicos que confluyeron con la construcción de “su majestad el bebé”, figura tiránica por excelencia: la pedagogía, la puericultura, la pediatría, la psicología infantil, entre otros, todos ellos basados en la prioridad del niño sobre la madre y subrayando el papel fundamental de ésta en la salud general de su criatura.

En el decenio de 1960, se extendieron las clínicas prenatales, disminuyeron las clínicas comunitarias y el cuidado de parteras, perpetuando y consolidando el cambio del nacimiento social al nacimiento en el hospital (y con ello el nacimiento medicalizado). De este modo, el parto dejó de verse como un fenómeno natural y se convirtió en un evento médico (Henley-Einion, 2003).

En México, la atención del embarazo y el parto data de la época prehispánica, ya que el nacimiento, por ejemplo, entre los nahuas estaba envuelto de gran espiritualidad y se desarrollaba entre ritos y oraciones. La mujer embarazada era tratada con cuidados especiales y se celebraban con ella ceremonias religiosas y era atendida por la partera o *ticitl* (Castelazo, Aguilar y Calderón, 1970). En la época colonial (1521-1821) la dominación española introdujo el cristianismo como credo rector, combatiendo los elementos de magia, superstición e idolatría que contaminaba grandes áreas de la actuación humana en todos sus aspectos, incluyendo la curación de enfermos.

En el siglo XVIII, los cirujanos romancistas fueron los primeros en procurar imprimir cierto carácter técnico-científico al ejercicio obstétrico. Sin embargo, existían rivalidades entre las parteras y los médicos por la atención de las mujeres embarazadas. A finales del siglo XVIII y principios del XIX, se encontraron los primeros indicios de atención obstétrica hospitalaria, con la creación del “Departamento de Partos Ocultos” como un anexo del Hospicio de los Pobres, en el que se atendía a mujeres españolas y criollas que habían concebido un hijo fuera del matrimonio y en el cual eran cuidadas con gran sigilo para evitar que abortaran y hubiera un escándalo social. En esta misma época empezaron a practicarse las primeras operaciones cesáreas en mujeres muertas, ya que era el único medio para evitar que se sepultara a las madres difuntas con los fetos vivos y asegurar una vida espiritual de los niños por medio del bautismo. Dicha operación la practicaban los sacerdotes hasta 1804, a través de la Real Orden, que es cuando se cree que los médicos o cirujanos comenzaron a ocuparse de su ejecución y, por ende, del ejercicio de la obstetricia. Esto limitó el papel de las parteras (Rodríguez, 2000).

En la época del México independiente, en 1865 se estableció la Casa de Maternidad, primera institución pública dedicada a la atención obstétrica. En 1905 inició sus actividades el Hospital General de México, con dos salas de atención obstétrica, por lo que se clausuró la antigua Maternidad.

Con el inicio de la Revolución Mexicana se entorpeció de manera transitoria, pero definida, el progreso natural en el campo científico. A principios del siglo XX, el Dr. Isidro Espinosa de los Reyes, destacado obstetra, planteó la necesidad de establecer una red que brindara atención preventiva en las etapas prenatal y posnatal. Realizó un trabajo acerca de las causas de la mortalidad infantil en México y posteriormente, creó

el Servicio de Higiene Infantil en 1929. Fundó la Casa de Maternidad en Chapultepec (hoy el Instituto Nacional de Perinatología). Fue el primer mexicano en incorporar el término *prenatal* o *antenatal* descrito por Ballantine en los programas de higiene pública (Alfaro *et. al*, 2006; Castelazo, *et al*, 1970).

En 1945 se fundó la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia para la promoción y progreso de todos los aspectos científicos de la especialidad en México, generando publicaciones, reuniones científicas y promoviendo la enseñanza de la especialidad. Surgieron los hospitales especializados como los del Seguro Social y de la Secretaría de Salud (Castelazo, *et al*, 1970).

En este sentido, puede apreciarse cómo la atención prenatal en nuestro país, que en un inicio era proporcionada por parteras y enfermeras, pasó a manos de los médicos. De tenerse una visión del embarazo como una etapa normal y vinculada íntegramente al proceso de la vida, se convirtió en un proceso médico prioritariamente de orden biológico, cuyos avances científicos han disminuido la mortalidad fetal: uno de sus principales objetivos (Alfaro, *et. al*, 2006).

#### *1.1.1 Atención médica del embarazo en México*

En 1993 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993: *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*. Dicha Norma plantea que: “La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez” (Norma Oficial Mexicana, 1993).

Su objetivo es establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y el cuidado del recién nacido normales y su observancia es obligatoria para todo el personal de salud, en las unidades de salud de los sectores público y privado, a nivel nacional que atienden a mujeres embarazadas,



parturientas, puérperas y a los recién nacidos. Asimismo, esta Norma define el embarazo de alto riesgo como: “Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación o 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” (Norma Oficial Mexicana, 1993).

Por otro lado, las políticas públicas existentes actualmente en México acerca de la atención de la mujer embarazada y de su hijo, propuestas en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (Secretaría de Salud, 2007) consideran que las complicaciones del embarazo no deberían provocar la muerte materna, ya que “existen las medidas de promoción de la salud y atención prenatal y obstétrica para evitar que este tipo de complicaciones terminen en una muerte materna. La presencia de estas muertes, por lo tanto, nos habla de un problema de acceso o un problema de calidad”.

No obstante, una de sus principales estrategias está orientada a reducir dicha mortalidad, ya que “de acuerdo a su desarrollo económico y social, se estima que se deberían presentar 417 defunciones maternas cada año. Esa es la meta que se ha planteado para este 2015. En la actualidad, se presentan 2.1 millones de embarazos cada año, alrededor de 300 mil tienen complicaciones obstétricas, —esto es, 14.2% son considerados como embarazos de alto riesgo—. El impacto que estas complicaciones obstétricas siguen teniendo en el país es enorme ya que 30,000 mujeres quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas, falleciendo anualmente, 1,100 mujeres lo que provoca una secuela social de 3,000 huérfanos cada año. Vale recordar que 80% de estas defunciones maternas son prevenibles. Más aún, 280 muertes, ocurren entre beneficiarias del programa más importante de desarrollo social de este país” (CNEGySR, 2009).

Recientemente, se ha reconsiderado además, el enfoque de riesgo en las políticas públicas y se plantea que las complicaciones durante el embarazo son difíciles de pronosticar pero posibles de tratar. Para ello proponen un enfoque, basado en lo dicho por la OMS, el cual considera que todas las mujeres embarazadas pueden presentar una complicación, lo cual ha llevado a modificar la propuesta de atención y obliga a disponer de dos estrategias: una que privilegia el cuidado profesional del parto, y otra que pone énfasis en la atención obstétrica de emergencia (AOE) para evitar la muerte materna. Esta propuesta se centra en la provisión de atención obstétrica de emergencia las 24 horas de los 365 días del año, en el primer y segundo nivel de atención. Así

mismo, se reconoce que el acceso a los servicios también está siendo limitado, aunque por otras razones, como el desmantelamiento del primer nivel como instancia de atención de partos; la sobredemanda de camas hospitalarias en el D.F. y el Estado de México; la consecuente sobresaturación de los servicios y las remodelaciones de nosocomios realizadas en los últimos años que han propiciado el rechazo de las mujeres que requieren atención en los hospitales de segundo nivel, así como la carencia de cunas en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Por lo que se considera que el comportamiento de la mortalidad materna en México revela las dificultades de los servicios de salud públicos para lograr una disminución continuada (CNEGySR, 2009).

Una de las metas propuestas en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 es reducir la razón de mortalidad materna de 89, que es la cifra que presentaba el país en 1990, a 22.3 por 100,000 nacidos vivos en 2015. Esto significa que el número total de muertes maternas anuales debe disminuir de 2000 que se producían en 1990 a 420 en 2015. A menos de 10 años de concluir el tiempo establecido el avance es de 45 por ciento (Secretaría de Salud, 2007). Este Programa señala además que 80% de las muertes maternas se dan en los hospitales, principalmente, por causas relacionadas con la enfermedad hipertensiva del embarazo (25%) o con hemorragias durante el mismo. Otras causas de mortalidad materna son: otras complicaciones del embarazo, sepsis y otras infecciones y complicaciones puerperales, muerte obstétrica y causas obstétricas indirectas (Secretaría de Salud, 2007).

De acuerdo con el Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEGySR, 2009), la muerte materna es evitable y es mundialmente aceptada como indicador de la calidad de la atención a la salud, pues el conocimiento y la tecnología médica disponibles hacen factible que 99% de ellas sean prevenidas. Esta institución señala además que una observación frecuente en los análisis de muertes maternas está en relación directa con los múltiples motivos por los cuales se difiere la atención médica a las mujeres embarazadas, y no solamente en los criterios de derecho-habienencia, sino también, en ocasiones, está en función de la carencia de infraestructura física y/o de personal calificado las 24 hrs y las dilaciones en este sentido pueden condicionar, en cualquier momento, un riesgo inminente para la vida. Por esto, el Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) destaca que, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, es necesario reconsiderar la consulta prenatal y convertirla en un espacio propicio para dotar de información y educación a las embarazadas

(información sobre el grupo sanguíneo y Rh), llevar a cabo la identificación de mujeres con padecimientos previos, a fin de evitar las muertes maternas por causas indirectas.

A pesar de que desde hace 80 años es una preocupación mundial evitar la mortalidad materna, hasta el día de hoy, en México sigue siendo motivo de inquietud, por lo que continúa siendo esto uno de sus principales objetivos de las políticas de salud existentes. Se cree necesario retomar aquí este tema, porque el embarazo de alto riesgo es el precursor de la mortalidad materna si no se atiende debidamente, y aunque es menos mencionada su morbilidad, es preciso prestarle mayor atención, sobre todo por el impacto y las secuelas psicológicas que deja en las mujeres que lo viven.<sup>2</sup>

Sin embargo, pretender estudiar el embarazo de alto riesgo desde una perspectiva biopsicosocial requiere contextualizar el fenómeno desde sus diferentes miradas (médica, psicológica y social) para lograr una comprensión integral del mismo, por lo que se considera fundamental comenzar por abordar el impacto psicosocial que tienen las complicaciones presentadas durante este evento reproductivo sobre la mujer, más que solamente describir las entidades médicas que las componen, las cuales ya han sido ampliamente definidas y estudiadas. La intención es más bien entender cómo vive la mujer esta situación y el impacto que esto tiene en su estado emocional. Sin embargo, para su comprensión, primero es necesario conocer el papel que juega la maternidad como función social, la cual se describe a continuación.

## **1.2 Función social de la maternidad**

En nuestra cultura, la maternidad es el principal organizador de la vida de la mujer. Las pautas que transmite cada sociedad, en cuanto al momento idóneo para ser madre o al número de hijos que se deben tener, varían en los diferentes estratos socioculturales (Mota, 2008).

Palomar (2005) y Alvarado (2005) afirman que la maternidad no es un “hecho natural”, sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época delimitada de su historia. Esta construcción se sostiene a través de la idea de la existencia del instinto materno y el amor maternal. Es por esto que la mujer es definida

---

<sup>2</sup> Aunque el tema principal de esta tesis no es la mortalidad materna, se le ha incluido aquí porque ayuda a comprender la vivencia del embarazo de alto riesgo y de las experiencias de las mujeres al respecto, además de contextualizar la realidad de la atención médica en México, temas que se abordarán en los resultados y la discusión de este trabajo.

a partir de sus funciones como madre y esposa, es decir, fuera de sí misma, cuyo proyecto de vida y de realización es la maternidad, y es reconocida socialmente por ello, es decir, es una cuestión de género (Palomar, 2005). Sin embargo, esto le provoca a la mujer contradicciones en la vivencia de la maternidad; ya que se erige sobre una función idealizada como madre, pero entre incontables barreras para sentirse satisfecha con ella o en otras formas de realización femenina.

Palomar (2005), en una revisión breve de la historia de la maternidad, señala que el término como tal surge en el siglo XII, y junto con él, el papel educativo de la madre comenzó a tomar forma, estrechamente determinada por la Iglesia, y comienza a formularse el modelo terrenal de “buena madre”, siempre sumisa al padre, pero valorada por la crianza de los hijos. A partir de esto, empieza a construirse la idea del amor maternal como un elemento indispensable para el recién nacido, y además se perfila como un valor de la civilización y código de buena conducta. El amor maternal aparece en el siglo XVIII como un concepto nuevo que obliga a las madres a garantizar la educación de sus hijos y, junto con él, se elaboró también la construcción y revaloración de la infancia, elemento importante para la ideología de la maternidad. Tanto el amor maternal como el instinto son construcciones sociales elaboradas por la cultura y se les considera un mito, ya que la maternidad es un sentimiento variable que depende de la madre, de su historia y de la Historia, demostrando a través de su análisis que el rol de la madre es una construcción cultural (Saletti, 2008). La relación afectiva matiza toda la función educativa y además absorbe la individualidad de la mujer. Por otra parte, durante el siglo XIX, la función reproductora se borraba frente a la afectividad, convirtiéndose en el motor fundamental de una nueva cultura. En este sentido, se identifica a la maternidad con la femineidad, proporcionando un ideal común para todas las mujeres (Saletti, 2008).

Según Saletti (2008), durante el decenio de 1930 inicia la era de la crianza permisiva contemporánea. Se subraya al amor materno como el factor central para el desarrollo del niño, y así mismo, se considera vital la estabilidad psíquica de la madre para prevenir una amplia variedad de miedos y ansiedades infantiles. En la década de 1960, la autoridad del Estado empieza a restringir la función maternal, politizándola y definiéndola como “un deber patriótico”. A partir de entonces, las mujeres encuentran en la idealización de la maternidad, una rehabilitación de su diferencia y el reconocimiento de un papel propio. En esta misma época, aparecen los primeros

planteamientos feministas que disocian a la mujer de la madre. La última etapa de la maternidad es la que se vive en este siglo XXI, en donde se le empieza a considerar como una opción personal. Además se plantea que el amor maternal no es innato y que no es el amor lo que determina que una mujer “cumpla” con sus “deberes maternos”, sino la moral, los valores sociales o religiosos. Por ello, un aspecto para la comprensión de la maternidad es su dimensión simbólica. Su significado se relaciona estrechamente con el contexto cultural, social y económico en el que se realiza. Desde un enfoque de género<sup>3</sup>, se piensa que, fuera del parto y la lactancia materna, el resto de actividades, conductas, capacidades, atribuciones y características, se han ido modificando conforme al marco de valores de género prevalecientes (Palomar, 2005).

De acuerdo con Saletti (2008), la cultura crea un nuevo tipo de vínculo y un nuevo mito: la creencia de que toda mujer no sólo es madre en potencia, sino que es madre en deseo y necesidad. Aunque la maternidad es una función que la mujer puede desarrollar o no, al designar el ser madre como un hecho estrictamente natural, la ideología patriarcal sitúa a las mujeres dentro del ámbito de la reproducción biológica, negando su identidad fuera de la función materna. Esa posibilidad biológica de las mujeres se convierte en un mandato social a través de la afirmación del instinto materno universal en las mujeres, lo que la hace asumir que tiene la obligación de ser madre y que, gracias a ese instinto, la maternidad biológica se transforme en maternidad sociológica, en un hecho social, logrando que las diferencias biológicas entre los sexos se conviertan en la base del sometimiento femenino. En este sentido, la mujer ha sido presentada por los discursos dominantes como un ser unidimensional que sólo puede ser madre.

Por otra parte, Sánchez, Espinosa, Ezcurdia y Torres (2004) explican que la maternidad es la institución que asigna el lugar de madre a la mujer, a partir de la relación social por la cual ésta se hace cargo de las necesidades del recién nacido, y comprende las construcciones culturales de género –modelos, normas, ritos, valores, representaciones, discursos, teorías, etc.– que pautan esta relación, que definen sus objetivos y las condiciones sociales en las que “debe darse”. Así mismo, las mujeres ejercen la maternidad a través de un entramado de relaciones determinadas por el género, la edad, así como por otros determinantes económicos y sociales; y además

---

<sup>3</sup> Entendido como un conjunto de ordenamientos simbólicos de lo que significa ser hombre o mujer en nuestra sociedad y nuestro tiempo, tanto en lo subjetivo como en lo colectivo.

desarrollan su capacidad de procreación a partir de experiencias construidas en el entramado social de un grupo específico y en un momento histórico determinado y en ese devenir se reproducen las diferencias jerarquizadas entre hombres y mujeres; es por eso que las características de los lugares jerarquizados varían en distintos grupos sociales.

En suma, las representaciones que configuran el imaginario social de la maternidad tienen un enorme poder seductor, en la medida en que todos los posibles deseos de las mujeres son sustituidos por uno, el de tener un hijo, y uniformados, en tanto que la maternidad crearía una identidad homogénea de todas las mujeres. La maternidad ha quedado enmarcada en una identificación con la feminidad, adquiriendo este proceso el rango de ideal cultural, proporcionando una medida común para todas las mujeres, que no da lugar a las posibles diferencias individuales con respecto a lo que puede ser y desear. La identificación con ese ideal permite acceder a una identidad ilusoria que proporciona una imagen falsamente unitaria y totalizadora. Se ha intentado adaptar a las mujeres a un ideal maternal asexuado, carente de deseo y de hostilidades, para adecuarla a una perfecta relación filial que debe cumplir de manera cabal si no desea ver peligrar su feminidad y su aceptación social. Estas representaciones imponen una única forma de conceptualizar lo femenino, anulando otras posibles definiciones de lo que significa ser mujer. El resultado es la equivalencia de que toda mujer es igual a una madre (Saletti, 2008; Arranz, Blum y Morales, 2001; Mota 2008).

En México, el significado que tiene la maternidad para las mujeres, es descrito y explicado por Ramírez (1999), quien afirma que la familia mexicana es “uterina”, esto es, se caracteriza por una relación madre-hijo particularmente intensa. Plantea que la mujer crece con miedo a la sexualidad, y acepta un papel donde ésta es vedada y se premia la procreación. Durante la época de la Conquista, cuando México se vuelve “guadalupanista”, se hace hincapié en los valores sobresalientes de la Virgen de Guadalupe: Madre de los Dioses, Virgen recatada, progenitora de Cristo, los cuales forman parte de una unidad estrecha e indiscutible en la mente del hombre mexicano, quien busca mujeres que se asemejen a su madre, mujeres que se embaracen mucho, que lacten bien y cocinen mejor y que no se acerquen sexualmente. Según este autor, después del embarazo, la mujer se descuida, deja de arreglarse y de ser atractiva sexualmente y se dedica a criar a los hijos, a amamantarlos, por lo que el hombre se aleja de ella, quien asume el papel de “mujer abnegada”. Las instituciones sociales

aplauden esta condición maternal y reabastecen el círculo enfermizo que hace que la familia del mexicano sea de carácter uterino, con una madre asexuada y un padre ausente. Los troqueles en los que vive la niña mexicana le brindan precozmente la aceptación del rol maternal y se le educa de esta manera y también se refuerza la relación madre-hijo y un padre que no participa en esto.

No obstante, de acuerdo con Sánchez y colaboradores (2004), los cambios económicos, políticos y sociales ocurridos en México en las últimas décadas del siglo XX, abrieron una gama de posibilidades para las mujeres; surgieron nuevos arreglos de pareja y familiares, nuevos intereses y mayores espacios de acción. Sin embargo, las transformaciones en el orden de lo social han tenido un ritmo mucho más acelerado que los cambios ocurridos en el mundo simbólico de la cultura. Si bien han surgido nuevos modelos, esquemas, teorías y elaboraciones culturales sobre la maternidad, la sexualidad y las relaciones de pareja, los esquemas y modelos culturales tradicionales que jerarquizan las relaciones entre hombres y mujeres siguen siendo hegemónicos, y suscriben la maternidad al ámbito privado y al ejercicio de la sexualidad a la norma heterosexual y a la familia conyugal.

Desde los planteamientos anteriores, podría tratar de entenderse por qué es tan importante para la mujer lograr un buen embarazo, sin complicaciones ni riesgos, para lo cual también se deben considerar los aspectos sociales del riesgo durante el embarazo.

### **1.3 Aspectos sociales del embarazo de alto riesgo**

De manera general, Thirlaway y Heggs (2005) exponen que la concepción lega del riesgo se asocia predominantemente con resultados negativos. Explican además que, por su naturaleza, el riesgo es una *construcción social* y las ideas sociales, culturales y políticas guiarán no sólo los juicios sobre el riesgo de las personas, sino también aquellos riesgos que los investigadores estudian, así como aquellos que los medios de comunicación informan. Estos autores exponen que la sociedad también influye en la percepción que se tenga acerca del riesgo y plantean que las diferentes conductas de riesgo que toman hombres y mujeres están *culturalmente* dictadas. No sólo las mujeres están en desventaja de riesgo, sino que utilizan diferente información para llegar a una percepción del mismo. Los resultados de su estudio mostraron que muchas mujeres experimentan una reacción emotiva frente al riesgo y que intentan defenderse de la

ansiedad. Los factores psicosociales influyeron claramente en su respuesta frente al riesgo, a través de tres diferentes contextos: 1) el *contexto individual*, en el que la edad, las experiencias y las filosofías personales de las mujeres con las que asumieron el riesgo mediaron la manera en la que se defendían de la ansiedad; 2) el *contexto del mensaje* en el que se presentaba el riesgo, lo que motivó una respuesta más emotiva que analítica y 3) el *contexto social*, en el que existen demasiadas historias de riesgo y poca credibilidad en la opinión de los expertos.

Este estudio permite ver que, en general, la percepción de riesgo está matizada por la interacción de aspectos individuales, sociales, culturales, de género y de comunicación que influirán de manera diferente en cada persona, sea hombre o mujer, y en su respuesta frente al mismo.

Sin embargo, en el embarazo estos aspectos interactúan tanto frente a la condición médica misma de la complicación, como también ante las expectativas de la maternidad, que son muy valoradas en culturas como la nuestra.

En este sentido, con respecto al embarazo, Lupton (1999) plantea que no existe el “no riesgo” en el mismo, dado que el potencial de daño siempre está presente para amenazar el bienestar del feto, aún más si la mujer debe guardar reposo. La proliferación del discurso de riesgo alrededor del embarazo y la suposición acompañada de que la mujer debe cuidarse para evitarlo tanto como sea posible, ha tenido el efecto de representar al embarazo como una jornada peligrosa, que requiere de vigilancia constante en la medida en que transcurre este periodo. Por esto, el embarazo, el parto y la crianza ya no se ven como la ruta fácil y “natural” hacia su condición de mujer, sino como algo que está cargado de sacrificios, peligros y desafíos que ésta debe superar. Las implicaciones del discurso de riesgo en relación con el embarazo es que aquella mujer que no presta suficiente atención al consejo experto, pone en riesgo al feto. El mensaje de la sociedad es: *“una mujer responsable deberá buscar supervisión y asistencia cercana de los médicos y un bebé saludable sólo puede nacer bajo supervisión médica”*. El niño ha sido investido con el significado de una fuente de autenticidad emocional y de satisfacción personal para los padres, este éxito refleja su logro. El énfasis puesto en reducir el riesgo del embarazo es parte de la gran meta de crear al *“mejor bebé”* posible. La mujer está en manos de otras personas, aun así se siente a sí misma *responsable* de producir un bebé saludable con la mejor experiencia en el parto.



A partir de esto, puede experimentar una maravillosa plenitud, la cual coexiste con el terror al vacío, a la pérdida y el temor a fallar.

Aquí se puede apreciar el rol que ejerce la mujer durante el embarazo, las expectativas existentes a su alrededor pero también la carga de responsabilidad que lleva sobre el buen resultado durante el parto, sus temores a fallar y su necesidad de “controlar” el evento en la medida de lo posible, lo cual se refleja en su vivencia.

Así mismo, esta autora afirma que la obsesión por la prevención del riesgo, evidente a finales del siglo XX, se construye sobre un sueño de racionalización tecnocrática grandiosa del control absoluto de lo accidental, comprendido como lo imprevisible; por lo cual en las mujeres embarazadas existe el deseo de ejercer control por la intranquilidad que les genera una complicación inesperada, lo que ven como central en la experiencia de su embarazo. Ellas están muy conscientes de que tanto el experto como el lego comprenden el riesgo en relación con su embarazo, y buscan contenerlo y controlarlo lo más posible. La concepción de riesgo para las mujeres embarazadas las fuerza a manejarlo, a tomar decisiones al respecto y a encauzar sus vidas y sus emociones. La mujer obtiene, no sólo del conocimiento experto, sino también de sus propias experiencias, su conocimiento acerca de otros usos de conceptos legos de riesgo que circulan en su contexto cultural. Una mujer puede tener un sentimiento intuitivo acerca del bienestar de su feto o puede apoyarse en las experiencias incorporadas, así como en sus experiencias y sentimientos de salud y bienestar o en los movimientos del feto dentro de su cuerpo, para guiar su valoración de cuánto riesgo piensa que proviene de una anomalía o una enfermedad.

Por otra parte, Carolan (2008), en su análisis acerca de la comprensión del concepto de riesgo para la mujer embarazada, plantea que se distinguen dos puntos de vista distintos para este concepto: el del *médico* y el de la *mujer*. La percepción del riesgo para el médico se presenta como un cálculo estadístico de probabilidades y porcentajes; en cambio, para la mujer, el riesgo se experimenta como un evento inusual equiparado con un potencial para pérdida o daño. En este mismo sentido, la autora afirma no haber una definición universalmente aceptada del concepto de riesgo, y distingue dos enfoques: el cuantificable/objetivista y el social/subjetivista. El primero considera al riesgo como un concepto objetivo, el cual es accesible, mensurable y manejable; por lo que éste se presenta numéricamente, basado en cálculos de magnitud,

ganancias y pérdidas, y probablemente de daño. En contraste, el segundo enfoque, el social, considera que el riesgo se valora de manera individual y está influido por el medio social, cultural y político en el que vive la persona. Este enfoque es adoptado de manera más común por las personas legas, incluyendo a las mujeres embarazadas. Por ello, la valoración individual del riesgo posterior depende de muchas variables, entre ellas: la *filosofía personal de vida*, la *historia y experiencia previas*, y el *contexto sociocultural*; lo cual coincide con lo planteado por Thirlaway y Heggs (2005) anteriormente.

Por lo anterior, Carolan (2008) considera que la respuesta de la mujer frente al riesgo está impulsada por el contexto, lo valora y lo comprende dependiendo de su experiencia social y situacional. En cuanto al embarazo de alto riesgo, la autora menciona que, desde su experiencia, después de un periodo inicial de choque y de incredulidad, la mujer parece dar sentido a la información que ha recibido relacionada con el riesgo, ignorando su cálculo numérico y su medición, con base en su experiencia personal, su propia salud y la de su pareja, su historia familiar, su edad y su estilo de vida y de lo que sabe acerca de la anormalidad fetal. Así mismo, la autora afirma que es poco conocido cómo responde la mujer a su condición de riesgo y ha observado la gran preocupación de las mujeres porque “tienen algo que el médico no comprende”, la incertidumbre al respecto y su intento por vivir “como si no estuviera embarazada”, mientras esperan el diagnóstico final. Es claro que ser considerada “en riesgo” puede tener serias consecuencias para la salud de la mujer, en particular en términos de las secuelas psicológicas.

El choque entre el saber médico y lo que la mujer entiende acerca de su riesgo es otro elemento importante a considerar para la comprensión de su vivencia del embarazo de alto riesgo, la información, lo que se dice o lo que no se dice, influyen directamente en su estado de ánimo, en sus temores o esperanzas y en su manera de enfrentar las circunstancias.

#### **1.4 Aspectos psicológicos del embarazo de alto riesgo**

La experiencia del embarazo de alto riesgo para la mujer, cuyas expectativas hacia el evento reproductivo y hacia su bebé se ven afectadas por el diagnóstico de alguna complicación, generan en ella cambios en sus planes y perspectivas, así como un ajuste

frente a la nueva condición, lo que generalmente se traduce en manifestaciones emocionales.

Sin embargo, al revisar la literatura acerca del tema, se encuentra que, en su mayoría, estos estudios son realizados por el personal de enfermería de las instituciones en donde se llevaron a cabo, aprovechando la condición de hospitalización en la que se encontraban las mujeres de las muestras estudiadas.

Dicha condición se ha asociado a diversos estresores, entre ellos: falta de control, preocupación y ansiedad por la salud y bienestar del feto, aburrimiento, sentimientos de debilidad e impotencia, de aislamiento, confinamiento, sentirse “prisionera”, pérdida de las actividades normales, separación del hogar y la familia, incomodidad física, efectos secundarios de la medicación, cambio en la autoimagen, rol de enferma, preocupaciones por los otros hijos, inversión de roles con la pareja y dificultades en su relación, falta de intimidad e incompatibilidad con las compañeras de cuarto en el hospital (Heaman, 1998; Maloni y Kutil, 2000; Maloni, Kane, Suen y Wang, 2002; Hediye y Korkmaz, 2005; Peixoto, Carvalho y Lefèvre, 2006).

Dichos estresores asociados al embarazo de alto riesgo, provocan en la mujer manifestaciones emocionales como: enojo, incredulidad, culpa, miedo, ansiedad, depresión, fluctuaciones en el estado de ánimo, incertidumbre, vulnerabilidad y soledad (Heaman, 1998; Maloni *et al.*, 2000; Maloni, *et al.*, 2002; Hediye *et al.*, 2005; Peixoto, *et al.*, 2006). No obstante, en estos estudios no se señala si algunas de dichas manifestaciones emocionales ya existían en las mujeres desde antes de su ingreso, o si continuaron después de su egreso, lo que no permite saber si realmente sólo se asocian a la condición de riesgo del embarazo y a la hospitalización.

Por lo anterior, esta perspectiva no permite alcanzar una comprensión integral de la vivencia de la mujer, sólo es una explicación causal de los factores que influyen en las respuestas emocionales y su repercusión en la atención médica. Por ello, Heaman (1998) plantea la necesidad de explorar la experiencia del embarazo de alto riesgo desde la perspectiva de la mujer en distintas poblaciones, para obtener puntos de vista culturales y socioeconómicos diferentes y también la importancia de explorar la percepción de las mujeres acerca de su problema y el grado en el cual su embarazo es de riesgo. Pero además, habría que estudiar la experiencia al respecto no sólo en pacientes hospitalizadas, sino también en aquellas a quienes se les diagnostica el embarazo de alto

riesgo aunque no requieran de hospitalización, para conocer en un espectro más amplio la vivencia del mismo e identificar cuáles manifestaciones emocionales son propias de las complicaciones del evento reproductivo y cuáles sólo se agudizan a partir del mismo.

Por otro lado, en lo que respecta al estudio del impacto psicológico de enfermedades y condiciones médicas específicas en la mujer durante su embarazo, lo que implicaría un alto riesgo (por ejemplo, diabetes, cardiopatías, hipertensión, preeclampsia, epilepsia, entre otras) se puede observar en los resultados de diversas investigaciones, que el riesgo médico se traduce en riesgo psicológico de presentar trastornos como ansiedad o depresión, como resultado de dichas condiciones médicas.

En general, en estos estudios predomina la presencia de *estresores sociales* (Pimentel Nieto, 2007), *fuentes continuas de estrés, agobio, sobrecarga emocional, altos niveles de estrés*, asociados al problema médico, pero que son factores comunes en los estudios revisados, sin importar la patología médica, y esto, por lo general, incide en el estado de ánimo de la mujer, llegando a provocar psicopatología. También se observan otros factores comunes como: factores socioeconómicos, planeación o no del embarazo, creencias, temores e información sobre la enfermedad (Vinaccia, Sánchez, Bustamante, Cano y Tobón, 2006; Pimentel Nieto, 2007); preocupación por el bienestar del bebé (Pedroso de Souza, da Costa y Guerreiro, 2008; Fisher y Stocky, 2003); control de la enfermedad (Pimentel Nieto, 2007); angustia (Suárez y Puertas, 2008), ansiedad (Lima de Souza, Pinheiro, Dantas de Azevedo, Bezerra, de Melo y Lima de Sousa, 2007; Leeners, Neumaler-Wagner, Kuse, Stiller y Rath, 2007; Fisher y Stocky, 2003; Elster, 2000); tristeza (Pimentel Nieto, 2007; Pedroso de Souza, da Costa y Guerreiro, 2008; Vinaccia, Sánchez, Bustamante, Cano y Tobón, 2006; Qiu, Sánchez, Lam, García y Williams, 2007; Suárez y Puertas, 2008; Elster, 2000; Ellison, Hotamisligil, Lee, Rich-Edwards, Pang y Hall, 2005); aislamiento (Suárez y Puertas, 2008; Elster, 2000); temor (Pedroso de Souza, da Costa y Guerreiro, 2008; Lima de Souza, Pinheiro, Dantas de Azevedo, Bezerra, de Melo y Lima de Sousa, 2007; Vinaccia, Sánchez, Bustamante, Cano y Tobón, 2006); miedo a morir (Peixoto, Carvalho y Lefèvre, 2006); culpa, vulnerabilidad, dificultad para aceptar el reposo, frustración, aburrimiento (Oskamp, 1997); entre otros, que justifican la formación de trastornos mentales.

En estos estudios también prevalece una visión de causa (enfermedad médica) y efecto (trastornos mentales) propia del modelo biomédico, la cual brinda una sola explicación para justificar una sola intervención, en la atención del impacto psicológico del embarazo de alto riesgo.

No obstante, al revisar la literatura mundial sobre este tema, se observa la escasez de estudios psicológicos más específicos que permitan entender la vivencia de la mujer frente al embarazo de alto riesgo, así como las manifestaciones emocionales asociadas al evento para comprender las circunstancias a las que se las atribuyen, y al parecer esta es un área que aún no ha sido tan estudiada por los psicólogos.

### **1.5 Aspectos biológicos del embarazo de alto riesgo**

El estudio del embarazo de alto riesgo descansa en la investigación biomédica desarrollada a lo largo del tiempo, lo que ha permitido la especialización de las intervenciones en pro de la salud tanto de la madre como del feto. Desde esta perspectiva, el riesgo médico se estudia para conocer su etiología y brindar la mejor terapéutica disponible para dichas complicaciones.

El factor de riesgo de un embarazo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con daño. Los problemas que con mayor frecuencia se asocian con morbilidad son: prematuridad, asfixia perinatal, malformaciones congénitas e infecciones. Las estrategias de control prenatal se orientan a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas antes mencionados. Aquellos asociados a la morbilidad son: hemorragia obstétrica, infecciones, síndrome hipertensivo del embarazo y enfermedades maternas pregestacionales (Castelazo, 2004).

La evaluación inicial de los factores de riesgo se lleva a cabo a través de un formulario propuesto por la OMS, el cual abarca los siguientes aspectos:

- 1) *Historia obstétrica previa*: muerte fetal neonatal previa; tres o más abortos sucesivos; peso de nacimiento previo menor que 2500g o mayor que 4500g; parto prematuro previo menor de 35 semanas de gestación (SDG); anomalía congénita mayor; hospitalizaciones por hipertensión; preeclampsia o eclampsia en el último embarazo; cirugía uterina previa.

- 2) *Complicaciones del embarazo actual*: gestación múltiple; edad materna menor a 16 años o mayor a 40; isoinmunización por factor Rh; sangrado vaginal; presión arterial diastólica igual o mayor que 90 mm Hg al momento del control; masa pélvica.
- 3) *Patologías médicas generales*: hipertensión arterial; diabetes mellitus insulino dependiente; patología renal o cardíaca; cualquier otra patología o condición; abuso de sustancias incluido el alcohol.

En algunas otras publicaciones se dan importancia a factores socioeconómicos como: extrema pobreza, analfabetismo, actividad laboral inadecuada, desnutrición, obesidad, como factores de riesgo (Castelazo, 2004).

La detección oportuna de alguna complicación del embarazo o prever los efectos de alguna enfermedad previa de la madre sobre el producto, evitan tanto la mortalidad materna como la del feto.

Según Heaman (1998), existen dos tipos de riesgo del embarazo: a) enfermedades crónicas previas al embarazo (aquellas mujeres que tienen padecimientos crónicos que las predisponen a tener problemas durante el embarazo) y b) complicaciones en el embarazo actual (aquellas mujeres que desarrollan una complicación imprevista durante un embarazo que previamente era normal). Sin embargo, para una institución de salud de tercer nivel para la atención obstétrica, también existe un tercer factor c) otros factores de riesgo asociados al embarazo (factores potenciales de riesgo de alguna complicación durante el embarazo por edad materna avanzada, embarazo múltiple, entre otros). Entre los más comunes en las mujeres mexicanas, de acuerdo con lo planteado por esta institución se encuentran:

<i>Enfermedades crónicas previas</i>	<i>Complicaciones del embarazo actual</i>	<i>Otros factores de riesgo</i>
Diabetes Mellitus	Diabetes gestacional	Edad materna > 35 años
Epilepsias	Eclampsia	Hipertensión gestacional
Hipertensión crónica	Ruptura prematura de membranas	Embarazo múltiple
Cardiopatías	Preclampsia leve y severa	
Otras endocrinopatías	Insuficiencia Ístmica Cervical	

Para los fines y desarrollo de este trabajo, a partir de aquí se utilizará esta clasificación del riesgo del embarazo para la comprensión, tanto de la experiencia vivida por las mujeres estudiadas, como de su estado físico real durante este evento reproductivo. A continuación, se presenta una descripción de los principales aspectos fisiológicos de estos riesgos, así como su impacto sobre la madre y el feto.

### *1.5.1 Enfermedades crónicas previas al embarazo*

#### Diabetes Mellitus

La diabetes comprende un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por un aumento de la concentración de glucosa en el plasma sanguíneo y se clasifica como:

- a) Tipo I: destrucción de las células  $\beta$  que conduce a deficiencia de insulina. A) Inmunitaria y B) Idiopática.
- b) Tipo II: ésta puede variar desde el predominio de resistencia a la insulina con deficiencia relativa de insulina, hasta el predominio del defecto de secreción con resistencia a la insulina.
- c) Otros tipos específicos: defecto genético de la función de la célula  $\beta$ ; defecto genético de la acción de la insulina; enfermedad del páncreas exocrino; endocrinopatías; inducida por drogas o sustancias químicas; infecciosa; formas poco usuales inmunológicas y otros síndromes genéticos que se pueden acompañar de diabetes.
- d) Diabetes gestacional. Bajo la denominación de diabetes mellitus y embarazo se incluye tanto a aquellas mujeres con diabetes tipo I como tipo II que se embarazan, así como con otros tipos específicos y las que desarrollan diabetes durante el embarazo (Ahued, Fernández del Castillo y Bailón, 2003).

Las complicaciones que presenta con más frecuencia la mujer embarazada con diabetes son: toxemia, cetoacidosis, polihidramnios, parto pretérmino, cesárea y muerte materna. En cuanto a las complicaciones que puede tener el feto por la diabetes materna están: óbito, macrosomía, trauma obstétrico, hipoglucemia, hipocalcemia, policitemia, hiperbilirrubinemia e insuficiencia respiratoria, entre otras (Ahued *et al.*, 2003).

## Epilepsia

Es la presentación crónica y recurrente de fenómenos paroxísticos por descargas eléctricas anormales en el cerebro que tienen manifestaciones clínicas variadas y causas muy diversas. La epilepsia se explica como el resultado de una descarga neuronal anormal y exagerada, la que a su vez es la consecuencia de la despolarización rápida y repetitiva de las neuronas, asociada a pérdida de potasio intracelular con acúmulo intracelular de sodio con la participación de diversos neurotransmisores (Ahued *et al.*, 2003).

Existen diferentes posturas en las que se cree que el embarazo puede influir para que la epilepsia mejore, empeore o se quede igual durante este periodo. En cambio, el efecto de esta enfermedad sobre el embarazo sí señala que la presencia de crisis convulsivas puede provocar taquicardia en el feto y disminución del volumen sanguíneo placentario y, en la madre, ruptura prematura de membranas y desprendimiento de placenta total y parcial, así como las lesiones externas que ésta pudiera sufrir como consecuencia de las crisis (Ahued *et al.*, 2003).

## Hipertensión crónica

También llamada enfermedad vascular crónica hipertensiva o hipertensión esencial, es un padecimiento asociado al embarazo cuyo diagnóstico se establece antes de las 20 semanas de gestación (SDG), con presencia indefinida de la misma después del nacimiento o historia de hipertensión previa a la gestación. Se divide en: a) hipertensión arterial sistémica esencial: es el padecimiento asociado al embarazo cuyo diagnóstico se establece antes de las 20 SDG y/o persistencia de cifras tensionales elevadas después del nacimiento, y que no sea consecuencia de alteración anatómica o funcional renal; b) hipertensión arterial sistémica secundaria: es el padecimiento asociado al embarazo cuyo diagnóstico se establece antes de las 20 SDG y/o persistencia de cifras tensionales elevadas después del nacimiento y que sea consecuencia de alteración anatómica o funcional renal primaria; c) hipertensión arterial sistémica crónica con EHIE (Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo): es el padecimiento asociado al embarazo cuyo diagnóstico se establece antes de las 20 SDG o historia de hipertensión arterial previa al embarazo, en la que además se presenta exacerbación de la hipertensión, junto con el desarrollo de edema generalizado o proteinuria igual o mayor



a 1 g en orina de 24 horas o elevación del ácido úrico durante la segunda mitad del embarazo (Ahued *et al.*, 2003).

### Cardiopatías

En México, el mayor número de cardiopatías con las que se asocia el embarazo son de origen reumático. Entre las complicaciones que presentan las pacientes embarazadas con cardiopatías están: retardo en el crecimiento intrauterino, amenaza de parto pretérmino y enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (EHIE). Uno de los mayores riesgos maternos de la mujer cardiópata que se embaraza, es la descompensación cardíaca que es más frecuente en las cardiopatías de naturaleza congénita. Junto con el tipo de lesión cardíaca, el pronóstico materno parece depender de la clasificación funcional de la paciente. Algunas excepciones serían las pacientes que padecen hipertensión pulmonar, insuficiencia ventricular izquierda, complejo de Eisenmenger y el síndrome de Marfán, los cuales implican un riesgo materno tan grave, por lo que, independientemente de su clasificación funcional, se contraindica el embarazo (Ahued *et al.*, 2003).

### Otras endocrinopatías

**Hipotiroidismo:** se presenta con una frecuencia del 0.5-2.5% de todos los embarazos; mientras que el hipotiroidismo subclínico tiene una prevalencia de 2 a 5% en las mujeres embarazadas. Entre 5 a 9% de las pacientes desarrolla enfermedad tiroidea posparto. El hipotiroidismo clínico ha sido asociado con complicaciones gestacionales como partos pretérmino, bajo peso al nacer, *abruptio placentae*, hipertensión y muerte fetal. Las hormonas tiroideas maternas desempeñan un rol crucial en el desarrollo del sistema nervioso central del feto, particularmente durante el primer trimestre, debido a la imposibilidad de la tiroides fetal de secretar iodotironinas antes de la semana 10 de gestación (Macchia y Sánchez-Flórez, 2007).

**Hipertiroidismo:** la enfermedad de Graves explica más de 85% de los casos y resulta ser la causa más frecuente de hipertiroidismo en mujeres de edad reproductiva. Su prevalencia es muy baja y está en el rango de 1-4 por cada 1000 embarazos. Otras causas de hipertiroidismo son muy infrecuentes durante la gestación. El riesgo de complicaciones para la madre y el feto está directamente relacionado con la duración y adecuado control del hipertiroidismo materno. El efecto adverso más común es la

hipertensión arterial; además de preeclampsia, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), tormenta tiroidea, parto prematuro y bajo peso al nacer (Parma, 2007).

**Nódulo tiroideo:** en cuanto a la patología nodular tiroidea, el embarazo es un factor de estímulo para neoplasias tiroideas en glándulas con patología subyacente o con base genética o alteración ambiental, a lo que se suman cambios en la tolerancia inmunológica. Los nódulos tiroideos son mucho más frecuentes en mujeres que en varones y en mujeres que han estado embarazadas más que en las nulíparas. Hay diferentes series que muestran que los nódulos que se detectan en mujeres embarazadas son con más frecuencia neoplasias benignas o malignas que en mujeres no gestantes, por lo cual deben considerarse con especial atención. El nódulo tiroideo detectado en la mujer embarazada debe evaluarse del mismo modo que fuera del embarazo (Cabezón, 2006).

### *1.5.2 Complicaciones del embarazo actual*

#### Diabetes gestacional

La diabetes gestacional (DG) es una forma de diabetes mellitus inducida por el embarazo. No se conoce una causa específica de este tipo de enfermedad, pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina. El resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre. Se le define como una intolerancia a la glucosa que no se ha presentado o reconocido previo al embarazo. La resistencia a la insulina durante el embarazo depende de varios factores, que incluyen una alteración en la secreción de la hormona del crecimiento y cortisol (antagonistas insulínicos), secreción del lactógeno placentario humano (que es producido por la placenta y afecta a los ácidos grasos y al metabolismo de la glucosa, promoviendo la lipólisis) y secreción de insulinasa (generada por la placenta, facilitando el metabolismo de la insulina); (Cabero y Cararach, 2006).

#### Preclampsia-Eclampsia

Es el desarrollo de hipertensión y proteinuria en una gestación de más de 20 semanas. Su desarrollo sigue constituyendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad grave materna y fetal. La única forma hasta ahora de curar esta enfermedad es mediante la finalización del embarazo. La preeclampsia suele asociarse con retraso de crecimiento intrauterino (RCIU), otra de las grandes causas de morbilidad y secuelas

neurológicas neonatales. Una de las razones de los resultados existentes es la incapacidad de predecir y, por tanto, de actuar de forma precoz en estas enfermedades (Cabero y Cararach, 2006).

*Eclampsia.* Se define como la aparición de crisis convulsivas generalizadas o coma en el contexto de una preeclampsia y en ausencia de enfermedad neurológica. Hay que tener en cuenta que en 20% de los casos no se comprueba hipertensión previa y en 15% proteinuria previa. Un episodio convulsivo en una gestante, en el parto o el puerperio debe considerarse eclampsia hasta que se pruebe otra causa. Es un cuadro grave con un índice elevado de complicaciones materno-fetales severas (Cabero y Cararach, 2006).

#### Amenaza de parto pretérmino (APP)

Es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, como consecuencia de contracciones uterinas regulares que provocan modificaciones cervicales. Constituye la primera causa de morbilidad neonatal, es la primera causa de muerte en el primer mes de vida y la segunda causa de morbilidad fetal o neonatal tras las malformaciones congénitas. Aproximadamente, 40% de los partos prematuros están precedidos de dinámica uterina, 40% de ruptura prematura de membranas y 20% ocurren como consecuencia de una indicación médica u obstétrica de finalización de la gestación (Cabero y Cararach, 2006).

#### Ruptura prematura de membranas (RPM)

Ésta es un acontecimiento frecuente (4-18%), y una cuarta parte ocasiona partos prematuros, sobre todo antes de la 32 SDG, lo que provoca una parte importante de las muertes perinatales. Las causas de la RPM no son siempre conocidas, aunque entre sus complicaciones se incluyen: infecciones maternas (corioamnionitis, fiebre puerperal, tromboflebitis e incluso choque séptico), y también infecciones fetales y neonatales (sepsis neonatal, meningitis, bronconeumonía, y posiblemente muerte); (Cabero y Cararach, 2006).

#### Insuficiencia Ístmica Cervical

Las anomalías del canal endocervical, en términos de insuficiencia del mismo, condicionan también un incremento del parto pretérmino. La insuficiencia del cérvix uterino para mantener el contenido durante la gestación, se pone de manifiesto, por lo

común, a partir del segundo trimestre y conduce a la dilatación progresiva e indolora del cérvix, protusión de las membranas ovulares, con rotura de éstas o expulsión completa del saco gestacional. Las causas de la insuficiencia cervical pueden ser congénitas (desarrollo anormal) o adquiridas por traumatismo del cérvix (dilatación excesiva, conización, etc.); (Cabero y Cararach, 2006).

### *1.5.3 Otros factores de riesgo*

#### Edad materna mayor de 35 años

El riesgo de aneuploidías (cambios en el número de cromosomas que pueden dar lugar a enfermedades genéticas) aumenta con la edad materna. Lo frecuente es que el feto afectado por cromosomopatía se pierda con mayor frecuencia que uno normal, disminuyendo el riesgo al avanzar la edad gestacional. Las cromosomopatías más frecuentes son las trisomías 21 (síndrome de Down), 18 (síndrome de Edwards) y 13 (síndrome de Patau). También pueden presentarse defectos en el tubo neural (Ahued *et al.*, 2003).

Por su parte, Jolly, Sebire, Harris, Robinson y Regan (2000) plantean que los principales riesgos asociados con el embarazo en mujeres de 35 años y mayores son: posibilidad de presentar una embolia pulmonar durante el embarazo o el puerperio; necesidad de inducir la labor de parto, así como que éste se resuelva a través de una cesárea; riesgo de parto pretérmino u óbito (muerte intrauterina del feto a partir de la semana 20 de gestación).

#### Hipertensión gestacional

Es un trastorno que suele observarse en una etapa más avanzada del embarazo, a diferencia de la preeclampsia. Se manifiesta sólo por hipertensión arterial y aunque algunas veces esta última puede comportarse en forma grave y arrojar tasas elevadas de resultados perinatales adversos, lo usual es que su evolución sea benigna y que no se vea afectado el resultado perinatal. Su expresión clínica se limita a la gravedad de la hipertensión y no tiene repercusiones de otra naturaleza (Medina y Medina, 2005).

#### Embarazo múltiple

La introducción de los agentes inductores de la ovulación a fines del decenio de 1960 y de las tecnologías de reproducción asistida en el decenio de 1970, han dado como

resultado que la cantidad de nacimientos múltiples aumentara en los últimos tiempos. La mayor parte de la morbilidad perinatal atribuible a nacimientos múltiples es secundaria al parto pretérmino; además, en las gestaciones múltiples, los fetos son vulnerables a una variedad de complicaciones únicas en su género, como el síndrome de transfusión entre gemelos, de modo que la tasa de partos de fetos muertos se incrementa de manera apreciable. Además, en las gestaciones múltiples existe una mayor incidencia de complicaciones maternas como la hipertensión inducida por el embarazo y la cesárea (Ahued *et al.*, 2003).

En el siguiente capítulo se aborda la salud mental de la mujer embarazada y con alto riesgo, en donde se realiza una revisión sobre la evolución de este concepto a lo largo del tiempo, la tendencia de la investigación alrededor del tema y posteriormente se desarrolla la propuesta teórica sobre la que se basa este trabajo.

## CAPÍTULO 2

### **SALUD MENTAL DE LA MUJER CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO**

La investigación y la atención de la salud mental de la mujer durante el embarazo y el posparto han sido abordadas principalmente por los modelos biomédico y psicosocial de la salud, mencionados antes, y desde ellos se ha orientado a estudiar la enfermedad mental de la madre durante el embarazo y sus consecuencias sobre ella misma y sobre su hijo. A pesar de que el impacto de la enfermedad mental materna sobre la crianza de los infantes fue descrito desde mediados del siglo XIX con los trabajos de Marcé sobre el tratamiento de las psicosis en la mujer embarazada, es hasta el decenio de 1950 que se convirtió en foco del estudio científico (Abel, 1996; Cazas y Glangeaud-Freudenthal, 2004).

Aunque es difícil determinar con exactitud cuándo se inició la investigación de la salud mental de la madre durante el embarazo, al revisar la literatura se puede observar que aproximadamente ésta coincide con el surgimiento de la atención médica prenatal y que se asocia con los objetivos de disminuir la mortalidad materna y fetal; la cual, a su vez y como se vio en capítulo 1, adquirió importancia a partir de que el embarazo se convirtió en un evento predominantemente médico, ya que se le empezó a ver como un suceso de riesgo, perdiéndose así la idea de “normalidad” y de un proceso natural, lo que justificaba la intervención médica para su atención, enfocándose inicialmente al estudio de los partos prematuros y el bajo peso a nacer, planteados en un inicio como políticas de salud pública por organismos como la OMS (WHO, 2003).

Considerando la supremacía de los modelos biomédicos y psicosociales para el estudio tanto del embarazo de alto riesgo como de la salud mental de la madre durante la gestación, en este capítulo se ve cómo estos conceptos prevalecen no sólo para su estudio, sino también para la atención de la mujer durante este periodo, y para el establecimiento de políticas públicas que marcan las pautas en este sentido.

A través de la OMS se establecen las políticas públicas para la atención de la salud mental, no sólo de las mujeres, sino de toda la población. Esta institución define la salud mental como: “la capacidad del individuo, del grupo y del ambiente para interactuar entre sí para promover el bienestar subjetivo, el desarrollo óptimo y el uso de las capacidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales) para lograr metas

individuales y colectivas consistentes con la justicia, para la obtención y preservación de las condiciones fundamentales de igualdad” (WHO, 2000).

En la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995 (United Nations, 1995) se planteó que la mujer tiene derecho a disfrutar el estándar más alto alcanzable de salud física y mental. Disfrutar de este derecho es vital para su vida y bienestar y para su capacidad para participar en todas las áreas de la vida pública y privada. La salud de la mujer implica su bienestar emocional, social y físico y esto está determinado por el contexto social, político y económico en el que vive, así como por su biología. Las principales barreras para lograr lo anterior son la inequidad y la discriminación hacia las mujeres. (United Nations, 1995).

Con respecto a la salud mental de las mujeres, la OMS (WHO, 2000), afirma que es esencial reconocer cómo se configuran los factores socioculturales, económicos, legales, infraestructurales y ambientales que afectan la salud mental de las mujeres en cada país o en cada ambiente comunitario, incluyendo además un enfoque de género. Sólo al responder a las particularidades y complejidades de las vidas de las mujeres, puede esperarse que las estrategias de promoción de la salud aumenten las oportunidades que ellas quieren y necesitan para controlar los determinantes de su salud. Los investigadores, los profesionales de la salud y quienes elaboran las políticas públicas deberán atender los puntos de vista y los significados para las mujeres con respecto a sus experiencias. Sin esto, la investigación y la evidencia reunida, los servicios otorgados y la formación de políticas, impediría responder a las prioridades en salud y a los problemas y necesidades identificados por ellas.

La OMS (WHO, 2000) menciona además que la evidencia de cómo afectan los factores sociales y la posición social de las mujeres en su bienestar mental y emocional, es crucial para desarrollar un modelo realizable de promoción de la salud mental y reducir la incidencia de problemas mentales desde la atención primaria. Señalan igualmente, que no es conveniente reducir la salud de la mujer a su salud reproductiva porque esto tiene diversas consecuencias negativas sobre el estado del conocimiento científico. Las preocupaciones acerca de la salud mental de las mujeres se extienden más allá de padecimientos o problemas específicos. Éstas abarcan las estructuras que gobiernan la provisión de salud relacionada con la educación, la información y los servicios médicos ofrecidos, los procesos que influyen la interacción de la mujer con los

servicios de salud y los factores que determinan si el tratamiento que reciben es sensible al género. Una influencia importante es el entrenamiento profesional y la educación de los prestadores de servicios médicos. Sin la comprensión de un modelo de salud social que se base en el género, la calidad de la atención puede verse comprometida.

## **2.1 Antecedentes del estudio de la salud mental de la mujer durante el embarazo**

Para contextualizar el desarrollo del estudio de la salud mental de la mujer durante el embarazo, a continuación se presenta una revisión cronológica de los principales estudios encontrados sobre el tema a nivel mundial, así como en Latinoamérica y México.

En Europa, entre 1950 y 1960, los estudios de Winnicott acerca de la preocupación primaria, de Racamier sobre la relación madre-hijo en las psicosis posparto, de Bion acerca de la contención de las emociones del infante por parte de la madre y de Deustch respecto a los aspectos psicológicos del embarazo, son algunos de los primeros reportados sobre el tema (Defey, marzo de 2011). En EUA, se han encontrado estudios acerca de la tensión materna durante el embarazo (Grimm, 1961) donde se hace referencia investigaciones previas que datan de 1950 sobre el tema, enfocadas básicamente a conocer la relación entre variables psicológicas y las complicaciones durante el parto, o en aspectos más específicos como la hiperemesis gravídica, los abortos espontáneos o las actitudes maternas hacia el embarazo, entre otros temas. Por su parte, Bibring (citado en Tudiver y Tudiver, 1982) en este mismo decenio propuso tres tareas psicológicas básicas del embarazo en la crisis de su desarrollo: 1) la mujer debe aceptar el embarazo como parte de sí misma; 2) el bebé debe percibirse como un individuo independiente y 3) el deseo activo de que el bebé va a llegar. La resolución exitosa de cada tarea prepara a la mujer embarazada para asumir su nuevo rol.

En el decenio de 1970-1979, se empezaron a estudiar aspectos como la ansiedad, el estrés, la tensión psicológica, el malestar psicológico, el ajuste emocional, los eventos de vida negativos (entre otros) asociados a los resultados del embarazo y a las complicaciones durante el trabajo de parto, a través del diseño de diferentes instrumentos para medir dichas variables. Aunque con imprecisiones metodológicas, en esta etapa dio inicio el diseño y validación de múltiples escalas (Jones, 1978).



En el decenio de 1980-1989 se comienza el estudio de los factores psicosociales y su influencia en los resultados del embarazo, en las complicaciones obstétricas, bajo peso al nacer, parto prematuro, entre otros (Chalmers, 1983; Keeping, Najman, Morrison, Western, Andersen y Williams, 1989), a partir del surgimiento del modelo psicosocial de Engel<sup>4</sup>. Desde entonces a la fecha, la literatura sobre la aplicación del modelo psicosocial para el estudio psicológico del embarazo es abundante, y esto se ha enfocado principalmente en temas como: complicaciones perinatales (Herrera, Hurtado y Cáceres, 1992; Paalberg, Vingerhoets, Passchier, Dekker y Van Geijn, 1995; Nakano, Oshima, Ogasawara, Aoki, Kitamura y Furukawa, 2004; Herrera, Ersheng, Shahabuddin, Lixia, Wei, Faisal, Barua y Aktner, 2006), bajo peso al nacer (Herrera, Salmerón y Hurtado, 1997; Lobel, DeVincent, Kaminer y Meyer, 2000; Alvarado, Medina y Aranda 2002; Lobel, Hamilton y Cannella, 2008), parto prematuro (Hedegaard, Henricksen, Sabroe y Secher, 1993; Sable y Wilkinson, 2000; Messer, Dole, Kaufman y Savitz, 2005), prevención de la depresión posparto, sintomatología (Rodríguez, Bohlin y Lindmark, 2001), cambios en el estado de ánimo (Bernazzani, Saucier, David y Borgeat, 1997; Kelly, Russo y Katon, 2001; Marcus, Flynn, Blow y Barry, 2003; Ross, Sellers, Gilbert, Evans y Romach, 2004) y tipo de resolución del embarazo, entre otros.

Como resultado de las investigaciones desde el enfoque psicosocial de atención a la salud, se ha destacado y coincidido, de manera consistente, en la importancia que tienen los factores de riesgo psicosocial sobre las alteraciones del estado de ánimo durante el embarazo o en el posparto, entre los cuales se refiere de manera constante: estrés, conflictos de pareja, autoestima de la madre y falta de apoyo social, nivel socioeconómico, así como factores fisiológicos (Dennis, 2005; Glazier, Elgar, Goel, y Holzapfel, 2004; Department of Health, 2002, Kowalenko, Barnett, Fowler, Matthey, 2000).

---

<sup>4</sup>Dicho modelo aparece como una crítica al modelo médico que prevalecía en ese momento, el cual se limitaba a ver y explicar la enfermedad únicamente por la desviación de la norma de las variables biológicas (somáticas) medidas; es decir, en función de la manifestación de sus síntomas físicos. Este investigador consideraba este modelo científico como reduccionista, porque separaba a la mente del cuerpo, y no tomaba en cuenta dentro de su marco las dimensiones social, psicológica y conductual de la enfermedad. A partir de estos planteamientos, este autor propuso un modelo médico nuevo, un modelo psicosocial, en donde se incluyeran y se comprendieran los determinantes psicológicos, sociales y culturales que intervenían en cómo los pacientes comunicaban sus síntomas de enfermedad (Engel, 1980).

Al respecto, Blummer (1969) critica la tendencia de ver, para su estudio, al comportamiento humano como producto de varios factores que actúan sobre los seres humanos. La preocupación de los diversos estudios para explicar formas o instancias dadas del comportamiento humano, se orienta hacia la conducta y los factores asociados como son los estímulos, actitudes, motivaciones conscientes o inconscientes, varios tipos de energía psicológica, percepción y cognición, y varias características de la organización personal. En estas explicaciones, los significados de las cosas para los seres humanos son absorbidos por factores utilizados para explicar su conducta en una relación causa-efecto. El significado desaparece para que emerjan los factores iniciadores o causativos.

La literatura sobre este tema es muy amplia, estudiada desde diferentes enfoques, con diversas variables psicológicas a relacionar, y como afirman Sable y Wilkinson (2000), casi toda la investigación acerca de los efectos del estrés, de los principales eventos de vida y el apoyo social durante el embarazo se han enfocado sobre el parto prematuro y el bajo peso al nacer, o únicamente al parto prematuro, dado que son las principales causas de la morbilidad y mortalidad infantil.

Durante mucho tiempo, el estrés prenatal de la madre ha sido una preocupación particular de los científicos y especialistas de la salud, se ha abordado desde el enfoque psicosocial, por la evidencia creciente de que aquellas mujeres que experimentan mucho estrés durante el embarazo tienen problemas en el parto y con el recién nacido (Lobel, Hamilton y Cannella, 2008). Como variable psicológica, el estrés durante el embarazo ha sido muy estudiado junto con otras variables como actitudes, temores (Bernazzani, Saucier, David y Borgeat, 1997); afrontamiento, autoestima, y se le ha asociado con otras variables sociales, como apoyo social, conflictos de pareja, nivel socioeconómico: (Dennis, 2005; Glazier, Elgar, Goel, y Holzapfel, 2004; Department of Health, 2002, entre otros) y médicas, como bajo peso al nacer (por ejemplo, Messer, Dole, Kaufman y Savitz, 2005; Lobel *et. al*, 2008); parto prematuro (Messer, Dole, Kaufman y Savitz, 2005; Lobel *et. al*, 2008); complicaciones del embarazo (Kowalenko, Barnett, Fowler, Matthey, 2000; Lobel *et. al*, 2008); sin brindar resultados concluyentes de su relación en las diferentes condiciones médicas estudiadas.

Por otro lado, en los decenios de 1990 y 2000 se aprecia que la investigación acerca de la salud mental de la mujer durante el embarazo dio un giro y se interesó más

por el estudio del efecto de la depresión y ansiedad durante el embarazo y en el posparto, dejando de lado el estrés como la variable más analizada. En todo este tiempo se han desarrollado muchas investigaciones sobre el tema, desde los enfoques biomédico y psicosocial, con diversas poblaciones, elaborando y empleando distintos instrumentos, sin que hasta el momento existan datos concluyentes (por ejemplo, WHO, 2001; Austin, 2003a, 2003b, 2003c, 2004; Austin y Priest, 2005; Marcus, Flynn, Blow y Barry, 2003; Bennett, Einarson, Taddio, Koren y Einarson, 2004; Lara, Navarro, Navarrete, Cabrera, Almanza, Morales, y Juárez, 2006; National Collaborating Centre for Mental Health, 2007; entre otros. Véase más adelante el apartado 2.3 Depresión perinatal, en donde se aborda más ampliamente este tema).

Sin embargo, para Dunkel-Schetter, Gurung, Lobel y Wadhwa (2001), existen tres tipos de estudios en la literatura de investigación acerca de las emociones prenatales.

- 1) Muchos de los viejos estudios que analizaron la prevalencia de varios indicadores de psicopatología en mujeres embarazadas y los compararon con las normas de la población.
- 2) Las entrevistas cualitativas con mujeres embarazadas son la principal fuente de datos acerca de las emociones positivas y de las fluctuaciones emocionales durante el embarazo. Los informes cualitativos sugieren que una parte de las mujeres experimentan labilidad emocional en el embarazo, pero que aparece con una alta variación interindividual.
- 3) Aquellos que se valen medidas estandarizadas de la emoción en mujeres embarazadas, y en ocasiones comparan las medias muestrales con las normas de la población. Dichos estudios se han enfocado exclusivamente en las emociones negativas, en particular la ansiedad y la depresión, aunque algunos también en el malestar y la tensión.

## **2.2 Investigación de la salud mental perinatal en Latinoamérica**

Con respecto al avance de la investigación en salud mental perinatal en Latinoamérica, a partir de la revisión de los estudios encontrados en la literatura, se presentan a continuación las principales aportaciones de los países latinoamericanos sobre el tema.

Los estudios hechos en países como Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Perú, Uruguay y Venezuela, pueden agruparse alrededor de las siguientes áreas:

1) *Abuso de diversas sustancias* como tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas, cocaína, durante el embarazo y sus efectos sobre las mujeres y los fetos (Magri, Míguez, Parodi, Hutson, Suárez, Menéndez, Koren y Bustos, 2007; Magri, Míguez, Hutson, Suárez, Menéndez, Parodi, Koren y Bustos, 2008; Míguez, Magri y Suárez, 2009; Moraes, Scorza, Abin-Carrinquiry, Pasquale, González y Umpiérrez, 2010).

2) *Factores psicosociales de riesgo y complicaciones perinatales* como parto prematuro, bajo peso al nacer, retardo en el crecimiento uterino, preeclampsia, disminución de la morbilidad materno-infantil y prevención de problemas psicológicos a largo plazo en los infantes (Herrera, Hurtado y Cáceres, 1992; Herrera, Alvarado y Restrepo, 1995; Rondó, Ferreira, Nogueira, Ribeiro, Lobert y Artes, 2003).

3) *Embarazo de riesgo y condiciones emocionales de la mujer*, asociado a la frecuencia de disfunción familiar, ansiedad y depresión en mujeres con embarazo de alto riesgo obstétrico, de acuerdo con diferentes tipos de riesgo (Pimentel, 2007). También se realizó un análisis acerca de la influencia en las percepciones de riesgo potencial en el embarazo en países en desarrollo, con el fin de construir un modelo explicativo local de salud, el cual pudiera compararse con las actividades de salud promovidas por los servicios de salud (Atkinson y Fançanha, 1995). Además se han desarrollado estudios acerca de los factores psicosociales y los factores de riesgo del embarazo (Alvarado, Medina y Aranda, 1996, 2002); y de la relación entre sintomatología depresiva y depresión con preeclampsia en las mujeres (Qiu, Sánchez, Lam, Garcia y Williams, 2007). Así mismo, existe un estudio para identificar las características contextuales, sociodemográficas y emocionales que constituyen factores de riesgo y de protección durante el embarazo en mujeres que desean y no desean su embarazo (Rojas, 2005).

4) *Depresión y ansiedad en el embarazo y el posparto*: Nunes, Daher y Rodrigues (2006) realizaron un estudio para correlacionar sintomatología depresiva, ansiedad y apoyo social durante el embarazo; destacando la relación entre depresión y ansiedad rasgo-estado y la importancia del apoyo social durante el embarazo. Por su parte, Alvarado, Rojas, Monardes, Perucca, Neves, Olea y Vera (2000), encontraron una incidencia de 22% de cuadros depresivos en el puerperio.

Farkas y Santelices (2008) realizaron un estudio descriptivo para identificar las preocupaciones y temores que surgen durante el primer embarazo, a través del análisis de contenido de las sesiones de un taller que impartieron con mujeres primigestas.

5) *Intervención*: Mafra, Nóbrega, Freitas, Mota y de Nóbrega (2005), identificaron los trastornos afectivos no psicóticos en mujeres embarazadas y realizaron una intervención con ellas en grupos psicoprofilácticos y las volvieron a evaluar después de la misma, encontrando que dichos trastornos tendieron a disminuir. Asimismo, Hernández, Kimelman y Montino (2000) desarrollaron un programa de intervención en salud mental perinatal, en el que destacan la importancia de que un equipo de salud mental se pueda hacer cargo de la dimensión psicosocial en la asistencia perinatal, aportar soluciones, asesorar y prestar asistencia en problemas clínicos y del comportamiento frecuentes en la maternidad.

6) *Autocuidado*: Castro, Caldas, Cepeda, Huertas y Jiménez (2008) describieron las creencias, prácticas y actitudes de mujeres embarazadas frente a las infecciones en las vías urinarias, en donde observaron el impacto que tiene el saber cultural sobre la práctica consciente del autocuidado durante la gestación.

### *2.2.1 Investigación de la salud mental perinatal en México*

En México, desde el decenio de 1980, se ha desarrollado investigación acerca de la salud mental de la mujer durante el embarazo y el posparto, la cual se ha enfocado principalmente en las siguientes áreas:

1) *Validación de diversos instrumentos con población obstétrica*: como el Cuestionario General de Salud (CGS), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, entre otros, lo que ha permitido detectar de manera oportuna las principales alteraciones emocionales presentadas por esta población, así como definir las características psicológicas más importantes de la población ginecológica y obstétrica, para establecer líneas específicas de investigación para cada problema reproductivo (Morales, González y Valderrama, 1988; Gómez, Morales, Aretia y Gutiérrez, 1990; Morales, González, Ramos y Calderón, 1990; Morales y González, 1990; Attie y Morales, 1992; González y Morales, 1993; Luque, 1999; Morales y Díaz, 2000; Morales, Luque y Barroso, 2002; Morales,

Díaz, Espíndola, Henales, Meza, Mota y Pimentel, 2005; Morales, 2005; Gómez, 2007; Gómez y Aldana, 2007; Gómez, Morales, Aldana y Gaviño, 2008, entre otros).

2) *Salud mental durante el embarazo y el posparto*: se han realizado estudios acerca de la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres embarazadas de diferentes poblaciones, así como los factores de riesgo asociados a la misma (Lara *et. al*, 2006); y sus resultados se compararon con los obtenidos en población latina en EUA, los cuales hallaron una alta prevalencia de estos síntomas en ambas poblaciones, así como factores de riesgo significativos para depresión posparto (Nhu-Le, Lara y Perry, 2008; Lara, Nhu-Le, Letechipia y Hochhausen, 2009; Lara, Navarro y Navarrete, 2010). Como resultado de estos trabajos, Lara y sus colaboradores (2010) desarrollaron una intervención psicoeducativa para prevenir la depresión posparto en las mujeres.

3) *Estrategias de atención de la salud perinatal*: Pérez y Márquez (2004) elaboraron una propuesta de atención a la salud durante el embarazo y el parto desde la psicología de la salud, que implicaba una estrategia de educación no formal, para colaborar en la atención integral de la mujer embarazada que permitiera comprender su proceso, ventilar los conflictos y contradicciones en la vida de pareja y familiar, y prepararse para enfrentar el parto con menor esfuerzo y mejor disposición emocional.

4) *Estudios psicodinámicos sobre la salud mental perinatal*: existen investigaciones acerca de la depresión y ansiedad perinatales, la prevención de problemas emocionales y conductuales en la etapa perinatal, depresión posparto, entre otros, basados en un enfoque psicodinámico y orientados más específicamente a investigar el impacto de estos problemas sobre el apego de la madre y el bebé. (Lartigue, 1991, 1994a, 1994b, 1994c, 1996; Ortega, Lartigue y Figueroa, (2001); Maldonado y Lartigue, 2008a; Maldonado, Saucedo y Lartigue, 2008; Maldonado y Lartigue, 2008b; Lartigue, Maldonado, González y Saucedo, 2008).

Actualmente, desde la visión biomédica y psicosocial, la investigación sobre la salud mental perinatal está centrada en conocer el impacto que tienen la depresión y la ansiedad perinatales en la mujer y en su hijo, por lo cual, a continuación se abordan estos temas.

### 2.3 Depresión perinatal

En general, se considera que la depresión es la principal causa de enfermedad relacionada con alteración del funcionamiento general entre las mujeres. Su tasa de incidencia es del doble en mujeres que en hombres (Kowalenko, Barnett, Fowler y Matthey, 2000; WHO, 2001; National Institute of Mental Health, 25 de marzo de 2009). En la actualidad se está investigando si las características particulares de la mujer (factores biológicos, ciclo de vida, aspectos psicosociales) pueden ser la causa de su alta incidencia. La depresión afecta a cada persona de manera distinta y la manifestación de sus síntomas también es diferente en cada una. Tener algunos síntomas de depresión no significa que la persona esté clínicamente deprimida; algunas manifestaciones de tristeza, estrés e irritabilidad pueden ser parte de los eventos cotidianos de la vida. Al respecto, Horwitz y Wakefield (2007) afirman que los síntomas por sí mismos no distinguen el trastorno depresivo de la tristeza normal, sino que es la ausencia de un contexto adecuado para los síntomas lo que indica un trastorno. Sin embargo, si además estas manifestaciones se prolongan por mucho tiempo y se vuelven más intensas, podría pensarse entonces en una condición clínica (National Institute of Mental Health, 25 de marzo de 2009).

Según la OMS (WHO, 2001), la depresión se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y merma de energía. Otros síntomas son pérdida de la confianza y autoestima, un sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, una menor capacidad de concentración y la aparición de trastornos del sueño y la alimentación. Aunque los sentimientos depresivos son frecuentes, sobre todo frente a eventos negativos en la vida, sólo se le diagnostica como tal cuando los síntomas superan el umbral y persisten por más de dos semanas. La depresión puede ser de leve hasta muy grave, y por lo general es episódica, ya sea recidivante o crónica. Se le considera un trastorno mental frecuente, responsable de una alta morbilidad, y se prevé que mantendrá una tendencia ascendente durante los próximos 20 años.

De acuerdo con la literatura mundial, se considera que las mujeres en etapa de crianza tienen alto riesgo de padecer una depresión mayor. El embarazo y la nueva maternidad pueden incrementar el riesgo de episodios depresivos por el estrés y las exigencias que esto conlleva (National Institute of Mental Health, 25 de marzo de 2009). La depresión durante el periodo perinatal puede tener consecuencias

devastadoras, no sólo para la mujer que la experimenta, sino también para su hijo y su familia.

La depresión perinatal se describe como episodios depresivos mayores y menores que ocurren durante el embarazo y dentro de los siguientes 12 meses posteriores al parto (Gaynes, Meltzer-Brody, Lohr, Swinson, Gartlehner, Brody y Miller, 2006). La definición de depresión mayor es más clara que la de depresión menor. La primera se clasifica como severa, moderada o leve, dependiendo del grado en el que los síntomas interfieren con el funcionamiento social y ocupacional. El DSM-IV la define como un periodo de dos semanas previas en las que se presenta estado de ánimo depresivo o pérdida de interés y de disfrute por las actividades cotidianas combinado con cinco o más síntomas, incluyendo cambio sustancial de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga, sentimientos de desesperanza o culpa, dificultades para concentrarse y pensamientos de muerte y suicidio (Bennett *et. al.*, 2004).

La depresión menor se considera una constelación de síntomas depresivos menos graves e incapacitantes, para los cuales el tratamiento indicado es el placebo. Gaynes y colaboradores (2006) mencionan además que en la depresión perinatal se presentan ambos tipos de episodios y señalan además que es incierto su nivel de prevalencia e incidencia.

Para Dunkel-Schetter y colaboradores (2001), algunos estudios han demostrado la importancia de distinguir entre depresión mayor, depresión menor y sintomatología depresiva o estado de ánimo disfórico en las mujeres embarazadas. Dichos estudios hallaron que la mujer en esta etapa no tiene mayor probabilidad de exhibir niveles clínicamente notables de depresión (menor o mayor) que las mujeres que no están embarazadas, pero que sí experimentan más sintomatología depresiva, en especial en el último trimestre del embarazo. Por lo anterior, es más probable que la mujer embarazada experimente algún malestar emocional durante esta etapa, pero no a niveles considerados dañinos o que requieran intervención clínica.

En general, de acuerdo con la literatura, se observa que el porcentaje de mujeres que presentan depresión durante el embarazo o el posparto oscila entre 3% y 20%, dependiendo sobre todo de la población estudiada, de los instrumentos aplicados y de los factores de riesgo asociados, así como del impacto que esto tiene sobre el producto,



lo cual no ofrece datos generalizables ni concluyentes (Gaynes *et. al*, 2006; Bennett *et. al.*, 2004; Alder, Fink, Bitzer, Hösli y Holzgreve, 2007; Kowalenko *et. al.*, 2000; National Collaborating Centre for Mental Health, 2007; Misri y Kendrick, 2007; Austin, 2003b; Bennett *et. al.*, 2004).

Al respecto, diversos autores coinciden en señalar que existe una falta de consenso acerca de cuál instrumento elegir para evaluar la depresión durante el embarazo o el posparto, ya que se han utilizado varios y destacan que los cuestionarios de autorreporte sirven para detectar depresión perinatal y depresión mayor, pero los especialistas necesitan saber más acerca de la precisión de la detección, ya que la depresión perinatal es una alteración en la que la sensibilidad es más importante que la especificidad. Se han validado escalas como *The Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS)*, el Inventario de Depresión de Beck (BDI), *The Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire (PRIME-MD, PHQ)*, el *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)* y el *Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)*, para utilizarlos con poblaciones obstétricas (Kowalenko, *et. al*, 2000; Bennett, *et. al*, 2004; Gaynes *et. al*, 2006; National Collaborating Centre for Mental Health, 2007; Alder *et. al.*, 2007).

Por otro lado, Dunkel y colaboradores (2001) critican que diversos estudios donde se analiza el estado de ánimo prenatal no han empleado las medidas correctas. Cuestionan que se desconoce la validez de las medidas estandarizadas de la depresión durante el embarazo y el posparto y deberá revisarse en futuras investigaciones.

Por su parte, Lara y colaboradores (2006) señalan que los síntomas de la depresión medidos a través de diversas escalas tienen una alta especificidad en cuanto al diagnóstico de la depresión en mujeres embarazadas, aunque tienden a sobreestimarlos, de igual manera que como se observa en mujeres no embarazadas. Asimismo, Austin (2003a, 2003b, 2003c, 2004; Austin y Priest, 2005), plantea que varios autores advierten contra el sobrediagnóstico de los trastornos clínicos y que hay dificultades para distinguir entre alteraciones transitorias, síntomas subclínicos y trastornos crónicos o severos (como los trastornos de personalidad).

En este sentido, vale la pena destacar que, en general, en la literatura revisada sobre el tema, se aprecia una falta de especificidad para definir los conceptos de estudio (depresión, ansiedad, sintomatología depresiva y ansiosa, por ejemplo), lo cual se ve

reflejado en el diseño y validación de instrumentos para medirlos, ya que muchas veces no fueron hechos para evaluar a las mujeres embarazadas sino para población general; en otros casos, son instrumentos de tamiz y no de diagnóstico; así mismo, estos porcentajes de prevalencia varían en un rango bastante amplio, dependiendo del o de los instrumentos utilizados, lo que dificulta su cálculo preciso y se cuestiona su validez (Kowalenko, *et. al*, 2000; Bennett *et. al*, 2004; Gaynes *et. al*, 2006; National Collaborating Centre for Mental Health, 2007; Alder *et. al.*, 2007).

Esta situación ha provocado que en muchos casos se caiga en un sobrediagnóstico de trastornos mentales, ya que los instrumentos pueden ser sensibles pero no específicos para su detección. Y por tanto, se vuelve alarmante su supuesto incremento, cuando en realidad se dice que su prevalencia no es mayor que en la población general.

Esto ha generado que los especialistas se cuestionen si los porcentajes de prevalencia de dichos trastornos son reales o existe un sobrediagnóstico al no ser posible detectar aquellos que no alcanzan la categoría de trastorno y que sólo son un grupo de síntomas subclínicos que habría que distinguir.

Como contraparte de este tipo de investigaciones, surgieron los estudios culturales acerca de la depresión posparto, con la preocupación por conocer este trastorno, dada su importancia en la morbilidad materna, en las consecuencias sobre la salud mental de la mujer y su pareja y sobre el desarrollo cognoscitivo y social del infante y, asimismo, destacan la importancia de basarse en el modelo psicosocial para realizar su investigación, ya que consideran que los trastornos del estado de ánimo en el posparto sólo pueden comprenderse por completo cuando se toman en cuenta los factores culturales junto las perspectivas sociales, biomédicas y psicológicas (Cox, 1996, 1999, Oates, Cox, Neema, Asten, Glangeaud-Freudenthal, Figuereido, Gorman, Hacking, Hirst, Kammerer, Klier, Seneviratne, Smith, Sutter-Dallay, Valoriani, Wickberg y Yoshida, 2004). En estos estudios se retomó además la hipótesis de que la depresión posparto es un síndrome occidental y que es poco probable que se dé en sociedades “no occidentales” y entre sus aportaciones más importantes destaca que las etiquetas diagnósticas usadas para describir la enfermedad mental posparto, así como el momento de las intervenciones clínicas posparto y la atención extra proporcionada a las

madres en etapa de crianza, se relacionan con las actitudes socioculturales hacia la madre parturienta, a quien se percibe como especialmente vulnerable.

## **2.4 Ansiedad perinatal**

El otro trastorno mental más estudiado durante el embarazo es la ansiedad perinatal. Para el National Collaborating Centre for Mental Health (2007), los trastornos de ansiedad por lo común son comórbidos con los trastornos depresivos durante el embarazo, lo cual tiene implicaciones para su identificación y manejo. Grant, McMahon y Austin (2008) plantean que la asociación entre ansiedad y depresión es compleja y que es probable que los mecanismos que subyacen al desarrollo diferencial de ansiedad o depresión en las mujeres en el posparto impliquen un interjuego complejo entre factores genéticos, biológicos, cognoscitivos, interpersonales y contextuales. Por su parte, Kowalenko y colaboradores (2000) mencionan que los síntomas depresivos o ansiosos no muestran diferencias significativas en su forma con respecto a aquellos que se presentan en otra etapa de la vida.

Bhagwanani, Seagraves, Dierker y Lax (1997) consideran que dentro de los límites, la ansiedad sirve como función de alerta así como de movilizador, y su disolución (o bajos niveles inapropiados) podría resultar en la carencia individual de la adaptación fisiológica y psicológica necesarias para manejar efectivamente situaciones estresantes como una pérdida, tareas de aprendizaje o el embarazo.

Sin embargo, Austin y Priest (2005); Alder y colaboradores (2007) y Glover y O'Connor, (2002), afirman que los trastornos de ansiedad perinatal pueden ser más comunes que la depresión perinatal e indican que antecedentes de trastornos de ansiedad pueden predecir depresión posparto, incluso más que los antecedentes de depresión.

Igualmente, Austin (2004) destaca que si se expandiera el foco para ver más allá de la depresión posparto, podría empezar a analizarse el espectro tanto de los trastornos depresivos como de los ansiosos a través del periodo "perinatal", sólo así podría dirigirse y tratarse por completo el rango de morbilidad psicológica en la vida de la mujer en esta etapa.

Asimismo, se ha asociado la presencia de ansiedad durante el embarazo con complicaciones obstétricas, labor de parto más prolongada, presencia de más síntomas físicos como náuseas, visitas más frecuentes al médico; bajo peso al nacer, parto

prematureo y efectos sobre el desarrollo neurológico del infante y su conducta posterior (Bhagwanani *et. al.*, 1997; Glover y O'Connor, 2002; Alder *et. al.*, 2007; Leonetti y Martins, 2007).

Con respecto a la detección y diagnóstico de la ansiedad perinatal, Dunkel-Schetter y colaboradores (2001) afirman que estudios en los que se han utilizado medidas estandarizadas como el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) han producido estimados extremadamente similares de los niveles prenatales de ansiedad estado a aquellas normas publicadas para estos instrumentos en mujeres que no estaban embarazadas. Por lo que puede decirse que existe el mismo problema que con la depresión, los resultados obtenidos dependen del instrumento utilizado, de su confiabilidad y validez, así como de las características de cada población, por lo que tampoco pueden generalizarse.

Desde la perspectiva biomédica y psicosocial ya mencionadas, con base en la revisión de la literatura realizada, se observa que la visión que se tiene de mujer y de su salud mental durante la gestación y el posparto es que el embarazo es una etapa en la que la mujer se encuentra más *vulnerable*, *está en riesgo*, *en desventaja* y por tanto, es más *susceptible a enfermarse mentalmente*. Además, el embarazo se ve como un “evento negativo”, “una etapa estresante, complicada, problemática, de crisis”, “un detonador”, que puede llegar a *enfermar mentalmente* a las mujeres que lo viven. Esta condición se explica como una serie de factores de diverso tipo (sociales, económicos, culturales, educativos, fisiológicos y psicológicos, entre otros), que de acuerdo con su presencia, dependiendo de cómo se combinen y en qué grado, pueden incidir en el bienestar emocional y mental de las mujeres (tensión, estrés, eventos de vida negativos), hasta provocarles trastornos mentales (depresión y ansiedad, principalmente).

Es posible que estas visiones también sean producto de la medicalización del embarazo y del uso de los enfoques biomédico y psicosocial para hacer investigación, donde se persiste en utilizar una perspectiva causa-efecto, que ya se mencionó antes, y se considera además al cuerpo como el objeto de la observación médica, se le diagnostica y clasifica; - se agregaría además- que como resultado de esta visión, existe una tendencia hacia la “*psicopatologización*” de este evento reproductivo, que refuerza la intervención médica y el establecimiento de políticas públicas que la justifiquen y

continúen a su vez fortaleciendo la visión de “vulnerabilidad” de la mujer y de “riesgo” del embarazo.

Sin embargo, por otra parte, al interior de los grupos de especialistas expertos en estudiar la salud mental perinatal, comienzan a surgir cuestionamientos, no sólo acerca del sobrediagnóstico, sino también de que muchas de las manifestaciones emocionales de la mujer durante el embarazo no alcanzan un diagnóstico clínico. Por ejemplo, Austin y Priest (2005) hablan de aquellas mujeres que experimentan malestar pero que no necesariamente reúne criterios formales para un diagnóstico. Este malestar puede deberse a un duelo, a trastornos de ansiedad y a trastornos de estrés transitorio. Señalan que el hecho de que existan estos subtipos sindromáticos dentro de las categorías diagnósticas requiere mayor investigación para su tratamiento. Asimismo, advierten que existe un sobrediagnóstico de los trastornos clínicos y que se falla en distinguir entre alteraciones transitorias y trastornos severos o crónicos (como los trastornos de personalidad), lo cual conlleva a sobreestimar las tasas de prevalencia de los trastornos clínicos.

Fisher, Feekery y Rowe-Murray (2002) mencionan que la mayoría de la investigación se ha enfocado en identificar mujeres con enfermedades mentales diagnosticables y en establecer intervenciones y tratamientos apropiados. Sin embargo, está implícito en este enfoque teórico que aquellas que no satisfacen los criterios para ser casos psiquiátricos están libres de síntomas. Por esto, sugiere una visión alternativa que dice que el malestar psicológico en el posparto es universal y se correlaciona de manera inevitable con una transición importante en la vida. En esta conceptualización, la gravedad del malestar se distribuye en un continuo; una pequeña proporción padecen enfermedad mental, algunas experimentan síntomas psicológicos moderados o ligeros y otras perciben un malestar relativamente ligero.

Por su parte, el National Institute of Mental Health (25 de marzo de 2009) menciona que tener algunos síntomas de depresión no significa que la persona esté clínicamente deprimida; algunas manifestaciones de tristeza, estrés e irritabilidad pueden ser parte de los *eventos cotidianos de la vida*.

Aunque los estudios realizados no han profundizado en el conocimiento de estos malestares emocionales que pueden presentar las mujeres durante en la etapa perinatal,

es importante enfatizar que este aspecto comienza a ser motivo de interés por parte de los investigadores del tema, lo cual amerita que se realice mayor investigación.

## 2.5 Malestar psicológico durante el embarazo

El malestar psicológico es un concepto que ha sido ampliamente utilizado con diferentes sinónimos en la investigación mundial con la población general, y en particular con mujeres embarazadas, entre ellos: malestar psicológico (*psychological distress*; Fisher *et. al.*, 2002), malestar emocional (*emotional distress*; Glazier *et. al.*, 2004), alteraciones transitorias (*transient disturbances*; Austin y Priest, 2005), dolor psíquico (*psychic pain*; Hagen y Barrett, 2007), malestar psicosocial (Velasco, 2006a), entre otros.

Se observa que dicho concepto surge tanto de los propios cuestionamientos de los investigadores que se basan en el modelo biomédico, quienes se han percatado de que muchas manifestaciones emocionales de tipo depresivo, ansioso y somático, son temporales y esperadas (Horwitz & Wakefield, 2007) y no reúnen los requisitos para un diagnóstico clínico, conocidos también como síntomas subclínicos (Rivas, Nuevo, Ayuso-Mateos, 2011); así como de posturas más críticas e interpretativas contra la medicalización de la salud mental en general, y la necesidad de generar otros modelos que sean complementarios y que se enfoquen al estudio de la salud mental de la mujer, en particular, que alejan este concepto de lo psicopatológico para acercarlo al escenario de la *vida cotidiana* (Castro, 2000; Velasco, 2006b; Burin, 1990). Por lo cual es un tema que debe estudiarse más a fondo, para conocerlo y comprenderlo y, en caso necesario, brindar la atención específica a quienes no tienen un trastorno pero sí tienen un malestar.

A continuación, se presenta una revisión acerca del concepto y su aplicación en la investigación, en particular en mujeres embarazadas.

Mora (2004), en su estudio, aborda diferentes enfoques y definiciones del malestar emocional, entre ellos:

1. “Pequeños ajetreos diarios o aquellas pequeñas cosas que pueden perturbarnos”, planteado por Lazarus y Folkman (1986).
2. Padecimientos mentales comunes que se caracterizan por una mezcla de síntomas somáticos, psicológicos y conductuales como cansancio, debilidad,

pérdida de interés, sentimientos suicidas, sueño y problemas con la alimentación, entre otros (Patel, 1991).

3. Estado displacentero que incluye diversas manifestaciones sintomatológicas, entre las que destacan la depresión, la somatización y la ansiedad (Basabe, 1991).
4. El malestar se define como *desazón, incomodidad indefinible* y como “*sentirse mal*”. No obstante, la presencia de malestar no necesariamente indica patología, los malestares se asocian a crisis vitales, etapas que generan angustia, decaimiento, miedo y ansiedad, estas formas de evaluación dejan al margen aspectos de significación atribuidos al malestar en *el contexto de la vida cotidiana*, los eventos que los producen en la familia, el trabajo, en la comunidad, en las actividades de la vida diaria. Aun cuando los instrumentos diagnósticos permiten detectar la presencia de malestar emocional, no ofrecen una explicación sobre sus causas y el contexto bajo el cual se manifiesta en la vida cotidiana de las personas (Pérez y Torres, 1999).

Keller y Nesse (2005), desde un enfoque evolutivo, plantean que el estado de ánimo bajo normal es una respuesta que protege ante ciertas situaciones que amenazan a la salud y es tan adaptativa como el dolor físico normal. El hallazgo de que los síntomas específicos de estado de ánimo bajo son más frecuentes e intensos en las situaciones en las que es más probable que sean más útiles, es consistente con la hipótesis de que esta selección tiene subtipos parcialmente diferenciados de estado de ánimo bajo para enfrentar distintos tipos de situaciones inconvenientes. Y por ello afirman que el estado de ánimo bajo es una defensa útil formada por la selección natural.

Horwitz y Wakefield (2007) plantean que la “tristeza normal” o tristeza “con causa”, se asocia con experiencias de pérdida u otras circunstancias dolorosas que parecieran ser causantes obvios de tensión. La respuesta ante dichas reacciones normales es ofrecer apoyo para que el individuo se enfrente y se mueva a pesar de la pérdida, y evite confundir su tristeza con una enfermedad. Sin embargo, estos autores también distinguen y reconocen que puede haber una depresión “sin causa”, llamada melancolía, que es un trastorno médico que se distingue de la tristeza normal, por el hecho de que los síntomas del paciente ocurren a pesar de que no hay razones apropiadas para ello en las circunstancias que lo rodean. Los síntomas, tanto en la tristeza normal como en la melancolía son similares, no obstante, señalan que la

diferencia entre ambos es que cuando no hay un contexto apropiado para los síntomas, se hablaría de un trastorno.

Por otro lado, Hagen y Barrett (2007) argumentan que la mayoría de las personas experimenta tristeza ocasional y estado de ánimo bajo en respuesta a eventos negativos (como la pérdida de una relación). Además, la gravedad de estas emociones parece proporcional a la gravedad del evento, y muchos se recuperan dentro de un tiempo “razonable”, así que esas emociones se ven como normales. Algunos teóricos ven estas emociones como funciones evolutivas más que como disfunciones dañinas, y buscan las funciones adaptativas potenciales de la tristeza y el estado de ánimo bajo, a lo que llaman “dolor psíquico” y lo equiparan con las funciones del dolor físico.

Al respecto, estos autores afirman que el dolor psíquico tiene la función de informar a los individuos que las circunstancias de vida, como, por ejemplo, terminar una relación, imponen un costo biológico conveniente y lo condicionan a evitar circunstancias similares en el futuro. Es así que los síntomas son respuestas funcionales a problemas sociales particulares. Así mismo, plantean que la tristeza y el estado de ánimo bajo que las mujeres experimentan durante el embarazo y el posparto podría tener esta función evolutiva, ya que muchas veces estos sentimientos se ven como normales y representan que la mujer se está adaptando a los cambios que siguen al parto; por lo que consideran que clasificar las emociones perinatales negativas como trastornos podría tener consecuencias potencialmente muy negativas.

De manera específica, Hagen y Barrett (2007) atribuyen el dolor psíquico perinatal a factores como falta de apoyo social, estrés por la crianza y relaciones de pareja deficientes. Señalan además que probar la existencia del dolor psíquico perinatal podría debilitar la base ética para tratar estas emociones, funcionales pero socialmente indeseables, como un problema médico o como una enfermedad; ya que las emociones negativas intensas hacia el embarazo podrían motivar a una madre a tomar un rango correctivo de acciones, incluyendo la renegociación de su matrimonio, incrementar su apoyo social, buscar psicoterapia, reordenar sus prioridades en la vida, entre otros. Dichas emociones podrían proporcionarle retroalimentación importante acerca de sus circunstancias y decisiones. En este sentido, mitigarlas o anularlas podría inhibir la motivación de la mujer para actuar sus propios intereses y los de su hijo y podría interferir con su capacidad para aprender de la experiencia.



No obstante, cabe señalar que, se debe reconocer que, en algunas ocasiones, las mujeres durante el embarazo, y en general en la etapa perinatal, pueden desarrollar síntomas asociados a un trastorno depresivo, y que en esas situaciones, debe realizarse un diagnóstico diferencial y proporcionar el tratamiento psiquiátrico y psicológico de manera oportuna y adecuada.

Con respecto a la investigación acerca del malestar psicológico en población obstétrica, prevalecen los estudios de tipo epidemiológico con la aplicación de diversos instrumentos, entre ellos, el Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS). Éste es un instrumento autoaplicable, diseñado por David Goldberg en 1972, y fue diseñado para detectar el estado emocional a través del registro de la presencia o ausencia de síntomas, es decir, a través de un punto de corte identifica aquellas personas que informan los síntomas suficientes como para requerir apoyo terapéutico o que incluso impliquen psicopatología (“probables casos”), y aquellas que no lo requieren (“no casos”) (González, Morales & Gutiérrez, 1993)

Glazier y colaboradores (2004) hallaron en su estudio acerca del malestar psicológico en mujeres embarazadas, que la falta de apoyo social, el estatus socioeconómico y los eventos de vida influyen en dicho malestar, y que las mujeres son más vulnerables al estrés de la vida cuando no tienen apoyo disponible. Así mismo, encontraron mayores conflictos de pareja cuando se tienen más hijos. Estos factores de riesgo son los mismos que en los síntomas depresivos.

Hedegaard y colaboradores (1993), en su investigación con 5872 mujeres embarazadas, encontraron una relación entre malestar psicológico a las 30 SDG y el riesgo de parto pretérmino. Asimismo, Otchet, Carey y Adam (1999) hallaron que las mujeres durante el embarazo manifestaban más síntomas de malestar psicológico que durante el puerperio; esto coincide con lo que Gómez, Morales, Aldana y Gaviño (2008) observaron en su estudio con mujeres con embarazo de alto riesgo, en donde a las 25-30 SDG, 33.8% de las mujeres manifestaron malestar psicológico de leve a moderado (de acuerdo con la puntuación obtenida en el instrumento), y durante el puerperio éste disminuyó a 13.4% en los casos evaluados.

DiPietro, Ghera, Costigan y Hawkins (2004) critican la tendencia a ver el embarazo como una situación problemática, pues en su estudio acerca del estrés durante la gestación, encontraron que, por lo general, las mujeres perciben este evento

reproductivo como una situación más positiva que negativa, por lo que consideran que medir el malestar psicológico específico en el embarazo sin medir las respuestas emocionales positivas hacia el mismo, puede sobreestimar y fallar en representar el grado en el cual las mujeres mejoran psicológicamente con sus embarazos. Por ende, una evidencia completa del malestar psicológico específico durante el embarazo debería incluir una valoración positiva y negativa de la experiencia misma.

Por su parte, Morales y colaboradores (2005), quienes han trabajado con población obstétrica, definen el malestar psicológico como “un conjunto de cambios emocionales, estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, el cual no puede ser agrupado en una condición sintomática”. En este sentido, Espíndola y colaboradores (2006) amplían el conocimiento acerca del concepto y, desde un enfoque clínico, mencionan que es una alteración emocional caracterizada por sintomatología depresiva como llanto fácil, pérdida de interés, alteraciones en el patrón de sueño e irritabilidad; así como sintomatología ansiosa, como sensación de opresión torácica, sensaciones agorafóbicas, inquietud, desesperación, miedo, pérdida de control, inconformidad, irritabilidad y agitación. Estos autores afirman que estas manifestaciones emocionales obedecen a un periodo de ajuste, no a una sintomatología ni a un trastorno; pero sí a una alteración que se compara con el estado emocional previo al agente estresor desencadenante. Aclaran además que aunque el concepto de malestar psicológico se desprende de observaciones derivadas de la aplicación y análisis del Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS), no se trata de una construcción propia del instrumento o de una categoría que se derive de sus resultados, sino de una elaboración posterior del mismo.

En particular, en México se han realizado diversos estudios con este instrumento. En 1990, Gómez y colaboradores establecieron que el CGS en su versión de 30 reactivos era útil para identificar problemas emocionales, tanto en pacientes obstétricas como ginecológicas, sobre todo la presencia de psicopatología incipiente que pudiera afectar la evolución del manejo médico. En 1992, en otros estudios con la misma población, González, Morales y Gutiérrez distinguieron los indicadores clínicos de malestar psicológico, a través del CGS-30, con población ginecológica y obstétrica. En 1993, estos autores continuaron el trabajo con los indicadores clínicos del malestar psicológico. En 1999, Luque llevó a cabo un estudio descriptivo con 225 pacientes obstétricas y 106 ginecológicas para conocer las alteraciones emocionales de las

pacientes ginecoobstétricas de un hospital de tercer nivel especializado en problemas reproductivos, reconocer las características de su estado emocional, indagar las posibles relaciones entre alteraciones emocionales y complicaciones obstétricas y probar un programa de intervención breve. La autora concluyó que las pacientes obstétricas presentaban malestar psicológico, el cual debía recibir atención psicológica y a través un grupo psicoeducativo pudo disminuir la intensidad de dicho malestar.

En 2002, Morales y colaboradores observaron que 62.2% de las pacientes obstétricas que estudiaron, presentaban malestar psicológico, el cual podría asociarse tanto con las molestias del embarazo, como con que era de alto riesgo; asimismo, factores como menor escolaridad y mayor número de hijos se asociaron con la presencia de mayor sintomatología. También concluyeron que el malestar psicológico en pacientes médicamente atendidas es muy frecuente, pues convergen varias condiciones: 1) el evento reproductivo moviliza distintas reacciones emocionales por la importancia que éste juega en la vida de las personas; 2) una complicación en el evento genera un estado de ansiedad o depresión, tanto por las posibles consecuencias como por las ideas populares de que son eventos ausentes de riesgo o “naturales” y 3) modifica aspectos somáticos que facilitan la emergencia de displacer y molestias, las que a su vez entran en contradicción con lo que se espera del evento reproductivo.

Se considera que el embarazo y el malestar psicológico de la mujer durante el mismo pueden estudiarse desde diferentes miradas que permitan ampliar el conocimiento sobre este tema, al cual no se le ha puesto la suficiente atención en la investigación mundial, a pesar de que esto es necesario para alcanzar mayor comprensión acerca de la experiencia de malestar psicológico en las mujeres durante la gestación y, de manera específica, frente al diagnóstico de alto riesgo, tema en el cual tampoco se ha profundizado mucho desde la psicología.

Por lo mencionado anteriormente, es importante tomar en cuenta estudios desde otras posturas teóricas que nos ofrezcan nuevas visiones y enfoques pero que además se complementen con las ya existentes, que brinden explicaciones e interpretaciones más amplias acerca del malestar psicológico, que integren los aspectos biopsicosociales implicados en la experiencia emocional. Un ejemplo de ello son las miradas crítica-contextual y subjetiva, y crítica-feminista (Velasco, 2006b), desde donde existen también varias posturas con respecto al malestar psicológico, las cuales lo asocian más

con los problemas y circunstancias de la vida cotidiana que con un trastorno mental y que además ponen énfasis en la comprensión del funcionamiento humano como una interacción entre la situación social y la subjetividad.

Ortiz-Lobo (2004, 2008), en una crítica hacia el modelo biomédico y la medicalización de la salud mental, define el malestar como aquel sufrimiento psíquico legítimo, proporcionado, adaptativo y, por tanto, no patológico, vinculado a los avatares de la vida cotidiana. Este malestar se caracteriza por sentimientos desagradables (tristeza, angustia, rabia, frustración, impotencia, soledad, odio, agresividad) que aparecen en el contexto de un acontecimiento o situación vital estresante como respuesta emocional adaptativa. Otras veces, las demandas están desencadenadas por sufrimientos, rechazos o temores del entorno inmediato al paciente, ya que en el campo de la salud mental, la necesidad no siempre está determinada por el sufrimiento de la persona. Desde la subjetividad, este autor argumenta que “un sujeto se encuentra mal cuando así lo siente”. Considera además, que la definición de enfermedad mental y la frontera entre lo normal y lo patológico es provisional, fluctuante y sometida a intereses políticos, económicos y sociales. La enfermedad tiene carácter de construcción social. La separación entre lo normal y lo patológico es coyuntural y depende del significado que se le atribuye en distintas épocas y entre diferentes culturas. Así mismo, este autor reflexiona acerca de que se está produciendo un cambio cultural en el significado del dolor y el sufrimiento en el que para la psiquiatría y la psicología ya no cabe tener sentimientos negativos o desagradables, por más legítimos o adaptativos que sean.

Por su parte, Velasco (2006a), en un estudio realizado en España, propone un marco teórico que considera la salud y la enfermedad como un proceso en interacción, en el que intervienen tanto las condiciones de la biología que se materializan en el funcionamiento fisiológico del cuerpo, como todos los impactos que causan las condiciones del contexto social, así como la forma particular en que cada persona experimenta sus vivencias, que es la esfera subjetiva. Desde este enfoque, estudia el malestar psicosocial de las mujeres y menciona que los malos perfiles de salud percibida por ambos sexos concuerdan con alteraciones psíquicas—expresadas como nervios, depresión y dificultades para dormir, dolor y síntomas que a menudo son somáticos sin causa orgánica, como dolores de cabeza, ahogos, dificultad para respirar, mareos o vahídos y cansancio sin causa aparente. Estas son las principales quejas de salud de las mujeres en la población general de España. Todas estas quejas las presentan

de 73 a 80% de las mujeres, y esta diferencia por sexos parece ser causada tanto por una forma distinta de enfermar por sexos, como por una manera diferente de quejarse por sexo, así como por una mayor tendencia de las mujeres de acudir a los centros de salud, lo que hace que los síntomas sean registrables.

Esta autora plantea además que algunas de dichas quejas serán diagnosticadas por los médicos como trastornos o síndromes funcionales emergentes (depresión, ansiedad, trastornos somáticos, o fibromialgia, fatiga crónica, colon irritable, etc.); pero otras quedarán en la categoría de síntomas sin explicación médica, sin diagnóstico, el cual se manifiesta en 13% de las mujeres que acuden a la atención médica primaria en España. Al respecto, propone que esta situación debería hacer pensar que el sistema de clasificación basado en síntomas por órganos y sin trastorno fisiopatológico no responde a la naturaleza de estos padecimientos. Es probable que no se trate de diferentes enfermedades identificables por el funcionamiento de órganos (incluida la mente cuando es tomada como un órgano más que se puede trastornar), sino de diversas manifestaciones no determinadas por trastornos fisiológicos, sino síntomas multideterminados por factores del contexto social, interpersonales y psicológicos relacionados con procesos y conflictos vitales (Velasco, 2006a).

Desde un marco teórico que incluye la influencia del contexto social y la subjetividad (ambos además condicionados por el género) en el proceso de enfermar, esta autora afirma que los síndromes y síntomas que se tratan no sólo tienen su causa en la biología, sino también en la esfera simbólica, es decir, que proceden de la posición subjetiva de la persona en su contexto social y en cómo se enfrenta a los conflictos. Por lo que, para Velasco (2006a), las alteraciones psíquicas y somáticas, bajo su diversa presentación, tienen una procedencia común: el *malestar cultural de las mujeres*. Con base en esto, define el *malestar psicosocial* como el sufrimiento que no puede descifrarse y expresarse en palabras y que aparece como sufrimiento anímico o en el cuerpo como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable. Se refiere a los *síndromes del malestar de las mujeres* con un enfoque que los unifica a través de su significado, lo que permite abordarlos en su causalidad, factores asociados y repercusiones, dejando provisionalmente a un lado las necesidades diagnósticas, con un abordaje y tratamiento integral biopsicosocial que incluye condicionantes de género y subjetividad.

Otra propuesta más acerca de los malestares de la vida cotidiana es la de Cucco (2006), quien en Argentina, propone una intervención de estos malestares como espacio

de transformación social. Esta autora plantea que el concepto de salud se entiende en lo cotidiano, en la vida de la gente o cómo la gente vive, y es allí donde se trazan las coordenadas de la salud y la enfermedad.

Cucco (2006) define los malestares cotidianos como aquellos que la gente sufre y habitualmente no analiza ni cuestiona porque los considera normales; no generan demanda explícita, no tienen interlocutor válido, y para ellos no existe un campo de intervención. Las respuestas habituales se brindan desde enfoques terapéutico-existenciales que, o bien tienden a medicalizarlos, psiquiatrizarlos o categorizarlos como pertenecientes a grupos de riesgo social, o bien a incluirlos en acciones preventivas inespecíficas, quedando la mayor parte de las veces en tierra de nadie, a esto le llama *normalidad supuesta salud*. Para situar la génesis de estos malestares, esta autora focaliza la mirada en el punto de cruce donde se cuajan los roles asignados, lugar de encuentro entre lo más íntimo personal con elementos de lo social propios de una formación social dada, en donde el consenso facilita la naturalización de los malestares estableciéndolos como normales. Sin embargo, considera que estos malestares son generadores de importantes costos en salud-bienestar de la población, por lo que adquiere especial significación trabajar en la delimitación de su campo, y en la conceptualización metodológica para una adecuada intervención. Su propuesta pretende establecer una relación entre lo psíquico y lo social y toma como base, por un lado, el psicoanálisis para comprender los malestares cotidianos y, además, los procesos correctores comunitarios.

Como puede observarse, el malestar psicológico (psicosocial o de la vida cotidiana) ha sido abordado desde diferentes perspectivas, lo cual permiten entenderlo como manifestaciones emocionales adaptativas de diversa índole que se presentan en respuesta a distintas situaciones de la vida, del contexto social, y que su experiencia y vivencia dependen de la subjetividad de cada persona, y aunque tienden a “naturalizarse” y a verse como algo “normal”, generan importantes costos de salud y bienestar en la población.

No obstante, para los fines de este trabajo, se retoman dos posturas teóricas principalmente, la primera son los planteamientos de Velasco (2006a), desde un enfoque biopsicosocial, acerca de que la salud y la enfermedad es un proceso en interacción en el que intervienen los aspectos biológicos y de funcionamiento fisiológico del cuerpo, su impacto sobre el contexto social en el que sucede y los

aspectos subjetivos referentes a cómo las personas experimentan y enfrentan dicho proceso.

La segunda postura teórica que sirve de sustento a este trabajo es la propuesta de Mabel Burin (1990) acerca del malestar de las mujeres, de la cual se retoman aquí algunos conceptos que permitirán comprender e interpretar los resultados obtenidos en este estudio.

Esta propuesta (Burin, 1990) se basa en la necesidad de delimitar el campo de la salud mental de las mujeres, ya que esta autora piensa que la forma en que éstas se construyen como sujetos dentro de su cultura incide en su salud mental. Menciona que el enfoque tradicional ha hecho referencia a la salud mental de las mujeres asociándola con su salud reproductiva, haciendo una rígida diferenciación entre lo “normal” y lo “patológico”. Sin embargo, afirma que en la actualidad se ha ampliado notablemente el campo de estudio, al considerar la problemática derivada de la vida cotidiana. Desde aquí, esta autora propone introducir la noción de *malestar*, la cual no se encuentra involucrada en la clásica dualidad salud/enfermedad, sino que introduce un tercer término que, al modo de las nociones transicionales, a medias subjetivo y objetivo, externo e interno a la vez, participa de una lógica paradójica pues no refrenda la clásica diferenciación sano-enfermo, normal-patológico.

Esta autora piensa que el campo de la salud mental de las mujeres debería incluir un área de estudios que tenga su propia especificidad, la revisión de las prácticas sociales que inciden sobre la salud mental de las mujeres, analizar viejos problemas al respecto, como la depresión, ofreciendo nuevas perspectivas de análisis y respuestas distintas a las tradicionales y revisar la relevancia otorgada al poder de los afectos y su relación con la representación social de las mujeres como madres. Por lo anterior, su interés es orientar las búsquedas y explicaciones hacia conflictos de orden social, a la par de los de orden biológico o psicológico para deconstruir los clásicos conocimientos que naturalizan el padecer psíquico de las mujeres, ocultando de esta manera sus causas sociales.

Burin (1990) hace una interesante revisión del concepto de salud-enfermedad mental de las mujeres y afirma que *la construcción de la subjetividad femenina en nuestra cultura estuvo imbricada con la construcción de su salud mental*. Plantea que en la época de la configuración de la tradición judeo-cristiana, los conceptos de la salud y enfermedad en las mujeres giraban alrededor de su posición social como vírgenes dignas de ser santificadas, o bien como demoníacas agentes de la sensualidad y lo

pasional, por lo que su definición como sujetos estaba dada por el hecho de que fueran confirmadas por los hombres, quienes emitían juicios de existencia acerca de la condición de las mujeres como sujetos psíquicos.

Para ella, con el triunfo del cristianismo, las mujeres que no se dedicaban al aprendizaje y transmisión de la devoción religiosa eran sospechosas de ser criaturas demoniacas, en quienes se castigaba, mediante su confinamiento y destrucción, demandas de origen político, económico, social y psicológico que padecían las comunidades menos privilegiadas. Durante la Edad Media, el lugar feudal de la mujer era la casa. Así mismo, las mujeres acusadas de brujería eran en su mayoría viejas, pobres, carentes de prestigio social, que por carecer de medios propios para subsistir recurrían a medios de vida marginales, alejándose de la gente que contaba con aprobación social, y uniéndose a otras en su misma situación. Estas mujeres cuestionaban la autoridad masculina, demostrando una independencia cognitiva de los hombres, mediante el ejercicio y transmisión de un saber de mujeres, es decir, eran sujetos de un saber convalidado por sus pares, aunque éste se contraponía al saber oficial.

Hacia finales del siglo XVIII, las mujeres, si bien dependían social y económicamente del padre-patrón, participaban de manera simultánea en la producción de bienes y en la reproducción. Su labor doméstica era muy valorada, ya que ésta formaba parte de la actividad productiva de la familia como un todo. Se trataba de una familia basada en la propiedad productiva, que suministraba, desde su interior, el juicio de existencia de cada uno de los miembros que la componían, asignándoles cualidad de sujetos en tanto miembros pertenecientes a ella; por lo que aquellas mujeres que se habían quedado solas por rebelarse al orden familiar-patriarcal imperante, eran aisladas como enfermas mentales (Burin, 1990).

Durante la Revolución Industrial, la familia se transformó en una institución básicamente relacional y personal, la esfera personal e íntima de la sociedad. El desarrollo de la familia nuclear, constituida por padres, hijos y algún otro familiar cercano, condujo al estrechamiento del escenario doméstico, por lo que también se redujo en tamaño el entorno de las mujeres y perdió perspectivas: las tareas domésticas, el consumo, la crianza de los niños, lo privado e íntimo de los vínculos afectivos se convirtieron en su ámbito “natural”. De esta manera se fue configurando la “moral materna”, la cual suponía un modelo femenino en el seno del ámbito doméstico, con características psíquicas de receptividad, contención y nutrición, no sólo de los niños,



sino también de los hombres que regresaban a sus hogares después de su actividad cotidiana en el ámbito extradoméstico. El desarrollo de esta “moral materna” y las condiciones de vida de aislamiento en lo doméstico, imprimieron al psiquismo de las mujeres un cambio históricamente importante: la gestación del “ideal maternal” como ideal privilegiado constitutivo de la subjetividad femenina. El cumplimiento de este ideal se ofrecía como garante para la salud mental de las mujeres. A partir de este momento, el goce de la sexualidad de las mujeres quedó adscrito al goce en la maternidad y, además, a aquellas mujeres consideradas “locas”, se les condenaba a quedar marginadas del circuito de la reproducción en la pareja conyugal.

Con el avance del capitalismo industrial del siglo XIX, el modo de producción que tendía a la propiedad privada y a la competencia económica estimuló en el seno de las familias el desarrollo del individualismo y los deseos de autoconciencia. Para las mujeres, su propiedad privada la constituían los hijos, con quienes se suponía que debían mantener un vínculo necesario de inmediatez y control de sus necesidades. El objetivo final era crear del infante humano un sujeto psíquico mediante la labor de maternaje, bajo la convicción de que en tanto producía hijos, la mujer se producía a sí misma, *creando con la maternidad la base de su subjetividad*. Burin (1990) considera que con esto se produjo un cambio en el aparato psíquico de las mujeres, con la gestación del ideal maternal como denominador de su condición de sujeto psíquico y social, tanto en el orden material como simbólico.

Continúa proponiendo que, durante el siglo XX, y hasta la actualidad, sigue vigente en la cultura patriarcal la noción de que el deseo maternal es el eje constitutivo de la subjetividad femenina, y lo que garantiza su salud mental. Esto supone una identificación mujer=madre que se ha valido de diversas prácticas sociales para lograrlo: educativas, asistenciales, las relativas a la maternidad, entre otras.

Con base en lo anterior, Burin (1990) plantea que la salud mental de las mujeres podría caracterizarse en términos de conflicto, ya que los conflictos son siempre situaciones contradictorias, incompatibles entre sí, que pueden registrarse tanto a nivel consciente como inconsciente, en donde el sujeto percibe la tensión o ansiedad, pero no conoce ni discrimina los términos del conflicto que la producen. En este sentido, al analizar el malestar en términos de conflicto, son las *situaciones de crisis vitales* las que propician la salud mental de las mujeres. Así mismo, el sentimiento de malestar y la actitud crítica resultante de estos estados de crisis, requieren instancias de contención que otorguen sostén al padecimiento que producen.

Burin (1990) propone que el malestar es un concepto intermedio, que ofrece nuevos recursos para analizar las condiciones que producen y/o preservan la salud mental de las mujeres, proponiendo más que un criterio adaptativo uno de crítica y de debate ante las representaciones sociales ofrecidas a las mujeres acerca de su salud mental, en donde se considera a la maternidad como algo que asegura dicha condición y el malestar adquiere sentido en la medida en que produce una modificación en la vida de la gente y en su noción como sujeto. Así mismo, esta autora afirma que los fenómenos que constituyen la vida cotidiana no se examinan hasta que aparece el malestar y que una de las formas en que las mujeres manifiestan los trastornos de la vida cotidiana es a través de sus síntomas, como expresión de dicho malestar.

## **2.6 Malestar psicológico de las mujeres durante el embarazo: una mirada desde el interaccionismo interpretativo**

Como puede observarse, el malestar psicológico (psicosocial o de la vida cotidiana) ha sido abordado desde diferentes perspectivas, lo cual permite entenderlo más como algunas manifestaciones emocionales que surgen desde del contexto de la vida cotidiana, sobre todo frente a momentos de crisis, y aunque dichas manifestaciones tienden a “naturalizarse” y a verse como algo “normal”, llegan a generar importantes costos para la salud y bienestar de la población. Además, en el caso particular de las mujeres, es importante destacar el papel que ha jugado la maternidad como parte importante de su subjetividad y, por ende, de su salud mental.

Es por esto que se considera que el embarazo y la experiencia emocional de la mujer durante el mismo pueden estudiarse desde otra perspectiva que complemente las existentes y permita conocer y comprender, en especial, su vivencia frente a la gestación y al diagnóstico de alto riesgo, el cual es un tema poco estudiado y poco referido en la literatura mundial; pero tomando en cuenta los aspectos fisiológicos que intervienen tanto en la gestación como en sus complicaciones; el impacto de esto sobre el contexto social en el que se da el evento reproductivo, en particular, el referente al apoyo de la pareja y la familia, pero también a la atención médica y las experiencias tenidas en otros embarazos y cómo la interacción de estos aspectos puede llegar a producir malestar psicológico en algunas mujeres.

Conocer desde la mirada de las mujeres cómo es su experiencia psicológica durante la gestación de alto riesgo, partiendo de la propuesta de que las manifestaciones emocionales que algunas de ellas pueden presentar durante el embarazo son más de tipo

transitorio y asociado al evento y sus complicaciones, que síntomas de psicopatología, permitiría entender su experiencia y cómo se construye, a partir de los aspectos mencionados antes, poder interpretarla y explicarla desde su contexto.

Estas manifestaciones emocionales no son exclusivas del embarazo, pero se cree importante retomarlas durante esta etapa, ya que diferentes autores las han identificado durante la gestación y son muy comunes en las mujeres (por ejemplo, Austin y Priest, 2005; Fisher *et. al*, 2002; Hagen y Barrett, 2007; Luque, 1999; Morales *et. al*, 2002; Espíndola *et. al*, 2006; Gómez *et. al*, 2008).

Por otro lado, es notable que el interés por el estudio del malestar psicológico durante el embarazo se fortalece ante planteamientos como:

1. El reconocimiento, desde el modelo biomédico, de que muchas manifestaciones emocionales en las mujeres durante el embarazo son temporales y de tipo subclínico, así como la posibilidad de que se esté sobrediagnosticando depresión y ansiedad.
2. La dificultad para distinguir la frontera entre una reacción adaptativa para afrontar el cambio en la vida que implica el embarazo y la maternidad, y un trastorno mental (Keller y Nesse (2005).
3. La tendencia a ver el embarazo como una situación problemática, en la que se han medido más los aspectos negativos que positivos de la gestación (DiPietro y colaboradores, 2004).
4. La posibilidad de que la tristeza y el estado de ánimo bajo que las mujeres experimentan durante el embarazo y el posparto podría tener una función adaptativa frente a los cambios que siguen al parto (Hagen y Barrett, 2007).

Estos planteamientos reflejan la necesidad de abordar el estudio de las manifestaciones emocionales de algunas mujeres durante el embarazo de alto riesgo sin etiquetarlas con algún diagnóstico psiquiátrico; lo cual implica, entre otras cosas, darles voz para conocer su experiencia y sus vivencias, para comprender el contexto en el que se da esa maternidad, tomando en cuenta el entorno que las rodea, sus redes de apoyo, sus circunstancias de vida pasadas y actuales, su estado de salud, sus preocupaciones, y así obtener una comprensión más amplia que nos permita interpretar el significado que tienen para ellas estas vivencias. Además, es muy importante conocer estos significados cuando el embarazo es diagnosticado médicamente como de “alto riesgo”, pues se

piensa que dicha circunstancia hace que la mujer viva emocionalmente esta experiencia de manera más intensa y distinta que cuando la gestación no representa ningún riesgo médico.

Para el desarrollo de este trabajo, se eligió al interaccionismo interpretativo, como el enfoque teórico-metodológico a través del cual se verá cómo se manifiesta en las mujeres el malestar psicológico durante el embarazo de alto riesgo.

#### *Interaccionismo interpretativo*

El interaccionismo interpretativo tiene como foco principal aquellas experiencias de vida que alteran y moldean radicalmente los significados que las personas dan a ellos mismos y a sus experiencias (Denzin, 2001). El embarazo de alto riesgo es una experiencia en la vida de las mujeres que puede considerarse con características similares a las mencionadas por este autor.

Denzin señala que el interaccionismo interpretativo es un intento por unir el enfoque tradicional del interaccionismo simbólico con el trabajo fenomenológico interpretativo de Heidegger y la tradición asociada con la hermenéutica. Este enfoque también recurre al trabajo reciente de la teoría feminista social, la teoría postmoderna y método crítico biográfico formulado por Wright Mills, Sartre y Merleau-Ponty. Este enfoque ayuda a construir estudios, representaciones y textos que tengan sentido y critiquen el periodo postmodernista de la experiencia humana y además está presente en diversas disciplinas como: comunicación, educación, historia, antropología, psicología, sociología, ciencias políticas, negocios, salud y medicina, trabajo social, literatura y filosofía, entre otras.

Uno de sus pilares teóricos es el interaccionismo simbólico, el cual se ha considerado como un marco general para el análisis de la sociedad y como una teoría psicológica social relativamente especializada dirigida principalmente a los problemas de socialización (Stryker, 1980). Esta teoría fue planteada por George Herbert Mead (1863-1931), quien elaboró una explicación de la propia naturaleza humana, que se acerca a una concepción psicosocial del individuo. Este autor optó por ver a la psicología como una ciencia de la experiencia, como una disciplina que tiene por objeto los hechos de la conciencia, que se dan primariamente en la experiencia interna, ajenos a la cooperación de los sentidos y que difícilmente pueden ser objeto de observación,

cuantificación y manipulación externa. Para este autor, la psicología es una ciencia social descriptiva alejada de la perspectiva reduccionista de la explicación (Blanco, 1988).

Entre sus principales planteamientos están el que los símbolos se desarrollan en el contexto de los actos sociales y funcionan en el curso de la conclusión de esos actos. Dichos símbolos capacitan a los individuos a predecir su propio comportamiento y el de los demás y a anticipar el curso futuro de la interacción. El *self* (traducido también como la persona) es un emergente de la interacción social; es esencialmente una estructura social y surge en la experiencia social. El *self* existe en la actividad de verse a uno mismo reflexivamente a través del lenguaje. El “Yo” y el “mi” completan la personalidad que emerge del proceso social. El ser humano es reflexivo, consciente y con dominio de sí mismo. Estas características son posibles por la participación en la interacción y a través de la comunicación hablada que presupone dicha interacción.

Blanco (1988) destaca que en la teoría de Mead, el rol es un elemento central porque de él parte el proceso interactivo, epicentro de la vida social y objeto por excelencia de la psicología social, ya que en él se origina el proceso de influencia que desemboca nada menos que en la configuración del yo social, es decir, de la personalidad. El rol ha llegado a adquirir un significado social, es decir, un significado intersubjetivamente elaborado y compartido, no impuesto. Así mismo, afirma que el rasgo es una marca distintiva del individuo psicológico, el rol es sencillamente su distintivo social.

Por su parte, Herbert Blummer (1969) es otro teórico del interaccionismo simbólico, quien retoma el trabajo de Mead, no como una doctrina filosófica sino como una ciencia social empírica, y cuyas aportaciones se basan en tres premisas básicas:

- 1) Los seres humanos actúan hacia los objetos basados en los significados que esas cosas tienen para ellos.
- 2) Estos significados derivan de la interacción social (comunicación, comprensión amplia) entre individuos. La comunicación es simbólica ya que nos comunicamos, creamos o producimos símbolos significativos.
- 3) Estos significados se establecen y modifican a través del proceso interpretativo (Denzin y Lincoln, 1994, p. 123-124).

Para los interaccionistas simbólicos el significado surge en el proceso de interacción entre las personas, es decir, se trata de un producto social. Además, el uso de los significados por el actor ocurre a través de un proceso de **interpretación**, el cual tiene dos pasos: a) el actor se indica a sí mismo las cosas hacia las que está actuando; él tiene que señalar las cosas que tienen un significado para sí mismo. b) El actor selecciona, verifica, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en la que está colocado y en la dirección de acción.

El proceso de interpretación es un proceso dinámico, pues la manera de interpretar algo dependerá de los significados posibles y de cómo se aprecie y se defina la situación. Por ello, la construcción interpretativa de los actores se caracteriza por una posición activa e irreplicable en la producción de los sentidos de su realidad, lo cual, en gran medida, está determinado por el carácter emocional de la experiencia individual (Mares, 2006).

Por su parte, Denzin (2001) afirma que a través del interaccionismo interpretativo intenta hacer que las experiencias problemáticas vividas por las personas ordinarias estén disponibles para el lector. Se esfuerza por capturar y representar las voces, emociones y acciones de quienes son estudiados. El interaccionista interpreta estos mundos, sus significados y sus representaciones. Los métodos de investigación de este enfoque incluyen textos, autoetnografía, poesía, ficción, entrevistas abiertas y cerradas, análisis de documentos, semiótica, historias y relatos de vida, construcción de experiencias personales e historias de sí mismo, observación participante y descripción densa.

Así mismo, este enfoque puede utilizarse cuando el investigador desea analizar las relaciones entre los problemas personales y las políticas públicas y las instituciones públicas que se han creado para dirigirse a estos problemas. Propone, además, que se deben captar, comprender e interpretar correctamente las perspectivas y experiencias de aquellas personas atendidas por los problemas mencionados, si realmente se quieren crear programas efectivos y sólidos. Basa su trabajo en tres supuestos:

- 1) en el mundo de la experiencia humana sólo hay interpretación;
- 2) es un objetivo digno de los investigadores intentar que estas interpretaciones estén disponibles para los demás;

3) todas las interpretaciones son inacabadas y no son concluyentes.

De igual modo, afirma estar a favor de un enfoque que implique un mínimo de teoría y busque mostrar o llevar a cabo más que decir, por lo que se basa en la creencia de que menos es más.

Denzin (2001) define algunos de los conceptos que utiliza a lo largo de su enfoque, de la siguiente manera:

- **Interpretativo:** explicar el significado de; interpretar o conferir significado.
- **Intérprete:** aquel que interpreta, traduce el significado para los demás.
- **Interacción:** acción entre dos individuos; la capacidad de acción mutua que es emergente. Para los seres humanos, la interacción es simbólica, implica el uso del lenguaje, por ello el término *interacción simbólica*.
- **Interacción problemática:** secuencias de interacción que dan un significado básico a las vidas de los sujetos. Estas experiencias alteran el cómo se definen los individuos a sí mismos y a sus relaciones con los demás. En esos momentos, el individuo revela su carácter personal.
- **Interaccionismo interpretativo:** el punto de vista que confiere significado a una interacción simbólica problemática.

Este autor afirma que aquellos momentos de interacción que dejan marca en las vidas de las personas, tienen el potencial de crear experiencias transformadoras. A estos momentos los llama **epifanías** y en ellos se manifiesta y se hace evidente el carácter personal. El investigador, al grabar estas experiencias, es capaz de dilucidar los momentos de crisis que ocurren en las vidas de los individuos. Hay cuatro tipos de epifanías: 1) principal (una experiencia destroza la vida de la persona); 2) acumulativa (ocurre como resultado de una serie de eventos que se han construido en la vida de la persona); 3) menor e 4) iluminativa (en ambas se revelan tensiones y problemas subyacentes en una situación o relación). La epifanía sucede en aquellas situaciones de interacción problemática donde el individuo confronta y experimenta una crisis y esto se relaciona con alguna institución o con sus políticas. Las epifanías representan rupturas en la estructura de la vida cotidiana y son experiencias preliminares ritualmente estructuradas conectadas a momentos de ruptura, crisis, reparación y reintegración o separación.

En este sentido, la tarea del investigador es aprender cómo se relacionan las cuestiones públicas con los problemas personales y los problemas de la vida del individuo.

El interaccionismo interpretativo asume que cada ser humano es universalmente singular. El individuo debe estudiarse como una instancia única de experiencias y procesos sociales más universales. Los estudios interpretativos con su foco en la epifanía, intentan descubrir esta interrelación compleja entre lo universal y lo individual, entre los problemas privados y las cuestiones públicas en la vida de una persona (Denzin, 2001).

La investigación interpretativa tiene las siguientes características:

- a) es existencial, de interacción y biográfica
- b) es naturalista
- c) se basa en el rigor complejo
- d) puede ser pura y aplicada
- e) está anclada en el séptimo momento<sup>5</sup> y se basa en las críticas feministas del positivismo.
- f) se interesa por la construcción social del género, el poder, el conocimiento, la historia y la emoción.

Utiliza el método progresivo-regresivo para interpretar los textos obtenidos, el cual busca situar y comprender a una clase particular de sujetos dentro del momento histórico dado. Progresivamente, el método busca hacia adelante la conclusión de un conjunto de actos o acciones por parte de un sujeto. Regresivamente, trabaja en retroceso en el tiempo hacia las condiciones históricas, culturales y biográficas que mueven al sujeto a experimentar las acciones bajo estudio. Al moverse hacia adelante y hacia atrás en el tiempo, el investigador sitúa los proyectos y acciones del sujeto en el tiempo y el espacio. Se dilucidan las características únicas de la vida del sujeto en los episodios de interacción estudiados. El proceso de interpretación es moldeado por la historia, el poder, la emocionalidad y las creencias concernientes al conocimiento.

*Historia:* los eventos y procesos que se estudian se desarrollan en el tiempo. Éstos ocurren dentro de una larga estructura histórico-social que moldea, influye y restringe el proceso bajo investigación. La historia opera al nivel de la historia

---

<sup>5</sup> Para Denzin (2001), en el séptimo momento, los criterios para evaluar el trabajo cualitativo crítico son la moral y la ética.



individual y la biografía personal. El investigador tiene una relación personal histórica con el proceso interpretativo.

*Poder:* la historia interactúa con el poder y la emocionalidad. El poder permea cada estructura de la sociedad, es fuerza y dominación, es dominio interpersonal actualizado en las relaciones humanas a través de la manipulación y el control. La investigación interpretativa inevitablemente implica poder. Éste existe a nivel del investigador que logra acceso a la situación de campo para hacer observaciones. También se halla en el mundo estudiado, el cual está organizado y estructurado en términos de relaciones de autoridad.

*Emoción:* la emocionalidad está presente en cualquier investigación interpretativa. Se encuentra en los estados de ánimo y sentimientos individuales traídos al estudio, en sus vidas, en las interacciones entre los investigadores y los sujetos, en las observaciones, en el poder. Denzin (2001) considera que es imposible hacer una interpretación indiferente, sin emoción y cognoscitivamente pura.

*Conocimiento:* es una creencia o conjunto de creencias acerca de un segmento particular de la realidad. El conocimiento se construye social y políticamente. Está íntimamente relacionado con el poder. Aquellos quienes detentan el poder, crean y definen las situaciones donde se aplica el conocimiento, en dónde se le puede obtener y cómo se le puede definir. El conocimiento refleja las estructuras de interpretación, la emocionalidad y las relaciones de poder que permean las situaciones investigadas.

Para Denzin (2001), los criterios de interpretación incluyen la capacidad para explicar el fenómeno, de manera abundantemente contextualizada, así como las características históricas, relacionales, procesuales y de interacción de la experiencia bajo estudio. La interpretación debe abarcar lo que se ha aprendido acerca del fenómeno e incorporar las comprensiones previas que permanecen incompletas e inacabadas. Hay dos tipos de descripción: densa y escueta, así como dos tipos de interpretación: la emocional y la cognoscitiva. La emocionalidad y la experiencia compartida proporcionan las condiciones para una comprensión profunda. La interpretación cognoscitiva o fenomenológica, revela los significados esenciales de un fenómeno, pero no les infunde emoción. Para los fines de este trabajo se hará una interpretación de tipo emocional.

El método interpretativo propuesto por Denzin (2001) abarca los siguientes pasos:

**1. Enmarcar la pregunta de investigación,** desde el investigador y desde el sujeto. El investigador, desde su mirada (sociológica, psicológica, antropológica, etc.), utiliza sus propias experiencias de vida como tópicos de indagación, así como su capacidad para pensar de manera reflexiva, histórica, comparativa y biográfica. Por su parte, el sujeto en los estudios interpretativos elabora y además define el problema que organiza la investigación a través de sus experiencias de vida, las cuales dan sustancia y profundidad al problema que el investigador desea estudiar. La pregunta de investigación que el investigador estructura debe ser una pregunta “*cómo*” y no “*por qué*”, ya que éste analiza la **manera** en que los individuos que interactúan, organizan, perciben, construyen y dan significado a las experiencias de crisis.

**2. Deconstruir y analizar críticamente las concepciones previas del fenómeno.** Este punto incluye un análisis crítico de cómo se ha estudiado el fenómeno y cómo se presenta y se interpreta en la investigación existente y en la literatura teórica. Deconstruir un fenómeno implica los siguientes pasos: a) revelar las concepciones anteriores, incluyendo cómo se le ha definido, observado y analizado. b) Interpretar críticamente definiciones previas, observaciones y análisis del fenómeno. c) Analizar críticamente el modelo teórico subyacente de acción humana implicado y utilizado en estudios anteriores del fenómeno. d) Presentar las preconcepciones y los sesgos alrededor de las comprensiones existentes acerca del fenómeno.

**3. Capturar el fenómeno, incluyendo localizarlo y situarlo en el mundo natural y obtener múltiples instancias de él.** Este punto incluye localizar y situar lo que se observará en el mundo natural. Tiene que ver con lo que el investigador está haciendo en el presente con el fenómeno en su estudio. Esto implica seguir los siguientes pasos:

- 1) Asegurar casos múltiples e historias personales que abarquen el fenómeno en cuestión.
- 2) Localizar las crisis y epifanías en las vidas de las personas estudiadas.
- 3) Obtener múltiples historias y relatos de experiencias personales de los sujetos en cuestión con respecto al tópico o tópicos bajo estudio.

**4. Categorizar el fenómeno o reducirlo a sus elementos esenciales y separarlo del mundo natural, para que puedan descubrirse sus estructuras y características esenciales.** En este punto, el investigador toma el fenómeno para su inspección a detalle y lo saca del mundo donde sucede. Lo separa, lo revela, lo define y analiza sus elementos y sus estructuras esenciales. El investigador trata el fenómeno como un texto o documento y no lo interpreta en términos de los significados estándar dados por la literatura existente, sino que confronta el asunto, en sus propios términos, tanto como sea posible. Deben seguirse los siguientes pasos:

- 1) Localizar dentro de la historia de la experiencia personal, frases y afirmaciones que hablen directamente del fenómeno en cuestión.
- 2) Interpretar los significados de estas frases como un lector informado.
- 3) Obtener del sujeto las interpretaciones de estas frases, si esto es posible.
- 4) Inspeccionar estos significados por lo que revelan acerca de las características esenciales recurrentes del fenómeno estudiado.
- 5) Ofrecer enunciados tentativos acerca de la definición del fenómeno en términos de las características esenciales recurrentes del fenómeno estudiado identificadas en el paso 4.

**5. Construir el fenómeno, o reintegrarlo, en términos de sus partes, piezas y estructuras esenciales.** La construcción del fenómeno se basa en la categorización. En esta etapa el investigador clasifica, ordena y vuelve a unir el fenómeno en un todo coherente. Esto implica los siguientes pasos:

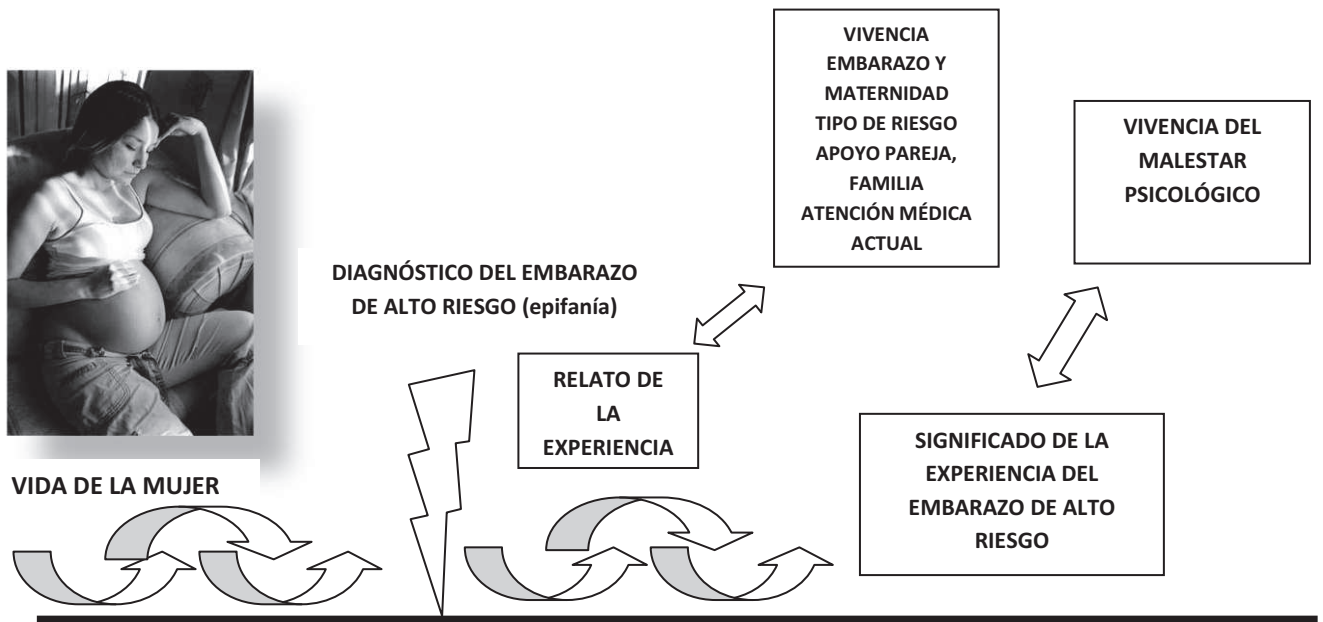
- 1) Listar los elementos categorizados del fenómeno.
- 2) Ordenar estos elementos como suceden dentro del proceso de la experiencia.
- 3) Indicar cómo cada elemento afecta y se relaciona con cada uno en el proceso estudiado.
- 4) Enunciar de manera concisa cómo las estructuras y las partes del fenómeno son coherentes en una totalidad.

**6. Contextualizar el fenómeno o reubicarlo en el mundo social natural.** En este punto, el investigador intenta interpretar las estructuras y darles significado al ubicarlas de regreso en el mundo social natural. Su objetivo es mostrar cómo la experiencia vivida moldea y altera ese fenómeno. Esta contextualización lleva al fenómeno vivo al mundo de los individuos que interactúan y lo ubica en las biografías personales y los ambientes sociales de las personas estudiadas. Presenta el fenómeno en sus términos, su lenguaje y sus emociones. A través de la contextualización, el investigador revela cómo la gente ordinaria experimenta el fenómeno. Esto incluye los siguientes pasos:

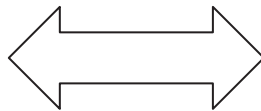
- 1) Obtener y presentar las historias de experiencias personales que abarcan, con detalle completo, las características esenciales del fenómeno constituidas en la categorización y en las fases de construcción de la interpretación.
- 2) Presentar historias contrastantes que pudieran explicar variaciones en las etapas y formas del proceso.
- 3) Indicar cómo las experiencias vividas moldean y alteran las características esenciales del proceso.
- 4) Comparar y sintetizar los temas principales de estas historias, ya que esas diferencias pueden traerse juntas en un enunciado de reformulación del proceso.

Con base en lo anterior, desde la mirada del interaccionismo interpretativo, en este trabajo se pretende estudiar el malestar psicológico manifestado por algunas mujeres durante el embarazo, tomando como momento de crisis o epifanía el diagnóstico de embarazo de alto riesgo y observar cómo viven este evento reproductivo. (Véase diagrama 1.)

**DIAGRAMA 1. MODELO CONCEPTUAL**



Salud previa, vivencia y percepción de maternidad, relación con pareja y familia, embarazos anteriores, pérdidas gestacionales, atención medica previa



Método regresivo-progresivo

Vivencia y significado del diagnóstico de riesgo, atención médica actual, complicaciones y hospitalización

(Basado en Denzin, 2001).

A partir de los relatos de las experiencias de mujeres atendidas en un hospital público de tercer nivel para la atención obstétrica de la Ciudad de México (al cual se identificará a lo largo de este trabajo con las siglas HTNAO), se revisa regresivamente cómo han vivido las mujeres, a lo largo de su vida, los siguientes aspectos: su estado de salud, el significado que tiene para ellas la maternidad, la planeación de este embarazo, su relación con la pareja y la familia, la vivencia de los embarazos previos y la atención médica recibida anteriormente y cómo todo esto influye en su experiencia emocional, cuestiones que las llevan a vivir en el momento un malestar psicológico durante su embarazo de alto riesgo. De igual manera, progresivamente, se conocerá cómo viven estas mujeres su embarazo a partir del diagnóstico médico de riesgo, y desde su rol de pacientes, se verá cómo viven y el significado que tiene para ellas la atención médica recibida, la cual está basada en las políticas institucionales vigentes para la atención del embarazo, lo cual también influye en su vivencia de esta gestación, así como las complicaciones presentadas, y la necesidad de ser hospitalizadas por ello, a partir de lo cual podrá verse la relación que la mujer establece con los médicos durante su atención. Por otra parte, se tomará en cuenta el apoyo recibido por parte de su pareja y sus redes familiares y sociales. Se intentará comprender, desde la mirada de estas mujeres, lo que han aprendido de esta experiencia y, finalmente, será posible inferir cómo es el malestar psicológico vivido por ellas frente a esta circunstancia en su vida.

## **Planteamiento del problema**

A partir del decenio de 1950, la salud mental perinatal se ha estudiado, principalmente, desde el enfoque biomédico y psicosocial, cuya tendencia es ver al embarazo y posparto como una situación de vulnerabilidad en la mujer para desarrollar psicopatología (trastornos de ansiedad o depresión). No obstante, se considera que es necesario abordar este tema desde otra perspectiva, el modelo biopsicosocial, desde el cual es posible integrar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan en la experiencia de la mujer durante el embarazo. Sin embargo, son muy pocos los estudios que desde este enfoque han abordado la experiencia emocional de la mujer frente al embarazo, y son más escasos aquellos que se han enfocado al embarazo de alto riesgo. Por esta razón, desde el interaccionismo interpretativo de Denzin (2001), se propone estudiar la experiencia del malestar psicológico de las mujeres frente a un embarazo de alto riesgo. Para ello, se entiende al malestar psicológico como un concepto que abarca esta experiencia, a partir de las manifestaciones emocionales que surgen desde del contexto de la vida cotidiana, sobre todo frente a momentos de crisis, y aunque dichas manifestaciones tienden a “naturalizarse” y a verse como algo “normal”, llegan a generar importantes costos para la salud y bienestar de las mujeres.

## **Objetivos**

### *Objetivo general*

Interpretar la experiencia vivida por algunas mujeres durante su embarazo de alto riesgo, que les lleva a manifestar malestar psicológico durante la gestación.

### *Objetivos específicos*

1. Conocer cómo son las expectativas hacia la maternidad de las mujeres con embarazo de alto riesgo.
2. Conocer cómo viven las mujeres el embarazo de alto riesgo.
3. Comprender de qué manera la experiencia vivida por algunas mujeres en embarazos previos, influye en la manifestación de malestar psicológico en el embarazo actual.
4. Identificar cómo vive la mujer la relación con su pareja y si ésta influye en la manifestación de malestar psicológico.

5. Identificar cómo vive la mujer la relación con sus redes familiares y si éstas influyen en la manifestación de malestar psicológico.
6. Comprender cómo vive la mujer, desde su rol de paciente, la atención médica que recibe y si ésta influye en la manifestación de malestar psicológico.
7. Conocer cómo se manifiesta el malestar psicológico en las mujeres con embarazo de alto riesgo.



## CAPÍTULO 3

### MÉTODO

El interaccionismo interpretativo considera que el proceso de salud-enfermedad forma parte de la vida cotidiana y que además está mediado por el contexto sociocultural e historia en el que se sucede, a través de lo cual es posible analizar las maneras en que los individuos sienten, perciben y definen los diferentes aspectos de la vida social y los significados que éstos tienen. Desde esta mirada, se pretende comprender la experiencia emocional de las mujeres frente a un embarazo de alto riesgo. Para ello, es necesario conocer el contexto que las rodea durante este evento reproductivo, en el cual la maternidad tiene un gran valor social, pero, al mismo tiempo, se le considera la base constitutiva de su subjetividad femenina, ya que “toda mujer es igual a una madre” (Burin, 1990).

Desde esta perspectiva, el que esta función social de la mujer como madre se vea afectada por las condiciones de riesgo médico del embarazo en cuestión, provoca que su experiencia emocional tenga características y matices propios, más allá de categorías diagnósticas, en donde interactúan su percepción y su vivencia acerca del riesgo de su embarazo, de la maternidad misma, de las relaciones y apoyo recibido por las personas significativas que las rodean, de la atención médica que reciben, así como por experiencias previas, y todo ello nos aproxima a la comprensión de lo que se llama malestar psicológico.

#### 3.1 Estrategias para elegir a las participantes

Para obtener la información, en un inicio se utilizaron los resultados del instrumento de tamiz CGS-15<sup>6</sup>, (Cuestionario General de Salud de Goldberg versión de 15 reactivos) que se les aplica a todas las mujeres que ingresan al HTNAO (en el que se realizó este trabajo) como pacientes para su atención.

---

<sup>6</sup> El CGS es un instrumento de autorreporte tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta: (1) Mejor que antes, (2) Igual que antes, (3) Peor que antes, (4) Mucho peor que antes y que evalúa cómo se ha sentido el sujeto los últimos 15 días con respecto a diferentes síntomas. Fue diseñado para detectar el estado emocional a través del registro de la presencia o ausencia de síntomas, es decir, a través de un punto de corte identifica aquellas personas que informan los síntomas suficientes como para requerir apoyo terapéutico (“probables casos”), y aquellas que no lo requieren (“no casos”) (González, Morales & Gutiérrez, 1993). Se califica sumando las respuestas afirmativas dadas a las columnas (3) *Peor que antes* y (4) *Mucho peor que antes*. Para su versión de 15 reactivos, las puntuaciones entre 0 y 4 puntos se les considera *no caso*; entre 5 y 10 puntos son *caso leve*; entre 11 y 13 puntos son *caso moderado* y entre 14 y 15 puntos son *caso grave*. El instrumento tiene una sensibilidad de 0.988, una especificidad de 0.828 y un  $\alpha$  de Cronbach de 0.910 (Morales, Pimentel, Sánchez & Henales, 2008).

Se revisaron aquellos cuestionarios de mujeres embarazadas de 18 años o más que presentaban una puntuación entre 1 (“no casos”) y 10 puntos (casos leves) y se les llamó por teléfono para solicitarles una cita para hablar personalmente con ellas y explicarles de qué se trataba el estudio; en esta misma sesión se evaluó su estado emocional a través de una entrevista clínica para establecer la presencia o no de sintomatología depresiva o ansiosa y descartar que hubiera psicopatología o antecedentes de la misma, y verificar además que los cambios en su estado emocional. Para seleccionar a las entrevistadas, también se tomó en cuenta el tipo de riesgo del embarazo que presentaban, mismo que se determinó con base en los que se atienden con más frecuencia en dicho hospital (ver tabla 1). A las mujeres que reunían los criterios de inclusión, se les invitó a participar, se les explicaron las consideraciones éticas y se les pidió permiso para audiograbar la entrevista. El consentimiento informado se obtuvo de forma verbal.

<b>Tabla 2. Frecuencia de consultas por padecimientos de alto riesgo atendidos en el HTNAO en 2008</b>					
Enfermedades crónicas	<i>f</i>	Complicaciones del embarazo actual	<i>f</i>	Otros factores de riesgo	<i>f</i>
Diabetes Mellitus	1520	Diabetes gestacional	1634	Edad materna > 35 años	1370
Epilepsias	1401	Eclampsia	1323	Hipertensión gestacional	145
Hipertensión crónica	220	Ruptura prematura de membranas	348	Embarazo múltiple	91
Cardiopatías	201	Preclampsia leve y severa	308	Otras enfermedades maternas que complican embarazo	84

Con la información obtenida en estas primeras entrevistas, se estableció el diagnóstico de malestar psicológico desde los siguientes aspectos: a) que no reunieran los criterios para un diagnóstico de acuerdo con el DSM-IV; b) que su sintomatología hubiera iniciado a partir del diagnóstico del embarazo de alto riesgo y c) que no contaran con antecedentes de algún trastorno mental previo al embarazo. Además, las participantes debían tener un diagnóstico de embarazo de alto riesgo realizado por el médico al ingreso a la institución.

Otra estrategia empleada para invitarlas a participar fue ir al hospital y buscar a aquellas que estuvieran internadas por alguna complicación del embarazo [por ejemplo,

por Incompetencia Ístmico-Cervical (IIC)] y que se les hubiera realizado un cerclaje<sup>7</sup>, motivo por el cual se encontraban internadas. Se les explicó que se estaba haciendo un estudio acerca de su vivencia del embarazo y se les preguntó si les interesaba participar, a quienes aceptaron se les tomaron sus datos y se les llamó posteriormente para hacer una cita.

Se intentó otra estrategia más para captar a las mujeres para la entrevista. Ésta consistió en buscarlas en la Consulta Externa del HTNAO, se les preguntó qué tipo de riesgo tenía su embarazo, la semana de la gestación y si tenían antecedentes de algún padecimiento psiquiátrico previo, diagnosticado y tratado. Las que reunían los criterios de inclusión se les explicaba en qué consistía el estudio y se les invitó a participar, se les pedía su número telefónico y se les hablaba para darles una cita que coincidiera con alguna otra consulta o estudio por el que tuvieran que regresar al hospital.

A través del Servicio de Trabajo Social de la institución, se contactó específicamente a algunas mujeres que tuvieran embarazo gemelar y se les invitó a participar en el estudio, de las cuales aceptaron dos, a quienes se entrevistó.

### **3.2 Participantes**

Mujeres pacientes del HTNAO, invitadas a participar voluntariamente, que tuvieran 18 años de edad o más, elegidas con base en el tipo de riesgo gestacional diagnosticado médicamente y a partir de los cuales se formaron tres grupos: 1) mujeres con enfermedades previas al embarazo (aquellas mujeres que tienen padecimientos crónicos que las predisponen a tener problemas durante el embarazo); 2) mujeres con complicaciones en el embarazo actual (aquellas mujeres que desarrollan una complicación imprevista durante un embarazo que previamente era normal); y 3) mujeres con otros factores de riesgo asociados al embarazo (factores potenciales de riesgo de alguna complicación durante el embarazo por edad materna avanzada, embarazo múltiple, entre otros). Con base en estos grupos se realizó el análisis de las categorías.

---

<sup>7</sup> La incompetencia cervical corresponde a la incapacidad del cuello de mantener su rigidez propia, necesaria para mantener el embarazo. Desde un punto de vista práctico, se le define como la dilatación pasiva del cuello uterino en ausencia de contracciones uterinas dolorosas. Si nada altera el curso de la condición, probablemente terminará con un aborto de segundo trimestre o un parto inmaduro. Esta complicación del embarazo, por lo común, se trata con la colocación de una sutura circular en el cuello uterino llamada **cerclaje**, por vía vaginal, ya sea en forma programada (a las 12-14 SDG) o en el transcurso de la evolución de la dilatación cervical (Miranda y Carbajal, 2003).

Para la selección de las participantes se utilizó el criterio de máxima variación, el cual tiene como propósito elegir una amplia gama de variación en las dimensiones de interés para documentar variaciones únicas o diversas que puedan ayudar a identificar los patrones comunes que las atraviesan (Hudelson, 1994, p. 41). Con base en lo anterior, se entrevistó a 12 mujeres elegidas a partir de los siguientes criterios:

<b>Tabla 3. Entrevistas realizadas</b>		
<b>Tipo de riesgo</b>	<b>Con malestar psicológico</b>	<b>Sin malestar psicológico</b>
<b>Enfermedad previa al embarazo actual</b>	EARCMP-HA-01 EARCMP-HA-04	EARSMP-M-11 EARSMP-DM-12
<b>Complicaciones del embarazo</b>	EARCMP-IIC-03 EARCMP-DG-05	EARSMP-IIC-07
<b>Otros factores de riesgo</b>	EARCMP-EMA-08 EARCMP-EG-09 EARCMP-EG-10	EARSMP-EMA-02 EARSMP-EMA-06

### **3.3 Escenario**

Hospital de tercer nivel para la atención obstétrica (HTNAO) de la Ciudad de México. Este hospital está especializado en la atención del embarazo de alto riesgo, entre otros problemas, y su principal objetivo es la investigación científica, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, en el campo de la salud reproductiva y perinatal. Anualmente atiende 3.24% de las consultas prenatales y en el puerperio, por embarazo de alto riesgo, a nivel nacional. Las pacientes atendidas en la institución son derivadas por los centros de salud y los hospitales de primer y segundo nivel, cuando se detectan complicaciones durante la gestación o las han tenido previamente. Cabe mencionar que la investigadora del presente estudio también trabaja en esta institución, lo cual pudo haber influido en la deseabilidad social contenida en las respuestas dadas por las participantes durante las entrevistas.

### 3.4 Instrumento

Guía de entrevista semiestructurada. Una guía de entrevista menciona varias áreas temáticas. Cada una de ellas se introduce por una pregunta abierta y se finaliza por una pregunta de confrontación para reconstruir el contenido de la teoría subjetiva (Flick, 2004). Los temas clave de la guía de entrevista para este estudio fueron: 1) Embarazo y Maternidad; 2) Tipo de riesgo del embarazo; 3) Embarazos anteriores; 4) Relación con la pareja, la familia y otros; 5) Atención médica y 6) Malestar psicológico durante el embarazo (véase el instrumento completo en el *Apéndice 1*, al final de este trabajo).

### 3.5 Categorías de análisis

Las seis categorías de análisis se establecieron a partir de la revisión teórica, y también de los relatos de las mujeres frente a su experiencia emocional. Éstas son:

1. Embarazo y Maternidad; 2. Tipo de riesgo del embarazo; 3. Embarazos anteriores, 4. Otros significativos; 5. Atención médica actual y 6. Malestar psicológico.

### 3.6 Consideraciones éticas

Con base en los tres principios esenciales para la conducta ética de investigaciones con sujetos humanos, propuestos en el Informe Belmont, y retomados por la Oficina del National Institute of Health para investigaciones extrainstitucionales (2008), los cuales son: 1) Respeto a las personas 2) Beneficencia y 3) Justicia; a continuación se describen las consideraciones éticas que guiaron el desarrollo de este trabajo.

1) *Respeto a las personas*: los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos, y aquellos con autonomía disminuida, tienen derecho a ser protegidos; y su principal aplicación es a través del consentimiento informado.

En el caso del presente estudio, el consentimiento informado se obtuvo de forma verbal de cada una de las mujeres entrevistadas. La investigadora les explicó detalladamente el objetivo del estudio, en qué consistía su participación, la duración de la misma, así como su carácter voluntario, ya que podían aceptar o retirar su participación en el momento en que lo desearan, sin ningún problema para la entrevistada y sin repercusiones en su atención médica. Asimismo, se verificó que las participantes hubieran comprendido adecuadamente la información proporcionada y se les aclararon sus dudas. Además, se les explicaron los beneficios y los riesgos de su

participación en el estudio, y se les mencionó que si en el transcurso de la entrevista se detectaba alguna alteración de su estado de ánimo que requiriera de atención psicológica, ésta se le brindaría de manera gratuita dentro de la institución. También se les ofreció hacerles una devolución de la información proporcionada a través de una copia de la transcripción de la entrevista o de un resumen de los resultados obtenidos al final del estudio, todas eligieron la primera opción. Finalmente, se hizo hincapié en la confidencialidad tanto de la información como de su identidad, por lo que los nombres verdaderos de las participantes fueron cambiados por seudónimos.

2) *Beneficencia*: este principio se rige por dos reglas: 1) no hacer daño y 2) acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.

Debido a que las participantes son mujeres embarazadas, esta investigación se consideró de riesgo mínimo para alcanzar los objetivos, ya que podría presentarse alguna alteración en su estado de ánimo, producto de la entrevista. Sin embargo, se pensó que los beneficios que tanto las entrevistadas como las demás mujeres en su misma condición pudieran recibir, como resultado de este estudio, eran mayores que los riesgos, dado que a través de ellos se busca identificar las características emocionales más relevantes de esta población, para diseñar posteriormente una intervención psicológica específica. De igual modo, como resultado de la entrevista, el beneficio directo para las participantes sería la posibilidad de ser escuchadas, de compartir su angustia, de desahogar sus temores y su preocupación y recibir contención antes ellos.

3) *Justicia*: de acuerdo con la Oficina del NIH para Investigaciones Extraintitucionales (2008), es tratar a los individuos y a los grupos de manera justa y equitativa, con respecto a quiénes soportan la carga y quiénes reciben los beneficios de la investigación, lo cual se evalúa a través de la selección de los participantes.

Como se mencionó en el apartado 3.3, la selección de las participantes se hizo por invitación, y de acuerdo con la disponibilidad de las mujeres atendidas en el HTNAO y dada la especificidad del tema estudiado. Con base en esto, se establecieron como criterios de inclusión: a) que tuvieran un embarazo de alto riesgo diagnosticado médicamente; b) que pertenecieran a alguno de los tres grupos de riesgo considerados; c) con y sin malestar psicológico; d) sin antecedente de psicopatología. A partir de ellos y del criterio de máxima variación, se trató de abarcar a la diversidad de la población atendida en el HTNAO.

### 3.7 Procedimiento

1. Se piloteó la guía de entrevista haciendo tres entrevistas con algunas mujeres hospitalizadas y también con pacientes de consulta externa que aceptaron platicar voluntariamente con la investigadora, para constatar que los temas elegidos y la forma de preguntar fueran adecuados y claros. A partir de lo cual se hicieron los ajustes necesarios a la guía.
2. Se establecieron las estrategias para captar a las mujeres que participarían en el estudio mencionadas antes y se consideró dividir a las mujeres, para su captación, en aquellas que tuvieran malestar psicológico al momento de la entrevista y quienes no lo tuvieran, de acuerdo con los criterios de inclusión mencionados anteriormente.
3. Se elaboró una serie de preguntas que sirvieran de guía para la entrevista, para cada categoría y subcategoría planteadas (véase lista de preguntas en el *Apéndice 2*).
4. La duración promedio de las entrevistas fue de 45 minutos. Se audiograbaron y se transcribieron todas las entrevistas por computadora, se leyeron y se corrigieron (aproximadamente por cada hora de entrevista se realizaron ocho horas de transcripción).
5. Se entrevistó a las 12 mujeres propuestas para este estudio.
6. Se codificó cada entrevista realizada para facilitar la identificación y etiquetación de los archivos de información obtenidos, de la siguiente manera:

EARCMP- Embarazo de Alto Riesgo Con Malestar Psicológico

EARSMP- embarazo de Alto Riesgo Sin Malestar Psicológico

HA Hipertensión Arterial

IIC Incompetencia Ístmico-Cervical

DG Diabetes Gestacional

EMA Edad Materna Avanzada

EG Embarazo Gemelar

M Migraña

DM Diabetes Mellitus

7. Para iniciar el análisis de la información, se leyeron y se marcaron todas las entrevistas con plumones de colores (de acuerdo con el color elegido para cada categoría) para distinguir y codificar las categorías y subcategorías establecidas previamente y además se identificaron nuevas subcategorías.

8. Se elaboraron dos tipos de archivo de las entrevistas: uno por cada entrevista realizada dividida por categorías y subcategorías, con base en la codificación por colores realizada previamente (véase el inciso 7) y otro archivo por cada categoría con los relatos de las 12 mujeres para cada tema, dividido también por subcategorías.

9. Cabe aclarar que tanto por el tiempo limitado con el que se contaba, de acuerdo con el cronograma de trabajo establecido, como por la disponibilidad de las mujeres a ser entrevistadas, debido a su condición médicas y a las múltiples citas médicas a las que debían acudir, sólo se consiguió hacer una entrevista con una mujer con complicaciones del embarazo sin malestar psicológico (EARSMP-IIC-07) y se realizaron tres entrevistas de mujeres con otros factores de riesgo y con malestar psicológico (EARCMP-EMA-08, 09 y 10). Sin embargo, se considera que se obtuvo la información esperada para cada tipo de riesgo.

10. Se elaboró una tabla con los datos generales de las 12 mujeres entrevistadas (véase tabla 4).

11. Con base en el análisis de significados de Kvale (1996), se analizaron los significados de los relatos de las seis categorías obtenidas: 1) Embarazo y Maternidad; 2) Tipo de riesgo; 3) Embarazos anteriores; 4) Otros significativos; 5) Atención médica actual y 6) Malestar psicológico, en toda sus subcategorías.

12. Con los relatos de las 12 entrevistas se realizaron tablas con las respuestas dadas por cada entrevistada en cada subcategoría. Para ello, se leyó con detenimiento cada una de las entrevistas y se fue subrayando con el color correspondiente, cada frase que aludiera a las subcategorías consideradas en cada categoría y además se identificaron otras nuevas. Después, se escribía al margen a qué subcategoría correspondía para su identificación, y si surgía alguna otra que no se hubiera considerado en la guía, se agregaba a la categoría y se señalaba.



13. Se separó la información obtenida, en tablas para cada subcategoría para reunir la información de las 12 entrevistas, dividiendo la información en dos grandes grupos: “Con malestar psicológico y “Sin malestar psicológico”, dependiendo el tipo de riesgo del embarazo que tenían las mujeres entrevistadas: a) enfermedad previa al embarazo; b) complicaciones del embarazo y c) otros factores de riesgo y se hizo el análisis de los relatos identificando las frases que aludieran al tema, buscando similitudes y diferencias entre ellas.

14. Se asociaron las subcategorías de cada categoría de acuerdo con la relación que se estableciera entre ellas por la información que brindaban, por ejemplo: a) Planeación del embarazo y f) Reacción de la pareja frente al diagnóstico del embarazo, de la categoría “Embarazo y Maternidad”, quedaron integradas como una sola subcategoría.

15. Se hicieron tablas de condensación de los significados obtenidos alrededor de las categorías de análisis propuestas, esto es, todo aquellos conceptos que en los relatos aludieran a cada tema, se agruparon en tablas por categoría y subcategorías, divididas por el tipo de riesgo y por tener o no tener malestar psicológico, lo cual facilitó la integración de los resultados (véanse tablas 5-10 del apéndice 3).

16. Para el análisis de los resultados obtenidos, se retomó la propuesta teórica de Denzin (2001) a través del modelo conceptual planteado al final del capítulo 2 de este trabajo y del proceso interpretativo que forma parte de este enfoque, en donde desde el interaccionismo interpretativo se ofrece una interpretación de cómo es la experiencia del malestar psicológico en las mujeres con embarazo de alto riesgo, considerándolo como un fenómeno en el que intervienen distintas situaciones como la planeación del embarazo, el deseo de maternidad, la experiencias previas negativas de otros embarazos, el contexto familiar y con la pareja, la atención médica y el tipo de riesgo del embarazo actual. Se consideró además, que en dicha experiencia intervienen también las instituciones de atención de la salud, a través de sus diversas políticas, por lo que se busca saber si dichas políticas responden a las problemáticas que viven las mujeres cuando tienen un embarazo de alto riesgo, para finalmente comprender el impacto emocional que tiene para ellas toda la experiencia.

TABLA 4. DATOS GENERALES DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

Clave de la entrevista	EARCMP-HA-01 SONIA	EARSMP-EMA-02 ESPERANZA	EARCMP-IIC-03 CAROLA	EARCMP-HA-04 LILIA	EARCMP-DG-05 INÉS	EARSMP-EMA-06 ANA
Edad	26 años	44 años	29 años	38 años	32 años	42 años
Estado civil	Casada	Divorciada	Unión libre	Casada	Soltera	Casada
Relación con la pareja	Estable	Inestable, poco tiempo de relación	Problemática	Problemática a partir de pérdidas	Inestable, poco tiempo de relación	Estable
Ocupación	Ama de casa	Ama de casa	Ama de casa	Ama de casa	Ama de casa	Ama de casa
Escolaridad	5°. preparatoria	3er. semestre Carrera Técnica	Secundaria	Licenciatura	Licenciatura	Primaria
SDG†	14	19	24	22	23	26
Gestas	3	3	6	3	1	3
Hijos vivos	1 (4 años)	2 (19 y 21 años)	1 (8 años)	ninguno	ninguno	1 (4 años)
Tipo de riesgo embarazo actual	Antecedentes de preeclampsia con hipertensión arterial materna desde hace siete años (Enfermedad crónica)	Edad materna avanzada (EMA)  (Otro factor de riesgo)	Incompetencia Ístmico-cervical con cerclaje realizado a las 19 SDG, PGR. (Complicaciones del embarazo actual)	Antecedentes de preeclampsia con hipertensión arterial materna desde hace ocho años (Enfermedad crónica)	Diabetes gestacional (probable Diabetes Mellitus) y Enfermedad hipertensiva del embarazo (Complicaciones del embarazo actual)	Edad materna avanzada (EMA)  (Otro factor de riesgo)
Clave de la entrevista	EARSMP-IIC-07 SARA	EARCMP-EMA-08 LUCÍA	EARCMP-EG-09 LAURA	EARCMP-EG-10 MARÍA	EARSMP-M-11 ERIKA	EARSMP-DM-12 IMELDA
Edad	40 años	38 años	37 años	31 años	19 años	38 años
Estado civil	Casada	Casada	Casada	Soltera	Soltera	Soltera
Relación con la pareja	Estable	Problemática	Estable	Inestable, viven separados, sin apoyo	Sin pareja	Sin pareja
Ocupación	Ama de casa	Ama de casa	Ama de casa	Empleada	Ama de casa	Desempleada
Escolaridad	Secundaria	2°. de Secundaria	Secundaria	Preparatoria	Preparatoria y Carrera técnica en Informática	Pasante Licenciatura en Pedagogía
SDG†	27	28	28	25	28	30
Gestas	6	3	3	3	1	1
Hijos vivos	1 (2 años, adoptado)	2 (24 y 7 años)	2 (10 y 1 año 10 meses)	2 (10 y 8 años)	ninguno	ninguno
Tipo de riesgo embarazo actual	Incompetencia Ístmico-Cervical (IIC) con cerclaje y Edad Materna Avanzada (EMA) (Complicaciones del embarazo actual y otros factores de riesgo)	Edad Materna Avanzada (EMA) Adherencias en el vientre por peritonitis posparto y riesgo de hemorragia interna (Otros factores de riesgo)	Embarazo gemelar (EG) Edad Materna Avanzada (EMA) (Otros factores de riesgo)	Embarazo gemelar (EG) (otros factores de riesgo)	Migraña (Enfermedad crónica)	Probable Diabetes Mellitus Tipo 2, Miomatosis uterina, Edad Materna Avanzada (EMA), obesidad (Enfermedad crónica y otros factores de riesgo)

## **CAPÍTULO 4.**

### **RESULTADOS**

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en los análisis de los relatos de las 12 entrevistas realizadas, con base en las seis categorías establecidas para ello.

Para determinar si estas mujeres tenían malestar psicológico, en el Método se explicó el procedimiento para su selección, pero cabe señalar que se tuvieron algunas dificultades para identificarlo con base en la calificación que ellas obtuvieron en el Cuestionario General Salud (CGS), ya que este instrumento sólo considera algunos aspectos de dicha condición. Por ejemplo, Carola tuvo una puntuación de cero en dicho cuestionario (información tomada de su expediente) y sin embargo, estaba muy alterada desde que inició su embarazo. Un caso contrario, Ana tuvo 10 puntos de calificación en el instrumento y en realidad no se encontraba muy alterada al momento de establecer el contacto con ella (pocos días después de que ingresó a la institución). Lilia obtuvo dos puntos y Laura tres, a pesar de que al entrevistarlas manifestaron sentirse alteradas desde el principio de este embarazo. De esto y de la información que iré analizando en este capítulo, podría decir que el malestar psicológico durante el embarazo es un proceso que conlleva varias fases. Por lo anterior, se eligieron otras estrategias para contactar a las mujeres e invitarlas a participar en el estudio, así como para evaluar su estado emocional en ese momento a través de una entrevista diagnóstica, las cuales se describen con amplitud en el Método.

Antes de iniciar la presentación de los resultados por categoría, se hablará de quiénes son estas 12 mujeres y cuáles son sus circunstancias actuales, con la intención de conocer el contexto en el que se desarrolla su embarazo, para posteriormente comprender la experiencia del malestar psicológico que cada una vive a partir de ello.

#### **4.1 Antecedentes de las mujeres entrevistadas**

**Sonia** es una mujer de 26 años, que actualmente vive su tercer embarazo en la semana 14 de gestación. Está casada y tiene una hija de cuatro años. Hace seis años perdió a su primer bebé como resultado de una preeclampsia no detectada ni atendida a tiempo por su médico particular, quien se rehusó a asistirle cuando se puso mal, lo que la obligó a buscar la atención médica en diferentes hospitales, y esto agravó su condición, la cual concluyó con el fallecimiento del feto y ella estuvo en terapia intensiva varios días, muy

grave, por hipertensión arterial. Como resultado de esto, ella quedó hipertensa y posteriormente volvió a embarazarse, y tiene a su hija. Se atendió en el HTNAO en el que se llevó a cabo este estudio, y aunque volvió a presentar preeclampsia, su hija nació bien y ella no tuvo mayores problemas, por lo que en este embarazo decidió volverse a atender allí. Sin embargo, ella no quería otro embarazo ni tampoco llevaba un método anticonceptivo de manera regular, por lo que la gestación actual le llegó de manera sorpresiva y le generó mucha angustia por temor de volver a vivir lo mismo y el riesgo que implicaba para su vida. Por otra parte, Sonia cuenta con una buena relación de pareja, su esposo la apoya mucho en todo y la cuida en este embarazo para evitar que vuelva a tener complicaciones. También tiene una buena relación con su familia, quienes la han apoyado en sus embarazos.

*Esperanza* tiene 44 años de edad, está en la semana 19 de su tercer embarazo. Es divorciada, cuenta con una relación reciente, pero inestable, ya que su pareja es menor que ella y además tiene problemas de alcoholismo. Tiene además dos hijos de 19 y 21 años, producto de su relación anterior. Ella no esperaba embarazarse, aunque su pareja sí deseaba un hijo, sobre todo por su edad y por el riesgo que esto implicaba, además por la situación de su relación, que sin ser conflictiva, tampoco es estable y eso le preocupa mucho. No cuenta con gran apoyo familiar, su madre falleció hace varios años y con sus hermanos la relación no es muy buena. Nunca ha tenido problemas en sus embarazos anteriores y al momento de la entrevista no presentaba ninguno. Ingresó al HTNAO por edad materna avanzada.

*Carola* tiene 26 años de edad, está en la semana 24 de su sexto embarazo. Sólo tiene un hijo vivo de ocho años. Para ella lograr un embarazo ha sido una situación complicada, porque a pesar de que los dos primeros decidió no tenerlos porque su pareja no quería, los siguientes fueron difíciles de lograr porque los perdía a las pocas semanas de gestación. Aunado a esto, la relación con su pareja nunca ha sido buena, han tenido diversos conflictos, se separaron en una ocasión porque él le fue infiel, y esto se ha agudizado también por las pérdidas de los embarazos. Ella siempre ha querido tener más hijos aunque su pareja no quiere, ella sigue intentándolo. El embarazo de su hijo se lo atendió en la institución de tercer nivel especialista en problemas reproductivos en la que se realizó este estudio, y a través de un cerclaje logró que su gestación llegara a término y que su hijo naciera bien. Actualmente vuelve a acudir a la misma institución médica y de nuevo le hacen el mismo procedimiento para que el embarazo se logre. La

relación con su hijo le ha resultado difícil porque considera que no tiene mucha paciencia para atenderlo y a veces siente que no es buena madre. La relación con su familia es distante, con poca comunicación y apoyo.

*Lilia* tiene 38 años de edad y se encuentra en la semana 22 de su tercer embarazo, aunque no tiene hijos vivos hasta ahora. Hace ocho años se embarazó por primera vez de gemelos, sin embargo, semanas después empezó a hincharse y le detectaron preeclampsia en un hospital de seguridad social. Esto complicó el embarazo, por lo que los niños tuvieron que nacer prematuramente, vivieron unos días y fallecieron ambos por diferencia de 20 días. Considera que esta experiencia fue muy traumática para ella y su esposo y no han podido superarla por completo. De esta complicación, ella quedó hipertensa. Cuatro años después vuelve a embarazarse y semanas después presenta contracciones que no le pudieron controlar y el bebé nació muerto. Ambas experiencias la han dejado muy marcada, por lo que actualmente siente mucho temor de repetir la historia, aunque tanto ella como su pareja desean tener un hijo. Estas pérdidas afectaron su relación de pareja, sobre todo porque no pudieron superar juntos los duelos vividos, por lo que hasta antes de este último embarazo estaban muy distantes; sin embargo, con la gesta actual, su esposo se acercó más a ella para compartir la experiencia. Su familia siempre la apoyado durante sus embarazos.

*Inés* tiene 32 años de edad, está viviendo su primer embarazo, el cual se encuentra en la semana 23 de gestación. Ella es soltera, aunque tiene una relación de pareja; no obstante, a partir del embarazo han tenido muchos problemas porque él no quería que se embarazara todavía. Ella menciona que siempre había soñado con tener hijos y por eso, a pesar de que sólo tenían seis meses de relación, decidió embarazarse sin que la pareja estuviera totalmente de acuerdo. Al momento de la entrevista, ella aún no sabía si él iba a asumir su paternidad o no, lo cual le preocupaba mucho en esos momentos. Así mismo, junto con el embarazo le diagnosticaron diabetes gestacional, con la probabilidad de que ya padeciera Diabetes Mellitus desde antes, además de hipertensión, y eso le estaba generando muchos conflictos, tanto para asumir y aceptar su enfermedad, como para comprender cómo impactaría esto en su embarazo. Ella es hija única de padres mayores, siempre había sido sobreprotegida y esta relación influye mucho en su deseo de un embarazo y en su percepción de la maternidad.

*Ana* es una mujer de 42 años, con 26 semanas de gestación de su tercer embarazo. Está casada desde hace 11 años y tiene un hijo de cuatro años de edad. Su historia reproductiva ha sido difícil, porque tuvo problemas para embarazarse, ya que lo estuvo intentando tres años sin mucho éxito. Sin saber que estaba embarazada, tuvo un fuerte sangrado, y en ese mismo momento le confirmaron que había estado embarazada y que había tenido un aborto de ocho semanas de gestación. Posterior a esto tuvo muchos problemas menstruales (amenorrea), los que le impedían embarazarse. Después de varios tratamientos, intentó uno con tés naturistas, con el que quedó embarazada en muy poco tiempo de su único hijo, el cual nació sin complicaciones. El embarazo actual era muy deseado por ella y por su esposo, aunque también se tardó en llegar y por eso se sentía desilusionada, hasta el momento no ha tenido ninguna complicación. Cuenta con apoyo de su familia de origen y de su familia política. Sus preocupaciones actuales son las discrepancias que a veces tiene con su esposo en la educación de su hijo, pues ella tiende a sobreprotegerlo y eso no le gusta su pareja.

*Sara* tiene 40 años de edad, se encuentra embarazada por sexta vez, en la semana 27 de gestación. Vive en un pueblo de la zona del bajo. Está casada y no tiene hijos vivos propios, por lo que adoptó a una niña, quien actualmente tiene dos años. Siempre ha tenido problemas para lograr sus embarazos, cuyas pérdidas ha vivido de manera traumática, por lo que ella ya no quería volver a embarazarse y con su hija adoptada sentía que ya había cubierto su deseo de ser madre; aunque no tomó medidas anticonceptivas para evitarlo. En un principio, le costó mucho trabajo aceptar su embarazo actual, se sentía muy angustiada y tenía mucho miedo de volver a perder al bebé, lo que le generó conflicto. Sus embarazos anteriores los perdió en diferentes etapas, siempre por la misma razón: incompetencia ístmico-cervical. La tercera pérdida fue muy dolorosa para ella, porque fue una niña que nació a las 24 semanas de gestación, por ruptura prematura de membranas, y debido a la negligencia de su suegra, no recibió atención médica inmediata, por lo que el parto se complicó. Su hija vivió un mes en incubadora, hasta que falleció por su prematurez, sin embargo, tuvo la oportunidad de convivir con ella durante su estancia en el hospital y eso le afectó mucho posteriormente. Ella considera que los siguientes embarazos los perdió por la mala atención médica que recibió. En uno de ellos le hicieron mal el cerclaje. A pesar de las pérdidas, su relación de pareja no se vio muy afectada, él quería ser padre y ella le decía que mejor se buscara otra mujer que pudiera dárselos, sin embargo, él quería continuar

su relación con ella, por lo que se conformaba con convivir con otros niños. La adopción de la niña favoreció que Sara viviera la maternidad, así como su pareja la paternidad, además, esto le permitió sentirse aceptada por la comunidad en la que vive, ya que ella sentía que por no tener hijos, estaba relegada de muchas actividades. Al momento de la entrevista estaba muy tranquila porque sentía que este embarazo sí se iba a lograr, le hicieron un cerclaje semanas antes en el HTNAO en el que se estaba atendiendo y no había tenido ningún problema, lo que le hacía sentirse segura y esperanzada.

*Lucía* tiene 38 años de edad, este es su tercer embarazo y se encuentra en la semana 28 de gestación. Está casada desde la adolescencia (14 años) y tiene dos hijos de 24 y 7 años. En la segunda gesta tuvo una infección en la herida de la cesárea, la cual fue mal atendida y se le complicó, ocasionándole peritonitis. Su médico le indicó que sería riesgoso volverse a embarazar porque tenía la posibilidad de tener una hemorragia interna. Hasta el momento, su embarazo transcurre sin complicaciones; sin embargo, su mayor preocupación se centra en los conflictos que tiene con su pareja, primero, porque él no quería otro embarazo, pero además porque ella refiere que nunca se ha sentido apoyada por él durante sus embarazos, lo que le genera mucho enojo y frustración. Con su hija tiene conflictos también por diversas situaciones, entre otras por su nieto, y eso también es motivo de estrés.

*Laura* tiene 37 años, este es su tercer embarazo y es gemelar, se encuentra en la semana 28 de gestación. Está casada y tiene dos hijos de 10 y 1 año 10 meses. No esperaba tener un embarazo gemelar, aunque era un deseo que tenía, y en su familia había antecedentes de gemelos. Le dio mucho gusto su embarazo, aunque no había podido disfrutarlo mucho pues se sentía muy triste por la pérdida de su mamá ocho meses atrás y, al momento de la entrevista, se acababa de enterar indirectamente que su abuelita acababa de fallecer, pues su familia no había querido decirle nada para que no la noticia no la perturbara. Ambas pérdidas han afectado mucho su ánimo. Con su pareja tiene una buena relación, con apoyo y comprensión, y él está muy contento con este embarazo. Hasta ahora no ha tenido complicaciones.

*María* tiene 31 años de edad y 25 semanas de gestación de un embarazo gemelar. Ella es soltera, tiene dos hijos de 10 y 8 años. Siempre ha mantenido una relación inestable con el padre de sus hijos, vivieron juntos algún tiempo, pero se separaron

porque él siempre ha sido infiel, sólo por periodos se hace responsable de sus dos hijos, y de este embarazo, no quiso hacerlo. A María le ha costado mucho aceptar este embarazo, pues ella se controlaba con inyecciones y le falló el método anticonceptivo, además porque es gemelar y al no contar con apoyo económico de la pareja, lo que más le preocupa y le estresa es cómo le va a hacer para sacar a sus cuatro hijos adelante. Ella trabaja como empleada de una institución pública, y aunque le daban permiso de faltar al trabajo para ir a sus consultas, últimamente su jefe la presiona por tantas faltas, por lo que ella teme perder su trabajo. Cuenta con el apoyo de su familia; sin embargo, ella asume que es la responsable de sacar a sus hijos adelante. Hasta el momento, su embarazo no ha tenido complicaciones.

*Erika* tiene 19 años de edad y está en la semana 28 de su primer embarazo. Es soltera y tenía una relación de tres años con su novio, aunque tenían muchos conflictos porque él es adicto a diferentes drogas, por esta razón ella terminó la relación sin saber que ya estaba embarazada. En ese tiempo tuvo problemas de colitis y gastritis, por lo que tomó diversos medicamentos y su médico le hizo diferentes estudios y así supo que estaba embarazada. Aunque no lo esperaba, le dio mucho gusto; sin embargo, a raíz de los medicamentos que tomó, se pensó que habían afectado al feto, situación que le generó mucha angustia y culpa por no haberse atendido antes. Le hicieron un ultrasonido y se descartó la posibilidad de malformaciones en el feto, lo que la hizo sentirse más tranquila. Padece migraña desde los 12 años, por lo que estuvo algunos años en tratamiento, actualmente sus crisis son muy esporádicas, aunque durante este embarazo ya tuvo una, y esto le hizo aumentar los cuidados.

Erika viene de una familia en donde ha habido varias madres solteras, entre ellas sus hermanas, por lo que su embarazo fue bien aceptado por todos. Al momento de la entrevista, su mayor preocupación era la economía pues, hasta antes del embarazo, ella trabajaba y estudiaba, ya que tenía muchos planes para su futuro, pero a partir de éste, y a pesar de que cuenta con el apoyo de su familia, considera que después del parto debe conseguir otro trabajo para sacar a su hijo adelante.

*Imelda* tiene 38 años de edad y 30 semanas de gestación de su primer embarazo. Es soltera, no tenía una relación estable con el papá de su bebé, por lo que no cuenta con su apoyo. Es pasante de la licenciatura en pedagogía y realizaba trabajo comunitario en diferentes partes del país, de lo cual estaba desarrollando su tesis. Sin embargo, meses



antes de embarazarse, tuvo que dejar su trabajo porque comenzó a tener problemas serios de salud, que le impedían viajar constantemente. Dado que su cuadro clínico no era muy común, fue difícil diagnosticarle su enfermedad, se pensaba que tenía lupus o artritis reumatoide, lo que le angustió mucho. Sin un diagnóstico definido, se embarazó de manera sorpresiva, pues ya lo había intentado con su pareja anterior y no había podido lograrlo, al parecer porque tenía miomatosis uterina. La noticia del embarazo le afectó mucho al principio y su condición de salud dificultó su aceptación. Al ingresar a la institución de tercer nivel especialista en problemas reproductivos donde se realizó este trabajo, le hicieron diferentes estudios y se le diagnosticó diabetes, pero falta por determinarse si es gestacional o mellitus tipo 2.

Su estado de salud ha sido difícil, con muchos malestares. Se le internó una vez por descontrol glucémico por descuido de un médico residente, quien le indicó suspender la insulina, y aunque se ha apegado muy bien a su tratamiento, le preocupa mucho la evolución de su salud y sus repercusiones sobre el feto. También se siente muy preocupada por su situación económica, pues no puede trabajar, y aunque tiene el apoyo de su familia, dependiendo de cómo siga su salud, tratará de retomar sus actividades anteriores, pues lo que más desea es terminar su tesis y titularse para conseguir un mejor trabajo.

A continuación se presenta el análisis de las seis categorías establecidas: 1. Embarazo y Maternidad; 2. Tipo de riesgo del embarazo; 3. Embarazos anteriores, 4. Otros significativos; 5. Atención médica actual y 6. Malestar psicológico.

Para el análisis de la categorías, en un principio se habían separado los relatos entre aquellas mujeres que tenían malestar psicológico al momento de la entrevista y aquellas que no lo tenían, de acuerdo con la selección de las participantes propuesta en el Método, dividiéndolos también por el tipo de riesgo que cada una presentaba, de acuerdo con la siguiente tabla:

<b>Tipo de riesgo</b>	<b>Con malestar psicológico</b>	<b>Sin malestar psicológico</b>
Enfermedad previa al embarazo actual	Sonia Lilia	Érika Imelda
Complicaciones del embarazo	Carola Inés	Sara
Otros factores de riesgo	Lucía Laura María	Esperanza Ana

Para comprender las motivaciones para embarazarse, aun poniendo en riesgo su propia vida, es necesario conocer el significado que tiene la maternidad para ellas. En este trabajo se considera que dicho significado se puede inferir e interpretar a través de la información relacionada con la motivación y el significado que tiene este embarazo, así como de su percepción o vivencia de la maternidad.

#### **4.2 Embarazo y maternidad**

En esta categoría se plantea la experiencia de las mujeres entrevistadas con respecto a la planeación de su embarazo actual, las emociones que sintieron cuando el médico les confirmó su estado y el riesgo de su embarazo (considerado esto como la epifanía de la cual se parte para el relato de sus experiencias), así como las preocupaciones asociadas al mismo. Además se buscó conocer su percepción y sus expectativas hacia la maternidad. Por otra parte, se quiso saber, con base en el modelo conceptual propuesto, de qué manera las vivencias tenidas en embarazos previos, su condición de salud, la atención médica anterior, la relación que tenían con la pareja y con la familia antes de su embarazo, influyeron en su percepción de la maternidad y en el significado que para ellas tenía el riesgo de su embarazo.

### ***Enfermedad previa al embarazo actual***

En general, las mujeres entrevistadas no planearon su embarazo y su diagnóstico fue algo sorprendente.

Para Sonia y Lilia, quienes cursaban su tercera gesta, este embarazo les generaba angustia de volver a vivir experiencias negativas previas y pérdidas de sus bebés. Sonia refería: *“No lo esperaba, lo tomé con angustia. Antes del embarazo habíamos platicado (mi pareja y yo) que por mí ya no, dijo “no sabes qué ya no, si te complica, ya sabemos lo que es ser padres, ya tenemos a la niña, mejor ya no”. “...y luego yo digo pues está bien, pues si hubiera sido planeado por mí no hubiera sucedido, porque ya no”.*

Ambas mujeres tenían el apoyo de su pareja, por lo que la reacción de ellos frente a la noticia del embarazo fue de gusto, ilusión, apoyo y cuidado hacia su mujer. Cabe destacar, que ellas percibían que sus parejas deseaban otro embarazo, pero al mismo tiempo, no querían ponerlas en riesgo de nuevo, debido a que anteriormente tuvieron problemas de preeclampsia y perdieron a sus bebés:

(Lilia) *“pero él me decía: “yo no te quiero poner en riesgo, o sea, ya pasaste por dos, Dios ha sido grande y te ha tenido con nosotros, pero pues sí has estado en riesgo, entonces ya no quiero ponerte en riesgo.”*

Debido a las experiencias previas vividas por ambas, las emociones manifestadas, asociadas al diagnóstico del embarazo, se caracterizaron por ser ambivalentes, con predominio de angustia y alegría, angustia, enojo y tristeza.

Por ejemplo, Lilia mencionaba: *“Pues primero me dio mucha alegría de que este, pues ya el verlo a él que ya está latiendo y también pues como la angustia de cómo le va a decir a su pareja que está embarazada ¿no?”.*

En cambio, para Sonia, el diagnóstico del embarazo fue motivo de angustia, preocupación por su salud, impacto y miedo a la pérdida. La preocupación y el estrés también se relacionaron con experiencias traumáticas previas; Sonia temía volver a repetir la experiencia anterior en la que perdió a su bebé por preeclampsia.

En contraste, Erika e Imelda estaban viviendo su primera gesta, la cual tampoco fue planeada, mencionaron que, por esta razón, sus parejas no quisieron hacerse responsables y las dejaron solas. Al respecto, Erika explicaba: *“entonces cuando yo*

*tenía los tres meses y medio, ya iba a cumplir cuatro, este me habló por teléfono él y pues yo le dije que no, me dijo que si yo...en pocas palabras me dijo que si yo quería que me apoyara y le dije que no, que yo no necesitaba de él para salir adelante ¿no? y que para eso tenía el apoyo de mis papás. Me dijo que “si quería dinero, me daba dinero, pero que hasta ahí, que él no se quería hacer responsable.”*

El percibir este tipo de reacciones en la pareja, les generó mucho estrés y preocupación por su situación económica. Erika mencionaba: *“Pues en primer lugar lo económico, yo siempre veo lo económico porque digo: “pues que no tengo ni nada que darle ¿no?” pero digo: “bueno, tengo cerebro, tengo manos, tengo pies y sé trabajar ¿no?”*

En general, dado que estas mujeres padecían una enfermedad previa, se puede observar que su preocupación y estrés se centraba principalmente en su salud y en las repercusiones que su condición pudiera tener sobre el embarazo:

Imelda, a quien el diagnóstico del embarazo le provocó devastación emocional, miedo por su salud, impacto, enojo y rechazo, relataba así su vivencia ante la enfermedad: *“pero a mí con este proceso de salud que tuve, como que me quedé...yo, yo como que negociaba con la vida: “si quedo en diabetes, creo que me doy por bien servida, porque puedo ser una diabética sana, pero una artritis reumatoide o un lupus, o sea, cómo voy a vivir, cómo voy a...yo decía, del mayor mal el menor”, entonces ya después cuando me voy enterando de que podía tener riesgo de malformaciones y eso, por mis riesgos, por esa tablita de los riesgos, el porcentaje que yo tenía y todo eso pues sí me cambia ¿no?, completamente...”*

Otro aspecto que se relacionaba estrechamente tanto con las emociones manifestadas por el diagnóstico del embarazo, como con el estrés y las preocupaciones asociadas al mismo, era la vivencia de eventos negativos. No todas refirieron haber vivido algún evento de este tipo, pero para quienes lo hicieron, éste se relacionaba con el internamiento en el hospital por complicaciones asociadas con su riesgo.

Por ejemplo, Lilia relataba así su experiencia: *“...entonces pues acepté que me internaran, este, el hecho también de volver a una institución muy diferente al Seguro Social, o sea la atención de doctores, o sea muy diferente, que eso también siento que ahorita me ayudó ¿no? a eliminar más mis temores, porque yo decía: “es que voy a*

*consulta y me van a internar, me van a internar”, y bueno ahorita que vi la forma de internar de aquí, eh, creo que no es tan, tan dolorosa como las otras ocasiones...”*

Otros aspectos estrechamente relacionados con el embarazo, son los cambios físicos, emocionales y sociales percibidos. En cuanto a los cambios y malestares físicos, mencionaron los más comunes como náuseas, piernas hinchadas o dificultades para dormir. Sin embargo, también señalaron aquellos propios de su enfermedad (diabetes), como caída de pelo y resequedad en la piel y boca.

En cuanto a los cambios emocionales, resaltaban: angustia, temor, miedo a las complicaciones, aprensión, preocupación por el futuro, hipersensibilidad, preocupación por la salud. Sin embargo, también identificaron algunos cambios positivos, como la aceptación del embarazo. Con respecto a los cambios sociales, la mayoría se asociaron con el alejamiento de algunas amistades por el embarazo o con el apoyo, solidaridad e incredulidad de las mismas.

A partir de los relatos analizados, surgió una subcategoría denominada: “cambios físico-emocionales”; la cual se refería a la manifestación física de las preocupaciones y el estrés generado por este embarazo. Por ejemplo, Lilia mencionó que cada vez que le iban a tomar la presión, se angustiaba tanto que, por lo general, se le subía y su lectura era alta.

Dichos significados y motivaciones se asociaron tanto con el tipo de riesgo como con las experiencias previas. En los relatos se les describía como *una fuerza para estar bien y sentir los movimientos del feto* (Lilia) y *sentir el apoyo familiar* (Imelda). Erika lo explicaba de esta manera: “...pero pues a mí lo que me da fortaleza es pensar que voy a tener a mi bebé (se ríe) y este...salir adelante por ella, nada más.”

Del mismo modo, se observa que su percepción o vivencia acerca de la maternidad era diferente, dependiendo de las vivencias previas, a partir de lo cual surge la siguiente clasificación: a) quienes tenían hijos vivos, (Sonia): “*Mmmh... pues... nada comparado con lo que me ha sucedido...*”; b) quienes no los tenían, (Lilia): *una experiencia dolorosa, no tener nada, quedarse vacía*; c) quienes estaban viviendo su primer embarazo (Erika e Imelda): *algo más natural, se puede salir adelante como madre soltera.*

Al respecto, Imelda explicaba su percepción sobre la maternidad: *“yo pienso que debe ser un acto natural ¿no? un acto, este, cómo decirlo, que no fuera como un acto heroico así, sino que debería de ser algo que pudiéramos tener acceso sin tantos problemas ¿no?, porque si uno se enfrenta...bueno, por lo menos en mi caso, la cuestión de salud y la cuestión del embarazo, pues no, no, se le complica a uno mucho, darse cuenta que es un mundo de, de, información que uno no tiene, que lo que uno ve es la versión “hollywoodense” del mundo ¿no? y...o, la historia mártir de la madre ¿no?, la madre mártir ¿no?, la madre abnegada que da todo, o sea, como que son muy extremistas ¿no?, las visiones ¿no?, tienen sus matices y entonces el no tener esa alternativa de esa información a uno la hace pues estar en una situación de incomodidad muy complicada, porque está uno en la nada ¿no?, está uno en la nada, porque la versión de la mamá, de la abuelita, de la tía, de la amiga y de todos, es **su** versión ¿no? y pareciera que es como toda una odisea...”*

### ***Complicaciones del embarazo***

Las mujeres de este grupo de riesgo decidieron el embarazo sin consultar a la pareja o no lo planearon.

Quienes tomaron la decisión por sí mismas, consideraban que con este embarazo podrían salvar su relación de pareja o cumplir el sueño de toda su vida: (Carola) *“Este... sí, en cierta parte sí yo pensé que con el embarazo iba a cambiar un poco. Este... no sé, era mi forma de pensar que iba a cambiar todo. ...Ahorita, este, lo planeé, pues ya sabía que podía venir aquí y hasta ahorita voy bien”*.

Sin embargo, el que se tomaran este tipo de decisiones, repercutió mucho en su relación sentimental y en las reacciones que percibieron por parte de sus parejas cuando se enteraron del embarazo, el relato de Inés ejemplificaba esta situación: *“ Al principio (la pareja) dijo así como: “o sea es que lo platicamos hace un mes”, le digo: “pues sí pero, o sea, lo platicamos y tú decidiste no cuidarte y yo decidí no cuidarme”, (silencio), “¿y estás segura?”, “si no estuviera segura, es una sospecha y ahorita ya te lo estoy afirmando”; y su respuesta así enseguida fue: “¡ya qué!, vamos a echarnos el paquete”, yo así como “pérame, cómo que ya qué, o sea, tú tienes 2 hijos”,-porque él es viudo-, le digo “pero para mí es el primer bebé”, “sí yo no te estoy diciendo que te voy a dejar, vamos a sacar esto ¿no?, pero los planes que teníamos...”*, a partir de esto, ella percibía que su pareja empezó a distanciarse pues vivía el embarazo como una

carga que le cambiaba sus planes, ya que sólo tenían seis meses de relación cuando ella se embarazó. Esta situación era similar a la de Carola, quien percibía a su pareja distante y que vivía este embarazo como una responsabilidad más. En cambio, Sara, a pesar de que tampoco planeó su embarazo, contaba con el apoyo de su pareja y percibía que la noticia le había causado alegría.

Por otra parte, en este grupo de riesgo, las principales emociones manifestadas a partir del diagnóstico del embarazo, fueron de alegría o de ambivalencia entre alegría y miedo a la pérdida y angustia y miedo a la pérdida. Sara: *“...y entonces ahora que me di cuenta que estaba embarazada, ¡ay no! para mí fue, el día que me dijeron que sí estaba, fue llorar, llorar y llorar, me decía mi esposo: “no llores ¿por qué lloras?”, “!porque no quiero (enfatisa) volver a pasar por lo que ya pasé, volver a sufrir tanto, primero la ilusión...”*”

Para ellas, la preocupación y el estrés manifestado se asociaba con las pérdidas anteriores (en donde prevalecen emociones como miedo a perder el embarazo y a encariñarse con el bebé), o con los problemas de salud diagnosticados a partir de su embarazo (cuyas emociones eran de preocupación por su salud, enojo y miedo a la enfermedad). Como ejemplo, Inés, a quien le diagnosticaron probable diabetes mellitus y preeclampsia al principio del embarazo, relató lo siguiente: *“Se me vino el mundo y me sentí así como cuando uno siente que se cae a un hoyo... Al principio fue miedo, pero después fue mucho coraje y reproches hacia mí...”*. Por su parte, Sara explicaba sus preocupaciones: *“...ya ahora sí yo digo: “ay ya, ya este, a lo mejor sí se me logra, ya me acaricio mi panza porque ni eso hacía tampoco, como que me daba miedo a encariñarme, porque sí, en cada vez, como tuve amenazas de aborto, sangrados, en este embarazo sí, entonces ¡ayy yo lloraba. Mmmh sí, pues así porque me da miedo perderlo...”*”

La vivencia de eventos negativos, también se relacionó con el internamiento en el hospital o con conflictos con la pareja por tener que cuidarla durante su reposo para lograr el embarazo; al respecto, Inés decía: *“Sí, yo vine sola y me pasaron a Urgencias, ya de ahí de Urgencias me pasaron a Terapia Intermedia y de ahí a Intensiva, pero no me decían, yo me enteré hasta el día 8 a las 11 de la noche que, pues que era diabética y con preeclampsia. Entonces sí fue así como: “¿cómo lo manejo ¿no?”*”.

Los cambios y malestares físicos manifestados por las participantes de este grupo de riesgo fueron similares a los esperados comúnmente en el embarazo, excepto los síntomas de hipertensión. A nivel emocional refirieron haber tenido cambios de humor, enojo, irritabilidad, miedo a la soledad, melancolía y tristeza.

Entre los cambios sociales percibidos, destacaba el sentir de Sara en relación con la aceptación de la comunidad a partir de que se supo de su estado. *“Pues me da gusto y como que me da más ánimos, ya son muchos años de estar ahí y yo nunca me sentí integrada ahí a la comunidad, por lo de...como no tenía niños, como que yo sentía que...mmmhh, por ejemplo, había eventos, que el kínder, que la primaria, que el día de las madres y todo, pues yo decía: “yo no tengo a qué ir”.*

La motivación y el significado que tenía el embarazo para estas mujeres, se asociaba, igual que en el grupo de enfermedades previas, con el tipo de riesgo actual y las pérdidas anteriores: y lo veían como un *motivo para luchar*; pero también lo relacionaban con lo que esta gesta representaba para sí mismas y para mejorar la relación con los demás: *para mejorar la relación de pareja, tener alguien a quien querer, a quien cuidar, a quien proteger.*”

Para las mujeres de este grupo de riesgo, la percepción o vivencia de la maternidad también se diferenciaba a partir de: a) quienes tienen hijos vivos, b) quienes no los tienen o c) quienes están viviendo su primer embarazo.

Para quienes tenían hijos vivos, la vivencia de la maternidad se caracterizaba por *experiencias negativas* que provocaban enojo, exigencia y desesperación por los hijos; *experiencias dolorosas* por las pérdidas anteriores, llegando a pensar que la maternidad era algo negado para ella, y *experiencias positivas* como ser madre. En cuanto a quienes vivían su primer embarazo y no tenían otros hijos, su percepción acerca de la maternidad era negativa, por tener que vivirla sola y con toda la responsabilidad, pero, al mismo tiempo, positiva, ya que estaba cumpliendo un sueño: *“¿Cuál es mi sueño en la vida? Ser mamá, o sea, no ser esposa... ser mamá (enfátiza)”.*

### ***Otros factores de riesgo***

Las mujeres de este grupo tampoco planearon su embarazo, el cual vivieron como sorpresivo e impactante, como en el caso de María, quien explica cómo vivió la noticia: *“Pues bien, bien, me cayó de golpe, porque ya no estaba en mi proyecto volver a tener*



*bebés, entonces salí, salí así nada más, yo llevaba 8 años controlándome, todavía reglé y todavía me inyecté...*

Ante lo sorprendente del diagnóstico, la reacción de quienes tenían una relación de pareja estable, fue de gusto e ilusión pues percibían que sus parejas las apoyaban y las cuidarían para que el embarazo se lograra; quienes tenían conflictos con sus parejas o estaban separadas, percibían una respuesta negativa por parte de ellos, sobre todo de enojo, desconcierto y preocupación por la situación económica, e incluso de negarse a hacerse a responsables.

Lucía lo explicaba así: *“... así mi esposo enojado, me dice que cómo había cambiado de decisión, que él, a la vez sí quería, así que, pero por la cuestión económica no quería, tantito mi vida y tantito la cuestión económica, que no estamos bien, pues también, entonces me enojé con él, yo me ofendí y me fui con mi mamá.”*

Las emociones manifestadas al saber que estaban embarazadas, fueron de alegría; de ambivalencia entre el impacto, la alegría y la preocupación o de enojo, rechazo y tristeza. Al respecto María relataba: *“Cuando me van diciendo que son dos (sube la voz), ¡yyyy!, para mí sí fue, cómo se llama, pues sí me cayó así como de peso. De hecho, hasta de la impresión me dio dermatitis severa, toda me enronché”.*

Por otra parte, las principales preocupaciones, que les provocaron estrés, fueron la situación económica y el desempleo, la salud del bebé y las diferencias con la pareja en la educación del hijo.

Esperanza explicaba su preocupación de la siguiente manera: *“...cuando yo les comenté a los patrones que yo estaba embarazada, me dijeron que me saliera de trabajar; dije: “es que es lo único que tengo, le digo, porque ahorita ehh qué voy a hacer”, me dicen: “es que no puedes trabajar aquí”.*

En su mayoría, las mujeres de este grupo no refirieron haber vivido eventos negativos, sólo en el caso de Laura, quien había perdido a su madre ocho meses antes y al momento de la entrevista se enteró del fallecimiento de su abuelita, y ambas pérdidas le estaban afectando mucho.

Los cambios físicos y malestares manifestados también fueron los más comunes durante el embarazo. A nivel emocional refirieron haber tenido ánimo bajo, desgano,

aunque también mostraron mayor conciencia de autocuidado, sobre todo en los embarazos gemelares. A nivel físico-emocional, el estrés provocado por el embarazo no planeado y además gemelar, le provocó una dermatitis severa a María. En cuanto a los cambios sociales percibidos están: un mayor interés por parte de la suegra hacia el embarazo y celos de los hijos.

El significado y motivación que tenía este embarazo para estas mujeres, se asociaba, por un lado, con el riesgo del embarazo y las pérdidas previas, y lo veían como la posibilidad de *disfrutar el embarazo con más conciencia*” o la necesidad de sentir los movimientos del feto. Por otro lado, también lo veían como algo para sí mismas y para su relación con los demás, ya que lo consideraban una oportunidad de mejorar la relación de pareja, cumplir el deseo de tener gemelos o tener más motivos para luchar.

Con respecto a la percepción o vivencia de la maternidad, en sus relatos se puede apreciar que éstos giraban alrededor de las experiencias que tenían con sus hijos vivos y el embarazo actual, las cuales podían ser negativas: *sin mucho apoyo de pareja, difícil vivirlo sola, cambio de proyectos, volver a empezar, estresante*. O como experiencias positivas con sus hijos, *siendo flexibles y tolerantes con ellos y disfrutándolos*.

Por ejemplo, Lucia relataba: *“¿pero a empezar de qué?”, si él no batalló cuando la niña nació y hasta la fecha, él siempre se ha dedicado a trabajar y trabajar y nunca ha tenido las atenciones que deben de ser como padre, es lo que yo le reprocho a él, porque yo los he formado, a mis tres hijos y a mi nieto, yo la educación, yo todo, o sea, ahora sí como yo le digo: “tú nada más sirves para dar, porque nunca me has apoyado”*.

En la tabla 5 del apéndice 3, se puede ver la condensación de los significados obtenidos en esta categoría.

#### **4.3 Tipo de riesgo del embarazo**

En esta categoría se muestran los resultados en cuanto a la experiencia de las mujeres entrevistadas, a partir de la epifanía del diagnóstico de su riesgo, con respecto al tipo de riesgo que cursaba su embarazo, su reacción frente al mismo, su vivencia, su estado de salud previo y, en algunos, casos, la decisión que tuvieron que tomar entre continuar el embarazo o interrumpirlo.

### ***Enfermedades previas al embarazo actual***

En este grupo las principales enfermedades presentadas por las mujeres fueron: antecedente de preeclampsia, hipertensión arterial y pérdida perinatal<sup>8</sup>, diabetes mellitus y migraña<sup>9</sup>. Sonia y Lilia tenían antecedente de preeclampsia; la hipertensión arterial que padecían actualmente fue consecuencia de esa complicación en embarazos previos y, por lo general, sólo se les manifestaba durante el embarazo y después no necesitaban llevar ningún tratamiento médico específico para regular su presión arterial.

Al respecto, Sonia refería: *“No, de allí (embarazo anterior) quedé hipertensa. Pues yo no me sentía mal, sino cuando a mí me regulan la presión es cuando yo me siento mal, me siento cansada, con dolor de cabeza. Cuando se me sube”*. Igualmente, otra consecuencia que tuvieron por la preeclampsia, fue la pérdida de los bebés que esperaban.

Por otra parte, a Imelda le diagnosticaron diabetes mellitus al inicio de este embarazo, sin embargo, en los meses previos su estado de salud no había sido bueno, pero los médicos no habían podido diagnosticarle su enfermedad: *“Este... bueno los diagnósticos que a mí me daban de lupus, de, este, ¿cómo se llama?, artritis reumatoide, me descartaron problemas del corazón, de los pulmones y todo eso, fue muy agotador, estuve unos cuatro meses en esto y a raíz de esto se aceleró el que yo dejara de laborar ¿no? por lo mismo, y entonces a raíz de todo esto que empiezo a ver lo del bebé y en ese sentido como no tenía yo un diagnóstico y en eso sale que estoy embarazada...”*.

Erika padecía migraña desde los 12 años, tratada médicamente desde entonces, y controlada hasta la fecha, sin episodios frecuentes, aunque mencionó haber tenido uno durante este embarazo. No obstante, su mayor preocupación en ese momento era la probabilidad de que su bebé tuviera algún problema por haber ingerido medicamentos durante el primer trimestre del embarazo.

---

<sup>8</sup> La *pérdida perinatal* es la muerte fetal que se produce a partir de la semana 28 de gestación incluyéndose todos los fetos que pesan 1000 gramos o más y/o tienen una longitud de 35 centímetros o más al nacer.

<sup>9</sup> La *migraña* es una enfermedad crónica de causa no conocida que se manifiesta por crisis o ataques repetitivos con ciertas características en cuanto a duración y tipo de dolor, asociado a náuseas, fotofobia, fonofobia y disminución de la actividad física. Véase en el apartado 1.5.1 las definiciones de las enfermedades mencionadas.

Por lo anterior, la reacción que tuvieron estas mujeres frente al diagnóstico del embarazo fue de angustia, tristeza, ambivalencia entre alegría y angustia, impacto, preocupación, devastación emocional, incertidumbre por su estado de salud y enojo.

Por ejemplo, Sonia se angustió con la noticia, porque debido a su riesgo, el médico le sugirió suspender el embarazo y eso la deprimió mucho. Lilia, por su parte, se sentía muy ambivalente entre la alegría y la angustia por la reacción que tendría su esposo con la noticia, ya que él no quería que se volviera a embarazar, por el riesgo que esto implicaba.

Imelda relató así el impacto que sintió ante la noticia de su embarazo: *“se me hizo muy complicado y fue una situación que me devastó mucho emocionalmente, porque pensar en ser madre en ese escenario, fue así como que dije no, o sea, cuando yo estaba en la mejor disposición de esto y creo que esto apuntaba a que sí, no pasó y ahora que estoy en las peores condiciones, pasa, ¿no?”*

El diagnóstico de riesgo del embarazo, les provocó diversas manifestaciones emocionales, las cuales fueron cambiando conforme el embarazo avanzaba, entre ellas: nerviosismo, temor a las complicaciones, preocupación por tener la atención médica, miedo a la pérdida del embarazo, estar pendiente de los movimientos fetales, inquietud al comprender la magnitud del riesgo, sentirse disminuida por los problemas de salud, culpabilidad por no haberse embarazado antes, confianza en la atención médica, mayor conciencia de autocuidado y de que lo más importante es el bebé. Se observa que estas manifestaciones fueron más intensas para quienes habían tenido pérdidas previas; por ejemplo, para Lilia: *“Pues como que llego contenta porque sé que me van a decir que el bebé está bien, pero a la vez este veo el aparatito y digo: “ay no, tengo que controlarme, tengo que controlarme” y no puedo controlarme y sí antepongo que puede ocurrir lo mismo que con los otros bebés, o sea de perderlo...”*

De igual modo, para quienes no tenían hijos ni pérdidas previas, el diagnóstico del riesgo, les generó mucha preocupación por la salud del bebé y por la de ellas mismas y además las hizo reorganizar su vida con base en nuevas prioridades.

Cabe destacar que, por su riesgo, para estas mujeres era fundamental conseguir la atención especializada para su embarazo, lo cual vivieron con mucha angustia, pues

temían no ser aceptadas en el HTNAO en donde se realizó este estudio. Este tema se ampliará en el apartado 4.6.

Al analizar los relatos, se observó de manera reiterada, que a estas mujeres, por su condición, el primer médico que las atendió llegó a plantearles que tenían que decidir entre continuar o no con el embarazo, debido al riesgo que implicaba para su salud, e incluso para su vida. Tomar esta decisión les causó mucho conflicto, ya que, por un lado, no querían a volver a vivir las mismas complicaciones, o incluso, para quienes tenían hijos vivos, les angustiaba pensar que si morían dejarían a sus hijos desamparados. Por otra parte, también les generaba problema pensar que hacerlo era ir en contra de la religión que profesaban, y preferían tener un hijo enfermo que no tenerlo, aunque esto les provocaba miedo, tristeza y tomar conciencia de lo que esto implicaría en sus vidas.

Al respecto Sonia mencionó: *“...y sí pensé, empecé a pensar y le dije a mi esposo: “hay que pensar en la niña” y si llegué a pensar en la pastilla, pero cuando hablé con mi mamá todo cambió... Como somos católicas, ella me dijo que por algo me lo había mandado Dios, dijo: “Él sabe cuándo y si el otro te lo quitó sabe por qué”, y entonces dijo: “y pues si te cuidas todo y vas al hospital”, dice “pues no tiene por qué pasar nada”.*

### ***Complicaciones del embarazo***

En este grupo de riesgo, las principales complicaciones presentadas por las mujeres durante este embarazo fueron la incompetencia ístmico-cervical con cerclaje y la diabetes gestacional<sup>10</sup>. Carola y Sara estaban viviendo su sexta gesta y habían tenido cuatro y cinco pérdidas gestacionales respectivamente. En este embarazo, les habían realizado a ambas un cerclaje antes de la semana 20 de gestación, con la intención de evitar un parto prematuro, entre otras complicaciones. Por su parte, a Inés le detectaron diabetes a partir de su embarazo, pero los médicos tenían dudas acerca del diagnóstico. Al respecto, Inés refería: *“Es lo que me estaba diciendo el médico internista: “que puede ser que sea gestacional”, la Diabetes II porque me dice que “como tengo un antecedente diabético, es lo más seguro”, pero que se pudo haber desarrollado por el embarazo, pero todavía no me ven así... Pero ya la catalogaron como Diabetes II, entonces como que están por explicarme si es gestacional o ya es una diabetes”.*

<sup>10</sup> Véase en el apartado 1.5.2 las definiciones de las complicaciones del embarazo mencionadas.

Dadas las complicaciones presentadas en este embarazo, estas mujeres reaccionaron frente al diagnóstico de riesgo con miedo a perder el embarazo, angustia y miedo por la salud, miedo a repetir la experiencia, enojo, dificultad para aceptar el embarazo y necesidad de cuidarse más.

En el caso de Inés el diagnóstico del riesgo se lo dio un médico particular, quien le recomendó que buscara atención especializada, ya que su glucosa y su presión arterial eran muy altas, por lo que acudió al HTNAO y la internaron de urgencia por la condición en la que estaba.

A partir de la epifanía del diagnóstico de riesgo, la vivencia del embarazo para las mujeres de este grupo se caracterizó por las siguientes manifestaciones emocionales: culpa por la enfermedad actual, reproche, castigo, enojo, miedo, ocultar el estado real de salud a la familia, presión, angustia, preocupación y miedo a perder al bebé. Así mismo, algunas tomaron mayor conciencia de autocuidado y de que lo más importante era el bebé y tenían esperanzas de lograr embarazo por el cerclaje realizado.

En este sentido, Inés expresó lo siguiente: *“Me reproché mucho, me dio mucho coraje conmigo, de hecho sigo enojada conmigo y esa es otra cosa bien importante porque cuando yo siento un vacío o una cosa así: busco la comida, y ahorita es decir: “no, no comas, ¡aguántate!! Ahora así te estás castigando: ¡No comas! (enfatisa)”, y no sé de verduras, de la comida sana por así decirlo, yo ahorita lo estoy manejando como un castigo: “un castigo porque ¡te lo mereces!”.*

Al respecto, ella sentía que haber comido desmedidamente siempre (ya que incluso era obesa), aun sabiendo que en su familia materna muchos de ellos padecían diabetes y de que su mamá le decía que se cuidara, no hizo caso, y el tener que cambiar sus hábitos alimenticios a partir del diagnóstico, lo consideraba un castigo por no haberse cuidado antes.

En este grupo de riesgo, ninguna mujer tuvo que decidir entre continuar su embarazo e interrumpirlo y tampoco refirió problemas de salud previos.

### ***Otros factores de riesgo***

Las mujeres que conformaron este grupo de riesgo, presentaron como factores de riesgo para este embarazo: antecedente de peritonitis<sup>11</sup>, edad materna avanzada y embarazo gemelar, los cuales, a diferencia de los otros grupos, sólo representaban riesgos potenciales y ninguna de sus integrantes presentó problemas previos de salud.

La reacción de estas mujeres frente al diagnóstico de riesgo fue menos intensa que las de los otros grupos y se caracterizó por las siguientes manifestaciones emocionales: sorpresa, gusto, impacto, preocupación, dificultad de aceptación, enojo y aceptación. En algunas, la reacción se asociaba más con lo inesperado del embarazo que con el riesgo mismo, y en otras, con el impacto de tener un embarazo gemelar. Por ejemplo, María comentaba: *“...pero sí sentí: “¿y ahora qué voy a hacer?”, sí, yo dije, más que nada por la situación ¿no? de mis hijos, yo dije: “bueno, ya están grandes, ¡otra vez a volver a empezar!, luego dije: “ya, estoy embarazada”. Cuando me van diciendo que son dos (sube la voz), ¡yyyy!, para mí sí fue, cómo se llama, pues sí me cayó así como de peso”*.

En contraste, la reacción de Ana fue de alegría, porque era algo que su esposo y ella deseaban mucho.

Con respecto a la vivencia del riesgo a partir de su diagnóstico, está se caracterizó por tener miedo a las complicaciones, preocupación, miedo por la salud del bebé y miedo a no vivir lo suficiente (por su edad) para sacar al bebé adelante, aunque también tomaron mayor conciencia de la importancia de cuidarse y sentían confianza en la atención médica.

Por ejemplo, Esperanza manifestó lo siguiente: *“Miedo a que viniese con una malformación, ehh, a que sé que mi tiempo ya no es el mismo que hace 20 años, como le digo: “¿cuántos años te voy a vivir? ¿10, 15 años, 20 a lo sumo?” “cómo te voy a dejar?”, a lo mejor es protector ¿no? porque igual lo he sido con los otros, ha sido así como que... pues sí me da... me da miedo”*.

---

<sup>11</sup> La *peritonitis* es el proceso general o localizado de la membrana peritoneal secundaria a una irritación química, invasión bacteriana, necrosis local o contusión directa. Véase en el apartado 1.5.3 las definiciones de los otros factores de riesgo del embarazo mencionados.

En este grupo, dos mujeres tuvieron que decidir entre interrumpir o continuar con su embarazo, situación que vivieron con conflicto, pues por una parte, no querían volver a vivir complicaciones en su embarazo, ni dejar solos a los hijos que ya tenían o que este bebé pudiera venir mal, pero por otro lado, les preocupaba contradecir sus creencias religiosas, y finalmente, ambas decidieron seguir con el embarazo, después de ver al bebé en el ultrasonido. Por ejemplo, Lucía lo vivió así: *“ya lo vi formadito, ¡todo!, y yo ya no pude, pues yo ya había quedado con mi esposo, o sea, yo, yo le había dicho que ya, porque pues iba a dejar a mis hijos... No de que dije: “yo no puedo matar a un bebé, que sea lo que Dios quiera”, le pedí tanto: “Señor tú me lo mandaste, es por algo”, porque antes de venir aquí, me había tomado medicamento porque el doctor no se había dado cuenta...”*.

En la tabla 6 del apéndice 3 se puede ver la condensación de los significados obtenidos en esta categoría.

#### **4.4 Embarazos anteriores**

Al leer los relatos de las entrevistas realizadas, se observó que algunas mujeres hablaron de manera recurrente de sus experiencias en embarazos previos como una parte de la explicación para comprender su experiencia actual, a partir de lo cual surgió esta categoría, pero además, para entender realmente el significado del malestar psicológico en mujeres con embarazo de alto riesgo es fundamental abordar este tema.

Como ya se mencionó, las mujeres hablaron de la vivencia de sus embarazos previos, de las complicaciones que tuvieron en los mismos, la afectación emocional que estas experiencias les causaron y la repercusión que esto tuvo en la relación con su pareja. Otro aspecto muy importante a considerar es la atención médica que recibieron en esos momentos, lo cual también forma parte de la comprensión del significado de su experiencia actual y el por qué se atendieron en el HTNAO en el que se realizó este trabajo. Cabe señalar que muchas de estas mujeres habían tenido más de un embarazo previo al actual y cada experiencia que vivieron pudo ser distinta, sobre todo si tenían algún hijo vivo, por lo que se hablará de cada uno.

#### ***Enfermedad previa al embarazo actual***

Dos mujeres de este grupo de riesgo tuvieron embarazos previos y para ambas las experiencias fueron dolorosas, ya que perdieron a sus bebés. Las complicaciones en la



primera gesta de ambas fue un diagnóstico tardío de preeclampsia, debida a la elevación repentina de la presión arterial, lo que provocó que tuvieran que interrumpirse los embarazos. Los bebés nacieron prematuros y la atención médica que recibieron fue insuficiente y fallecieron. El embarazo de una de ellas era gemelar.

Sonia relató las complicaciones tenidas, de la siguiente manera: *“En mí, de mi primer embarazo todo fue bien, pero... empezó a subir la presión como a los cinco meses y los doctores no me decían nada.”*

Para ella, la vivencia de este primer embarazo con preeclampsia se caracterizó por un diagnóstico tardío, por lo que su médico particular se negó a atenderla, dada su gravedad, y tuvo que buscar la atención inmediata en hospitales públicos, tras visitar cuatro en donde se negaron a recibirla, finalmente fue atendida. Durante esa búsqueda, Sonia sentía mucha angustia y preocupación por la salud del feto y por la de ella y además sentía que estaba perdiendo tiempo en cada hospital. Cuando finalmente logró ser aceptada en uno, su bebé nació con complicaciones respiratorias, pero no pudo ser bien atendido por falta del equipo necesario y ella, dada su condición, estuvo internada ocho días en terapia intensiva y no supo que su bebé había fallecido, ya que su familia decidió ocultárselo debido a su gravedad (lo cual no pudo perdonarles en ese momento), y aún recordaba la experiencia con mucho dolor.

Ella relató parte de su vivencia de esta manera: *“Sí me sentía muy mal, muy mal porque si le pasa algo a mi hijo en todo el trayecto, y más de que era revisión tras revisión que me hacían, más me hacían perder tiempo. Pues yo sentía angustia... y más porque (se le quiebra la voz y llora), a mí no me dijeron hasta que salí del hospital. Nunca vi a mi bebé, nunca nada... Pues cuando lo recuerdo como que me siento muy mal de que no lo pudiera ver (hijo) cuando nació...”*

En cuanto a su afectación emocional posterior a esta experiencia, ella explicaba que fue de mucha tristeza, aislamiento, temor, necesidad de reponer al bebé perdido y recordarlo con dolor. Asimismo, también afectó su relación de pareja, ya que ella se enojó con él por haberle ocultado la muerte del bebé y llegó a culparlo por ello, se aisló y por esto se distanciaron varios días, hasta que pudieron hablarlo y expresar su dolor, lo que hizo que ella se sintiera apoyada por él nuevamente y continuaron su relación.

Por su parte, Lilia, explicaba las complicaciones de su primer embarazo así: *“yo ni siquiera sabía que tenía ese padecimiento de la preeclampsia, nada más pues me hinché, me detuvieron en la Raza, me detuvieron el embarazo, y a él le dicen: “pues tiene que decidir entre sus hijos y su esposa”, este, él dice: “no, la voy a llevar a otro hospital”, y le dicen: “pues Ud. sabe porque en cinco minutos le puede dar un derrame cerebral, y este pues Ud. sabe”.*

Al respecto, ella relataba que su vivencia de este primer embarazo y las complicaciones tenidas, fue una experiencia traumática porque era un embarazo gemelar y no pudo identificar que tenía preeclampsia. Tuvo que ser internada de urgencia, pero debido a su gravedad, los bebés nacieron prematuramente, *“y pues se tuvo que detener el embarazo, este nacieron, o sea, fue un niño y una niña, y este el niño vivió 9 días y la niña 29 días, entonces pues era pues la agonía, primero de pues yo estaba en el hospital, cuando fallece el niño pues me acababan de sacar el día anterior y pues (empieza a llorar) todo el trámite de su defunción, velarlo, enterrarlo, y este pues sí eso fue lo que nos agobió, pero a la vez nos daba la esperanza de que estaba la niña y que teníamos que echarle ganas por la niña...entonces empiezo a decir: “tengo que ser fuerte por mi hija (llora más), por mi esposo, por mis padres... y Ud. pues, tiene que guardar su dolor, por salir adelante...”.*

Su afectación por esta experiencia fue de mucho dolor, un sentimiento de vacío, dificultad para relacionarse con otros bebés, aunque, al mismo tiempo, sentía la necesidad de darles amor, e incluso llegó a pensar en ya no tener más hijos.

A partir de las pérdidas, la relación con su pareja empezó a tener muchos problemas, ya que no pudieron apoyarse para que ambos expresaran su dolor, lo que los hizo alejarse y refugiarse en su trabajo sin comunicarse, llegando incluso a afectar otras áreas de la relación. Al respecto, ella explica: *“Pues después del bebé de hace 4 años, pues mi esposo a la vez como no quería que me llegara a embarazar, pues a veces no me tocaba, o sea o no teníamos relaciones y eso, o sea casi tres años pasamos sin tener relaciones porque no quería (llora) llegar a embarazarme y entonces decía: “pues si no te estás cuidando y todo, o sea, podrías quedar embarazada y otra vez va a pasar lo mismo”.*

En cuanto a la atención médica recibida, Lilia mencionó que fue “fría” por parte de los médicos, sin un diagnóstico ni explicación de las complicaciones y con malos

tratos: “y pues era llegar al hospital, checar a la niña, y a veces los doctores son muy fríos y le dicen: “pues antes diga que la encontré, pues no respira, no digiere la leche, sus pulmones están muy chiquitos, entonces pues a ver a cuánto aguanta”. En el Seguro Social nada más nos están maltratando ¿no? en todo momento: “Si Ud. ya sabe para qué se embaraza, ya sabe los riesgos, este por qué lo vuelve a hacer ¿no?”

Tanto Sonia como Lilia tuvieron un segundo embarazo. La primera volvió a presentar preeclampsia a los ocho meses de gestación, pero en esa ocasión ya se estaba atendiendo en el HTNAO, por lo que, a pesar de la complicación, esta vez logró que naciera su única hija, aunque la pequeña tragó meconio<sup>12</sup> al nacer, por lo que estuvo hospitalizada varios días y evolucionó satisfactoriamente.

En cuanto a Lilia, su segundo embarazo transcurría normalmente, ella se cuidó mucho más desde el principio, pero sorpresivamente empezó a tener contracciones hacia las 20 semanas de gestación, por lo que fue al hospital a revisión y al monitorear al feto ya no encontraron su latido cardiaco y nació muerto. Con esto, ella y su pareja revivieron el dolor del embarazo y las pérdidas anteriores y decidieron no volver a vivir el mismo proceso ni avisar a sus familias, por lo que sólo lo incineraron. Esta pérdida aumentó el distanciamiento y la poca comunicación con su pareja, llegando incluso a pensar en separarse.

### ***Complicaciones del embarazo***

En este grupo de riesgo, Carola y Sara vivieron sus embarazos anteriores de manera muy similar, ambas habían tenido cinco embarazos previos, Carola con un hijo vivo y Sara sin hijos vivos. En ambos casos, las complicaciones tenidas se caracterizaron porque en alguno de sus embarazos ni siquiera supieron que estaban embarazadas, sino hasta que tuvieron un aborto y en ese momento les diagnosticaron el embarazo y

---

<sup>12</sup> El meconio corresponde a las primeras heces (materia fecal) eliminadas por un recién nacido poco después del nacimiento, antes de que el bebé haya empezado a digerir leche materna (o leche maternizada en polvo). Una vez que éste ha pasado hacia al líquido amniótico circundante, el bebé puede broncoaspirar dicho meconio. Esto puede suceder mientras el feto aún está en el útero o está cubierto por líquido amniótico después del nacimiento. El meconio también puede bloquear las vías respiratorias del bebé inmediatamente después del nacimiento. Esta afección se denomina aspiración de meconio y puede causar problemas respiratorios debido a la hinchazón (inflamación) en los pulmones del bebé después del nacimiento (National Institute of Mental Health, 23 de abril de 2012).

también la pérdida del mismo, o de igual manera, al principio los embarazos iban bien hasta que presentaban sangrado y luego el aborto. Incluso, Carola refería que sus primeras gestas las abortó voluntariamente porque su pareja todavía no quería tener hijos y fue posteriormente que se dio cuenta de su dificultad para tener embarazos que llegaran a término y con hijos vivos. *“Este, pues los primeros tres, este no, porque me decían que todo estaba bien, o sea yo iba a revisiones con un médico y todo estaba bien, estaba bien, y en determinado momento empezaba a sangrar, en el mismo esfuerzo empezaba a descargar y ya... no se podía hacer nada...”*

En el caso de Sara, ella tuvo abortos y partos prematuros, en uno de ellos su hija vivió varios días pero murió por complicaciones neonatales; luego supo que la solución para su problema era que le hicieran un cerclaje, el cual le realizaron en dos ocasiones, pero de manera inadecuada, por lo que nuevamente tuvo complicaciones y pérdidas. Ella atribuye también una de sus pérdidas a la negligencia de su suegra: *“le dije a mi suegra que me acompañara al doctor, porque mi esposo no estaba y ella se enojó, me dice: “!ya vas a empezar!”, le digo: “pues es que me siento mal, ¡hágame el favor de acompañarme!”, “no, yo no te acompaño”, y una de mis cuñadas fue la que me dijo: “si quieres yo te acompaño”, de verme que yo andaba llorando ya preocupada y ya, este, fui con el doctor y me dijo: “no, ¿sabe qué? Ya se rompieron las membranas, ya no podemos hacer nada, nada más que te vamos a hacer el aborto”, y ya desde que me dijo yo me puse a llorar, entonces sí ya lo sentí más (enfatisa)...”*

Ambas explicaron que la afectación emocional que tuvieron por las experiencias de pérdida fue de dolor, tristeza, angustia, sentirse rechazada por su comunidad y miedo a volver a tener experiencias similares; este malestar emocional, aumentaba con cada pérdida. Carola lo explicaba así: *“Pues... siempre es tristeza... (con desánimo).”*

Con respecto a la relación con su pareja, ella relató cómo ésta se fue afectando con cada pérdida: *“Yo digo que sí (nos afectaron las pérdidas)... (silencio) porque nos alejamos, nos alejamos más, entons yo también por eso pensaba que por este embarazo nos íbamos a unir... Por decirlo de alguna manera, porque este hace ocho años cuando nació mi hijo estábamos separados...Esa vez ni yo misma lo entendí porque este fue después de un aborto que tuve, este, saliendo del hospital estaban mis hermanas y sin preguntarme a mí, me llevaron con mis papás y de allí ya este pues no fue por mí (se le quiebra la voz).”*

En cuanto a Sara, su pareja reaccionaba con mucho enojo por las pérdidas y no quería atenderla en su recuperación, él siempre tuvo el deseo de tener hijos con ella, pero al ver las dificultades que tenían para tenerlos, no le comunicaba su deseo y aunque ella llegó a decirle que mejor se buscara a otra mujer que le pudiera dar hijos, él le decía que quería estar con ella aunque no tuvieran hijos y aparentemente aceptaba su condición.

Ambas mujeres siempre buscaron atención médica para sus embarazos, sin embargo, no siempre fue la más adecuada para su condición, llegando incluso a percibir un manejo inadecuado por parte de los médicos, lo cual influyó en las complicaciones tenidas y en algunas de sus pérdidas, viviendo la experiencia con desesperanza, pues siempre les sucedía lo mismo: perdían a sus bebés. En el caso de Carola, quien logró tener un hijo vivo cuando se atendió por primera vez en el HTNAO, comparaba la atención recibida antes y consideraba haber sido mejor atendida cuando nació su hijo.

Sara, por su parte, se quejaba de no haber sido bien atendida en sus embarazos previos: *“bueno, el que le digo que estoy segura que no me pusieron bien mi cerclaje, pues no, no hubo buena atención porque el doctor, en primer lugar yo después pensé: “ay qué tonta, cómo no fui a otro lado”, porque sí le dije, le digo: “doctor me han dicho yo con mis embarazos necesito cerclaje”, “y qué es eso”, siendo ginecólogo y al preguntarme a mí que qué era eso, entonces no, ya después pensé: “me hubiera ido a otro lado porque él no sabía”, entonces desde que me lo puso yo empecé a sangrar y como que no, yo decía: “no fue la atención que debía ser”.*

### ***Otros factores de riesgo***

Las cinco mujeres de este grupo tuvieron gestas previas; sin embargo, con menos complicaciones que las mujeres de los otros grupos. En general, los embarazos anteriores se caracterizaron por no utilizar algún método anticonceptivo, no darse cuenta de que ya estaban encintas, problemas para lograr la gestación, mayores cuidados para evitar complicaciones. Complicaciones y partos prematuros, mala atención médica, alegría por el embarazo, vivir cada uno de manera diferente, inexperiencia, conflictos con la pareja, sin apoyo familiar. Sólo una perdió al bebé.

Lucía tuvo dos embarazos previos, el primero a los 14 años sin mayores complicaciones, aunque con su pareja vivió mucha inestabilidad, conflictos y maltrato, además de incumplimiento de sus obligaciones, por lo que se separó un tiempo de él. En

su segunda gesta tuvo complicaciones posparto por infección de la herida de la cesárea, al parecer por falta de higiene del quirófano, lo que le provocó una peritonitis severa que puso en riesgo su vida. En esa ocasión, el médico particular que le realizó la cirugía se negó a atenderla al ver su condición y Lucía tuvo que buscar otra atención, lo que retrasó que ésta fuera de manera rápida y complicó más la infección: *“...porque cuando yo fui con el doctor, este mi doctor, el mío, no me aceptó, no me aceptó, porque ya iba muy grave, muy mal, “¿se va a hacer estudios”, “sí”, pero no los pedí urgentes, entonces eso tendría que haber sido rápido y de repente, al mes, a los 40 días yo agravé...”*

Le hicieron muchos estudios en un hospital de seguridad social y no encontraban qué era lo que tenía hasta que la operaron nuevamente y encontraron una peritonitis severa y adherencias que de inmediato le atendieron. Lucía al verse tan mal, llegó a pensar que se moría, por lo que se despidió de su pareja y de su familia, por si no despertaba de la cirugía. Su recuperación fue buena y los médicos le advirtieron que por las adherencias que tenía no era adecuado que volviera a embarazarse.

Laura tuvo dos embarazos antes, ambos con problemas de placenta previa y amenaza de aborto, por lo que tuvo que extremar los cuidados para que llegaran a término. En ambos se atendió en hospitales públicos de la ciudad, pero en el primero percibió una atención deficiente: *“no pudo ser parto normal porque la doctora que me estaba atendiendo, este me dijo que me faltaba, y a mí ya me dolía mucho mi estómago de aquí (señala el vientre) y me decía: “que no, que esos no eran dolores de parto”, le digo: “es que me duele mucho, me duele mucho”, “no, no, no, tienes que venir toda hinchada, toda hinchada”, y yo no iba toda hinchada y a cambio se me salía como pipí, y yo le decía: “doctora es que se me sale como pipí”, “es que es pipí” y fui con otra doctora y me dice: “no, es que es el líquido que ya se está saliendo”, y me hicieron la cirugía porque el bebé este, ya estaba perdiendo latido, defecó dentro de mí, por eso se complicó”*. Su hijo nació prematuro sin mayores complicaciones. En el segundo embarazo no tuvo ningún problema.

María tuvo dos embarazos previos, los cuales transcurrieron sin mayores problemas, aunque en el segundo, ella tenía una arritmia cardíaca, pero le dijeron que eso no era de riesgo. Después de su primer hijo no usó ningún método anticonceptivo porque lo estaba amamantando y el médico le había dicho que con eso no se

embarazaría; sin embargo, tiempo después sentía que no bajaba de peso como debía y se hizo unos estudios y allí le diagnosticaron un nuevo embarazo, el cual ya tenía cinco meses y ella no se había dado cuenta.

Por su parte, Esperanza también fue madre muy joven, a los 19 años, y ella refería así su inexperiencia: *“Gracias a Dios ¿no? Ya me dieron al bebé y llegué ese día sola, nadie me recibió, yo llegué sola y luego esa noche mi marido estaba acuartelado y yo así sentada en la noche y me quedo así y lo veo que empieza a llorar: “ups, qué hago, qué hago” mi mamá nunca me orientó en que hay que darles el pecho, porque mi mamá me veía como una niña ¿no?, lo único que opté fue levantarme la blusa y pongo al niño ¡y el niño comió, comió! (enfatisa y se ríe), y ahora no, ahora hay la experiencia de...¿no?”*. En ese tiempo ella tenía muchos problemas con su pareja por su alcoholismo, llegando incluso a la violencia intrafamiliar y no contaba con apoyo de sus hermanos, pues su madre ya había fallecido. En su segundo embarazo no presentó problemas.

Ana tuvo problemas para embarazarse, se tardó tres años en lograrlo, pero a raíz de un sangrado que tuvo, supo que había sido un aborto y continuaron sus problemas ginecológicos: *“...después ya no menstruaba, tardé como dos, tres años en menstruar, ahí me dieron tratamiento, que me querían hacer en el endometrio, me habían tratado mucho el endometrio y por eso no podía encargar y empecé a tomar tés naturistas que me recomendó mi hermana, un señor se enteró y me dijo: “porqué no los toma, no pierde nada con tomarlos”, y sí los tomé y al mes me empezó a bajar y ya seguimos con el tratamiento y todo, pero no me embarazaba, no me embarazaba, hasta que después ya pegó, empecé con los vómitos...”*. En un momento llegó a desalentarse y a pensar en que no lograría embarazarse, pero finalmente, de su segundo embarazo nació su único hijo, cuya gestación transcurrió sin mayores complicaciones.

En la tabla 7 del apéndice 3 se puede ver la condensación de significados obtenida para esta categoría.

## 4.5 Otros significativos

En esta categoría se analizan los resultados obtenidos con respecto a la relación que tenían las mujeres entrevistadas con a) su pareja, b) su familia y c) otras personas cercanas, al momento de este embarazo y a partir de su riesgo.

### 4.5.1 Pareja

Para comprender mejor cómo vivían la relación con su pareja, los resultados que a continuación se presentan se han dividido en dos grupos: a) mujeres con relación estable de pareja, es decir, que estaban casadas o vivían con la pareja desde hace tiempo y b) mujeres con relación inestable o sin pareja, esto es, que tenían una relación de poco tiempo (seis meses o menos) y no vivían juntos, o que habían terminado su relación al momento de la entrevista.

#### *Enfermedad previa al embarazo actual*

En este grupo de riesgo, dos de las entrevistadas tenían una relación estable con su pareja, y la describían como de apoyo y preocupación por su salud en este embarazo, mayor acercamiento, mayor demostración de afecto, en la que tenían que retomar las experiencias previas. Ambas tenían varios años casadas, aunque Lilia mencionó haber tenido varios problemas con su pareja a raíz de dos pérdidas gestacionales anteriores; sin embargo, la relación había mejorado con este embarazo. Después del impacto inicial de la noticia de este embarazo y del diagnóstico de riesgo para ellas y sus parejas, ambas hablaban así acerca de su relación: Sonia: *“Pues él, este, aparentemente este bien, él está tranquilo y también empezó a estar tranquilo desde que empecé a venir aquí a consultas. Pues él me apoya en todo y este y me procura para que yo esté bien, si yo me siento cansada, pues este él hace las cosas, él cuida a la niña”*.

En contraste, Érika e Imelda no tenían pareja al momento de la entrevista; la primera había tenido una relación de tres años con un novio que tenía problemas de abuso de sustancias y quien al saber del embarazo, se fue y le dijo que no la apoyaría. Por su parte, Imelda, antes de su embarazo había tenido una relación de cinco años con un novio, con el que incluso intentó embarazarse, sin éxito. Tiempo después conoció a un compañero del trabajo y empezaron a salir, y al poco tiempo quedó embarazada sin buscarlo. Al respecto, relató lo siguiente: *“Ah...pues...como yo no tenía este...ehhh, pues una relación formal o de mucho tiempo, fue así como que el que encontré un día*



*antes, llevábamos tres meses, cuatro meses y así de que yo cada que iba lo veía y así ¿no? Pues al principio sí es como complicado, porque, o sea, sí y no, sí porque asumiera su responsabilidad y no se puede andar por la vida haciendo y deshaciendo, se hiciera responsable, y después pues sí me dio tristeza, me sentí sola, me sentí...pero después de todo me di cuenta pues que no había tantas cosas en común, este y que yo pues podría estar mejor así ¿no?”.*

### **Complicaciones del embarazo**

Dos de las entrevistadas tenían una pareja estable, de varios años. Carola percibía su relación distante y sin apoyo, lo que la hacía sentirse muy sola. Por el contrario, Sara percibía que su pareja estaba muy feliz porque esperaban un hijo varón, la apoyaba en las actividades domésticas y la cuidaba durante su reposo, aunque a veces se molestaba, la agredía verbalmente y le reprochaba el tener que cuidarla, y ya habían tenido varios problemas por su carácter: *“Bien, nada más que el problema de nosotros, y no es de ahora, es de siempre, es que él es muy violento (enfatisa), o sea contento...uyyy, es un pan, pero cuando se enoja, grita, avienta, así explota muy feo, entonces para mí es bien...bien difícil sobrellevarlo, porque cuando anda contento, pues uuyy bien, muy bien, pero cuando algo...y no entiende de razones que le digan: “esto”..., aun ahorita embarazada una vez sí se puso bien enojado y por más que le decía, ni recuerdo, por una cosa sin importancia y se enojó, le pegó a la niña, conmigo bien enojado y me gritó: “que ya estaba harto, que ya no aguantaba estar o sea, que atenderme, como que ahí saca lo que siente pero no lo dice hasta en ese momento, yo me puse a llorar y yo sentí bien feo que me haya dicho eso...”*

Inés señaló que tenía una relación de pareja inestable, llevaban seis meses de relación, cuando ella decidió el embarazo. Él era viudo con dos hijos y vivía en provincia, venía a verla cada vez que podía, aunque al saber del embarazo, comenzó a distanciarse: *“(silencio) pues un poquito la distancia y un poquito, como le digo, “es que los planes”, pero él habla de **sus** planes, o sea sus planes le convienen más como pareja después de siete años de viudo, pues obviamente como hombre pues quería más a una pareja y sí yo siento que nos embarazamos muy rápido, nos embarazamos en seis meses de relación, pero no fue un accidente, o sea, fue platicado, que pegó a la primera: “ni es culpa tuya ni es culpa mía”.*

### ***Otros factores de riesgo***

Las participantes de este grupo de riesgo que tenían una pareja estable, señalaron que su relación se caracterizaba tanto por manifestaciones de enojo, reproches, falta de comprensión, poco apoyo en la crianza de los hijos, pocas muestras de afecto y soledad, como por una buena relación, con apoyo y cuidados, aunque con desacuerdos en la educación de los hijos.

Una de las principales quejas de Lucía era que su pareja no estaba cuando lo necesitaba porque tenía que trabajar, reconocía que era un buen proveedor pero que convivía poco con ella y con sus hijos, así que ella era quien resolvía todas las situaciones cotidianas y los conflictos familiares. Se casó con él a los 14 años embarazada de su primera hija y aunque al principio tuvieron muchos problemas, finalmente lograron estabilizarse.

Ana, por su parte, aunque tenía una buena relación con su pareja desde hace 11 años, algo que le afectaba mucho eran los desacuerdos que tenían para educar a su hijo: *“tengo rencor contra él, porque, ...digo me da coraje que le pegue, le digo cosas, hasta el niño se da cuenta, o sea para no llegar a pelear enfrente de él, es lo que no me gusta que me lo regañe, o sea yo sé que tiene derecho a regañarlo él, no sé por qué no me parece...”*.

Laura consideraba tener una buena relación con su pareja, quien la apoyaba y la cuidaba en este embarazo gemelar: *“Nosotros nos llevamos bien, no peleamos, no nos gritamos, no hay golpes ni nada de eso, él este está más consciente de todo.... Casi no me deja hacer muchas cosas que me prohibieron los doctores, como que no suba mucha escalera, no camine mucho, hasta eso me cuida mucho. Nada más me dice que me cuide y que no haga cosas que no, no me presiona, no me trae corriendo así “que haz esto”, no”*.

En cambio, María y Esperanza tenían una relación inestable con su pareja, tanto por problemas de alcoholismo, como por falta de compromiso, discusiones e infidelidad.

María vivió un tiempo con su pareja, con quien tuvo dos hijos (de los cuales no se hacía responsable económicamente), aunque después se separaron porque él le era infiel. Sin embargo, no terminaron definitivamente, ya que seguían teniendo relaciones

sexuales cuando él iba a ver a sus hijos, hasta que volvió a quedar embarazada, esta vez de gemelos: *“sí, es el papá de mis otros hijos, si pero pues no... No, no vivimos juntos, no y por eso ni se hace cargo ni nada... No, tampoco, y estamos así: “!Augh!” (sube la voz). Pues no, que no, que no, este, no se iba a hacer cargo de los bebés tampoco: “ah! Bueno, está bien”, como nunca le he exigido nada para no tener problemas tampoco, le digo: “Ah bueno, está bien así”.*

En cuanto a Esperanza, acababa de divorciarse de su primera pareja, que tenía problemas de alcoholismo, con quien estuvo casada durante 17 años y con quien tuvo a sus dos hijos. Tenía poco tiempo de haber empezado una relación con su pareja actual, quien era 18 años menor que ella y también presentaba problemas de alcoholismo, ella no tenía pensado embarazarse, a pesar de que él se lo pedía, y a raíz del embarazo estaban considerando vivir juntos, pero ella se resistía por su alcoholismo, y por ser mucho más joven que ella: *“Ya hablé con él y le dije: “mira si tú no vas a cambiar, no hay problema, mira estoy acostumbrada a echarle ganas, a salir adelante, que Dios me ayuda y éste no va a ser el primero que voy a sacar adelante” y dice: “es que el vicio me vence, es que los amigos...”, “sí cierto, pero si tú no quieres cambiar no vas a cambiar así tenga yo un bebé, tenga yo quintuples, quintillizos, ¿no?”.*

#### 4.5.2 Familia

En este apartado las mujeres hablaron de la relación que tienen con su familia de origen, su familia actual, y en algunos casos, con su familia política.

#### ***Enfermedad previa al embarazo actual***

Las entrevistadas percibían que sus familiares estaban preocupados por el riesgo y las complicaciones que presentaban este embarazo. Por un lado, les inquietaba la salud de la mujer y la del bebé y, por otro, que ellos (papás, hermanos, hijos, etc.) tuvieran que hacerse cargo de los cuidados.

Las mujeres veían que las preocupaciones y la angustia por el riesgo manifestado por los familiares, estaba asociado con las experiencias negativas previas, en donde incluso existieron pérdidas perinatales, como en el caso de Sonia: *“No, pues mi mamá esta vez que le dije, porque mi papá desde antes, cuando nació mi hija, me dijo: “ya hija, nada más éste y ya”. Porque les doy muchos sustos (a sus padres), dice (el papá) “te pones muy mal y no”, y mi mamá este entonces esta vez que me enteré no*

*le quería decir a mi papá, yo le dije a mi mamá y le dije lo que me había dicho el ginecólogo, y dijo: “no hija, primero Dios todo va a salir bien, échale ganas”.*

Por otro lado, también les inquietaba no afectar a sus padres con sus complicaciones, ya que éstos eran mayores y estaban enfermos y temían que el impacto emocional de su condición, pudiera poner en riesgo su salud, por lo que muchas veces no les comunicaban todo lo que les estaba sucediendo, como comentaba Lilia: *“Mi papá es un poco... o sea es cariñoso pero a la vez es un poco débil, por eso a veces como que prefiero no manifestarle todas mis emociones porque sé que se cae ¿no? y él es diabético, aparte entonces desde que le empezó la diabetes, no sé, lo hemos visto mal, decaído, y menos fuerte, entonces es realmente la razón...”*

Estas experiencias previas también afectaron a sus hermanos, o ellas llegaban a sentirse en desventaja frente a ellos, porque tenían varios hijos sin ninguna complicación, como le pasaba a Sonia: *“Cómo influye, pues yo digo “por qué yo no soy así”. Pues me hace sentir mal. Pues... (me siento) triste, porque ellos como que van a lo seguro y yo en cualquier momento puede pasar algo (se le quiebra la voz). (Van a lo seguro) en su embarazo que llegue a término”.*

A pesar de las experiencias previas y del riesgo de este embarazo, las entrevistadas también percibían el apoyo de sus familias, aunque esta gesta hubiera sido inesperada, y que tenían la esperanza de que se lograra, por lo que extremaban los cuidados y evitaban preocuparlas, como en el caso de Imelda y Erika.

Imelda: *“Están felices, están felices de que ya, este...digo, preocupados, por toda la cuestión de salud que tengo y lo que implica, pero, este, contentos, felices porque la mayoría de mis hermanos se han casado grandes, entonces así como que voy bien ¿no?, como que voy en lo de la familia, en las condiciones no las más ideales ¿no?, pero bueno, como me conocen, dicen: “Aah, podemos esperar de ella algo así ...”.*

Por otra parte, la relación con la madre ocupa un lugar especial para estas mujeres, ya que la perciben como una relación de *apoyo, guía y protección incondicional*; de *consejo y aliento para lograr este embarazo*; de *tener fe, de identificación por haber vivido una experiencia similar*, aunque también la pueden ver como una relación *ambivalente* entre la sobreprotección y la manipulación y el apoyo y

la guía incondicional. A nivel práctico, la madre les ayuda a resolver muchas situaciones de su vida cotidiana.

Por ejemplo, Lilia refiere sentirse identificada con su madre, porque ella también vivió una complicación en uno de sus embarazos: *“Pues es este, somos muy amigas, nos escuchamos, ella me escucha, realmente ella también vivió un embarazo...bueno dos embarazos semejantes a los míos, entonces como que me identifico mucho con ella, desafortunadamente ella perdió un bebé en las mismas circunstancias que yo, entonces pues yo me apego mucho a ella diciéndole: “y tú cómo le hiciste ¿no?”, o sea qué pensaba...”*

### ***Complicaciones del embarazo***

En este grupo de riesgo, algunas entrevistadas percibían que, con respecto al riesgo de su embarazo, sus familiares se muestran poco afectuosos y expresivos, distantes, y a veces hasta conflictivos, como en el caso de Carola. Ella refería que siempre se habían llevado así, con problemas para comunicarse sus preocupaciones, y poco interesados. Por otra parte, los percibían preocupados y aprensivos por su salud, pero, al mismo tiempo, les inquietaba la salud de sus padres, como mencionaba Inés: *“Mi mamá es muy aprensiva, aparte ella está mal del corazón, cualquier noticia le trae problemas, yo lo que menos quiero ahorita es un problema, que ella se me ponga mal. Mi papá pues es igual con el derrame tiene la presión siempre alta, entonces sí, es como... decirles la verdad es una preocupación más para ellos y para mí”*. Aunque ellos querían que se embarazara, ella no quería comentarles la gravedad de su situación, para no alarmarlos, por lo que a veces incluso les mentía, como cuando la internaron unos días en el hospital por su hipertensión y diabetes. El no poder decirles su verdadera condición, le afectaba mucho emocionalmente y se sentía más sola, aislada, enojada y poco comprendida, por lo que buscaba apoyarse en otros familiares.

La familia política también llegaba a intervenir por las complicaciones del embarazo, como en el caso de Sara, ya que vivían en casa de su suegra, con quien no tenía buena relación y la molestaba constantemente: *“Sí este, estoy en su casa de ella (suegra)... sí diario la veo y siempre me está poniendo miles de ejemplos de otras que están embarazadas y que sí este se levantan a comer en la mesa, porque no le gusta que mi esposo me lleve la comida a la cama y a él le dice que “para qué me lleva a la cama, que me diga que me levante”, y él le dice: “no mamá ya hemos logrado bastante para*

*que yo ahorita le diga que se levante y le vaya a pasar algo, no”, y entonces a ella eso no le gusta, siempre me está diciendo...”*. En cambio, contaba con el apoyo de su familia, quienes estaban pendientes de ella, la visitaban y la cuidaban, estaban contentos con el embarazo, aunque también los percibía con el temor de que volviera a tener complicaciones. Además, también le preocupaba cómo decirle a su hija adoptiva lo de su embarazo para no afectarla: *“y sí yo me he puesto a pensar, ella me va a preguntar y cómo le voy a decir, ahorita me toca y le digo: “no me pegues mi amor, porque allí anda un bebé”, “¿bebé?”, y le digo: “sí vamos a tener un bebé, ¿lo quieres?”, “¡sí!”, y le da mucho gusto”*.

La percepción que tenían estas mujeres acerca de la relación con su madre, era similar a la del grupo de enfermedades previas, y en ellas también predominaba el *apoyo incondicional, consejo, guía y aliento para lograr el embarazo, tener fe en Dios*, aunque además llegaban a percibirla como *sobreprotectora* o *distante*. Al respecto, Inés manifestaba: *“es lo que... mi mamá tiene costumbres muy arraigadas, (y le digo) “es que no, es que tú lo sobreproteges y todavía no nace, o sea, déjalo respirar, aparte es mi hijo, es tu nieto, déjame equivocarme”...*

### **Otros factores de riesgo**

Las mujeres de este grupo percibían a sus familiares contentos y que las apoyaban.

Ana explicaba: *“Todos bien contentos, mi suegra, mi mamá, todos mis cuñados, todos mis hermanos, tengo siete, o sea, vivimos en el mismo lote, mi cuñada, su niña, mis suegros...”*. Además, contaba con mucho apoyo de su familia, quienes estaban pendientes de ella y la cuidaban. A partir del embarazo, mencionaba que había recibido más manifestaciones de afecto por parte de sus hermanos. Comentaba que con su familia política llevaba una buena relación, aunque decía que no siempre se habían llevado bien, pero ahora se sentía apoyada por ellos, pues tenían la ilusión de que tuviera otro bebé, pues era una familia pequeña.

Por su parte, Lucía decía que su familia también estaba nerviosa por las posibles complicaciones de su embarazo. De sus hermanos comentaba: *“tengo un hermano y tengo dos hermanas más, mi trilliza y mi hermana la grande... No, pues ellas están contentas, ellas están contentas, mi hermana me dice:”ay vas a volver a empezar, qué valiente”, le digo: “sí, así es la vida, por algo pasa”*. Sin embargo, con quien siempre

había tenido conflictos era con su hija mayor, pues chocaban mucho por el cuidado y la educación de su nieto, a quien ella trataba como su hijo. Además tenía otro hijo de siete años. Al respecto relataba: *“Entonces yo a mi nieto lo quiero y no me gusta que le hagan cosas, ni a mi hijo, si mi hijo le pega, yo le llamo la atención. Cuando lo veo, así le digo: “yo sé que es tu tío pero yo les digo que se vean como hermanos porque van a estar de la mano y siempre van a estar juntos”*”.

La familia de Laura vivía lejos de ella y no podían visitarla muy seguido y como su mamá había fallecido unos meses atrás, sólo contaba con el apoyo de su familia política cuando necesitaba alguna ayuda, y era su suegra quien la cuidaba y la asistía; al respecto ella explicaba: *“Ah, están emocionados (familia política) porque nunca han tenido gemelos por parte de mi suegra, este, y no nunca han tenido, ahorita me dicen que me cuide mucho: “!cuidate mucho!, este, no hagas cosas más así de lo normal, reposa”, dice, pero yo sigo mi vida normal. Pues ahorita mi suegra ya cambió un poquito, porque ella sí es más... ella sí apoya a sus hijas, nada más, a las nueras pues no tanto, ahorita, este, sí ha cambiado un poquito así, también está emocionada, es que nunca ha habido esto: “hay que cuidarte –dice– para que esos bebés salgan bien”...*

Por su parte, María tenía el apoyo de su familia, en especial de sus hermanos y su mamá, quienes la ayudaban en el cuidado de sus hijos, para que ella pudiera irse a trabajar. Sin embargo, lo que más le preocupaba era la reacción que habían tenido sus hijos por el embarazo, ya que esperaba gemelos: *“mis hijos están emocionados pero cada uno está celoso por su lado porque: “y si es niño me va a quitar mi lugar”, “y si es niña, soy la única niña, y son niñas, las dos me van a quitar...”*, *“ay –le digo– si las voy a tratar igual” “no que igual, no nos vas a dar lo que a ellas”, ...sí están emocionados pero celosos”*.

La situación de Esperanza era diferente, porque no contaba con mucho apoyo familiar, pues su mamá había fallecido años atrás y sus hermanos no eran muy cercanos. Como este embarazo se dio en una relación de pareja inestable, sus principales preocupaciones giraban alrededor de decírselo a sus hijos mayores y de que sus hermanos entendieran la situación, al respecto, mencionaba lo siguiente: *“Entonces cuando yo le dije (a hijo), dice: “no, este, pues yo nada más tengo una hermana, ese es tu hijo” y como que dije qué va a pasar ¿no?, le comenté y me dice: “mmh, está bien”*

y me quedé así, dije: “¿no me vas a agarrar a nalgadas?” (Se ríe), pues ellos son más... Y pues ya me dice “pues está bien, adelante”.

Para estas mujeres, la percepción de la relación con su madre era similar a la de los otros grupos, y en la misma también destacaba el *apoyo incondicional*, la *guía y protección*, *consejo y aliento para lograr el embarazo*, así como el *reconocimiento de sus enseñanzas*, aunque además podía haber *sobreprotección*. Ana, explicaba su relación así: “(nos llevamos)...bien, ella nos apoya mucho en todo también, por ejemplo, ahorita que vengo sola, ella viene conmigo. Tiene 72 años, le digo tengo que ir al doctor, ¿va a estar afuera esperándome?” y dice: “no importa yo me espero”, y está allá afuera y cuando mi esposo no puede venir o eso, me acompaña ella...”

#### 4.5.3 Otras redes de apoyo

En este apartado se presentan las percepciones que las mujeres tenían con respecto a otras personas cercanas que pudieran estar participando apoyándolas o mostrando interés por su embarazo.

#### **Enfermedades previas**

La percepción de las entrevistadas hacia al apoyo que recibían de otras personas cercanas se dividía en dos: a) amigos que daban apoyo y aliento en este embarazo y b) amistades que se distanciaron con el embarazo. Ejemplo del primer punto es lo que relataba Lilia: “Sí mis amigos, realmente ahorita este pues todos mis amigos están en oración y eso también así como que lo reconforta y dice que: “si al final Ud. como padre pide por su hijo y a la vez se forma una cadena es este pues más reconfortante y le da a uno fuerzas para seguir y es diferente este embarazo ¿no?”

Por otra parte, Imelda mencionó que algunos de sus amigos se sorprendieron con su embarazo y otros la apoyaron en los momentos más difíciles. En cambio, Sonia no refirió tener alguna persona cercana a ella en estos momentos.

En contraste, Erika daba un ejemplo de cómo se distanciaron de ella algunas de sus amigas por su embarazo: “pues las amistades, eso sí, pues muchas me dejaron de hablar, quién sabe, no sé, o sea yo digo, bueno, como se los dije, si no estás de acuerdo es tu bronca, yo estoy haciendo mi vida tú haz la tuya, pero pues las que yo consideraba



*mis amigas, sí, sí me hablan, de hecho una...dos de ellas, se embarazaron al mismo tiempo que yo (se ríe)”.*

### ***Complicaciones del embarazo***

Las mujeres mencionaron dos situaciones: a) amigos que daban apoyo y aliento en este embarazo y b) la aceptación de su comunidad a partir del embarazo.

Carola tenía el apoyo de su comadre, quien estaba pendiente de ella en este embarazo. Por su parte, Sara explicaba que, a partir de que adoptó a su hija, se sentía más incluida y tomada en cuenta por sus vecinos: *“Pues me da gusto y como que me da más ánimos, o sea que se preocupan por mí, veo que es gente que me aprecia, ya son muchos años de estar ahí y yo nunca me sentí integrada ahí a la comunidad, por lo de...como no tenía niños, como que yo sentía que...mmmhh...Sí, sí, desde que tengo a mi niña, como queee..., ya me sentí más...pues sí como que soy parte de todos ellos y ya son muy unidos, pero ya ahora con el embarazo y que me mandan decir y me mandan una oración y “rézale a tu santito” y me encomiende, pues sí, como que siento que se preocupan por mí”.*

Inés no proporcionó información al respecto de este tema.

### ***Otros factores de riesgo***

La percepción de las mujeres de este grupo hacia sus redes de apoyo se dividió en tres: a) mejor no tener amistades para evitar chismes, b) interés de los compañeros de trabajo por el embarazo y c) malos comentarios de la comunidad religiosa.

Lucía y Laura mencionaban que preferían no tener amistades que luego las fueran a meter en algún chisme, o que incluso quisieran andar con su marido, ya que sus madres les enseñaron que era mejor salir adelante solas y no andar pidiendo favores. Lucía relataba: *“No, no porque nosotros nunca, no acostumbramos a tener amiguitas, porque mamá nos enseñó que no, porque al rato iba andar con el marido y allí donde yo estoy han sucedido muchas cosas, entonces, no, o sea les hablamos, “hola”, “hola”, hasta allí”.* Laura mencionaba: *“no, todos pasan y me saludan y me dicen: “¿cómo estás?”, “bien”, “ahí lo que necesites”, me dicen, pero la verdad, a mí me da pena, no sé, mi mamá nos enseñó que salgamos adelante casi solas...”.*

Ana comentaba que ella no tenía amistades, que sólo contaba con su familia y se dedicaba a hacer sus actividades cotidianas. Asimismo, María explicaba que sus compañeros de trabajo mostraban interés por su salud, sin embargo, no se sentía apoyada por su jefe, quien, a pesar de que aparentemente le daba permiso de ir a sus consultas, después la presionaba por faltar tanto.

Esperanza pertenecía a una comunidad religiosa desde hacía tiempo, a la que acudía junto con su ex pareja, por lo que a raíz de este embarazo, que era de otra pareja, había recibido malos comentarios de los feligreses: *“en la iglesia yo llegué y le dije al pastor, pero obviamente... porque ellos nos conocieron como familia ¿no? “pero no es del hermano Pablo ¿no? (así se llama el papá de mis hijos)” “no, no es del hermano Pablo”, “quién es el padre de él?” y agarra y se queda así, porque en la iglesia.... El hermano x... Sí, sí y le digo: “al final de cuentas hermano, yo voy a seguir viniendo a los servicios...”*.

En la tabla 8 del apéndice 3 se pueden consultar la condensación de significados obtenida para esta categoría.

#### **4.6 Atención médica actual**

En esta categoría se presenta la experiencia que habían tenido las mujeres, hasta el momento de la entrevista, con la atención recibida durante su embarazo, en el HTNAO en donde se realizó este trabajo.

##### ***Enfermedad previa al embarazo***

Dada la condición de su riesgo y por las experiencias negativas previas, la percepción de las mujeres de este grupo de riesgo acerca de la atención recibida por parte del personal médico y de la salud que las atendía era de calidez, calidad y como el mejor lugar para el cuidado de su embarazo, comparada con las experiencias previas.

Asimismo, las emociones que les generaba la atención médica actual, en su mayoría se asociaban con las experiencias negativas previas, y las describieron como de angustia por lograr la atención, temor de que les dieran malas noticias, estrés e incertidumbre por el internamiento por complicaciones y enojo por las consecuencias del descuido médico; confianza, seguridad y tranquilidad por la atención. Además, tomaron conciencia de que su problema no era tan grave comparado con otros, del impacto de su enfermedad sobre el bebé, y de que podía haber errores en la atención.

Por ejemplo, Sonia mencionaba que se sentía más tranquila por haber sido aceptada como paciente del HTNAO, ya que le angustiaba no lograrlo, ella se había atendido en éste en su último embarazo (de su hija viva) y tenía confianza de que esta vez también se lograría su bebé, aunque, al mismo tiempo, temía que le fueran a dar malas noticias o que la regañaran por haberse embarazado otra vez.

Lilia sentía que esta experiencia era diferente a lo vivido antes, lo que la hacía sentirse más confiada en la atención que recibía: *“entonces pues acepté que me internaran, este, el hecho también de volver a una institución muy diferente al Seguro Social, o sea la atención de doctores, o sea muy diferente, que eso también siento que ahorita me ayudó ¿no? a eliminar más mis temores, porque yo decía: “es que voy a consulta y me van a internar, me van a internar”, y bueno ahorita que vi la forma de internar de aquí, eh, creo que no es tan, tan dolorosa como las otras ocasiones...”*

En el caso de Imelda, dada su condición de salud al momento de embarazarse y a la dificultad de los médicos para establecer un diagnóstico, al inicio de su atención sufrió un descuido por parte de un médico residente: *“Sí, pues, de hecho, cuando yo llegué aquí, y ese fue otro momento donde ya me cayó más “el veinte”, fue que me internaron porque el endocrinólogo, el residente, me dijo: “que no, que no era diabética, que suspendiera todos los medicamentos”, y a los cuatro días ya estaba hospitalizada porque se me había... ¿no?, porque me dijo el otro doctor: “es que cómo se le ocurrió”, “es que yo sólo obedecí, a mí me dijeron eso...”, “es que se la debían de quitar poco a poco, no así nada más”, “yo obedecí y ahora aquí estoy y pues ya”, me volvieron a dar...no, me aumentó todo: cinco unidades de insulina, me ponía yo cinco unidades y con eso estaba bien, y no pues no, ahora me dieron de la rápida y de la intermedia y tres veces al día ¿no?, entonces empeoré de cómo estaba ¿no? (se ríe)”. “... (Esta situación) como que me generó estrés, me generó, mmmhh, incertidumbre de que...yo dije: “estoy en un Instituto, yo conozco los niveles de atención ¿no? Si está uno en un Instituto es que está en la “neta del planeta” de esto, entonces cómo es posible que algo así de primaria se le haya ido a un médico ¿no?”*

Esta experiencia negativa la hizo tomar conciencia de que su problema no era tan grave comparado con otros, del impacto de su enfermedad sobre el bebé y darse cuenta de que podía haber errores en la atención médica.

En cuanto a Erika, ella había nacido en el HTNAO, por lo que su mamá le sugirió que intentara atenderse allí cuando supo de su embarazo, ya que lo que más le preocupaba era saber cómo estaba su bebé, pues había tomado medicamentos durante el primer trimestre de gestación, sin saber que estaba embarazada. Ella se expresaba de la atención recibida de la siguiente manera: *“Muy bien, sí, la verdad de los doctores no me puedo quejar de ninguno, todos los que han me han atendido, ninguno, hasta las enfermeras son muy buenas personas. Aquí en el hospital la verdad la atención es muy buena, hay de todo, porque yo he oído muchas quejas de las muchachas de la ventanilla, pero ellas nunca han sido groseras conmigo, yo creo que saben con quién tratan, pero no, ni hasta los cajeros, hasta el señor de limpieza, no, no he tenido ninguna discusión con nadie.”*

### ***Complicaciones del embarazo***

Para las participantes de este grupo de riesgo, la percepción sobre la atención médica fue de sentir apoyo humano e individualizado por parte del personal durante su internamiento, pero también de regaños por parte de un médico; además refirieron haber recibido una buena explicación sobre el procedimiento quirúrgico, aunque sentían que les faltaba información acerca de su salud y los procedimientos médico-administrativos del hospital. De igual modo, las emociones asociadas a la atención, mencionadas por ellas fueron: sentirse contenta y con confianza.

Carola consideraba que la atención que recibía *“es perfecta”* y distinta, le gustaba pues la comparaba con sus experiencias anteriores en otras instituciones médicas.

Por su parte, Inés relataba su experiencia sobre la atención médica recibida, así: *“¡Hijole!, la verdad, yo digo, a nadie le gusta estar internado, pero el trato con las enfermeras, sobre todo que es la gente con la que más convive uno, sí fue así de lo mejor, la verdad, todas las dudas, por muy obvias, cómo me administro la insulina, cómo se saca, y mire aunque la verdad aunque uno sabe por ser químico, sí es así de “déjamelos claros ¿no?” y sobre todo te dan ese apoyo humano, no es como: “ah pues la de la 302 ¿no?”, no, o sea, ella tiene un nombre y se dirigen a ti por tu nombre y ya te hacen sentir como...tenían tiempo a veces hasta de ir a platicar contigo ¿no?”.*

Sin embargo, al mismo tiempo, se quejaba de que cuando la internaron no le dieron información sobre su estado de salud hasta después de varias horas, y además consideraba que era necesario que la institución brindara mayor información a las pacientes sobre los trámites administrativos, los que a veces no eran muy claros o incluso hasta contradictorios.

Sara también comparaba la atención médica actual con las experiencias negativas vividas en otras instituciones, lo cual explicaba así: *“Pues, mmhh... fue ahora diferente porque el doctor que me revisa, me dio mucha confianza desde el principio, la primera vez que vine a la valoración, me revisó la doctora que me tocó, y ya después ella le dijo a otra doctora mi problema, y ya hasta me había vestido yo, todavía me dice la doctora: “a ver señora, perdóneme, pero se va a tener que desvestirse otra vez, voy a revisarla”, y ya me revisó y me dice: “es que yo voy a platicarle a un doctor que tiene más experiencia, que sabe más, su caso, venga el miércoles a ver qué me dice”, y ya vine el miércoles, no la podía localizar y ya por fin la localicé, y ya me revisó el doctor y ella, y el doctor me dice: “sabes qué hija, no te vas a ir, de una vez te vamos a colocar tu cerclaje” y me gustó tanto que me explicó todo con detalle, cómo (enfatisa), en una hoja me dibujó cómo era la matriz, cómo me iba a hacer el procedimiento, las posibilidades que tenía y los riesgos que tenía también con el cerclaje”.*

Y aunque sintió miedo por la cirugía, pensaba que valía la pena arriesgarse por lograr tener a su bebé. Sin embargo, durante su internamiento en el hospital para que le realizaran el procedimiento, mencionó que un médico le hizo este comentario: *“¿por qué está aquí señora?”, le digo: “es que me van a hacer un cerclaje”, “¿qué número de embarazo es éste?”, le digo: “es el sexto”, “¡Ay señora! ¿Por qué tantos?”, le dije: “es que no se me ha logrado ningún bebé y a ver si ahora sí...”, “ah y ¿qué piensa, –si no se le logran– seguirse hasta que tenga 50 años?”.*

### **Otros factores de riesgo**

Las entrevistadas de este grupo de riesgo, también percibían que estaban recibiendo una buena atención y un buen trato por parte del personal. Por ejemplo, Lucía mencionó: *“Pues estoy contenta porque me han tratado bien...ah el doctor, todos me han tratado muy bien, y me siento contenta pero a la vez me siento triste porque...pues vengo sola”.*

María y Esperanza decían sentirse muy bien atendidas, con calma y buen trato, lo que les daba ánimos cada vez que iban a consulta. En cuanto a Laura, ella comparaba la atención que recibía actualmente con la vivida en situaciones anteriores, y lo explicaba así: *“Ay no, este (la atención) es muy bonita, porque nunca me habían atendido así, nunca...este, por ejemplo, o sea, yo como le dije a la doctora: “nunca me habían hecho un Papanicolau ni nada”, no sé por qué... Este, cuando me sacaron sangre cada hora, eso tampoco, allá nada más sacan sangre y no nos revisan, así y ya...”*

Cuando se entrevistó a Ana, tenía pocos días de haber sido aceptada como paciente del hospital, por lo que aún no le habían asignado su médico ni había recibido consultas, y su experiencia al respecto era que los trámites administrativos para el ingreso eran pesados y cansados, porque tenía que pasar todo el día en el hospital para recibir sus consultas.

Consúltese la condensación de significados obtenida para esta categoría, en la tabla 9 del apéndice 3.

#### **4.7 Malestar psicológico**

En esta categoría se analizaron los relatos de las mujeres con respecto a cómo fue su estado de ánimo a lo largo del embarazo, tratando de distinguir si presentaban malestar psicológico<sup>13</sup> o no, y cuáles eran sus características.

Como se mencionó en el método, en un principio, el malestar psicológico se definió a partir de las puntuaciones obtenidas por las mujeres en el Cuestionario General de Salud (CGS), versión de 15 reactivos; el cual se les aplicaba a todas a su ingreso al HTNAO, y se consideró que aquellas que tuvieran entre 5 y 10 puntos (casos leves) tenían malestar psicológico, y entre 0 y 4 puntos no tenían malestar psicológico. Sin embargo, en el transcurso de las entrevistas y al profundizar en ellas para conocer más acerca del fenómeno, se observó que, más allá de una puntuación, el malestar psicológico no se manifestaba en una condición de “todo o nada”, es decir, a partir de la presencia o ausencia de síntomas, ni estaba definido únicamente por síntomas físicos y emocionales (como lo evalúa el instrumento). Se observó que el malestar psicológico era un proceso emocional que se caracterizaba por la manifestación de diversas emociones, que variaban en su tipo e intensidad, y que se veía influido por las

---

<sup>13</sup> Véase la definición de este concepto en el apartado 2.6.

circunstancias que rodeaban a la mujer durante su embarazo, como por ejemplo, la relación con su pareja, haber tenido pérdidas gestacionales previas, tener hijos vivos y el tipo de riesgo gestacional. Estas circunstancias matizaban la expresión emocional y también podían atenuarla o intensificarla. Cabe señalar que todas las mujeres entrevistadas manifestaron algún grado de malestar a partir del diagnóstico del embarazo; sin embargo, en los relatos se identificaron dos características que permitían establecer una diferencia entre quienes tenían malestar psicológico y quienes no lo tenían al momento de realizar la entrevista, éstas son: 1) la intensidad de la emoción manifestada y 2) si llegaban a tomar de conciencia sobre su situación de riesgo. Este último aspecto se consideró como un factor que indicaba que la expresión de la emoción era menos intensa y la mujer ya estaba en posibilidad de manejar y entender mejor su condición.

Es necesario destacar también que a través del análisis de significados realizado se pudo observar que el malestar psicológico es un proceso emocional que pasa por diferentes etapas, a partir de dos epifanías: desde el diagnóstico del embarazo y del riesgo, hasta la fase de la gestación en la que se encontraban las mujeres al momento de la entrevista.

### ***Enfermedades previas***

#### Con malestar psicológico

Dos participantes de este grupo de riesgo presentaban malestar psicológico al momento de entrevistarlas; Sonia, quien tenía una hija viva y una pérdida, y su estado emocional se caracterizaba por la angustia de volver a vivir lo mismo y de dejar a su hija sola si le pasaba algo en este embarazo, además de sentir cansancio, desgano, tristeza, preocupación.

Lilia tenía dos pérdidas previas y no tenía hijos vivos, por lo que su manifestación emocional era más intensa y se caracterizaba por la tristeza de ver que otros tenían hijos, tensión, dificultades para expresar su dolor por las pérdidas, angustia de volver a vivir lo mismo, temor por su salud, por la reacción de pareja ante el nuevo embarazo y por afectar a su familia con las complicaciones. Sus pérdidas gestacionales previas fueron muy impactantes, primero por la gravedad en la que ella estuvo y posteriormente por el nacimiento prematuro y el que sus bebés no lograran vivir mucho

tiempo. Lilia mencionaba que no logró expresar y recuperarse de esa experiencia dolorosa, y ahora con este embarazo, el repetir aquellas vivencias dolorosas le generaba mucha angustia. El no tener hijos vivos intensificaba su emoción, hasta llegar a sentir una gran vacío: *“Pues me da (tristeza) cuando por ejemplo cuando mi hermana, este que es la que tengo más cercana tiene tres embarazos y este pues con ella es así como cuando vivo se puede decir depresiones ¿no? de que siento su felicidad pero a la vez me deprimía porque decía: “¿y yo cuándo ¿no?”* Aunque en esta gesta contaba con el apoyo, cercanía y preocupación de su pareja, previamente estuvieron distanciados y con conflictos por las experiencias vividas.

Para ambas mujeres, ser atendidas en el HTNAO les daba tranquilidad y confianza de que podían lograr este embarazo, lo que atenuaba la expresión de su malestar.

#### Sin malestar psicológico

A pesar del impacto por las epifanías acerca de la noticia del embarazo y del riesgo, la manifestación emocional de las entrevistadas fue menos intensa, y se caracterizó por sorpresa, miedo y dificultad para aceptar el embarazo, impacto, alegría, temor y preocupación de que el bebé no viniera bien, preocupación por su situación económica, enojo, tristeza, coraje por su salud, incertidumbre, toma de conciencia de su enfermedad, aceptación de su situación, fortaleza para salir adelante. Ambas estaban viviendo su primer embarazo, no habían tenido pérdidas previas y aunque su pareja no se hizo responsable del embarazo, ellas asumieron vivir solas su maternidad, junto con el apoyo de sus familias.

Para Imelda, el impacto emocional de la noticia del embarazo fue más fuerte debido a sus problemas de salud en esos momentos: *“Bueno, pues primero, sorpresa, miedo, porque no conozco nada de eso, lo otro era pues coraje ¿no? porque luego pues ya me calmé y ya, pues hoy...no, no me resigno, porque siento que puedo recuperar mi salud en el sentido de que a lo mejor...bueno es que me dijeron varias cosas.”*

Erika, aunque padecía migraña desde los 12 años, no le provocaba mayores problemas ni la ponía en riesgo en este embarazo, por lo que su mayor preocupación era que su bebé tuviera algún problema, porque ella tomó varios medicamentos en el primer trimestre del embarazo sin saber su estado: *“Pues al principio no me caía el veinte*



*porque no fue un embarazo planeado. Pues fueron emociones encontradas porque me dijeron que por el medicamento que había tomado parecía que el embrión no estaba vivo... y entonces cuando me dijeron eso yo me quedé... me choqué, entonces pues ya, me hicieron el ultrasonido y me dijeron que sí, que estaba muy bien que estaba muy desarrollado y entonces yo dije: “pues bueno”.*

En los relatos de ambas se aprecia la posibilidad de tomar conciencia tanto de su estado de salud como de las condiciones en las que se da su embarazo (desempleadas y sin pareja), aunque contaban con el apoyo familiar para salir adelante. Además reconocían tener fortaleza para asumir su maternidad, lo que las ayudaba a sentirse mejor emocionalmente.

### ***Complicaciones del embarazo***

#### Con malestar psicológico

Carola había vivido cuatro pérdidas gestacionales previas, tenía un hijo vivo, pero también tenía una relación conflictiva con su pareja, lo que le provocaba sentirse muy sola. Su malestar psicológico se caracterizaba por miedo a perder el embarazo, sentirse irritable, cansada, desganada, enojada, sola, llegando a presentar insomnio. Dados sus antecedentes, sentía que nunca había podido disfrutar un embarazo: *“Pues... es como le digo el miedo está luego, luego, porque este yo tengo pérdidas de dos meses, entonces luego, luego es el miedo, ya este pues después volver a tratar de entrar aquí, poderlo lograr y ya como que pues sí calma un poco el miedo, pero aún sigue...”*.

Inés estaba viviendo su primer embarazo, no había tenido pérdidas previas, pero el no contar con el apoyo de su pareja y el riesgo de su embarazo, le provocaban malestar psicológico; como por ejemplo, el impacto que sintió con el diagnóstico de diabetes gestacional, debido a que en su familia habían habido varios casos y temía que le sucediera lo mismo, y además, tenía que ocultarles a sus padres su verdadero estado de salud para no afectarlos con la noticia. Por esto, su malestar psicológico se caracterizaba por coraje, melancolía, sofocación, opresión en el pecho, impacto, irritabilidad, tensión, dificultad para expresar las emociones, enojo por la enfermedad, miedo, incertidumbre, devastación, reproches, culpa, autocastigo, sentimiento y temor a la soledad, coraje por el poco apoyo e interés que le demostraba su pareja. *“Ayy! (siento) como mucha melancolía, como cuando uno llora mucho que hace (como que*

*suspira sollozando), así siento pero atorado, como, es lo que le digo a mi cuñada ¿no?: “tengo un suspiro atorado, un suspiro que no me deja respirar, es lo que también he sentido, que me falta el aire...Pues nada más, en realidad eso, eso el suspiro atorado que siento hasta la presión en el pecho y que aunque llore y... bueno hasta pienso cosas tristes para ver si sale con más ganas y no... yo sigo sintiendo esa opresión, esa como melancolía como cuando uno llora mucho y se queda...”*

Además se reprochaba mucho no haberse cuidado y se autocastigaba teniendo que comer alimentos sanos y no todo lo que a ella le gustaba, aunque finalmente tomó conciencia de la necesidad de alimentarse sanamente para que su bebé naciera sin problemas y buscó información con el personal de salud para seguir una dieta adecuada.

#### Sin malestar psicológico

Sara estaba viviendo su sexto embarazo, refirió que ya no quería embarazarse, aunque tampoco tomaba medidas para evitarlo, pues no quería volver a vivir otra pérdida gestacional. Al momento de la entrevista, explicó su proceso emocional de esta manera: *“Sí, sí, mmmh, pues en eso, o sea que primero pues sí fue de mucho, primero sufrimiento, ya después la angustia del sangrado, de las contracciones, de que “la vamos a operar”, como que era miedo a perderlo y ahora no, como que es ya esa alegría de que ya hay posibilidades de que sí se logre”*. Además mencionó que sentía mucho miedo de encariñarse con el bebé y volverlo a perder. Sin embargo, a últimas fechas, y después de haber sido sometida a un cerclaje, comentaba que empezó a sentir alegría moderada y esperanza de que esta vez sí se va a lograr el bebé; además tenía mucha confianza en la atención médica que estaba recibiendo y todo esto le daba tranquilidad y la posibilidad de disfrutar su embarazo, así como de distraerse en otras cosas. Esto indicaba que la intensidad de las primeras emociones que sintió había ido disminuyendo conforme avanzaba su embarazo y no tenía complicaciones.

Las mujeres de este grupo mencionaron que ser atendidas en el HTNAO les generaba tranquilidad y confianza; además, tomar conciencia acerca de su salud, promovía un mayor autocuidado, y esto reducía su malestar.

## ***Otros factores de riesgo***

### Con malestar psicológico

Dos mujeres de este grupo estaban viviendo su tercer embarazo y para ambas era gemelar. No tuvieron pérdidas gestacionales previas, pero presentaban malestar psicológico. Laura atribuía su malestar al fallecimiento reciente de su madre y su abuela: *“Tengo mucha tristeza, de sentirme sola, tengo a mis hermanas pero... ellas viven muy lejos, casi nada más nos vemos cada que es la misa de mi mamá. Lo siento así como más cerca, pero sí, mi estado emocional ha estado bajo, bajo, bajo. Trato yo de subirlo pensando: “bueno, ella ya descansó, ya no le duele nada y desde donde está nos bendice y nos echa la mano” y yo si le digo mucho: Ay mami, ayúdame”*.

Por su parte, Maribel atribuía su malestar psicológico al impacto que sintió por la noticia del embarazo gemelar, la preocupación por la salud de bebés, incertidumbre, alegría, tristeza, desgano, malestar físico. Aunque contaba con apoyo familiar, la pareja no quiso hacerse responsable del embarazo, lo cual le generaba estrés: *“No, pues sí me estreso mucho, luego ya no me quiero ni parar (se ríe), con ganas de ya no hacer mis actividades ¿no?, ahorita nada más lo hago porque lo tengo que hacer, ya no lo veo con gusto el ir a trabajar, no lo estoy disfrutando, me está afectando...”*

En cuanto a Lucía, ésta manifestó sorpresa por el embarazo inesperado, incertidumbre por su salud y la del bebé debido a complicaciones anteriores, miedo, pero, lo que más le afectaba, le enojaba y la frustraba era la situación con su pareja, porque ella sentía que no la apoyaba de manera suficiente con sus hijos ni se preocupaba por ella, por lo que tenían muchos conflictos, además tenía problemas con su hija mayor, y muchas veces se sentía sola, decaída. *“Pues luego me decaigo, lloro y me acuerdo de lo que me ha hecho, y luego estoy contenta, por decir ahorita estoy bien con él, pero hace tres días estaba enojada con él y le reprocho todo, le digo: “tú esto, tú el otro, nunca has sido buen padre, no sacas a mi hijo”*.

### Sin malestar psicológico

Esperanza y Ana no presentaban malestar psicológico al momento de la entrevista, aunque ambas refirieron haber sentido diversas emociones a partir del diagnóstico de su embarazo.

Para Esperanza, éste era su tercer embarazo con dos hijos vivos, sin embargo, el que fuera inesperado, al principio le provocó las siguientes emociones: enojo, rechazo al embarazo por su situación inestable con la pareja, tristeza, tensión, estrés, miedo por la salud del bebé, temor a la reacción de sus hijos y su familia, preocupación por su situación económica. No obstante, a partir de que aceptó y decidió continuar su embarazo, ella tomó de conciencia del riesgo que implicaba por su edad: *“Miedo a que viniese con una malformación, ehh, a que sé que mi tiempo ya no es el mismo que hace 20 años, como le digo: “¿cuántos años te voy a vivir? ¿10, 15 años, 20 a lo sumo?” “cómo te voy a dejar?”, a lo mejor es protector ¿no? porque igual lo he sido con los otros...”*; y también dijo estar más sensible.

Ana contaba con el apoyo de su pareja y de su familia de origen y su familia política. Comentaba que a partir de este embarazo se había sentido alegre pero también preocupada por la salud de su bebé, con malestares físicos, con miedo a las complicaciones, hipersensible, triste, pero lo que más le enojaba y la alteraba eran las diferencias que tenía con su pareja por la educación de su hijo. Por otro lado, manifestaba haber tomado conciencia de que debía cuidarse mucho más y estar más tranquila durante su embarazo.

En estas mujeres se observó una toma de conciencia acerca del riesgo de su embarazo y de la necesidad de tener un mayor autocuidado, lo que disminuyó la intensidad de las emociones sentidas.

Consúltese la condensación de significados obtenida para esta categoría, en la tabla 10 del apéndice 3.

En resumen, la experiencia de malestar psicológico para las mujeres entrevistadas, se comprende a partir de su tipo de riesgo y sus principales características son:

**1. Enfermedades previas al embarazo actual:** las mujeres de este grupo de riesgo no planearon su embarazo, sentían miedo por su salud y les angustiaba y les preocupaba mucho volver a tener complicaciones y perder la gesta actual, ya que las malas experiencias de los embarazos previos les dejaron sensaciones de vacío y dolor. Algunas contaban con apoyo de su pareja, pero otras vivieron su maternidad solas. Contaban con el apoyo de su familia, aunque también les preocupaba afectarlos con este nuevo embarazo. Por su condición de riesgo, inicialmente les angustiaba lograr ser

atendidas en el HTNAO, pero una vez que fueron aceptadas por la institución, la atención médica les generaba confianza y tranquilidad. Las principales manifestaciones emocionales de este grupo fueron: angustia, cansancio, tristeza, desgano, tensión, dolor por pérdidas, angustia de volver a vivir experiencia, enojo, dificultad para acertar embarazo, impacto, preocupación por salud de bebé, devastación.

**2. Complicaciones del embarazo:** algunas mujeres de este grupo de riesgo no planearon su embarazo, otras decidieron que un hijo podría mejorar su relación de pareja. Les angustiaba y les daba miedo volver a tener una pérdida, ya que tuvieron pérdidas gestacionales recurrentes, aunque tenían un hijo vivo propio o adoptado. Estas pérdidas afectaron la relación con su pareja, con distanciamiento y poco apoyo, dificultad para asumir la responsabilidad. Algunas tenían apoyo familiar, otras tenían que ocultar su complicación, para no afectar la salud de sus padres. Ser atendidas en el HTNAO les generaba esperanza y confianza de lograr este embarazo. Sus principales manifestaciones emocionales fueron: miedo a perder embarazo, irritabilidad, desgano, enojo, temor, incertidumbre, devastación, culpa, autoreproches, sufrimiento, miedo a encariñarse con bebé.

**3. Otros factores de riesgo:** en este grupo de riesgo las mujeres no planearon su embarazo. Asimismo, no vivían su embarazo como de alto riesgo. La nueva gesta les provocó sorpresa y alegría, pero también enojo y preocupación por su situación económica y para algunas fue difícil aceptarlo. Los embarazos anteriores les generaron problemas con la pareja, y también mayor conciencia de cuidar más su salud. Contaban con apoyo de la familia, amistades. Ser atendidas en el HTNAO les daba confianza y alegría, y sentían que estaban mejor cuidadas que en otros hospitales. Las principales manifestaciones emocionales fueron: sorpresa, preocupación por la salud del bebé y por su situación económica, tristeza, tensión, estrés, alegría, enojo.

Con base en los resultados obtenidos y retomando el modelo conceptual propuesto al principio de este trabajo (apartado 2.6), en la figura 1 se presenta el modelo explicativo del malestar psicológico en las mujeres con embarazo de alto riesgo.

1) Las mujeres con embarazo de alto riesgo viven dos momentos de crisis o epifanías: el primero: el embarazo inesperado, no planeado, cuya noticia las impacta y las hace reaccionar emocionalmente. El segundo: el diagnóstico médico de embarazo alto riesgo, con base en sus antecedentes y su condición actual.

2) La visión sociocultural de la maternidad y las políticas públicas para la atención del embarazo (lo público, subjetivo, externo), influyen en la manifestación de malestar psicológico y nos permiten entender las vivencias de estas mujeres (lo privado subjetivo, interno); en donde además subyace el conflicto de maternidad vs. salud (ser madre aunque el embarazo ponga en riesgo su vida), el cual también explica la expresión de dicho malestar.

3) En este trabajo, las mujeres del grupo de **otros factores de riesgo** no viven su embarazo como de alto riesgo, a pesar del diagnóstico médico; en cambio, las mujeres con **enfermedades previas y complicaciones del embarazo** sí viven su condición como de riesgo, lo que favorece la expresión de diferentes emociones y en distinta intensidad.

4) En el grupo de **otros factores de riesgo**, el significado de su malestar psicológico se entiende a partir de la pérdida previa de familiares, la falta de apoyo de la pareja, por ser un embarazo gemelar, la preocupación por la propia salud y por la situación económica, es decir, por situaciones de su entorno. La gama de las emociones manifestadas (tristeza, preocupación, estrés, temor, entre otras) por este grupo fue diferente de la de los otros dos, y fueron menos intensas.

**Figura 1. Modelo explicativo del malestar psicológico**



5) El que algunas mujeres de este grupo no presentaran malestar psicológico al momento de la entrevista puede entenderse, a pesar del impacto inicial de la noticia del embarazo y del rechazo hacia la situación, así como de la manifestación inicial de diversas emociones (como tristeza, tensión, estrés, miedo por la salud del bebé, temor a la reacción de sus hijos y su familia, preocupación por situación económica); por tener hijos vivos, no tener más de una pérdida previa, contar con el apoyo familiar y de la pareja, y por la toma de conciencia de su edad y del autocuidado durante el embarazo.

6) En contraste, no contar con el apoyo de la pareja o haber tenido al menos una pérdida previa, representa una diferencia en la manifestación e intensidad de las emociones. La falta de apoyo de la pareja se asocia con la preocupación por la situación económica y el desempleo. La pérdida previa se relaciona con el temor a las complicaciones y a la posibilidad de tener otra pérdida. Aunque, por otro lado, también se observa la manifestación de alegría y aceptación del embarazo. El embarazo inesperado en ambas condiciones (con malestar y sin malestar psicológico), es la primera y única epifanía (situación de crisis) que exacerba las manifestaciones emocionales mencionadas. Sin embargo, como se vio anteriormente, debido a que estas mujeres no vivieron su embarazo como de riesgo, ya que éste era sólo potencial (por la edad materna avanzada existía una mayor probabilidad de que el feto tuviera algún síndrome o naciera con algún defecto congénito, pero el que fuera un embarazo gemelar, sólo les implicaba extremar los cuidados habituales), entonces el diagnóstico de riesgo no se experimentó como un segundo momento de crisis o epifanía, y de aquí que no se incrementara la intensidad de la expresión de las emociones.

7) Para las mujeres con **complicaciones en su embarazo**, el malestar psicológico se puede entender a partir del tipo de complicación, de si se tienen hijos vivos, si han tenido pérdidas previas, si no cuentan con el apoyo de las parejas; y se caracteriza por miedo a volver a perder el embarazo, sentimiento de soledad, coraje, melancolía, irritabilidad, tensión, dificultad para expresar las emociones, enojo por la enfermedad, miedo, incertidumbre, devastación, reproches, culpa, autocastigo y por el temor de afectar la salud de los familiares por sus complicaciones. Se observa que la mayor intensidad en la expresión de las emociones se da frente a una enfermedad como la diabetes gestacional, por el riesgo que implica para salud de la mujer y de su bebé, pero también por la posibilidad de quedarse diabética, por lo cual la mujer tiene que tomar conciencia de la necesidad de cuidar su alimentación y buscar información



especializada al respecto. Hay que tomar en cuenta que aunque la diabetes gestacional se considera una complicación propia del embarazo, la experiencia emocional de la mujer es similar a la de aquellas con una enfermedad previa al embarazo, debido al riesgo real que representa para su salud y la de su hijo. Por otro lado, ser atendidas en el HTNAO las hace sentir confianza de que el embarazo se puede lograr.

8) La relación conflictiva con la pareja (sea estable o inestable), así como el poco apoyo familiar o no poder hablar de su condición de salud real aumenta la manifestación de las emociones. Haber sido internada durante este embarazo fue motivo de angustia y preocupación.

9) Las mujeres de este grupo que no tienen malestar psicológico (a pesar de las pérdidas gestacionales recurrentes), tienen al menos un hijo vivo, cuentan con el apoyo de la pareja y de la familia, por lo que aunque las manifestaciones emocionales iniciales fueron más intensas con respecto al impacto y rechazo hacia la situación que representa un embarazo no planeado, la angustia de volver a vivir complicaciones, el miedo a la pérdida de este embarazo; sin embargo, asumir su situación se relacionó con la aceptación del nuevo embarazo y la atención médica que están recibiendo en el HTNAO, lo que les genera confianza y tranquilidad de que esta vez sí lograrán su embarazo e incluso empiezan a disfrutarlo.

10) El malestar psicológico de las mujeres con **enfermedades previas**, gira principalmente alrededor de la angustia de volver a vivir otra experiencia negativa e incluso otra pérdida, de revivir la experiencia de dolor y vacío tenidos anteriormente, del temor por la propia salud y de afectar a los padres y a los hijos por las complicaciones de este embarazo. Sin embargo, tener un hijo vivo, aminora la intensidad de la manifestación emocional aunque, al mismo tiempo, se convierte en un motivo más de angustia por la posibilidad de afectarlo, si se complica el embarazo actual. Contar con el apoyo de la pareja y la familia, y ser atendidas en HTNAO, reduce la intensidad de las emociones manifestadas, sin embargo, haber sido internada durante este embarazo es motivo de angustia y preocupación.

11) Aquellas que no presentan malestar psicológico al momento de la entrevista, están viviendo su primer embarazo, no tienen pérdidas gestacionales previas, aunque no cuentan con el apoyo de su pareja, son apoyadas por sus familias. Sus manifestaciones emocionales son menos intensas, caracterizadas por la dificultad para aceptar el

embarazo, preocupación por la propia salud y la del bebé, temor, incertidumbre, tristeza y coraje por la salud y preocupación por su situación económica. Sin embargo, aceptan del embarazo, toman de conciencia de su enfermedad y perciben su fortaleza para salir adelante.

12) El embarazo no planeado en ambas condiciones (con malestar y sin malestar psicológico) es la primera epifanía (primera situación de crisis) que exagera las manifestaciones emocionales mencionadas, la segunda es el diagnóstico y el tomar conciencia del alto riesgo de su embarazo, lo cual intensifica la reacción.

## DISCUSIÓN

Para interpretar la experiencia de malestar psicológico vivida por las mujeres durante su embarazo de alto riesgo, el cual era el objetivo principal de este estudio, se tomará como base el modelo explicativo obtenido en el análisis de los resultados acerca de cómo es el malestar psicológico en las mujeres con embarazo de alto riesgo (figura 1). Éste, desde una perspectiva interaccionista y biopsicosocial, abarca la interacción de los aspectos subjetivos (privados), como son el conflicto subyacente entre la maternidad y el cuidado de la salud, con los aspectos objetivos y sociales (públicos), como la visión sociocultural de la maternidad y las políticas públicas para la atención del embarazo; y se focaliza en las experiencias emocionales de las mujeres alrededor del embarazo de alto riesgo y la maternidad, a partir de los dos momentos de crisis o epifanías: el embarazo inesperado y el diagnóstico médico de alto riesgo. Esto permite obtener una comprensión integral del malestar psicológico, entendido como: “algunas manifestaciones emocionales que surgen desde del contexto de la vida cotidiana, sobre todo frente a momentos de crisis, y aunque dichas manifestaciones tienden a “naturalizarse” y a verse como algo “normal”, llegan a generar importantes costos para la salud y bienestar de la población” (Burin, 1990).

Con base en este modelo, se discutirán a continuación los siguientes temas: 1) percepción del riesgo del embarazo; 2) vivencia de la maternidad y 3) atención médica del embarazo.

### **1) Percepción del riesgo del embarazo**

Para analizar la experiencia emocional de las mujeres de este estudio frente al embarazo de alto riesgo, se retoma la definición de Thirlaway y Heggs (2005), acerca de que el riesgo es una construcción social que está matizada por la interacción de aspectos individuales, sociales, culturales, de género y de comunicación que influirán de manera diferente en cada persona, sea hombre o mujer y que, además, su valoración individual posterior depende de variables como: *la filosofía personal de vida*, *la historia y experiencia previas*, y *el contexto sociocultural*, como lo propone Carolan (2008).

El resultado obtenido al respecto fue que las mujeres del grupo de otros factores de riesgo no viven su embarazo como de alto riesgo, a pesar del diagnóstico médico; en cambio, las mujeres con enfermedades previas y complicaciones del embarazo sí viven

su condición como de riesgo, lo que favorece la expresión de diferentes emociones y en distinta intensidad.

Con base en esto y desde la experiencia de estas mujeres, el riesgo percibido es diferente al riesgo diagnosticado por el médico, tal y como lo plantea Carolan (2008), quien afirma que la percepción del riesgo para el médico se presenta como un cálculo estadístico de probabilidades y porcentajes; en cambio, para la mujer, el riesgo se experimenta como un evento inusual equiparado con un potencial de pérdida o daño.

Esta diferencia entre la percepción del riesgo diagnosticado por el médico y cómo lo vive la mujer pudo corroborarse al analizar los significados obtenidos acerca de la percepción del riesgo del embarazo. En ellos se observa que, de los tres grupos de participantes formados inicialmente, con base en el riesgo médico diagnosticado (enfermedades previas al embarazo actual, complicaciones del embarazo y otros factores de riesgo) para el desarrollo de este trabajo, al final se obtuvieron sólo dos grupos de riesgo, a partir de la percepción de las mujeres: aquellas que viven su embarazo sin riesgo (otros factores de riesgo: diagnosticadas médicamente con un riesgo potencial) y aquellas que lo viven como un embarazo de alto riesgo para su salud y la de su bebé (diagnosticadas médicamente como alto riesgo por enfermedades previas al embarazo actual y complicaciones del embarazo).

En el modelo explicativo obtenido en el análisis de los resultados (figura 1), se aprecia que esta diferencia en la percepción del riesgo en estas mujeres, también establece un contraste en cómo viven su maternidad y los momentos de crisis (epifanías) y, por tanto, en su experiencia emocional frente al mismo, es decir, que lo vivan con mayor o menor malestar psicológico.

El hecho de que las mujeres vivan su embarazo sin riesgo, se entiende a partir de que el riesgo diagnosticado médicamente (p. ej. edad materna avanzada o embarazo múltiple) es sólo potencial y no una complicación existente que ponga en riesgo su salud o la de su bebé. Esto difiere de lo dicho por Lupton (1999), quien afirma que no existe el “no riesgo” del embarazo, ya que el potencial de daño siempre está presente. Sin embargo, desde la percepción de estas mujeres, en afirmaciones como: *“Debo de tener más cuidado, estar más tranquila, no estar presionada, estar y cuidar a lo que viene”*; puede verse que no viven este embarazo como de riesgo.

Además, se identifican otros aspectos que se conjugan para que la mujer perciba su embarazo sin riesgo, los cuales son: tener hijos vivos, no haber tenido pérdidas previas ni haber sido hospitalizadas, y contar con el apoyo de la pareja y la familia. Esto coincide con lo dicho por Carolan (2008), en cuanto a que, desde sus experiencias previas y del contexto en el que viven, estas mujeres no consideran que exista un riesgo en su embarazo.

Por lo anterior, se observa que su atención y sus preocupaciones están centradas en lo que sucede en su **entorno**; por ejemplo, la situación económica, desempleo, educación de los hijos; lo cual afecta de alguna manera su bienestar emocional, pero sólo de manera temporal y menos intensa. Esto concuerda con lo planteado por Thirlaway y Heggs (2005), con respecto a que las mujeres experimentan una reacción emotiva frente al riesgo e intentan defenderse de la ansiedad. Dicha reacción en las mujeres con embarazo autodefinido como “sin riesgo”, se presentó frente a la noticia del embarazo inesperado, la que vivieron como un momento de crisis o epifanía. Las manifestaciones emocionales más importantes fueron: sorpresa, alegría, impacto, preocupación, dificultad para aceptar la situación, enojo.

Un ejemplo de cómo vivieron las mujeres que percibían su embarazo sin riesgo este momento de crisis es: *“bueno ya son bienvenidos y todo, pero sí sentí: “¿y ahora qué voy a hacer?”, sí, yo dije, más que nada por la situación ¿no? de mis hijos”. “No, yo no lo quería tener, por lo mismo de la edad, que con este muchacho no estoy estable”*.

En contraste, para el grupo que sí percibe su embarazo como “de alto riesgo”, el significado de sus preocupaciones, gira alrededor de su **salud** y la del bebé, del temor de repetir experiencias previas, del miedo a la pérdida y de las posibles complicaciones que pudieran presentarse, y todo esto conforma y explica su experiencia de malestar psicológico. Esto coincide con lo planteado por Lupton (1999), quien afirma que, aunque la mujer está en manos de otras personas, se siente *responsable* de producir un bebé saludable con la mejor experiencia en el parto. A partir de esto, puede experimentar terror al vacío, a la pérdida, así como un temor a fallar. Esto puede verse en la siguiente afirmación: *“Me digo a mí misma: ¡reacciona ahorita (enfatisa)!, ya no por ti sino por lo que viene” y es como a mí me dijo el doctor: “sí, el bebé viene bien, pero sin mamá no hay bebé”*.

Retomando lo dicho por Thirlaway y Heggs (2005), con respecto a que las mujeres experimentan una reacción emotiva frente al riesgo, puede observarse que frente a un riesgo inminente para la salud de la mujer y de su hijo, las manifestaciones emocionales más importantes son: miedo a la pérdida, enojo, tensión, incertidumbre, miedo a la soledad, angustia, miedo por la salud, miedo a volver a vivir la experiencia, devastación emocional. Un ejemplo de la vivencia de estos temores es: *“Pues... es como le digo el miedo está luego, luego, porque yo tengo pérdidas de dos meses...”*.

Por otro lado, la diferencia en la intensidad y la duración del malestar psicológico en la mujer con embarazo de alto riesgo, puede deberse a la presencia y la combinación de los siguientes aspectos: si tiene hijos vivos o no, si ha tenido dos o más pérdidas previas o no, si cuenta con el apoyo de la pareja y la familia o no, si estuvo hospitalizada en algún momento de este embarazo o no.

Para estas mujeres tener *hijos vivos*, lo viven como: *“cuando nació mi hija, aunque tuve preeclampsia, fue muy diferente porque yo a ella la escuché cuando lloró al nacer y entonces me tranquilizó más”*. Aquí puede verse que el que su hijo nazca vivo y bien representa un logro para ellas, que además les da tranquilidad y confianza, lo cual también influye en la vivencia de otro embarazo, a pesar de las complicaciones, y reduce la manifestación de malestar psicológico. Por otra parte, esto también se relaciona con el papel que juega la maternidad en la conformación de su identidad y, por tanto, de su salud mental, lo cual se discute posteriormente.

La vivencia de *pérdidas y experiencias negativas previas* representa un impacto emocional importante de mucho dolor y vacío. Ellas lo refieren como: *“me sentía con las manos vacías, o sea mi cesárea, los dolores que implica, ya para qué... o sea para qué si no tengo nada”*. Entender la importancia que tiene este impacto emocional, es fundamental para comprender la experiencia del malestar psicológico en estas mujeres. Se observó que en la medida en que tienen más complicaciones y pérdidas, presentan mayor secuela emocional en la vivencia del embarazo actual y las manifestaciones emocionales son más intensas. Esto coincide además con lo propuesto por Carolan (2008), en cuanto a que la valoración negativa del riesgo como un potencial de pérdida o daño, depende de las experiencias previas.

No obstante, en la literatura basada en el enfoque biomédico y psicosocial, se aprecia que este impacto emocional frente a las pérdidas y las experiencias negativas no

ha sido muy estudiado, ni es considerado un factor importante que afecte la salud mental de la mujer durante la gestación (p. ej. Heaman, 1998; Maloni *et al.*, 2000; Maloni, *et al.*, 2002; Hediye *et al.*, 2005; Peixoto, *et al.*, 2006).

Por otra parte, las mujeres con embarazo de alto riesgo perciben que la actitud de su *pareja* ante el embarazo actual es de apoyo, pero también de miedo y preocupación. Un ejemplo de esta percepción es: *“yo creo a él también le pasa lo que a mí, el miedo a que no nazca el bebé, a que me pase algo a mí...”*

A lo largo de este estudio se ha visto la importancia que tiene para estas mujeres su relación de pareja; sin embargo, se identifica también que existe un impacto emocional sobre esta relación por las complicaciones en el embarazo y las pérdidas vividas, el cual genera conflictos, distanciamiento, infidelidad, sufrimiento, dolor, soledad, dificultad para comunicarse y miedo a volver a vivir la experiencia, entre otros. Este impacto emocional provoca secuelas en la relación que se reviven con cada nuevo embarazo, pero que no siempre se subsanan.

Ellas hablan así de esta vivencia: *“sí han sido traumas, yo siento que tanto él como yo traemos adentro mucho que nos oprime”*; *“Sí nos distanciamos, pero fue muy poco, vivimos igual en el mismo lugar pero no platicábamos nada”*.

Aunque en la literatura mundial sobre los factores que provocan estrés y sintomatología depresiva en la mujer con embarazo de alto riesgo, se mencionan reiteradamente las dificultades en la relación de pareja (por ejemplo, Heaman, 1998; Maloni, Kane, Suen y Wang, 2002); desde la visión biomédica y psicosocial no se ha abordado ni se ha profundizado lo suficiente en el impacto que sufre la relación de pareja a partir de un embarazo de alto riesgo; no obstante, en culturas como la mexicana este aspecto toma mucha importancia para comprender la experiencia emocional frente al embarazo de alto riesgo y su impacto en el entorno.

Para quienes la pareja se alejó a raíz del embarazo, el impacto emocional fue menor, aunque, a partir de ello, la situación económica y conseguir un empleo para mantener a su hijo se convirtió en su principal preocupación, junto con la condición de su salud. Por ejemplo: *“la situación económica es lo más complicado, porque anteriormente a mi embarazo yo he tenido un problema de salud pues que sí me había generado muchos problemas económicos”*.

No obstante, surge la duda de si en la decisión de estos hombres de no hacerse responsables del embarazo, influiría también el tipo de riesgo que la mujer tenía y las repercusiones que esto pudiera tener sobre el hijo, considerando además los gastos y los cuidados que una situación así pudiera requerir, lo que los hizo alejarse.

Asimismo, la *familia* se ve impactada emocionalmente por las pérdidas y complicaciones tenidas por las mujeres en embarazos previos, y aunque para ellas es una fuente de apoyo y de sostén, por ejemplo: “*mis hermanos, mis papás, todos están muy contentos, me dan ánimos*”; también perciben que tienen temor de volver a vivir otra experiencia similar: “*mi papá desde antes cuando nació mi hija, me dijo: “ya hija, nada más éste y ya”*”.

Sin embargo, la familia no interviene en las decisiones de estas mujeres, y continúan brindando su apoyo. Junto con esta percepción del temor de sus familiares generan además otro miedo: afectar la salud de los padres con otro embarazo con complicaciones: “*Mi papá por su derrame tiene la presión siempre alta, entonces,...decirles la verdad es una preocupación más para ellos y para mí.*” Esta situación llega a provocar que tengan que ocultar su verdadero estado de su salud y con ello aumenta su malestar psicológico y su sensación de soledad.

Nuevamente, en la literatura sobre el tema no se encontró algún trabajo que reporte como aspecto importante el apoyo de la familia durante el embarazo de alto riesgo, sin embargo, desde la perspectiva de Carolan (2008), esto estaría relacionado con el contexto sociocultural en el desarrolla la gestación y, por ello, habría que considerarlo también como otro aspecto relevante de la vivencia de las mujeres mexicanas.

Haber estado *hospitalizada* durante este embarazo por complicaciones, también genera un impacto emocional que contribuye a la manifestación de malestar psicológico a través del temor de repetir la experiencia, incertidumbre, tensión y enojo. Esto puede verse en relatos como: “*Si yo vine sola y me pasaron a Urgencias, ya de ahí a Terapia Intermedia y de ahí a Intensiva, pero no me decían, yo me enteré hasta las 11 de la noche que era diabética y con preeclampsia. Se me vino el mundo y me sentí así como cuando uno siente que se cae a un hoyo...*”



A las mujeres con embarazo de alto riesgo, esta experiencia en muchos casos las remite igualmente a dos circunstancias más: la atención médica en sus embarazos anteriores, a la que en muchas ocasiones le atribuyen sus complicaciones y malas experiencias, y la atención médica de esta gestación en el HTNAO. Ambos aspectos se retoman más adelante en la discusión de la atención médica; sin embargo, cabe mencionar aquí, que el primero permite entender el contexto en el que vivieron las mujeres sus complicaciones y sus pérdidas, y se le considera uno de los principales generadores de malestar psicológico. El segundo aspecto, en cambio, les produce tranquilidad y confianza y, esto puede contribuir a reducir su malestar.

En la literatura, el tema de la hospitalización por complicaciones durante el embarazo ha sido bastante desarrollado, sobre todo por el campo de la enfermería. Desde el enfoque biomédico y psicosocial, los aspectos emocionales del embarazo de alto riesgo se ha estudiado a partir de la hospitalización. Existen diversos estudios que abordan los factores que provocan estrés a las mujeres durante esta situación, así como las emociones asociadas (p. ej. Heaman, 1998; Maloni y Kutil, 2000; Maloni, Kane, Suen y Wang, 2002; Hediye y Korkmaz, 2005; Peixoto, Carvalho y Lefèvre, 2006).

Sin embargo, en realidad, el tema de interés es la hospitalización y no la condición de riesgo que hace que las mujeres tengan que ser internadas. Tampoco se toman en cuenta los diferentes tipos de riesgo, y cuando se estudian algunas condiciones como la preeclampsia o la diabetes gestacional, por ejemplo, el riesgo médico se traduce en riesgo psicológico de presentar trastornos como ansiedad o depresión, como resultado de dichas condiciones médicas. Son muy pocos los estudios que se han preocupado por explicar la vivencia del riesgo durante el embarazo (p. ej. Suárez y Puertas, 2008).

Por lo anterior, se considera que a través de la perspectiva biomédica y psicosocial no es posible alcanzar una comprensión integral de la vivencia de la mujer, ya que sólo se ofrece una explicación causal de los factores que influyen en las respuestas emocionales y su repercusión en la atención médica, por lo que se necesitan estudios que profundicen e integren, desde un enfoque biopsicosocial, la experiencia de las mujeres frente a las condiciones en las que se da su gestación y se propone considerar esta condición como un tema independiente de investigación y no como parte del estudio de la salud perinatal en general.

A partir de lo analizado hasta ahora acerca de la vivencia del embarazo de alto riesgo, se cree necesario responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál fue la experiencia psicológica de las mujeres con embarazo de alto riesgo?

Para este trabajo se tomó la definición propuesta por Burin (1990) acerca del malestar psicológico (psicosocial o de la vida cotidiana), el cual se entiende como algunas manifestaciones emocionales que surgen desde del contexto de la vida cotidiana, sobre todo frente a momentos de crisis, y aunque dichas manifestaciones tienden a “naturalizarse” y a verse como algo “normal”, llegan a generar importantes costos para la salud y bienestar de la población.

Para definir la experiencia emocional de las mujeres con embarazo de alto riesgo, se considera que el malestar psicológico es un concepto que abarca e integra los diferentes aspectos que interactúan en la vivencia del evento reproductivo; pero además toma en cuenta los momentos de crisis o epifanías, que para el interaccionismo interpretativo (Denzin, 2001), son el punto de partida para comprender las experiencias vividas por las personas, y a partir de ello se articulan ambos enfoques.

El explicar la experiencia emocional de las mujeres frente al embarazo de alto riesgo como un malestar psicológico, nos acerca más a lo propuesto por el enfoque biopsicosocial, desarrollado por Velasco (2006b), quien plantea los síndromes y síntomas físicos no sólo tienen su causa en la biología, sino también en la esfera simbólica, es decir, que proceden de la posición subjetiva de la persona en su contexto social y en cómo se enfrenta a los conflictos.

En contraste, está la postura de los modelos biomédicos y psicosociales de atención a la salud (tabla 1), que ven a la enfermedad como signos y síntomas desviados de la normalidad, los cuales hay que diagnosticar y clasificar, y que en relación con la salud emocional de la mujer durante la etapa perinatal, recobran mucha importancia, ya que la visión que se tiene de ella en este periodo, así como de su salud mental, es que el embarazo es una etapa en la que la mujer se encuentra más *vulnerable*, está *en riesgo*, *en desventaja* y por tanto, es más *susceptible a enfermarse mentalmente*. Además, el embarazo se ve como un “*evento negativo*”, “*una etapa estresante, complicada, problemática, de crisis*”, “*un detonador*”, que puede llegar a *enfermar mentalmente* a las mujeres que lo viven. A partir de este enfoque es que la atención de la investigación se ha centrado en el estudio de la depresión y la ansiedad en la etapa perinatal.

Ahora bien, a continuación se desglosará el concepto de malestar psicológico y se analizará a la luz de los resultados obtenidos, para comprender más ampliamente la experiencia emocional de las mujeres frente al embarazo de alto riesgo.

En primer lugar, con base en el modelo explicativo desarrollado, se puede afirmar que el malestar psicológico en las mujeres con embarazo de alto riesgo es un proceso que se da en un continuo, en el que todas las mujeres pueden llegar a presentarlo en mayor o menor grado, a partir de la combinación de diferentes circunstancias que se desarrollan en el contexto de la vida cotidiana. De igual modo, quizás no podría hablarse de una condición “sin malestar”, por el contrario, se observa que el malestar psicológico está presente durante el embarazo de alto riesgo, y su manifestación puede exacerbarse o atenuarse, a partir de los momentos de crisis, del contexto y de las circunstancias en las que se da la gestación.

Dichas circunstancias son: tener hijos vivos o no, haber tenido dos o más pérdidas previas o no, contar con el apoyo de la pareja y la familia o no, haber sido hospitalizada en algún momento de este embarazo o no. Las cuales no sólo ayudan a distinguir el grado de malestar psicológico, sino también permiten diferenciar a nivel emocional, a las mujeres con embarazo sin riesgo de aquellas con embarazo de alto riesgo, como se ha venido proponiendo en esta discusión.

Pero ¿se puede decir que todas estas circunstancias provienen de la vida cotidiana? ¿Qué tan cotidiano puede ser tener complicaciones en un embarazo o perder un bebé?

El resultado obtenido en este trabajo fue que las mujeres, por su riesgo, viven su embarazo con mucha angustia, con miedo a las pérdidas, a las complicaciones y a repetir las experiencias negativas previas, con gran preocupación por su bebé.

Desde su perspectiva, las experiencias dolorosas y difíciles que han vivido durante sus embarazos, forman parte de su vivencia de la maternidad, de lo que tienen que pasar para lograr ser madres. Un ejemplo de esto sería: *“(La maternidad es) mmmh... pues... nada comparado con lo que me ha sucedido... Porque yo tenía previsto que son nueve meses, que no pasa nada durante el embarazo mientras se vaya una vez al doctor, porque así lo viví con mi hermana y con mi mamá”*.

En este sentido, se puede apreciar que estas mujeres han integrado las complicaciones y las dificultades que han vivido antes, a su experiencia de maternidad, y a partir de ellas la construyen; aunque éstas no coincidan con lo que habían imaginado o habían visto en otras mujeres.

Esta experiencia pasa a ser parte de lo esperado y de lo cotidiano para ellas cada vez que se embarazan; al igual que el impacto emocional que les genera a ellas y a las personas a su alrededor: la pareja y la familia, quienes la acompañan en la gestación y le brindan su apoyo o se retiran, dependiendo de las circunstancias, y la interacción de estos aspectos exagera o reduce la manifestación emocional.

Aunque en apariencia las manifestaciones emocionales de este impacto se viven como parte de la experiencia de un nuevo embarazo, y de alguna manera se “naturalizan” y se “normalizan”, como afirma Burin (1990); se ha visto también en este trabajo que, finalmente, la condición de riesgo pone en evidencia el conflicto subyacente para la mujer entre ser madre o preservar su salud, y hasta su vida, el cual, de acuerdo con esta autora, son siempre situaciones contradictorias, incompatibles entre sí, que pueden registrarse tanto a nivel consciente como inconsciente, en donde el sujeto percibe la tensión o ansiedad, pero no conoce ni discrimina los términos del conflicto que la producen. Este conflicto es el principal promotor del malestar psicológico en estas mujeres e interactúa además con la función social de la maternidad.

Sin embargo, Burin también propone que el malestar psicológico es un concepto intermedio, que ofrece nuevos recursos para analizar las condiciones que producen y/o preservan la salud mental de las mujeres, y que además adquiere sentido en la medida en que produce una modificación en la vida de la gente y en su noción como sujeto. Contrario a esto, se considera que, en las mujeres estudiadas, el malestar psicológico no alcanza este nivel de crítica o cambio, ya que se observa que frente a la repetición de la experiencia, más que una crítica o una reflexión, lo que queda en las mujeres son secuelas emocionales no subsanadas, que vuelven a exacerbarse con cada embarazo, y que no se resuelven.

No obstante, se concuerda con la afirmación de Burin (1990) con respecto a que los fenómenos que constituyen la vida cotidiana no se examinan hasta que aparece el malestar, lo que en este caso ha permitido analizar los aspectos asociados con la

vivencia de las mujeres frente al embarazo de alto riesgo, para conocer su experiencia emocional.

## **2) Vivencia de la maternidad**

El resultado obtenido en este estudio fue que las mujeres con embarazo de alto riesgo viven su maternidad como una experiencia dolorosa, con mucha angustia y miedo de perder el nuevo embarazo por complicaciones.

Para comprender de manera más amplia esta vivencia, se debe considerar que la visión actual predominante acerca de la maternidad, es el resultado de los procesos históricos ocurridos en torno a la medicina, la política y la economía, como lo plantea Castilla (2005). Por un lado, se encuentran los discursos médicos alrededor de la maternidad desde hace más de 50 años y que han sido fundamentales para establecer políticas públicas alrededor la maternidad, la sexualidad y la infancia, basados en una visión tradicional y patriarcal de la mujer como ama de casa y responsable de la reproducción social; a través de los cuales se ratifica el avance del Estado y la medicina en el dominio doméstico. Además, estos discursos, identifican la maternidad con las condiciones biológicas específicas de las mujeres, como el embarazo, el parto y la lactancia, provocando con ello la asociación, casi indisoluble, del binomio mujer = madre.

Asimismo, autores como Palomar (2005) y Alvarado (2005), afirman que la maternidad no es un hecho natural sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época delimitada de la historia. Desde esta perspectiva, podría comprenderse si la vivencia de la maternidad para las mujeres con embarazo de alto riesgo es distinta de aquellas no tienen complicaciones. ¿Cómo construyen su experiencia de la maternidad las mujeres con embarazo de alto riesgo? ¿Es diferente a la de las mujeres con embarazos sin riesgo? Para tratar de responder a estas preguntas hay que tomar en cuenta diferentes aspectos.

Además, habría que considerar que en la cultura mexicana el papel de la madre es sumamente valorado e importante, ya que se troquela a las mujeres desde pequeñas para aceptar el rol materno, se les educa de esta manera y también se refuerza la relación madre-hijo, como lo señala Ramírez (1999). Asimismo, se define a la mujer a

partir de sus funciones como madre y esposa, cuyo proyecto de vida y de realización es la maternidad, y es reconocida socialmente por ello, es decir, es una cuestión de género. De allí que las dificultades para lograr tener un embarazo completo y un hijo sano se vuelve un aspecto primordial para las mujeres con embarazo de alto riesgo.

Desde una mirada más crítica e interpretativa de la psicología, existen posturas acerca del embarazo y la maternidad, como la de Burin (1990), que nos permite comprender y explicar cómo viven las mujeres la maternidad y el embarazo. Una de sus principales propuestas para entender la salud mental de la mujer, es considerar el deseo maternal como eje constitutivo de la subjetividad femenina y lo que garantiza dicha salud. En este trabajo se toma como base esta visión para profundizar e integrar los conceptos más relevantes para la interpretación de una experiencia como el embarazo de alto riesgo.

Al analizar los resultados obtenidos, surge esta pregunta: ¿por qué las mujeres con embarazos de alto riesgo se siguen embarazando, sabiendo que ponen en peligro su salud y su vida?

Para responder a esta pregunta, se considerarán aquí dos niveles de análisis: el subjetivo y el social.

En primer lugar, llama la atención que, aunque un alto porcentaje de mujeres mexicanas no programan sus embarazos, quienes además tienen un diagnóstico médico de alto riesgo tampoco los planean, a pesar del peligro que implica una nueva gestación para su salud, e incluso para su vida.

Esta falta de planeación de las mujeres de este estudio, se ve reflejada en frases como: *“No lo esperaba, lo tomé con angustia”*; *“este embarazo fue algo, se podría decir sorpresivo”*; *“Fue espontáneo”*.

En estos discursos se aprecia que ellas parecen asumir una posición pasiva en la que dejan en manos de las circunstancias el volver a embarazarse o no, y no se cuidan, aunque su vida esté en riesgo. Lo anterior puede verse también en afirmaciones como: *“...y luego yo digo pues está bien, pues si hubiera sido planeado por mí no hubiera sucedido, porque ya no”*. Lo cual hace pensar que, para ellas, “planear” un embarazo es una decisión voluntaria que va en contra de su función social e incluso de su religión, es

decir, de lo que se espera de ellas, pero además les representaría el no tener que asumir la responsabilidad que implica tomar una decisión de este tipo.

A nivel subjetivo, una explicación de esta aparente pasividad podría encontrarse en lo propuesto por Burin (1990) con respecto a que la maternidad es la base de la identidad de las mujeres, y lo que “garantiza” su salud mental. Desde esta perspectiva, es probable que estas mujeres se sigan embarazando porque no pueden ir en contra de su propia identidad ni de su rol como mujeres y, por tanto, de su salud mental. Esta situación les genera además un conflicto subyacente entre cumplir su función social como madres, que es lo que se espera de ellas socialmente y “así debe ser”, y con ello preservar su identidad como mujeres, o cuidar su salud y evitar arriesgar su vida nuevamente, y en donde puede verse, implícitamente, que su identidad es mucho más fuerte que su propia vida.

A nivel social, es importante retomar lo planteado por Ramírez (1999), quien explica que en México la familia mexicana es “uterina”, es decir, se caracteriza por una relación madre-hijo particularmente intensa. Plantea además que la mujer crece con miedo a la sexualidad, y acepta un papel donde ésta es vedada y se premia la procreación.

Para quienes tienen gestas de riesgo, la angustia que sienten por embarazarse y lograr que éste llegue a término a como dé lugar, es justamente, entre otras razones, por alcanzar el reconocimiento social de su capacidad para procrear, ya que, como se dijo, en nuestra sociedad, se premia la capacidad de la procreación las mujeres. Es por ello que no buscan evitar o programar sus embarazos, e incluso, están dispuestas a lograrlos a costa de su vida. Ejemplo de esto, es la siguiente afirmación: “...*ya son muchos años de estar ahí (en el pueblo) y yo nunca me sentí integrada ahí a la comunidad, por lo de...como no tenía niños...*”. Aquí puede verse con claridad, que el no tener hijos propios incluso puede llegar a relegarlas de las actividades sociales de su comunidad.

Esto mismo también permite entender que el impacto emocional del embarazo sufrido por estas mujeres sea mayor para quienes no tienen hijos vivos, que para quienes sí los tienen, o para quienes han tenido varias pérdidas. La percepción de las mujeres acerca de este impacto es: “*como tuve amenazas de aborto, sangrados, en este embarazo sí, entonces ¡ayy yo lloraba. Mmmh sí, pues así porque me da miedo perderlo...*”; “*es una experiencia dolorosa, no tener nada, quedarse vacía*”.

Asimismo, las mujeres con embarazo de riesgo han aprendido que éste se vive con dolor, que es un proceso difícil y que implica sacrificios, incluso hasta arriesgar su vida, y que además es el precio que tienen que pagar para ser madres y cumplir con su rol y con lo que se espera de ellas, pero además para preservar su identidad, por lo que han integrado sus complicaciones a su vivencia de la maternidad. Sin embargo, algunas llegan a cuestionarse “por qué tiene que ser así” y por qué sus madres les transmiten la vivencia de la maternidad de esa manera. Esto se observa en frases como: *“yo pienso que la maternidad debe ser un acto natural ¿no?, que no fuera como un acto heroico así; porque la versión de la mamá, de la abuelita, de la tía, de la amiga y de todos, es su versión ¿no? y pareciera que es como toda una odisea...”*

Igualmente, frente a estas experiencias dolorosas y difíciles que las mujeres con embarazo de alto riesgo han integrado a su forma de vivir la maternidad, subyacen también creencias religiosas como “parirás con dolor”, “hay que tener los hijos que Dios te mande”, por ejemplo. Estas creencias, de alguna manera, también refuerzan los mandatos sociales ya descritos acerca de la maternidad en la cultura mexicana, y que estas mujeres refieren que les son transmitidos por su madre para aceptar su condición de riesgo; esto puede observarse en estas frases: *“Como somos católicas, ella me dijo que por algo me lo había mandado Dios, dijo: “Él sabe cuándo y si el otro te lo quitó sabe por qué”*.

No obstante, para comprender de manera más amplia por qué las mujeres con embarazo de alto riesgo se siguen embarazando, también habría que considerar el papel que juega el hombre en esta situación. Ramírez (1999) afirma que el hombre mexicano, busca mujeres que se asemejen a su madre, mujeres que se embaracen mucho, que lacten bien y cocinen mejor y que no se acerquen sexualmente.

Las mujeres con embarazo de alto riesgo, aunque no lo hablan, perciben que sus parejas desean tener hijos vivos y sanos con ellas, a pesar de saber que ponen en riesgo su salud. Ellas lo explican así: *“él me decía: “yo no te quiero poner en riesgo, o sea, ya pasaste por dos, Dios ha sido grande y te ha tenido con nosotros, pero pues sí has estado en riesgo, entonces ya no quiero ponerte en riesgo”*.

Sin embargo, al mismo tiempo, las mujeres identifican que sus parejas tampoco comparten con ellas la responsabilidad de evitar otro embarazo, a través de un método de planificación familiar. Es probable que, en parte, esto se deba a que, para ellos, un



nuevo embarazo signifique la posibilidad de cumplir su rol de padre, aunque eso represente poner en riesgo la salud y la vida de la mujer. El deseo de paternidad presente en algunos, aunque no se expresa, subyace ante la pérdida y la no planeación de los embarazos, pero además se asocia con el temor de que, si no se logra, se vea cuestionada su virilidad, la cual es muy valorada socialmente. Algunos ejemplos de la percepción de estas mujeres acerca del deseo de paternidad de sus parejas, son: *“cuando ve niños sale a la calle, ¡mira! los ve, les habla, los acaricia y yo sentía que era algo que yo no podía darle, que él a lo mejor inconscientemente él hacía, pero yo sentía que lo hacía porque yo no podía darle un hijo...”*. *“Pues anhelaba un bebé, yo siento que sí lo anhela, pero también trae pues como mucho dolor adentro todavía”*.

Para entender la falta de la planeación de los embarazos, de las mujeres y los hombres, habría que abordar de manera más amplia este tema, a través de la perspectiva de género. Ésta nos remite, de nuevo, entre otros aspectos, al tema de la construcción de la identidad, no sólo de las mujeres, lo cual se ha estado abordando en este trabajo, sino también la de los varones, la cual descansa en aspectos como el poder, el tener que demostrar su masculinidad y competir con los demás hombres, por ejemplo.

Al respecto, se coincide con lo planteado por Figueroa (1998), quien afirma que: *“Hablar desde una perspectiva de género implica reconocer que existen símbolos culturalmente disponibles que sustentan conceptos y procesos normativos, que hay nociones políticas e institucionales que vigilan los procesos y que dichos símbolos le van dando forma a la identidad subjetiva de los individuos; por ello no son fáciles de reconocer. La perspectiva de género en tanto opción teórica, metodológica y práctica, incorporada actualmente a la discusión sobre sexualidad y reproducción, permite cuestionar el valor que le asignan hombres y mujeres a los eventos reproductivos, a la vez que reconstruir el proceso histórico que ha llevado a la asignación diferencial de derechos y responsabilidades, con lo que se pueden identificar actores en cualquier proceso de validación, pero también de transformación de las normatividades que han moldeado los espacios reproductivos en contextos específicos”*.

Por lo anterior, se puede ver la importancia y la fuerza que tienen los aspectos socioculturales en la conformación de la identidad de mujeres y hombres, de los roles de género y cómo éstos son reforzados por la sociedad a través de las instituciones.

Asimismo, otro tema en el que habría que profundizar posteriormente, relacionado con esta visión sociocultural y desde un enfoque de género, es el de que el

ejercicio de la sexualidad se vincula necesariamente a la reproducción, el cual a su vez se asocia con los roles de mujeres y hombres en esta sociedad; esto nos permitiría ampliar el conocimiento acerca de la falta de programación de los embarazos en culturas como la mexicana.

Desde esta perspectiva de género podría entenderse también, por qué los hombres no se involucran para decidir entre ambos un método de planificación familiar adecuado, y que las políticas y campañas al respecto no tienen todo el impacto que debieran tener, sobre todo en circunstancias como un embarazo de alto riesgo.

Otra duda que surge al analizar los resultados obtenidos es: ¿por qué las mujeres de este estudio viven como un momento de crisis un embarazo, en apariencia inesperado, pero que no fue evitado?

Aunque parte de la respuesta puede encontrarse en el conflicto subyacente que viven para preservar su identidad a costa de su salud y su propia vida, que se explicó anteriormente; esta pregunta abarca además otros elementos que también deben analizarse para tener una comprensión más completa del fenómeno. Retomando el modelo explicativo obtenido, dichos elementos son aquellos que se relacionan con el entorno en el la mujer que vive este embarazo. Los más importantes son: la relación con la pareja, la situación económica y las experiencias vividas en otros embarazos.

Al respecto, llama la atención la importancia que tiene para las mujeres de este estudio su relación de pareja y el impacto emocional que tiene sobre su vivencia de la maternidad. En sus relatos se observa el lugar que la pareja tiene en sus vidas, sea que se encuentre presente o ausente. Ejemplo de esto son afirmaciones como éstas: *“...yo no esperaba que él, después de todo lo que hemos vivido, tuviera esa reacción y aceptación de decir: “pues ya está aquí y vamos...lo vamos a cuidar”. “Pues al principio sí es como complicado, sí porque asumiera su responsabilidad y no se puede andar por la vida haciendo y deshaciendo, se hiciera responsable”. “...yo pensé que con el embarazo iba a cambiar un poco. Era mi forma de pensar que iba a cambiar todo”*.

Desde su rol de género, algunos de los significados que tienen para ellas la relación con su pareja son el sentirse aceptadas por ellos, que se hagan responsables del embarazo, que por un hijo cambien su actitud y también el de complacerlo en diferentes aspectos, de los cuales el más importante es darle hijos, lo cual se convierte en el

motivo principal para mantener su relación y también como uno de los generadores más importantes de su malestar psicológico.

Por otra parte, quienes no tenían pareja y tuvieron que asumir solas su maternidad, incluyeron a la pareja en su vivencia, a pesar de su ausencia, y le atribuyeron parte de su malestar psicológico por no haberse hecho responsable y no haber querido estar con ellas, pues pareciera que estas mujeres tienen la creencia de que a través de los hijos se puede retener y conservar a la pareja, lo cual forma parte de su rol.

Ellas vivieron esta situación así: *“pues mejor planeo mi vida sola ¿no?”*, *“¿por qué? Pues porque tú así lo estás decidiendo y no te pienso ir a buscar”*; *“Yo decía: “para qué me quedo con él si no vamos a llegar a nada”. Y entonces cuando yo tenía un mes (de embarazo) yo lo troné”*. El impacto emocional por tener que vivir solas su maternidad, al parecer fue menor; sin embargo, les provocó mucho enojo por tener que tomar conciencia de cómo era realmente ese hombre. Aunque en la literatura mundial no se encontraron trabajos que tomaran en cuenta este tema, quizás valdría la pena ampliar el estudio acerca del impacto social que tiene la madre soltera en la cultura mexicana.

La preocupación por la situación económica manifestada por estas mujeres está muy asociada con la presencia o la ausencia de su pareja, con tener un ingreso económico suficiente para recibir a un nuevo miembro, o algo que no dicen, pero que puede leerse entrelíneas, para los gastos que impliquen las complicaciones que pudieran tener durante la gestación. Las mujeres explican esta situación así: *“pero por la cuestión económica él no quería, tantito mi vida y tantito la cuestión económica, que no estamos bien...”*.

Cuando no se cuenta con el apoyo de la pareja, esta preocupación aumenta, aunque se tenga el apoyo familiar, ya que la mujer se siente limitada físicamente por sus complicaciones o porque debe guardar reposo, y no puede salir a trabajar, lo que le genera impotencia y preocupación por el futuro. Esto puede verse en frases como: *“Pues, en primer lugar, lo económico, yo siempre veo lo económico porque digo: “pues que no tengo ni nada qué darle ¿no?”*. *“Anteriormente a mi embarazo yo he tenido un problema de salud pues que sí me había generado muchos problemas económicos y emocionales”*.

Tener hijos vivos o no tenerlos y haber tenido experiencias negativas en embarazos previos contribuye a que el nuevo embarazo se viva como un momento de crisis, que provoca temor y angustia de volver a vivir lo mismo. Esta angustia se ve en comentarios como: *“la angustia por lo ya vivido y por... por todo lo que me han dicho...”*. *“Sí, bueno, traigo mucho a este embarazo que pueda ocurrirme lo mismo ¿no?”*. *“Es muy traumático hacerse uno la ilusión y perderlo”*.

### **3) Atención médica del embarazo**

Desde el interaccionismo interpretativo (Denzin, 2001) es posible analizar las relaciones entre los problemas personales y las políticas públicas y las instituciones públicas que se han creado para dirigirse a estos problemas. En este sentido, un tercer aspecto fundamental para comprender la vivencia del malestar psicológico durante el embarazo de alto riesgo es, sin duda, la atención médica previa y actual recibida por las mujeres.

Cabe recordar que un tema recurrente a lo largo de este trabajo ha sido el referente a los embarazos previos y las malas experiencias tenidas, que en muchos casos, culminaron con la pérdida gestacional. El significado del dolor y la secuela emocional que estas experiencias les dejaron a las mujeres, forman parte medular del malestar psicológico, pero además permite diferenciar entre aquellas mujeres que viven su embarazo sin riesgo y quienes lo viven como alto riesgo.

Sin embargo, surge esta duda: ¿qué papel juega la atención médica en la experiencia de malestar psicológico de estas mujeres?

Los significados que las mujeres con embarazo de alto riesgo dan a esta atención médica antecedente, giran alrededor de la falta de responsabilidad de los médicos frente a su complicación, la atención médica insuficiente, fría, limitada, con maltrato, poco conocimiento de su complicación, procedimientos malhechos, cuyo resultado fue complicaciones y pérdidas de sus bebés. Desde su perspectiva, un ejemplo de su vivencia es: *“Yo fui a un (médico) particular, cuando llegué a los siete meses, me dijeron que allí yo nunca me había atendido, que fuera a un hospital y que ellos no tenían nada que ver, porque yo ya iba muy mal, ya tenía la presión muy alta, entonces mi esposo me llevó a muchos hospitales, de los cuales en ninguno me quisieron recibir”*.

No obstante, habría que tomar en cuenta algunos aspectos alrededor de esta atención médica. Por un lado, al parecer, para estas mujeres su salud es motivo de preocupación únicamente a partir del embarazo, por lo que buscan la atención médica, por lo general, desde el principio, para lograr el embarazo y que su hijo nazca sano, aunque no se sabe si su salud previa era buena y si estaban en condiciones de tener una gestación saludable: *“Es lo que me estaba diciendo el médico internista: “que puede ser que la Diabetes II sea gestacional”, porque me dice que “como tengo un antecedente diabético, es lo más seguro”, pero que se pudo haber desarrollado por el embarazo... Pero ya la catalogaron como Diabetes II, entonces como que está por explicarme si es gestacional o ya es una diabetes”*.

De igual modo, se aprecia que las mujeres solamente valoran su salud después de haber vivido complicaciones y de incluso haber arriesgado su vida, pero esto nuevamente es motivo de preocupación sólo si por esto se dificulta un nuevo embarazo. Aunado a esto, el hecho de que no programen sus embarazos y, por tanto, no se preparen físicamente para ellos, no permite saber con precisión si podría haberse identificado a tiempo cualquier complicación y evitarla.

Por otra parte, en México, de manera más reciente, se reconsideraron tanto el enfoque de riesgo como las políticas públicas al respecto, por lo que la CNEGySR (2009) propone que las complicaciones durante el embarazo son difíciles de pronosticar pero posibles de tratar, por ello, la atención se basa en dos estrategias: una que privilegia el cuidado profesional del parto, y otra que pone énfasis en la atención obstétrica de emergencia (AOE) para evitar la muerte materna. Esta propuesta se centra en la provisión de atención obstétrica de emergencia las 24 horas de los 365 días del año, en el primer y segundo nivel de atención.

Sin embargo, al mismo tiempo, la CNEGySR (2009) reconoce que el acceso a los servicios médicos también está siendo limitado, debido al desmantelamiento del primer nivel como instancia de atención de partos; la sobredemanda de camas hospitalarias en el D.F. y el Estado de México y la sobresaturación de los servicios, y todo esto ha propiciado el rechazo de mujeres que requieren atención en los hospitales de segundo nivel, así como la falta de cunas en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

Lo anterior pone de manifiesto la insuficiencia de la atención médica en los dos niveles de atención. Esto nos lleva a preguntar ¿qué impacto emocional está teniendo en las mujeres esta insuficiencia en la atención médica en la vivencia de sus embarazos? ¿Acaso las mujeres de este estudio están poniendo en evidencia dicho impacto?

En este estudio se observa que en las experiencias previas más complicadas vividas por estas mujeres se dieron dos circunstancias: la gravedad de la mujer producto de la complicación y la pérdida de su hijo durante la resolución del embarazo o a los pocos días. Un ejemplo de esto es lo siguiente: *“...nosotros habíamos sido atendidos en la Raza. En el primer embarazo, donde eran gemelos, nacieron allí forzosamente, pues yo ni siquiera sabía que tenía preeclampsia, nada más me hinché, me detuvieron en la Raza, me detuvieron el embarazo, y a él (su pareja) le dicen: “pues tiene que decidir entre sus hijos y su esposa”. Y pues nacieron, o sea, fue un niño y una niña, y el niño vivió nueve días y la niña 29 días, entonces pues era la agonía...”*

También se puede ver que cuando las complicaciones y las pérdidas se presentaron de manera repetida, el impacto emocional aumentó, lo cual vivieron así: *“Cuando me embaracé otra vez y ya otra vez volver a lo mismo y dije: “¡ay Dios mío!”, pero ya me volvieron a hacer el cerclaje, pero no me lo hicieron bien, el doctor que me atendió no me lo hizo bien, y ya exactamente al mismo tiempo que perdí a la otra niña, se me viene este también. Yo fui a mi consulta normal y me dice el doctor: “señora ya no se puede hacer nada, ya se perdió este bebé”.*

En sus relatos, las mujeres con embarazo de alto riesgo dejan entrever que las pérdidas tenidas en embarazos previos fueron antecedidas por una atención médica insuficiente, tanto a nivel privado como público, en la que, en muchos casos, les dieron diagnósticos erróneos o tardíos de la complicación y que junto con la falta de espacio para proporcionar la atención, contribuyeron a un desenlace fatal para los fetos, lo que les provocó un fuerte impacto emocional.

En cambio, para las mujeres con embarazo sin riesgo, estas mismas circunstancias vividas en sus embarazos previos, en algunos casos, también las pusieron en riesgo tanto a ellas como a sus hijos, y aunque no hubo un desenlace fatal, esto les provocó un impacto emocional. Por ejemplo: *“iba a ser parto normal, no pudo ser parto normal porque la doctora que me estaba atendiendo, me dijo que me faltaba, y a mí me dolía mucho mi estómago y me decía: “que no, que esos no eran dolores de*

*parto”, le digo: “es que me duele mucho, me duele mucho”, “no, no, no, tienes que venir toda hinchada, toda hinchada”, y yo no iba toda hinchada y yo le decía: “doctora es que se me sale como pipí”, “es que es pipí” y fui con otra doctora y me dice: “no, es que es el líquido que ya se está saliendo”, y me hicieron la cirugía porque el bebé ya estaba perdiendo latido, defecó dentro de mí, por eso se complicó...”*

Bajo este contexto de la insuficiencia de la atención médica durante el embarazo y el parto que existe actualmente en México, es en el tercer nivel de atención en donde deben proveerse los cuidados médicos especializados necesarios durante la gestación y el parto de alto riesgo, tal es el caso del HTNAO donde se realizó este trabajo. En dicha institución se brinda a las mujeres una atención completa de su embarazo y sus complicaciones, lo cual para todas las participantes de este estudio fue motivo de confianza y tranquilidad de que estaban en el lugar adecuado para atender las complicaciones de su embarazo. Al respecto, ellas refieren: *“Pues, este, que estoy en buenas manos porque bien saben ellos cómo tratar mi problema y con los estudios que me han hecho y todo, ahorita todos mis estudios están muy bien y mi bebé va bien”. “Realmente creo que estoy en la mejor institución porque la calidad que tienen, o sea tanto desde el que la recibe y todo ha sido muy diferente, me ha dado confianza”. “Porque nunca me habían atendido así, nunca...este, por ejemplo, o sea, yo como le dije a la doctora: “nunca me habían hecho un Papanicolau ni nada”, no sé por qué...”*

En general, tanto las mujeres con embarazo de alto riesgo como sin riesgo manifestaron sentirse contentas con la atención médica recibida, aunque se puede apreciar que las del grupo de alto riesgo también vivieron con angustia y temor el ser aceptadas por el HTNAO para la atención de su embarazo y esto se volvió el centro de sus preocupaciones al inicio; en cambio, las mujeres del grupo sin riesgo, sólo manifestaron su alegría por ser atendidas.

Esto puede entenderse a partir de las experiencias negativas previas. De aquí nos quedaría la duda de ¿qué sucedería si desde los primeros niveles de atención pudiera proveerse la atención médica necesaria para las mujeres embarazadas?; ¿cuántas de ellas no hubieran tenido que pasar por diversas experiencias negativas y cuántas de ellas no tendrían estar viviendo sus embarazos como de alto riesgo? En los casos estudiados, ¿Qué tanto el riesgo de su embarazo se fue construyendo a través de las experiencias negativas y la deficiencia de la atención médica? Estas preguntas bien podrían ser tema

de futuras investigaciones que nos permitan seguir profundizando en la experiencia emocional de las mujeres frente al embarazo de alto riesgo.

Por otro lado, en los relatos se aprecia una demanda importante de estas mujeres hacia la institución: la necesidad de que el personal médico les brinde información detallada acerca de su salud y la condición del embarazo, así como de los trámites administrativos correspondientes, ya que esto les genera seguridad y confianza y las ayuda a reducir su angustia y preocupación, por el contrario, no recibirla les provoca molestias e incertidumbre. Ellas lo viven así: *“Sí, que le expliquen a las pacientes bien su caso, o sea así con “bolitas y palitos”, ¿no?, porque en mi caso sí me...digo, yo me enteré ese mismo día a las 11 de la noche, o sea me dijeron: “tienes azúcar alta y la presión”*”.

Al respecto, desde la mirada médica, para el personal de salud puede ser muy claro lo que le está sucediendo a la mujer en su embarazo y lo que deben hacer para atender la complicación. Sin embargo, en ocasiones, no se percatan de que aunque se le da un diagnóstico a la mujer, ella muchas veces no sabe qué quiere decir eso y qué implica para su salud y la de su hijo, y por ello, en ocasiones, no puede adherirse adecuadamente a su tratamiento ni asumir ciertos cuidados, si no se le explica por qué son necesarios.

Así mismo, dependiendo del tipo de riesgo, a veces se requiere la intervención de otros especialistas, además del obstetra, para el seguimiento de la gestación; esto es, durante el embarazo de alto riesgo pueden participar en la atención de la mujer: el médico internista, el cardiólogo, el endocrinólogo, etc., pero entre ellos, muchas veces no se da una integración de la información para manejarla de la misma manera con la mujer a lo largo de la atención, e incluso a veces, dicha información puede llegar a ser contradictoria y generadora de descuidos. Ejemplo de esto sería el siguiente relato: *“Me internaron porque el endocrinólogo, el residente, me dijo: “que no, que no era diabética, que suspendiera todos los medicamentos”, y a los cuatro días ya estaba hospitalizada porque se me había subido el azúcar... ¿no?, porque me dijo el otro doctor: “es que cómo se le ocurrió”, “es que yo sólo obedecí, a mí me dijeron eso...”, “es que se la debían de quitar poco a poco, no así nada más”*”.

En México, el sistema de atención de la salud no siempre incluye ni considera importante la atención psicológica para las mujeres embarazadas, a pesar de que, por



otra parte, desde la mirada biomédica y psicosocial, se ve el embarazo como una etapa de mayor vulnerabilidad para que la mujer desarrolle trastornos mentales como depresión y ansiedad (p. ej. National Institute of Mental Health, 25 de marzo de 2009; Gaynes, Meltzer-Brody, Lohr, Swinson, Gartlehner, Brody y Miller, 2006; Bennett, Einarson, Taddio, Koren y Einarson, 2004; Alder, Fink, Bitzer, Hösli y Holzgreve, 2007; Kowalenko, Barnett, Fowler y Matthey, 2000; National Collaborating Centre for Mental Health, 2007; Misri y Kendrick, 2007; Austin, 2003b).

Sin embargo, desde esta mirada, para los médicos los aspectos emocionales se encuentran separados de los aspectos fisiológicos del embarazo, y difícilmente se les integra como parte de la explicación acerca de las complicaciones que la mujer puede presentar durante la gestación.

Dentro de las políticas públicas en México, tampoco se toma en cuenta la atención psicológica para la mujer embarazada. Únicamente en la Ley de Salud Mental del D. F. (23 de febrero de 2011), de creación reciente, se le considera parte de la población vulnerable para quien la atención de su salud mental deberá ser prioritaria; sin embargo, todavía queda pendiente desarrollar programas de atención psicológica y de acompañamiento emocional dirigidos específicamente a este grupo.

Algunas instituciones médicas del sector salud cuentan con servicios de psicología que, entre otras poblaciones, atienden e investigan acerca de la salud emocional de la mujer durante el embarazo y el posparto, pero este esfuerzo todavía no es suficiente, hace falta mucho más, sobre todo en cuanto al establecimiento de políticas públicas que, en primer lugar, reconozcan la importancia de la atención psicológica de la mujer embarazada y la incluyan como obligatoria dentro de sus programas de atención a la salud. Además, es necesario proponer criterios que unifiquen dicha atención. Por otra parte, se requiere desarrollar mucha más investigación sobre el tema, que ayude a comprender de manera amplia la experiencia emocional de las mujeres durante el periodo perinatal y, en especial, frente al embarazo del alto riesgo.

## CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos y partiendo de los objetivos iniciales, se puede concluir lo siguiente:

Las mujeres con embarazo de alto riesgo viven la maternidad como un proceso doloroso y difícil, que implica sacrificios, incluso hasta arriesgar su vida, para ser madres y cumplir con su rol y con lo que se espera de ellas, pero además para preservar su identidad, por lo que han integrado sus complicaciones a su vivencia de la maternidad.

El conflicto principal que subyace a la vivencia de la maternidad y a la manifestación del malestar psicológico, es el dilema que vive la mujer entre cumplir su rol como madre para preservar su identidad, aunque con ello arriesgue su salud e incluso su vida, o cuidar su salud, evitando un embarazo con complicaciones que pudieran costarle la vida a ella o a su bebé.

El riesgo percibido por las mujeres es diferente al riesgo diagnosticado por el médico, ya que para ellas éste se define por las experiencias negativas previas, los hijos vivos que tengan, el apoyo familiar y de la pareja y la atención médica tenida y, a partir de la interacción de estos aspectos, viven su embarazo como de alto de riesgo o sin riesgo.

El hecho de que las mujeres vivan su embarazo sin riesgo, se entiende a partir de que el riesgo diagnosticado médicamente es sólo potencial y no una complicación existente que ponga en riesgo su salud o la de su bebé.

Los principales aspectos que se conjugan en la percepción del embarazo sin riesgo son: tener hijos vivos, no haber tenido pérdidas previas ni haber sido hospitalizadas, y contar con el apoyo de la pareja y la familia. Su preocupación se centra en su entorno y su malestar psicológico es menos intenso.

Para las mujeres que viven su embarazo como de alto riesgo, sus preocupaciones giran alrededor de su **salud** y la del bebé, del temor de repetir experiencias previas, del miedo a la pérdida y de las posibles complicaciones que pudieran presentarse.

La intensidad y la duración del malestar psicológico en la mujer con embarazo de alto riesgo se debe a la presencia e interacción de los siguientes aspectos: si no se

tienen hijos vivos, si se han tenido dos o más pérdidas previas, si no se cuenta con el apoyo de la pareja y la familia, si se estuvo hospitalizada en algún momento de este embarazo.

La vivencia de pérdidas y experiencias negativas previas, para estas mujeres representa un impacto emocional importante de mucho dolor y vacío, que deja secuelas emocionales para los siguientes embarazos e intensifica la manifestación del malestar psicológico.

La relación con la pareja influye en la manifestación del malestar psicológico cuando, por la secuela emocional de las experiencias previas negativas de otros embarazos, la relación se desgasta, se vuelve distante y no se puede hablar ni compartir el dolor vivido, llegando incluso a la separación o la infidelidad. Ante esto, de manera implícita, la mujer tiene la creencia de que a través de un nuevo embarazo podrá retener a su pareja. Otra circunstancia que influye en el malestar es cuando la pareja se niega a hacerse responsable del embarazo.

La familia influye en la manifestación del malestar psicológico únicamente cuando la mujer no puede revelarles la gravedad de su condición en este embarazo, para no afectar su salud y evitarles preocupaciones (sobre todo a los padres que son mayores y están enfermos) y, por tanto, no puede recibir todo el apoyo que necesita. Además, la mujer siente que no cumplirle a sus otros hijos el deseo de tener un nuevo hermano, e incluso llegar a pensar en que puede dejarlos solos si por la gravedad de su salud, falleciera, intensifica la manifestación de malestar psicológico.

Las malas experiencias previas en la atención médica, recurrente y con resultados negativos, como pérdidas de los embarazos y condiciones de gravedad en la salud y riesgo de morir por las complicaciones, intensifican la manifestación del malestar psicológico de las mujeres y se asocian con el embarazo actual; pero además, les deja una secuela emocional de dolor y angustia, la cual se revive como malestar psicológico con el nuevo embarazo.

Las mujeres perciben la atención médica actual como buena, lo que les genera tranquilidad y confianza de que su embarazo llegará a término, por lo cual dicha atención no contribuye a generar malestar psicológico.

El malestar psicológico en las mujeres con embarazo de alto riesgo es un proceso emocional que se da en un continuo, en el que todas pueden llegar a presentarlo, en mayor o menor grado, pero que se exagera a partir de dos momentos de crisis o epifanías: el primero es el impacto emocional que se da ante la noticia de un embarazo inesperado, no planeado, y el segundo momento se asocia con el diagnóstico médico de embarazo de alto riesgo. Con ello se inicia la manifestación de diferentes gamas de emociones y en distinta intensidad.

Las mujeres ante el malestar psicológico no suelen buscar atención psicológica ni algún tipo de apoyo extrafamiliar; de alguna manera, lo integran a su vida cotidiana, esperando que su condición mejore en la medida en que su embarazo avanza y las noticias sobre su salud sean buenas.

Entre las principales aportaciones teóricas de este trabajo se encuentran la posibilidad de ofrecer un modelo explicativo del malestar psicológico en las mujeres con embarazo de alto riesgo, el cual permite ubicar el fenómeno en su contexto, para comprender de manera más amplia todos los aspectos que interactúan en su manifestación.

Además, a través de este estudio, podrá tomarse en consideración el papel que juega el alto riesgo en la manifestación emocional y la vivencia de la mujer frente a su embarazo; a diferencia de los estudios biomédicos y psicosociales que privilegian el estudio de la depresión y ansiedad perinatal, sin tomar en cuenta el contexto ni las condiciones de salud en las que las mujeres viven su embarazo. Asimismo, se proveen las características más importantes y las diferencias en la experiencia emocional de las mujeres con embarazo de alto riesgo y las mujeres con embarazo sin riesgo.

También se brinda la posibilidad de identificar y establecer el papel tan relevante que juegan las experiencias negativas en embarazos previos y la atención médica anterior y actual en la manifestación del malestar psicológico, a los cuales no se les había dado importancia en estudios precedentes sobre la salud mental perinatal y que requieren seguirse estudiando.

Del mismo modo, se ha podido comprender la importancia que tiene la función social de la maternidad en la vida reproductiva de las mujeres con embarazo de alto riesgo, y también en la conformación su identidad, así como de su salud mental, pero

sobre todo, se ha podido identificar que el conflicto subyacente en las mujeres estudiadas se da entre su decisión de ser madre, a pesar de los riesgos que eso implique para su salud y para su vida, o cuidar su salud y evitar seguir embarazándose.

A partir de este trabajo puede verse al malestar psicológico como un proceso emocional que puede incrementarse o reducirse, de acuerdo con la combinación y la interacción de las circunstancias del entorno y de las vivencias de la mujer, siendo las más importantes: la experiencias negativas previas, no tener hijos vivos, no contar con el apoyo de la pareja y haber sido hospitalizadas durante su embarazo.

A nivel metodológico, se considera que las principales aportaciones de este trabajo son que partiendo del interaccionismo interpretativo (Denzin, 2001), que es un enfoque teórico que ofrece una alternativa para el estudio de las experiencias emocionales de las mujeres en etapa perinatal, se logró obtener una visión amplia de los aspectos que interactúan en las experiencias de las mujeres frente al embarazo de alto riesgo. Y además provee una perspectiva distinta y que pretende integrar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que participan en las experiencias de las mujeres frente al embarazo de alto riesgo, para el estudio de la salud mental de la mujer durante en esta etapa.

A través del método interpretativo, es posible explicar la vivencia de las mujeres frente al embarazo de alto riesgo, a la luz de todos los elementos que interactúan en este evento reproductivo y permite además la articulación de los aspectos públicos, objetivos y externos con los aspectos privados, subjetivos e internos que participan en la experiencia emocional de las mujeres durante la gestación, lo que pone de manifiesto también, la necesidad de una visión interdisciplinaria para su estudio.

Así mismo, este enfoque brinda la posibilidad, a partir de dos epifanías: el impacto del diagnóstico del embarazo y del riesgo médico, de ver al malestar psicológico como manifestaciones emocionales que pueden estudiarse desde un enfoque crítico y subjetivo, el cual conjunta tanto la condición médica como el contexto social y la experiencia vivida. Esta perspectiva también podría considerarse una alternativa para el estudio de la salud mental perinatal.

Con respecto a las políticas públicas existentes para el abordaje del embarazo, los resultados de este trabajo ofrecen un panorama de los aspectos que interactúan en la

manifestación de malestar psicológico en las mujeres con embarazo de alto riesgo, lo cual debe considerarse tanto para mejorar la atención médica de un evento reproductivo con complicaciones, como para conocer el impacto emocional que tiene la asistencia médica insuficiente sobre las mujeres, pero brinda además elementos para fomentar la atención psicológica durante el embarazo y que ésta se adopte de manera obligatoria, como parte de los programas de salud perinatal existentes en las distintas instituciones.

Por otra parte, se considera que las principales limitaciones de este estudio fueron:

El hecho de que la investigadora trabajara en la institución donde se realizó este estudio, pudo haber influido tanto en las preguntas hechas por ella alrededor de ciertos temas, como en las respuestas dadas por las participantes, en las que pudo haber deseabilidad social al emitir opiniones favorables hacia el hospital, por temor de que su atención médica pudiese ver afectada.

No haber incluido entrevistas con la pareja, familiares y el personal médico para tener un panorama más completo desde todos los participantes de la problemática.

A continuación, se proponen algunas pautas para desarrollar un modelo de intervención psicosocial del malestar psicológico de las mujeres con embarazo alto riesgo, que aborde la problemática incluyendo a sus diferentes participantes, responsables de proporcionar la atención a la mujer con embarazo de alto riesgo, esto es, el equipo de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos), así como la mujer y su pareja.

1. *Sensibilización.* Sería necesario sensibilizar e explicar al personal de salud acerca de las necesidades emocionales que tienen las mujeres con embarazo de alto riesgo, para que las consideren al proporcionar la atención.

2. *Información.* Es importante que el personal de salud ofrezca información detallada y completa acerca de las diferentes enfermedades y complicaciones, así como de otras condiciones de riesgo y las repercusiones y cuidados que la mujer debe tener, para que ésta pueda aclarar todas sus dudas y, de ser posible, se incluya la participación de la pareja, para que ambos tengan la misma información desde el principio. A nivel psicológico, es importante explicar a las mujeres los aspectos más importantes acerca de su salud emocional durante el embarazo, a través de un folleto y de pláticas que le

brinden información general y puntos a considerar para que pueda distinguir cuándo es necesaria una intervención y aclarar sus dudas al respecto.

3. *Orientación.* Ofrecer orientación psicológica a las mujeres, y cuando sea posible también a la pareja, acerca del manejo de las emociones durante el embarazo, sobre todo cuando el tipo de riesgo del mismo sólo sea potencial, y proporcionar estrategias que mejoren la relación con la pareja, la familia y el entorno, para prepararse a recibir a su nuevo hijo en un ambiente favorable para su desarrollo.

4. *Intervención psicológica.* Proporcionar una intervención de acompañamiento y clarificación de las emociones asociadas a las complicaciones actuales o previas del embarazo, así como de su significado simbólico, para favorecer su expresión y manejo; con el fin de que la mujer pueda elaborar las emociones contenidas, producto de las experiencias negativas previas, y obtener una comprensión del significado que para ella tienen las circunstancias que vivió, para que el embarazo actual pueda ser una experiencia emocional independiente y distinta. De ser posible, habría que incorporar a la pareja en esta intervención.

Asimismo, queda para tema de futuras investigaciones, entre otros, el estudio de las motivaciones de las mujeres para no planear sus embarazos a pesar de su riesgo, el papel de la pareja en esta falta de planeación. Además habría que estudiar de manera más amplia las secuelas emocionales en la relación de pareja frente a las complicaciones y las pérdidas. También sería importante seguir profundizando en el estudio del conflicto subyacente de maternidad versus salud y en el impacto emocional de la atención médica insuficiente; así como desarrollar el modelo de intervención psicológica específico para las mujeres con estas problemáticas, a partir de las pautas mencionadas. Asimismo, sería conveniente profundizar en el enfoque de género, para el estudio de estos temas.

Para finalizar, se considera que a través de este estudio se ha podido ampliar la visión acerca de las experiencias emocionales que las mujeres viven frente a las complicaciones del embarazo, lo que permite comprender los aspectos que interactúan en ello y que influyen para la manifestación de malestar psicológico, a partir de una perspectiva biopsicosocial, la cual se suma, pero además integra y complementa, a los hallazgos obtenidos en estudios previos realizados acerca de la salud mental perinatal, desde otros abordajes teóricos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, K. (1996). Planning community mental health services for women: a multiprofessional handbook. United Kingdom: Routledge.
- Ahued, A. J. R., Fernández del Castillo, S. C. y Bailón, U. R. (2003). *Ginecología y obstetricia aplicadas*. México, D. F.: Manual Moderno.
- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösli, I. & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 20(3), 189-209.
- Alfaro, N., Villaseñor, M., Valadez, I., Guzmán, A. & González, Y. (2006). Algunos aspectos históricos del embarazo. *Medigraphic Artemisa en línea*, VIII(1), 50-53.
- Alvarado, C. K. (2005). Concepciones acerca de la maternidad en la educación formal y no formal. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 5(1). (En red). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/447/44750109.pdf>
- Alvarado R., Medina, E. & Aranda, W. (1996). Componentes psicosociales del riesgo durante la gestación. Revisión bibliográfica. *Revista de Psiquiatría*, XIII(1), 30-41.
- Alvarado, R., Medina, E. & Aranda, W. (2002). El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Revista Médica de Chile*, 130, 561-568.
- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves, E., Olea, E. & Vera, A. (2000). Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 38(2), 84-93.
- Arranz, L. L., Blum, G. B. & Morales, C. F. (2001). El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamiento de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia. *Perinatología y Reproducción Humana*, 15, 133-138.
- Atkinson, S. J. & Fançanha, F. M. (1995). Perceptions of risk during pregnancy amongst urban women in Northeast Brazil. *Science & Medicine*, 41 (11), 1577-1586.



- Attie, A. C. L. & Morales, C. F. (1992). Aspectos psicológicos del embarazo de alto riesgo: una revisión. La embarazada con cardiopatía congénita. *Archivos de Instituto de Cardiología de México*, 62, 461-464.
- Austin, M-P. & Priest, S. R. (2005). Clinical issues in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 97-104.
- Austin, M-P. (2003a). Perinatal mental health: opportunities and challenges for psychiatry. *Australasian Psychiatry*, 11(4), 399-403.
- Austin, M-P. (2003b). Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 10-17.
- Austin, M-P. (2003c). Psychosocial assessment and management of depression and anxiety in pregnancy. *Australian Family Physician*, 32(3), 119-126.
- Austin, M-P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Women’s Mental Health*, 7, 1-6.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G. & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698-709.
- Berenzon, G. S. (2003). La medicina tradicional urbana como recurso alternativo para el tratamiento de problemas de salud mental. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D. F.
- Bernazzani, O., Saucier, J. F., David, H. & Borgeat, F. (1997). Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *Journal of Affective Disorders*, 41(1), 39-49.
- Bhagwanani, S. G., Seagraves, K., Dierker, L. J & Lax, M. (1997). Relationship between prenatal anxiety and perinatal outcome in nulliparous women: A prospective study. *Journal of the National Medical Association*, 89(2), 93-98.
- Blanco, A. (1988). *Cinco tradiciones en psicología social*. Madrid, España: Morata.

- Blummer, H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. California, USA: University of California Press.
- Burin, M. (1990). El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cabero, R. L. & Cararach, R. V. (2006). *XIII Curso intensivo de formación continuada. Medicina Materno-Fetal*. Madrid, España: Laboratorios Menarini.
- Cabezón, C. (2006). Nódulos y cáncer de tiroides. *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo*. (En red.) Disponible en: [www.raem.org.ar/resumen.php?IdArticulo=612](http://www.raem.org.ar/resumen.php?IdArticulo=612)
- Carolan, M. C. (2008). Toward understanding the concept of risk for pregnant women: some nursing and midwifery implications. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 652-658.
- Castelazo, A. L., Aguilar, G. J. A. & Calderón, M. J. J. (1970). México. En Sánchez, T. F. (Ed.). *Historia de la Obstetricia y Ginecología en Latinoamérica*. Bogotá, Colombia: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).
- Castelazo, R. G. (2004). *Fundamentos en ginecología y obstetricia*. México, D. F.: Méndez Editores.
- Castilla, M. V. (2005). La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad. *La ventana*, 22, 188-218.
- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción de la pobreza*. Cuernavaca, Morelos: UNAM / Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Castro, F. E., Caldas, A. L., Cepeda, C., Huertas, B. & Jiménez, N. (2008). Creencias, prácticas y actitudes de mujeres embarazadas frente a las infecciones urinarias. *Chía-Colombia*, 8(2), 183-196.
- Cazas, O. & Glangeaud-Freudenthal, N. M-C. (2004). The History of Mother-Baby Units (MBUs) in France and Belgium and of the French version of the Marcé checklist. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 53-58.

- Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEyGSR) (2009). *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*. México: Secretaría de Salud.
- Chalmers, B. (1983). Psychosocial factors and obstetric complications. *Psychological Medicine*, 13(2), 333-339.
- Cox, J. L. (1996). Perinatal mental disorder—a cultural approach. *Review of Psychiatry*, 8(1), 9-16.
- Cox, J. L. (1999). Perinatal mood disorders in changing culture. A transcultural European and African perspective. *International Review of Psychiatry*, 11, 103-110.
- Cucco, M. (2006). *ProCC: Una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana*. Del destino social a la precariedad narcisista. Buenos Aires, Argentina: Atuel.
- Defey, D. (09 de marzo de 2011). El trabajo psicológico y social con mujeres embarazadas y sus familias en los centros de salud. Recuperado el 09 de marzo de 2011. (En red.) Disponible en: [http://www.proyectodesarrolla.org/wp-content/files\\_mf/1275048409caifpublicacionembarazoinsercion.pdf](http://www.proyectodesarrolla.org/wp-content/files_mf/1275048409caifpublicacionembarazoinsercion.pdf)
- Dennis, C-L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *British Medical Journal*, 331, 1-8.
- Denzin, N. K. (2001). *Interpretive interactionism* (2<sup>nd</sup> Ed.). California, USA: Sage Publications Inc.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.) (1994). *Handbook of qualitative research*. USA: Sage Publications.
- Department of Health (2002). *Women's Mental Health. Into the Mainstream. Strategic Development of Mental Health Care for Women*. London, England: The Stationery Office.
- DiPietro, J. A., Ghera, M. M., Costigan, K. & Hawkins, M. (2004). Measuring the ups and downs of pregnancy stress. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25, 189-201.

- Dunkel-Schetter, C., Gurung, R. A., Lobel, M. & Wadhwa, P. (2001). Stress processes in pregnancy and birth: Psychological, Biological and Sociocultural Influences. In A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Eds.). *Handbook of Health Psychology* (pp. 495-518). Mahwah, New Jersey, USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dunn, P. M. (1993). Dr John Ballantyne (1861-1923): perinatologist extraordinary of Edinburgh. *Archives of Diseases in Childhood*, 68, 66-67.
- Ellison, M. A., Hotamisligil, S., Lee, H., Rich-Edwards, J. W., Pang, S. C. & Hall, J. E. (2005). Psychosocial risks associated with multiples births resulting from assisted reproduction. *Fertility and Sterility*, 83(5), 1422-1428.
- Elster, N. (2000). Less is more: the risks of multiple births. *Fertility and Sterility*, 74(4), 617-623.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the Biopsychosocial Model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544.
- Espíndola, J. G., Morales, C. F., Díaz, F. E., Pimentel, N. D., Meza, P., Henales, A. C., Carreño, M. J. & Ibarra, A. C. (2006). Malestar psicológico: algunas manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatología y Reproducción Humana*, 20, 112-122.
- Farkas, Ch. & Santelices, M. P. (2008). Estudio de las preocupaciones asociadas al embarazo en un grupo de embarazadas primigestas chilenas. *SUMMA Psicológica*, 5(1), 13-20.
- Figuerola P. J. G. (1998). Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Suppl. 1), 87-96.
- Fisher, J. R. W., Feekery, C. J. & Rowe-Murray, H. J. (2002). Nature, severity and correlates of psychological distress in women admitted to a private mother-baby unit. *Journal of Paediatric Child Health*, 38, 140-145.
- Fisher, J. & Stocky, A. (2003). Maternal Perinatal Mental Health and multiple births: Implications for practice. *Twin Research*, 6(6), 506-513.

- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata.
- Gaynes, B. N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S. & Miller, W. C. (2006). *Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes*. Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report No. 119. (En red.) Disponible en: [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)
- Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V. y Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 247-255.
- Glover, V. & O'Connor, T. G. (2002). Effects of antenatal stress and anxiety. Implications for development and psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 180, 389-391.
- Gómez L. M. E. & Aldana, C. E. (2007). Alteraciones psicológicas de la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*, 17(1), 53-61.
- Gómez L. M. E., Morales, C. F., Aldana, C. A. & Gaviño, G. F. (2008). Tipo de resolución del embarazo y estado emocional de la mujer. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(7), 365-372.
- Gómez, E. M., Morales, C. F., Aretia, P. A. y Gutiérrez, E. (1990). Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. *Ginecología y Obstetricia de México*, 58, 112-116.
- Gómez, L. M. E. (2007). Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21, 111-121.
- González, C. G. y Morales, C. F. (1993). Normalización de un instrumento para medir la depresión (EAMD) en mujeres embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 7(3), 110-113.
- González, F. C., Morales, C. F. & Gutiérrez, C. E. (1993). Detección oportuna de pacientes gineco-obstétricas con disfunción psicosocial. *Ginecología y obstetricia de México*, 61, 13-21.
- Grant, K-A-, McMahon, C. & Austin, M-P-. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 101-111.
- Grimm, E. R. (1961). Psychological tension in pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, XXIII(6), 520-527.

- Hagen, E. H. & Barrett, H. C. (2007). Perinatal sadness among Shuar women. *Medical Anthropology Quarterly*, 21(1), 22-40.
- Heaman, M. (1998). Psychosocial impact of high-risk pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 41(3), 626-639.
- Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Sabroe, S. & Secher, N. J. (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *British Medical Journal*, 307, 234-239.
- Hediye, A. & Korkmaz, N. (2005). The physical and psychological problems of hospitalized high-risk pregnant women y partial bed rest. *Perinatal Journal*, 13, 91-100.
- Henley-Einion, A. (2003). The medicalisation of childbirth. In Squire, C. (Ed.). *The social context of birth*. United Kingdom: Radcliff Medical Press.
- Hernández, G., Kimelman, J. y Montino, O. (2000). Salud mental perinatal en la asistencia hospitalaria del parto y el puerperio. *Revista Médica de Chile*, 128(11), 1283-1289.
- Herrera, J. A., Alvarado, J. P. & Restrepo, W. (1995). Riesgo biopsicosocial prenatal y preclampsia. *Atención Primaria*, 16, 552-555.
- Herrera, J. A., Ersheng, G., Shahabuddin, A. K. M., Lixia, D., Wei, Y., Fasal, M., Barua, P. C., & Aktner, H. (2006). Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. *Colombia Médica*, 37(2), 6-14.
- Herrera, J. A., Hurtado, H. & Cáceres, D. (1992). Antepartum biopsychosocial risk and perinatal outcome. *Family Practice Research*, 12, 391-399.
- Herrera, J., Salmerón, B. y Hurtado, H. (1997). Prenatal biopsychosocial risk assessment and low birthweight. *Social & Science Medicine*, 44 (8), 1107-1114.
- <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc364.php>
- Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness. How Psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York, USA: Oxford University Press.
- Hudelson, P. M. (1994). *Qualitative Research for Health Programmes*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- Jolly, M., Sebire, N., Harris, J., Robinson, S. & Regan, L. (2000). The risks associated with pregnancy in women aged 35 years and older. *Human Reproduction* 15(11), 2433-2437.
- Jones, A. C. (1978). Life Change and Psychological Distress as Predictors of Pregnancy Outcome. *Psychosomatic Medicine*, 40(5), 402-412.
- Keeping, J. D., Najman, J. M., Morrison, J., Western, J. S., Andersen, M. J. & Williams, G. M. (1989). A prospective longitudinal study of social, psychological and obstetric factors in pregnancy: response rates and demographic characteristics of the 8556 respondents. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 96(3), 289-297.
- Keller, M. C. & Nesse, R. M. (2005). Is low mood an adaptation? Evidence for subtypes with symptoms that match precipitants. *Journal of Affective Disorders*, 86, 27-35.
- Kelly R. H., Russo J. y Katon, W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen. Hosp. Psychiatry*, 23(3), 107-113.
- Kowalenko, N., Barnett, B., Fowler, C., Matthey, S. (2000). *The perinatal period. Early interventions for mental health*. Australia: The Australian Early Intervention Network for Mental Health in young People.
- Kvale, S. (1996). *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*. California, USA: SAGE Publications.
- Lara, M. A., Navarro, C. & Navarrete, L. (2010). Outcome results of a psycho-educational in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *Journal of Affective Disorders*, 122, 109-117.
- Lara, M. A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, F. y Juárez, F. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes en tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29(4), 55-62.
- Lara, M. A., Nhu-Le, H., Letechipia, G. & Hochhausen, L. (2009). Prenatal depression in Latinas in the U.S. and Mexico. *Maternal Child Health Journal*, 13(4), 567-576.
- Lartigue, B. M. T. (1991). *Salud comunitaria: Una visión panamericana*. México, D. F.: Universidad Iberoamericana.
- Lartigue, B. M. T. (1994a). *Guía para la detección de alteraciones en la formación del*

- vínculo materno infantil durante el embarazo*. México, D. F.: Comunicación Gráfica.
- Lartigue, B. M. T. (1994b). *Guía para la observación del vínculo materno infantil durante el primer año de vida*. México., D. F.: Comunicación Gráfica.
- Lartigue, B. M. T. (1994c). *Manual de psicoterapia breve durante el embarazo y la lactancia*. México, D. F.: Comunicación Gráfica.
- Lartigue, B. M. T. (1996). *Sexualidad y reproducción humana en México* Vol. I y II. México, D. F.: Plaza y Valdés.
- Lartigue, T., Maldonado, D. J. M., González, P. I. & Saucedo, G. J. M. (2008). Depresión en la etapa en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2), 111-131.
- Leeners, B., Neumaler-Wagner, P., Kuse, S., Stiller, R. & Rath, W. (2007). Emotional stress and the risk to develop hypertensive diseases in pregnancy. *Hypertension in Pregnancy*, 26, 211-226.
- Leonetti, C. L. & Martins, L. M. B. (2007). Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: A literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 677-683.
- Ley de Salud Mental del Distrito Federal. Publicada el 23 de febrero de 2011.
- Lima de Souza, N., Pinheiro, F. A. A. C., Dantas de Azevedo, G., Bezerra, J. S. M., de Melo, B. L. & Lima de Sousa, N. M. (2007). Maternal perception of premature birth and the experience of pre-eclampsia pregnancy. *Revista Saúde Pública*, 41(5), 1-6.
- Lobel, M., DeVincent, C. J., Kaminer, A. y Meyer, B. A. (2000). The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychology*, 19(6), 544-553.
- 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.
- Lupton, D. (1999). *Risk and sociocultural theory. New directions and perspectives*. United Kingdom. Cambridge University Press.



- Luque, C. M. M. H. (1999). Alteraciones emocionales asociadas con complicaciones ginecoobstétricas. Propuesta de un modelo de evaluación y un programa preventivo. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D. F.
- Macchia, C. L. & Sánchez-Flórez, J. A. (2007). Hipotiroidismo en el embarazo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 58(4), 316-321.
- Mafra, F. V., de Nóbrega, M. C. V., Freitas, L. N. C., Mota, M. S. J. & de Nóbrega, F. J. (2005). Multiprofessional care and mental health in pregnant women. *Revista Saúde Pública*, 39(4), 1-6.
- Magri, R., Míguez, H., Hutson, J., Suárez, H., Menéndez, A., Parodi, V., Koren, G. & Bustos, R. (2008). Sustancias psicoactivas y embarazo. Estudio en una población hospitalaria de Uruguay. *Trastornos Adictivos*, 10(2), 98-103.
- Magri, R., Míguez, H., Parodi, V., Hutson, J., Suárez, H., Menéndez, A., Koren, G. & Bustos, R. (2007). Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 78(2), 122-132.
- Maldonado, D. J. M. & Lartigue, T. (2008a). La prevención de los problemas emocionales y conductuales en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2), 79-89.
- Maldonado, D. J. M. & Lartigue, T. (2008b). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2), 100-110.
- Maldonado, D. J. M., Saucedo, G. J. M. & Lartigue, T. (2008). Psicosis no orgánicas y otros trastornos mentales graves en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2), 90-99.
- Maloni, J. A. & Kutil, R. M. (2000). Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. *Maternal Child Nursing*, 25(4), 204-210.
- Maloni, J. A., Kane, J. H., Suen, L. J. & Wang, K. K. (2002). Dysphoria among high-risk pregnant hospitalized women on bed rest. A longitudinal study. *Nursing Research*, 51(2), 92-99.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C. & Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 12(4), 373-380.

- Mares, M. A. (2006). La interacción educativa desde la perspectiva de los actores sociales encargados de realizarla. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D. F.
- Medina, L. J. M. & Medina, C. N. (2005). Diferencias y similitudes de la preeclampsia y la hipertensión gestacional. *Ginecología y Obstetricia de México*, 73, 48-53.
- Messer, L. C., Dole, N., Kaufman, J. S., Savitz, D. A. (2005). Pregnancy intendedness, maternal psychosocial factors and preterm birth. *Maternal & Child Health Journal*, 9(4), 403-412.
- Míguez, H., Magri, R. & Suárez, M. (2009). Consumo de tabaco y bebidas alcohólicas durante el embarazo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(2):76-83.
- Miranda, H. V. & Carbajal, C. J. A. (2003). Análisis crítico de la incompetencia cervical. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68(4), 337-342.
- Misri, S. & Kendrick, K. (2007). Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 489-498.
- Mora, R. E. J. (2004). *Una aproximación multimetodológica al estudio de las representaciones sociales de la salud mental en una comunidad urbana marginal*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F., México, pp. 15-32.
- Moraes, M., Scorza, C., Abin-Carrinquiry, J. A., Pasquale, A., González, G. & Umpiérrez, E. (2010). Consumo de pasta base de cocaína en Uruguay en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 81(2), 100-104.
- Morales, C. F. & Díaz, E. (2000). Algunas consideraciones sobre la psicología en las instituciones médicas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 14, 176-181.
- Morales C., F., Díaz F., E., Espíndola, H., J. G., Henales A., C., Meza R., M. P., Mota G., C. y Pimentel N., D. (2005). Concepto de salud psicológica. En Universidad Iberoamericana (Ed.): *Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas* (pp. 49-61). México: El Manual Moderno.
- Morales C., F., González C., G. y Valderrama B., G. (1988). Perfil de personalidad de un grupo de mujeres embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 2(4), 165-174.

- Morales, C. F. y González, C. G. (1990). Normalización del instrumento de ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas. *Revista Mexicana de Psicología*, 7(1-2), 75-80.
- Morales, C. F., González, C. G., Ramos, V. C. y Calderón, A. R. M. (1990). Situación marital y emocional de un grupo de mujeres gestantes de alto riesgo. *Perinatología y Reproducción Humana*, 4(2), 63-67.
- Morales, C. F., Luque, C. M. & Barroso, A. J. (2002). Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. *Perinatología y Reproducción Humana*, 16, 157-162.
- Morales, C. F., Pimentel, N. D., Sánchez, B. C. & Henales, A. C. (2008). Versión breve (15 reactivos) del Cuestionario General de Salud para la identificación oportuna de malestar psicológico en mujeres. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(6), 313-318.
- Morín, E. (1998). *El Método, IV. Las ideas*. Madrid: Cátedra, pp. 216-244.
- Mota G. C. (2008). *Duelo perinatal y actitud hacia la maternidad en mujeres con pérdida gestacional*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Nakano, Y., Oshima, M., Ogasawara, M. S., Aoki, K., Kitamura, T. & Furukawa, T. A. (2004). Psychosocial predictors of succesful delivery after unexplained recurrent spontaneous abortions: a cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 440-446.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2007). Antenatal and Postnatal Mental Health. Clinical management and service guidance. (En red.) Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG45fullguideline.pdf>
- National Institute of Mental Health (25 de marzo de 2009). Depresión: lo que toda mujer debe saber. Recuperado el 25 de marzo de 2009. (En red.) Disponible en: <http://www.clinicadedepresion.com/images/DEPRESION%20EN%20LA%20MUJER..pdf>
- National Institute of Mental Health (23 de abril de 2012). Síndrome de aspiración de meconio. Medline plus. (En red.) Recuperado el 23 de abril de 2012. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001596.htm>

- Nhu-Le, H., Lara, M. A. & Perry, D. F. (2008). Recruiting Latino women in the U. S. and women in Mexico in postpartum depression prevention research. *Archives of Women Mental Health, 11*, 159-169.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 (1993). Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. (En red.) Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- Nunes, B. M., Daher, B. A. S. & Rodrigues, T. E. C. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora, 7*( 1), 39-48.
- Oates, M.R., Cox, J. L., Neema, S., Asten, P., Glangeaud-Freudenthal, N., Figueredo, B., Gorman, L.L., Hacking, S., Hirst, E., Kammerer, M. H., Klier, C. M., Seneviratne, G., Smith, M., Sutter-Dallay, A.-L., Valoriani, V., Wickberg, B. & Yoshida, K. (2004). Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study. *British Journal of Psychiatry, 184*(supl.46), s10-s16.
- Oficina de NIH para Investigaciones Extraintitucionales (2008). Protección de los participantes humanos de la investigación. (En red.) Disponible en: <http://pphi.nihtraining.com/>
- Ortega, L., Lartigue, T. & Figueroa, M. E. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, en una muestra de mujeres embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana, 15*, 11-20.
- Ortiz- Lobo, A. (2008). Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar. *Átopos, 7*(2), 26-34.
- Ortiz-Lobo, A. & de la Mata-Ruiz, I. (2004). Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Átopos, 2*, 15-22.
- Oskamp, M. (1997). *The lived experience of women with Preterm Rupture of Membranes (PPROM), who remained at home until delivery of their infants*. Thesis for Degree of Master of Science, University of Toronto, Toronto, Canada.

- Otchet, F., Carey, M. S. & Adam, L. (1999). General Health and Psychological Symptom Status in Pregnancy and the Puerperium: What is normal? *Obstetrics & Gynecology*, 94(6), 935-941.
- Paalberg, Vingerhoets, Passchier, Dekker y Van Geijn (1995). Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(5), 563-595.
- Palomar, V. C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *La ventana*, 22, 35-67.
- Parma, R. B. (2007). Hipertiroidismo en el embarazo. *Glándulas tiroideas y paratiroides* 8(16), 38-41.
- Pedroso de Souza, E. A., da Costa, A. L. C. & Guerreiro, C. A. M. (2008). Clinical and psychological aspects of pregnancy in women with epilepsy. In Takahashi, K. (Ed.). *Epilepsy Research Progress*. New York, USA: Nova Science Publishers.
- Peixoto, Q. M., Carvalho, L. M. C. & Lefèvre, F. (2006). Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 16(1), 12-21.
- Pérez, R. L. & Márquez, B. M. L. (2004). La atención a la salud durante el embarazo y el parto. Una propuesta desde la psicología de la salud. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 61-75.
- Pimentel Nieto, D. (2007). Guía clínica para la intervención psicológica de mujeres embarazadas con endocrinopatías. *Perinatología y Reproducción Humana*, 21, 54-68.
- Pimentel, S. 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.
- Qiu, C., Sánchez, 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. *BMC Women's Health*, 7(15), 1-7.
- Ramírez, S. (1999). *El mexicano, psicología de sus motivaciones*. México, D.F.: Grijalbo.

- Rivas, M., Nuevo, R. & Ayuso-Mateos, J. L. (2011). Depresión subclínica en España: prevalencia e impacto sobre la salud. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(3); 144-149. doi: 10.1016/j.rpsm.2011.05.005
- Rodriguez, A., Bohlin, G. & Lindmark, G. (2001). Symptoms across pregnancy in relation to psychosocial and biomedical factors. *Acta Obstetricia et Gynaecologica Scandinavica*, 80, 213-223.
- Rodríguez, M. E. (2000). Costumbres y tradiciones en torno al embarazo y el parto en el México virreinal. *Anuario de Estudios Americanos*, LVII(2), 501-522.
- Rojas, J. (2005). Características psicosociales y de salud de gestantes que desean o no su embarazo. *Revista Comportamiento*, 7(2), 35-44.
- Rondó, P. H. C., Ferreira, R. F., Nogueira, F., Ribeiro, M. C. N., Lobert, H. & Artes, R. (2003). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, 266-272.
- Ross, L. E., Sellers, E. M., Gilbert, J., Evans, S. E. y Romach, M. K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: Development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 457-466.
- Sable, M. R. & Wilkinson, D. S. (2000). Impact of perceived stress, major life events and pregnancy attitudes on low birth weight. *Family Planning Perspectives*, 32(6), 288-294.
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*, 7, 169-183.
- Sánchez, B. A., Espinosa, S., Ezcurdia, C. & Torres, E. (2004). Nuevas maternidades o la deconstrucción de la maternidad en México. *Debate Feminista*, 15(30), 55-86.
- Secretaría de Salud (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud.
- Stryker, S. (1980). *Symbolic Interactionism*. California, USA: The Benjamin/Cummings Publishing Company.

- Suárez, S. S. & Puertas de G., M. (2008). Vivencias de la mujer embarazada con hipertensión arterial. Estudio de caso. *Biblioteca Lascasas*, 4(4). (En red.) Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc364.php>
- Thirlaway, K. J. & Heggs, D. A. (2005). Interpreting risk messages: Women's response to health story. *Health, Risk & Society*, 7(2), 107-121.
- Tudiver, F. & Tudiver, J. (1982). Pregnancy and psychological preparation for parenthood. *Canadian Family Physician*, 28, 1564-1568.
- United Nations (1995). Fourth World Conference on Women. Beijing, China, September, 1995. (En red.) Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/index.html>
- Velasco, A. S. (2006a). *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria de salud*. Madrid, España: Instituto de la Mujer.
- Velasco, A. S. (2006b). *Evolución de los enfoques de género en salud y teoría feminista*. Madrid, España: Escuela Nacional de Sanidad y Observatorio de Salud de la Mujer del M° de Sanidad y Consumo y Instituto de la Mujer del M° de Trabajo y Asuntos Sociales.
- 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.
- World Health Organization (1998). Promoción de la salud. Glosario. (En red.) Disponible en: [http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf)
- World Health Organization (2000). *Women's Mental Health: An Evidence Based Review*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2003). *Antenatal care in developing countries. Promises, achievements and missed opportunities*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

**A P É N D I C E S**



## APÉNDICE 1. GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

### Presentación

Mi nombre es Ma. Eugenia Gómez, soy psicóloga de este hospital y estoy realizando mi tesis de doctorado, por lo que estoy muy interesada en conocer algunas cuestiones relacionadas con su estado de ánimo durante este embarazo, cómo se ha sentido al respecto, cómo está viviendo esta gestación y si ha tenido algún problema físico o emocional durante este tiempo. Por estos motivos me sería de mucha utilidad hablar con Ud. sobre estos temas para conocer más acerca de cómo viven las mujeres emocionalmente su embarazo.

Quiero mencionarle que la información que Ud. me proporcione será confidencial, de tal manera que nadie podrá saber lo que Ud. dijo ni se mencionará su nombre. Estas entrevistas por lo general se registran con una grabadora para tener la información más completa posible de lo que Ud. nos diga ¿tendría algún inconveniente en que se grabara la entrevista?

Lo que grabemos después se transcribirá en un papel y cuando lo tengamos el archivo será borrado. La información que nos proporcione será analizada con la de otras personas y se sacarán conclusiones generales acerca del tema. ¿Tiene alguna pregunta o comentario? (Presentación adaptada de Berenzon, 2003).

Nombre del investigador: \_\_\_\_\_

Lugar de aplicación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora inicio: \_\_\_\_\_ Hora término:

\_\_\_\_\_

## 1. MATERNIDAD

**Objetivo:** conocer cuál es la vivencia de las pacientes alrededor de lo que significa para ellas la maternidad actual (Con este tema se cubre el objetivo específico No. 1)

*Puntos a tratar:*

- a) Planeación del embarazo
- b) Emociones asociadas
- c) Preocupaciones asociadas
- d) Estrés asociado
- e) Cambios y malestares físicos, emocionales y sociales asociados
- f) Vivencia del embarazo a partir de su diagnóstico
- g) Reacción y apoyo de la pareja
- h) Vivencia de eventos negativos durante el embarazo

## 2. TIPO DE RIESGO DEL EMBARAZO

**Objetivo:** conocer cuál es la vivencia de las pacientes alrededor del embarazo de alto riesgo a partir del diagnóstico médico (Con este tema se cubre el objetivo específico No. 2).

*Puntos a tratar:*

- a) Aparición del riesgo
- b) Evolución del riesgo
- c) Vivencia del riesgo a partir del diagnóstico médico
- d) Emociones asociadas

## 3. EMBARAZOS ANTERIORES

**Objetivo:** comprender cómo ha vivido la mujer los embarazos previos, si tuvo complicaciones o pérdidas gestacionales y si esto influye en la manifestación de malestar psicológico (con este tema se cubre el objetivo específico No. 3).

- e) a) Vivencias en los embarazos anteriores
- f) b) Repercusiones en el embarazo actual
- g) c) Relación con el riesgo actual

## 4. OTROS SIGNIFICATIVOS

**Objetivo:** conocer cómo es la relación de la paciente con la pareja y la familia y otras personas (amistades, vecinos) desde el embarazo y si esto influye en la

manifestación de malestar psicológico. (Con este tema se cubren los objetivos específicos No. 4 y 5).

*Puntos a tratar:*

- a) Cómo es la relación con su pareja
- b) Cómo han vivido este embarazo
- c) Cómo tomaron el diagnóstico de alto riesgo
- d) Se modificó la relación a partir de ello, ¿cómo?
- e) ¿Se siente apoyada por él?
- f) Cómo es la relación con su familia
- g) Cómo han vivido este embarazo
- h) Cómo tomaron el diagnóstico de alto riesgo
- i) Se modificó la relación a partir de ello, ¿cómo?
- j) ¿Se siente apoyada por ellos?
- k) ¿Cómo es la relación con su madre?
- l) ¿Alguien más (no familiar) la está apoyando?

#### **m) 5. ATENCIÓN MÉDICA ACTUAL**

**Objetivo:** comprender cuál ha sido la experiencia de la mujer con respecto a la atención médica recibida en la institución (Con este tema se cubre el objetivo específico No. 6)

- a) Cómo ha vivido la atención médica en el HTNAO
- b) Qué información le han dado
- c) Cómo le afecta en su estado de ánimo

#### **6. MALESTAR PSICOLÓGICO DURANTE EL EMBARAZO**

**Objetivo:** comprender de manera integral cuál es la vivencia y la percepción de la mujer con respecto a su estado emocional durante el embarazo de alto riesgo y sus manifestaciones. (Con este tema se cubre el objetivo específico No. 7).

*Puntos a tratar:*

- a) Aparición
- b) Evolución
- c) Vivencia del malestar psicológico
- d) Emociones presentadas
- e) Asociación del malestar psicológico con el embarazo

- f) A qué atribuye el malestar psicológico
- g) Situaciones que incrementan el malestar psicológico
- h) Situaciones que disminuyen el malestar psicológico
- i) Qué ha hecho para sentirse mejor

## APÉNDICE 2. PREGUNTAS PARA LA GUÍA DE ENTREVISTA

TEMAS	PREGUNTAS
1. Embarazo y maternidad	
a) Planeación del embarazo	¿Ud. quería un embarazo en estos momentos de su vida?  ¿Su pareja y Ud. planearon el embarazo?
b) Emociones asociadas con el diagnóstico de embarazo	¿Cómo reaccionó frente a la noticia del embarazo?  ¿Qué hizo al saberlo?  ¿Qué sintió?
c) Preocupaciones y estrés asociado	¿Cómo era su estado de ánimo al saberlo?  ¿Cambió en algo?  ¿Describame cómo son esas emociones, sensaciones, etc.?
d) Cambios y malestares físicos, emocionales y sociales asociados	¿Cómo es su estado físico a partir del embarazo?  ¿Qué siente?  ¿Cómo es lo que siente?  ¿Cómo influyen los cambios físicos en su estado de ánimo?  ¿Cómo es el ambiente a su alrededor a partir del embarazo?  ¿Cómo se comportan con Ud. las personas a su alrededor?  ¿Percibe algún cambio en el ambiente y las personas que la rodean a partir del embarazo?
e) Relación con la madre	¿Cómo se lleva con su mamá?  ¿Cómo tomó ella la noticia?  ¿Cómo es su relación con ella a partir de la noticia del embarazo?
f) Reacción y apoyo de la pareja frente al diagnóstico	¿Cómo reaccionó su pareja cuando supo del embarazo?  ¿Qué hizo al saberlo?  ¿Cómo es su relación con él desde que supieron del embarazo?
g) Vivencia de eventos negativos durante el embarazo	¿Ha vivido algún evento negativo durante su embarazo?  ¿Cuál?  ¿Cómo le ha afectado esto?
h) Motivación hacia el embarazo	¿Qué le hace pensar y sentir este embarazo?  ¿Qué es para Ud. vivir este embarazo?

	¿Cómo está viviendo Ud. este embarazo?
2. Tipo de riesgo del embarazo	¿Cuál es el motivo para atenderse en el HTNAO? ¿Cuándo se lo diagnosticaron, detectaron, etc.? ¿Cómo reaccionó ante esto? ¿Cómo vive el diagnóstico de “alto riesgo”?
3. Otros significativos	<p>Pareja</p> <p>¿Cómo es la relación con su pareja? ¿Cómo han vivido este embarazo? ¿Cómo reaccionó su pareja frente al diagnóstico de “alto riesgo”? ¿Cómo es su relación a partir de esto? ¿En qué cambió? ¿Cómo la apoya su pareja? ¿Cómo se siente Ud. con este apoyo?</p> <p>Familia</p> <p>¿Cómo es la relación con su familia? ¿Cómo ha vivido su familia este embarazo? ¿Cómo reaccionaron frente al diagnóstico de “alto riesgo”? ¿Cómo es su relación con ellos a partir de esto? ¿En qué cambió? ¿Cómo la apoyan? ¿Cómo se siente con este apoyo?</p> <p>Otras redes de apoyo</p> <p>¿Cómo han vivido otras personas cercanas (vecinos, amigos, etc.) su embarazo? ¿Cómo han reaccionado ellos frente al diagnóstico de “alto riesgo”? ¿Cómo la apoyan? ¿Cómo se siente con este apoyo?</p>
4. Malestar psicológico durante el embarazo	¿Cómo ha sido su estado de ánimo durante el embarazo? ¿Qué ha sentido? ¿En qué ha cambiado? ¿Cómo le afectan estos cambios? ¿Desde cuándo se dio cuenta que se sentía así? ¿Qué hizo al sentir esto? ¿Por qué cree que habrá cambiado así su estado de ánimo? ¿Ya se había sentido así antes? ¿Frente a qué situaciones ha observado que cambia

	<p>su estado de ánimo?</p> <p>¿Cómo vive esas situaciones?</p> <p>¿Qué ha hecho para sentirse mejor?</p> <p>¿Lo ha logrado?</p>
5. Atención médica actual	<p>¿Cómo ha vivido la atención médica en el HTNAO?</p> <p>¿Cómo se siente con la atención médica recibida?</p> <p>¿Considera que ha tenido alguna experiencia negativa durante su atención?</p> <p>¿Describa cómo vivió esa situación?</p> <p>¿Qué hizo ante ello?</p> <p>¿Qué sintió?</p>
6. Embarazos anteriores	<p>¿Cómo ha vivido sus embarazos anteriores?</p> <p>¿Cómo le han afectado esos embarazos?</p> <p>¿Cómo influyen esos embarazos en su estado de ánimo actual?</p> <p>¿Cómo influyen esos embarazos en su vivencia del embarazo actual?</p> <p>¿Cómo han afectado los embarazos anteriores su relación de pareja?</p> <p>¿Cómo han afectado esos embarazos su atención médica?</p>

**APÉNDICE 3. TABLAS DE CONDENSACIÓN DE SIGNIFICADOS (KVALE, 1996) DE LAS CATEGORÍAS ANALIZADAS**

**Tabla 5. Condensación de significados sobre embarazo y maternidad**

<b>EMBARAZO SUBCATEGORÍAS</b>	<b>ENFERMEDAD PREVIA A EMBARAZO</b>	<b>COMPLICACIONES DEL EMBARAZO</b>	<b>OTRO TIPO DE RIESGO</b>
<b>Planeación embarazo</b>	- Embarazo no planeado, sorpresivo	- Embarazo no planeado - <b>Embarazo decidido por la propia mujer sin estar totalmente de acuerdo con la pareja:</b> por salvar la relación de pareja y por cumplir un sueño.	- Embarazo no planeado, sorpresivo, impactante
<b>Reacción pareja frente a dx</b>	- Gusto, ilusión, apoyo en quehaceres, cuidado de la mujer e hijo - <b>No querían ponerlas en riesgo otra vez</b> - No quiso hacerse responsable del embarazo	- <b>Distante, más responsabilidad, miedo a la pérdida</b> - <b>Distante, más responsabilidad, carga, desconcierto, cambio de planes</b> - Alegría, apoyo en quehaceres y cuidado de mujer e hija	- Alegría, apoyo en quehaceres y cuidado de mujer e hijos - Desconcierto y apoyo - Enojo y preocupación por situación económica - No quiso hacerse responsable
<b>Emociones asociadas</b>	- <b>Angustia</b> - <b>Angustia, devastación emocional, miedo por su salud, incomodidad, impacto, incredulidad</b> - <i>Ambivalentes:</i> angustia y alegría, angustia, enojo, alegría y tristeza	- Alegría y gusto - <i>Ambivalentes:</i> alegría y <b>miedo a la pérdida</b> - angustia y <b>miedo a la pérdida</b>	- Alegría - <i>Ambivalentes:</i> impacto, alegría y preocupación - Enojo, rechazo y tristeza
<b>Preocupaciones y estrés asociado</b>	- <i>Asociado a pérdidas anteriores:</i> <b>temor de volver a vivir la experiencia, angustia por el riesgo</b> - <i>Problemas de salud diagnosticados en el embarazo:</i> incertidumbre y <b>angustia</b> - <i>Enfermedad previa y su repercusión en el embarazo (con y sin pérdidas previas):</i> <b>temor de volver a vivir la experiencia, vivir en desventaja física el embarazo.</b> - Situación económica y desempleo	- <i>Asociado a pérdidas anteriores:</i> <b>miedo a perder el embarazo</b> y encariñarse con el bebé - <i>Problemas de salud diagnosticados en el embarazo:</i> preocupación por su salud, enojo y miedo a la enfermedad	- Situación económica y desempleo - Por salud del bebé - <i>Otras preocupaciones:</i> diferencia con pareja en la educación de hijo
<b>Eventos negativos durante el embarazo</b>	- <b>Internamiento en el hospital asociado al riesgo</b> - <b>Internamiento en el hospital por descuido médico</b>	- <b>Internamiento en el hospital asociado al riesgo</b> - Problemas con pareja por riesgo del embarazo	- Pérdida de un familiar: muerte de abuela
<b>Cambios y malestares en el embarazo</b>	- Náuseas, piernas hinchadas, dificultades para dormir, síntomas de diabetes	- Cansancio, dificultades para dormir, dolor de pechos y cadera, síntomas de hipertensión - Cambios de humor, enojo, irritabilidad, miedo a la soledad, melancolía, tristeza. Esperanza de lograr el	- Dolor de cintura, genitales, pechos y cabeza, náuseas, mareos, presión baja, cansancio, dificultades para dormir, ardor de piel - Ánimo bajo, desgano.
<b>Físicos</b>			
<b>Emocionales</b>	- <b>Angustia, temor, miedo a complicaciones, aprensión, preocupación</b>		



<p>Físico-emocionales</p> <p>Sociales</p>	<p>por el futuro, hipersensibilidad, preocupación por su salud, aceptación de la situación.</p> <p>- Elevación de la presión arterial al momento de su medición</p> <p>-Distanciamiento de amistades, apoyo, solidaridad, incredulidad de amistades</p>	<p>embarazo.</p> <p>-----</p> <p>- Aceptación de la comunidad</p>	<p>Experiencia diferente, mayor autocuidado.</p> <p>- Dermatitis severa</p> <p>- Interés de la suegra por el embarazo</p> <p>- Celos de los hijos</p>
<p><b>MATERNIDAD SUBCATEGORÍAS</b></p>			
<p>Motivación hacia el embarazo</p>	<p>-Asociada al riesgo actual y a pérdidas anteriores: sentir movimientos feto y fuerza para estar bien</p> <p>-El embarazo representa algo para sí mismas y para su relación con los demás: salir adelante, fortaleza y apoyo familiar</p>	<p>-Asociada al riesgo actual y a pérdidas anteriores: motivo para luchar</p> <p>- El embarazo representa algo para sí mismas y para su relación con los demás: mejorar la relación de pareja, tener alguien, tener un hijo propio</p>	<p>-Asociada al riesgo actual y a pérdidas anteriores: disfrutar el embarazo con más conciencia, sentir los movimientos del feto</p> <p>- El embarazo representa algo para sí mismas y para su relación con los demás: mejorar la relación de pareja, cumplió su deseo de tener gemelos, motivos para luchar</p>
<p>Percepción o vivencia de la maternidad</p>	<p>- Con hijos vivos: experiencias negativas por pérdidas de embarazos anteriores y complicaciones por enfermedad: muy diferente lo que imaginaba que lo que le tocó vivir</p> <p>- Sin hijos vivos: experiencia dolorosa: no tener nada, quedarse vacía</p> <p>- Primer embarazo: algo más natural, se puede salir adelante como madre soltera</p>	<p>-Con hijos vivos: experiencias negativas: enojo, exigencia y desesperación por su hijo; experiencia dolorosa por pérdidas, algo negado para ella. Experiencias positivas: ser madre adoptiva.</p> <p>- Primer embarazo: experiencias negativas: tener que vivirlo sola y tener toda la responsabilidad. Experiencias positivas: el sueño de su vida</p>	<p>- Con hijos vivos: experiencias negativas: sin mucho apoyo de pareja, difícil vivirlo sola, cambio de proyectos, volver a empezar, estresante. Experiencias positivas: experiencias diferentes, flexibilidad con hijos, tolerancia, disfrutarlos.</p>

Tabla 6. Condensación de significados sobre el tipo de riesgo del embarazo

SUBCATEGORÍAS	ENFERMEDAD PREVIA A EMBARAZO	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	OTRO TIPO DE RIESGO
a) Tipo de riesgo	Hipertensión arterial, enfermedad hipertensiva del embarazo y antecedente de preeclampsia y pérdida perinatal, migraña y probables problemas en el feto por toma de medicamentos en el 1er. trimestre de embarazo; probable diabetes mellitus.	Incompetencia Ístmico-Cervical y pérdida gestacional recurrente, diabetes gestacional (probable diabetes mellitus II)	Antecedente de peritonitis, embarazo gemelar y edad materna avanzada.
b) Reacción frente al diagnóstico	Angustia, tristeza, sugerencia de abortarlo por mal pronóstico, alegría y angustia, impacto, preocupación, devastación emocional, incertidumbre por su estado de salud, enojo	Miedo a perder el embarazo, necesidad de cuidarse más, angustia y miedo por la salud, miedo a repetir la experiencia, enojo y dificultad para aceptar el embarazo	Sorpresa, gusto, impacto, preocupación, dificultad de aceptación, enojo, pensamiento de abortarlo, aceptación
c) Vivencia del riesgo	Nerviosismo, preocupación, temor a las complicaciones, confianza en la atención médica, miedo a la pérdida del embarazo, mayor conciencia de autocuidado, pendiente de los movimientos fetales, preocupación por tener la atención médica, conciencia de que lo más importante es el bebé, preocupación al comprender la magnitud del riesgo, sentirse disminuida por los problemas de salud, culpabilidad por no haberse embarazado antes.	Mayor conciencia de autocuidado, esperanza de lograr embarazo por procedimiento médico, culpa por la enfermedad actual, reproche, castigo, enojo, conciencia de que lo más importante es el bebé, miedo, ocultar el estado real de salud a la familia, presión, angustia, preocupación, miedo a perder al bebé.	Mayor conciencia de autocuidado, miedo a las complicaciones, confianza en la atención médica, preocupación, miedo por la salud del bebé, miedo a no vivir lo suficiente (por edad) para sacar al bebé adelante.
d) Decisión de seguir el embarazo	Pensar en suspender el embarazo para no volver a vivir complicaciones, por no contradecir a su religión, por sus otros hijos, preferible tenerlo aunque sea enfermo, miedo, tristeza y toma de conciencia pensar que el bebé pudiera venir mal.	Nadie tuvo que tomar esta decisión	Pensar en suspender el embarazo para no volver a vivir complicaciones, por la edad, por no contradecir a su religión, por sus otros hijos, miedo, tristeza y toma de conciencia pensar que el bebé pudiera venir mal, arrepentirse al verlo en ultrasonido
e) Estado de salud previo al embarazo	Sin problemas de salud previos, la hipertensión sólo se les manifiesta en el embarazo, problemas previos de salud sin diagnóstico definido.	Sin problemas de salud previos	Sin problemas de salud previos

Tabla 7. Condensación de significados sobre los embarazos anteriores

SUBCATEGORÍAS	ENFERMEDAD PREVIA A EMBARAZO	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	OTRO TIPO DE RIESGO
<b>a) Vivencia</b>	<p>(1ª. Gesta) Diagnóstico tardío de complicación, negativa a ser atendida por su gravedad (preclampsia), búsqueda de hospital para recibir atención, angustia y preocupación por la salud del feto, sentir que estaba perdiendo tiempo en cada hospital, sentirse muy mal físicamente, internamiento en terapia intensiva, ocultamiento del fallecimiento del bebé para no alterarla, recordar la experiencia. Experiencia traumática por embarazo gemelar, no identificación de preclampsia, internamiento y decisión de la pareja entre su vida y de los bebés, nacimiento prematuro, atención de los bebés, maltrato médico y su fallecimiento posterior (a los 9 y 29 días de vida, angustia, tristeza, dolor durante velorio y entierro.</p> <p>(2ª. Gesta) preclampsia a los 8 meses de gestación, tranquilidad de oír el llanto del bebé, angustia por la hospitalización, hija viva actual. Aumento de cuidados para lograr el embarazo, amenaza de parto prematuro y muerte fetal, revivir el dolor, no avisar a la familia para no afectarlos, no hacen ritual y lo incineran.</p>	<p>(Primeras gestas) al principio embarazos sin complicaciones, sangrados y trabajo de parto prematuro y pérdidas, miedo a perder el embarazo y no poder disfrutarlo, solicitud de cerclaje al médico y rechazo a hacerlo. No saber que está embarazada, descuido de suegra y no lleva al médico, trabajo de parto prematura y pérdidas, tristeza, cerclaje mal hecho, bebé prematuro, cuidado en el hospital, esperanza de lograrse, muerte imprevista, dolor, mala atención médica, angustia. Búsqueda de atención especializada, cerclaje y nacimiento de un hijo vivo. Angustia con cada nuevo embarazo, no querer volver a vivir lo mismo, sin hijos vivos.</p>	<p>No cuidarse para evitar un nuevo embarazo, no darse cuenta del embarazo, cada embarazo es diferente, inexperiencia, conflictos con la pareja, sin apoyo familiar. Problemas para lograr el embarazo, alegría por el embarazo, mayores cuidados para evitar complicaciones. Complicaciones y partos prematuros, mala atención médica.</p>
<b>b) Complicaciones</b>	<p>(1ª gesta) diagnóstico tardío de preeclampsia, elevación de la presión arterial repentina e interrupción del embarazo, atención médica insuficiente para los bebés prematuros (Gestas posteriores) bebé tragó meconio al nacer y virus en el líquido céfaloorraquídeo, internamiento y recuperación. Amenaza de parto prematuro y óbito.</p>	<p>Sangrado repentino, ruptura prematura de membranas, parto prematuro y muerte neonatal. Cerclaje fallido, aborto sin saber del embarazo.</p>	<p>Peritonitis por infección de la herida de la cesárea, placenta previa y amenaza de aborto, dificultades para embarazarse por problemas ginecológicos, aborto sin saber del embarazo.</p>
<b>c) Afectación</b>	<p>Tristeza, aislamiento, temor, reponer al bebé perdido, recordar al bebé,</p>	<p>Tristeza, no sentirse aceptada en su comunidad, miedo a volver a vivir la experiencia.</p>	<p>Temor de que le pase algo y dejar a sus hijos solos, desilusión y</p>

	dolor por las pérdidas, vacío, no poder relacionarse con otros bebés, necesidad de dar amor a otros bebés, ya no querer tener más hijos.		desanimado para volver a intentar un embarazo, pensar que no iba a poder tener más hijos.
<b>d) Relación de pareja</b>	Aislamiento, enojo y culpar a pareja de la pérdida, distanciamiento breve, discusiones, comunicación, apoyo, dificultad para expresar el dolor, no querer tener relaciones sexuales para evitar otro embarazo, pensar en separarse, refugiarse en el trabajo, sin comunicación.	Distanciamiento, separación temporal, infidelidad, enojo, falta de apoyo, aceptación de la situación, apoyo, deseo de un hijo.	Distanciamiento, conflictos, violencia, separación, dudas sobre su deseo de volver a embarazarse, deseo de un hijo.
<b>e) Atención médica</b>	Médico particular no quiso hacerse responsable de complicación, dificultad para encontrar atención médica (rechazo de varios hospitales), retraso en la atención médica, atención médica fría, limitada, con maltrato.	Búsqueda de atención, desesperanza de lograr el embarazo, nueva atención especializada, logro del embarazo, mejor trato del personal. Procedimiento mal hecho, ignorancia sobre su problema, complicaciones y pérdidas	Mala atención particular, poca higiene en el quirófano, infección posparto, rechazo a atender la complicación, búsqueda de otra atención, agravamiento de la infección. Poca atención durante el seguimiento del embarazo, complicaciones por ignorancia y descuido de los médicos, buena atención particular.

Tabla 8. Condensación de significados sobre otros significativos

SUBCATEGORÍAS	ENFERMEDAD PREVIA A EMBARAZO	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	OTRO TIPO DE RIESGO
a) Pareja	<u>Relación estable:</u> Apoyo y preocupación por la salud de la mujer en este embarazo, mayor acercamiento, demostración de afecto, retomar experiencias previas. <u>Relación inestable:</u> desconfianza, tomar conciencia de que no es una buena relación, sin apoyo, separación, rechazo al embarazo, soledad.	<u>Relación estable:</u> distanciamiento, sin apoyo, soledad; alegría por el embarazo y por hijo varón, apoyo en actividades domésticas, cuidados, agresión y reproches. <u>Relación inestable:</u> distanciamiento, diferencia de planes y expectativas, toma de conciencia de que no era momento de embarazarse, enojo, soledad.	<u>Relación estable:</u> Enojo, reproches, falta de comprensión, poco apoyo en la crianza de los hijos, pocas muestras de afecto, soledad; buena relación, apoyo, cuidados, diferencia en la educación de los hijos. <u>Relación inestable:</u> problemas de alcoholismo, dudas en comprometerse, discusiones; sin apoyo, falta de compromiso, infidelidad, toma de conciencia de que él no va a cambiar.
b) Familia	Angustia por el riesgo del embarazo, apoyo, esperanza de que todo salga bien, sentirse en desventaja con hermanos por dificultades para embarazarse, preocupación de afectar a los hijos con complicaciones en el embarazo, temor a afectar a los padres y hermanos con complicaciones en el embarazo, papás contentos con el embarazo, preocupación la salud actual, sorprendidos por el embarazo, evitan comentar problemas familiares para no afectarla. <u>Relación con la madre:</u> Apoyo, protección y guía incondicional. Consejo y aliento para lograr este embarazo. Tener fe. Identificación por experiencia similar. <i>Ambivalencia</i> entre sobreprotección, manipulación y apoyo y guía incondicional.	Distanciamiento, poco afectuosos, conflictivos, pendientes de su salud, temor a afectar a los padres con complicaciones en el embarazo, poca comunicación (ocultarles información sobre su salud), aprensión, alegría por el embarazo, diferencias y discusiones, más confianza y comunicación con hermano, malos comentarios de suegra, corajes con la familia política, apoyo, temor a las complicaciones del embarazo, preocupación de afectar a los hijos con complicaciones en el embarazo. <u>Relación con la madre:</u> - Apoyo, protección y guía incondicional. Consejo y aliento para lograr este embarazo. Tener fe. <i>Ambivalencia</i> entre ser distante y reconocimiento de sus enseñanzas. Sobreprotección, exigencia, rivalidad y apoyo y guía.	Alegría de hijos, padres, hermanos, familia política por el embarazo, conflictos con hija por nieto, apoyo de padres u hermanos, diferencias con padre, apoyo familia política, celos de los hijos hacia el embarazo, temor de decirle a los hijos mayores del nuevo embarazo (por ser de otra pareja), dificultad de hermanos para aceptar el embarazo. <u>Relación con la madre:</u> Apoyo, protección y guía incondicional. Consejo y aliento para lograr este embarazo. Tener fe. Reconocimiento de enseñanzas. <i>Ambivalencia</i> entre sobreprotección y reconocimiento de sus enseñanzas.
c) Otras redes de apoyo	Amigos dan apoyo y fuerza durante el embarazo, algunas amistades se distanciaron por embarazo, amistades se sorprendieron con embarazo.	Apoyo de amistades durante el embarazo, preocupación, apoyo y aceptación de vecinos por embarazo, integración a la comunidad	Mejor salir adelante solas, evitar tener amistades para no tener problemas o chismes, interés de vecinos y compañeros de trabajo por embarazo, el jefe no siempre la apoya en su atención médica, recelo de la comunidad religiosa porque el embarazo es de otra pareja, no dar explicaciones a los demás sobre el embarazo.

**Tabla 9. Condensación de significados sobre la atención médica actual**

SUBCATEGORÍAS	ENFERMEDAD PREVIA A EMBARAZO	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	OTRO TIPO DE RIESGO
<p><b>a) Atención médica actual</b></p>	<p>Angustia por lograr la atención, confianza, seguridad y tranquilidad por la atención, temor de que le dieran malas noticias, internamiento para evitar complicaciones, calidez en la atención, estrés por internamiento por complicaciones por descuido médico, darse cuenta que su problema no es tan grave comparado con otros, comprender el impacto de su enfermedad sobre el bebé, darse cuenta de que puede haber errores en la atención, enojo por consecuencias del descuido médico.</p>	<p>Contenta con la atención, apoyo humano e individualizado del personal durante internamiento, falta de información sobre su salud y los procedimientos médico-administrativos confianza en la atención, buena información sobre el procedimiento quirúrgico, confianza en la atención, regaños de un médico en internamiento.</p>	<p>Contenta y confianza en la atención, mejor atención comparada con experiencias previas, mayor supervisión de su estado de salud, trámites administrativos cansados.</p>

Tabla 10. Condensación de significados sobre malestar psicológico

SUBCATEGORÍAS	ENFERMEDAD PREVIA A EMBARAZO	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	OTRO TIPO DE RIESGO
<p><b>a) Con malestar psicológico</b></p>	<p><u>Con hijos vivos y pérdidas previas:</u> Angustia de volver a vivir lo mismo, angustia por dejar a su hija sola, cansancio, desgano, tristeza, preocupación, tranquilidad por la atención médica.</p> <p><u>Sin hijos vivos y con pérdidas previas:</u> Tristeza ver que otros tienen hijos, tensión, dolor por sus pérdidas, angustia de volver a vivir lo mismo, temor por reacción de pareja, dolor no expresado, temor por su salud, temor por su familia, acercamiento y apoyo de pareja, confianza en la atención médica.</p>	<p><u>Con hijos vivos y pérdidas previas:</u> Miedo a perder el embarazo, irritable, cansancio, desgano, enojo, insomnio, sentimiento de soledad.</p> <p><u>Sin hijos y sin pérdidas previas:</u> Coraje, melancolía, sofocación, opresión en el pecho, impacto, irritabilidad, tensión, emociones no expresadas, temor por sus padres, coraje por la enfermedad, miedo, incertidumbre, devastación, reproches, culpa, autocastigo, toma de conciencia de autocuidado, sentimiento de soledad, temor a la soledad, coraje por poco apoyo de pareja, apoyo familiar.</p>	<p><u>Con hijos vivos, sin pérdidas previas, embarazo gemelar y con pareja:</u> tristeza, ánimo bajo por pérdida de familiares, sentimiento de soledad, impacto, alegría, malestar físico, apoyo de la familia, preocupación por crianza de dos bebés.</p> <p><u>Con hijos vivos, sin pérdidas previas, embarazo gemelar y sin pareja:</u> impacto, preocupación por la salud de bebés, incertidumbre, alegría, tristeza, falta de apoyo de pareja, desgano, malestar físico, apoyo familiar, temor y estrés de perder empleo, preocupación económica.</p>
<p><b>b) Sin malestar psicológico</b></p>	<p><u>Sin hijos, sin pérdidas previas y sin pareja:</u> Dificultad para aceptar el embarazo, impacto, alegría y temor de que el bebé no viniera bien, preocupación por salud del bebé y por situación económica, enojo, tristeza, sorpresa, miedo, coraje por su salud, incertidumbre, toma de conciencia de enfermedad, aceptación de su situación, fortaleza, toma de conciencia.</p>	<p><u>Sin hijos vivos, con pérdidas previas y un hijo adoptado:</u> impacto, rechazo a la situación, sufrimiento, angustia, impotencia por no poder darle un hijo a su pareja, miedo a volver a vivir lo mismo y a las complicaciones, miedo a encariñarse con el bebé y volverlo a perder, alegría moderada, a la expectativa, confianza en la atención médica, tranquilidad, disfrute, distracción.</p>	<p><u>Con hijos vivos y sin pérdidas previas:</u> Enojo, rechazo al embarazo por su situación de pareja, tristeza, tensión, estrés, miedo por la salud del bebé, toma de conciencia del riesgo por su edad, aceptación del embarazo, temor a la reacción de sus hijos y su familia, preocupación por situación económica, hipersensibilidad, confianza en la atención médica.</p> <p><u>Con hijos vivos y con pérdidas previas:</u> alegría, preocupación por salud del bebé, miedo a las complicaciones, hipersensibilidad, tristeza, enojo con pareja por educación del hijo, malestares físicos, toma de conciencia de autocuidado, tranquilidad, apoyo familiar y de pareja.</p>