

EXPERIENCIAS OBSTÉTRICAS PREVIAS, PERCEPCIÓN DEL RIESGO MÉDICO Y MALESTAR EMOCIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS.

PREVIOUS OBSTRETIC EXPERIENCES, PERCEPTION OF MEDICAL RISK
AND EMOTIONAL DISEASE IN PREGNANT WOMEN.

María Eugenia Gómez López, Cecilia Mota González, Claudia Sánchez Bravo.

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", México

Correspondencia: motaceci@hotmail.com

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue comprender la influencia de las experiencias obstétricas previas de mujeres con embarazo de alto riesgo en su percepción del riesgo médico y su malestar emocional. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y se analizaron los relatos de 7 mujeres alrededor de tres categorías: 1) Riesgo percibido; 2) Experiencias obstétricas previas y 3) Malestar emocional. Los resultados mostraron que las experiencias obstétricas adversas influyen en el riesgo percibido y la intensidad del malestar emocional; impactan en la relación de pareja y en la percepción de la atención médica. La gravedad de la complicación para la mujer y su bebé explica la intensidad del malestar emocional y el riesgo percibido. Se debe ofrecer apoyo emocional como parte de la atención médica integral durante el embarazo y generar políticas en salud mental que garanticen esta atención.

Palabras clave: embarazo de alto riesgo, riesgo percibido, malestar emocional, experiencias obstétricas adversas.

ABSTRACT

The objective of this work was to understand the influence of previous obstetric experiences of women with high-risk pregnancy in their perception of medical risk and emotional distress. Semi-structured interviews were conducted and the stories of 7 women were analyzed around three categories: 1) Perceived risk; 2) Previous obstetric experiences and 3) Emotional distress. The results showed that adverse obstetric experiences influence the perceived risk and intensity of emotional distress and that they impact on the couple relationship and the perception of medical care. The severity of the complication for the woman and her baby explains the intensity of emotional distress and the perceived risk. Emotional support must be offered as part of comprehensive medical attention during pregnancy and mental health policies must be generated to guarantee this attention.

Key words: high-risk pregnancy, perceived risk, emotional distress, adverse obstetric experiences

INTRODUCCIÓN

Diariamente mueren en el mundo casi 830 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto en países en desarrollo (Organización Mundial de la salud (OMS) consultado el 5 de julio de 2019). Entre 1990 y 2015 la mortalidad materna disminuyó en 44%; aunque la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2016-2030) es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos.

Alrededor de 75% de las muertes maternas en el mundo son ocasionadas por hemorragias graves e infecciones en el posparto; hipertensión gestacional; complicaciones en el parto y abortos peligrosos (OMS, consultado el 5 de julio de 2019).

Las complicaciones obstétricas son una causa de mortalidad materna indirecta, que se entiende como “las muertes derivadas de enfermedad previamente existente o que apareció durante el embarazo y no debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo” (Cardona, et al. 2017).

En 2014, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2016) reportó que 66% de las mujeres mexicanas embarazadas atendidas en el sector salud tuvieron alguna complicación gestacional.

El embarazo de alto riesgo es aquel en el que madre, el feto y/o el neonato tienen mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto (Laza, Quintero, Jiménez y Preciado, 2013).

La percepción que tienen las mujeres acerca del riesgo médico durante la gestación, está matizada por la interacción de aspectos individuales, sociales, culturales, de género y de comunicación, que influirán de manera diferente en cada una y en su forma de responder ante esta condición; pero además es considerada una respuesta subjetiva basada en las experiencias de vida previas, las estrategias de afrontamiento, el contexto, así como en la información obtenida de diversas fuentes (Edwards, Elwyn et al. 2002; Alaszewski y Horlick-Jones, 2003, como se citó en Lee, Ayers y Holden, 2012). Estos aspectos interactúan frente a la condición médica de la complicación y ante las expectativas de la maternidad, que son muy valoradas en culturas latinoamericanas.

La percepción del riesgo que tienen las mujeres embarazadas puede afectar la vivencia de su gestación, su relación con el equipo de salud y su actitud hacia el tratamiento (Lee, et al. 2012). El hecho de que tanto la mujer como el equipo de salud no coincidan en esta percepción, puede afectar el desarrollo de un plan de atención y el que las mujeres no quieran involucrarse con los servicios médicos, llegando a tener dificultades para adherirse al tratamiento y para adoptar conductas saludables, lo que finalmente aumenta su riesgo gestacional (Lee, et al. 2012; Bayrampour, Heaman, Duncan y Tough, 2013).

Las consecuencias emocionales de que las mujeres perciban un riesgo médico elevado pueden ser estrés, ansiedad y depresión, así como sentimientos de miedo, tristeza, preocupación, inseguridad y angustia por las complicaciones y las consecuencias para la vida del binomio madre-hijo y por las secuelas duraderas para ambos, las cuales no siempre se resuelven durante el puerperio. La familia también puede verse afectada al aumentar su ansiedad y retardar la resolución de las experiencias perinatales traumáticas vividas (Robinson, Pennell, et al. 2015; Laza, et al. 2013).

Desde el enfoque biopsicosocial planteado por Velasco (2006) y el interaccionismo interpretativo de Denzin (2001) es posible alcanzar una comprensión amplia de la percepción del riesgo médico en mujeres con embarazo de alto riesgo. Velasco propone que salud-enfermedad es un proceso en interacción, en el que intervienen aspectos biológicos y de funcionamiento fisiológico del cuerpo, y su impacto sobre el contexto social y los aspectos subjetivos de cómo las personas experimentan y enfrentan dicho proceso.

Desde el interaccionismo interpretativo (Denzin, 2001) se busca analizar las relaciones entre los problemas personales y las políticas e instituciones públicas creadas para dirigirse a estos. Propone además que las experiencias de las personas atendidas deben captarse, comprenderse e interpretarse correctamente para que crear programas efectivos y sólidos.

Existen pocos estudios acerca del impacto emocional que tiene un embarazo de alto riesgo en las mujeres y son menos los que explican la influencia del riesgo percibido y de las experiencias obstétricas previas para entenderlo.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es comprender el papel de las experiencias obstétricas adversas previas vividas por mujeres con embarazo de alto riesgo en su percepción del riesgo médico y de su malestar emocional.

Este trabajo forma parte de un estudio más extenso, del cual se retomaron y se analizaron algunos temas que permiten ampliar la comprensión del fenómeno investigado, no existe ningún tipo de conflicto de intereses y no se recibió ningún tipo de financiamiento para su realización.

MÉTODO

Participantes

La muestra se conformó por siete mujeres embarazadas, mayores de 18 años, pacientes de un hospital especializado en la atención obstétrica de tercer nivel en la Ciudad de México; diagnosticadas médicamente con embarazo de alto riesgo y que habían vivido anteriormente alguna experiencia obstétrica adversa, sin antecedentes de psicopatología y quienes aceptaron participar de manera voluntaria, dando su consentimiento informado.

En este trabajo, por experiencia obstétrica adversa previa se entiende aquellas complicaciones médicas vividas por las mujeres en otros embarazos al momento de su resolución, que tuvieron consecuencias para su salud y/o la de sus bebés, incluso con un desenlace fatal.

El tipo de muestreo fue intencional y homogéneo (Hudelson, 1994, p. 41), ya que se buscó que las participantes tuvieran características comunes alrededor de su embarazo (haber tenido otras gestaciones con experiencias obstétricas adversas y tener un embarazo de riesgo al momento del estudio).

Procedimiento

El estudio fue aprobado por los comités de ética e investigación de la institución, con el número de registro 2017-2-67. Se invitó a participar voluntariamente a las mujeres con diagnóstico médico de embarazo de alto riesgo, atendidas en el hospital. A quienes aceptaron se les pidió verbalmente su consentimiento informado y su autorización para audiograbar las entrevistas.

Se hicieron entrevistas semiestructuradas a partir de una guía con los temas más importantes para cubrir los objetivos. Su duración aproximada fue de una hora y se realizaron en un lugar cómodo y sin ruido para favorecer la comunicación.

El diseño del estudio fue de tipo instrumental de casos múltiples (Martínez, 2006).

Análisis de la información

Las entrevistas se audiograbaron y se transcribieron textualmente para codificarlas según el método de análisis de categorización de significados de Kvale (2011); el cual consiste en codificar cada entrevista en una serie de categorías mutuamente excluyentes y en donde el significado de largas

declaraciones se reduce a pocas categorías simples. Estas se pueden desarrollar previamente o se pueden derivar durante el análisis.

Para el análisis de los relatos se dividió a las participantes en tres grupos, de acuerdo con el diagnóstico médico de riesgo de su embarazo en: 1) Enfermedades crónicas previas (ECP), (enfermedades como hipertensión o diabetes, padecidas por las mujeres antes del embarazo actual); 2) Complicaciones del embarazo (CE), (aquellos problemas de salud que surgen durante la gestación que pueden afectar a la madre y/o al bebé) y 3) Riesgo potencial (RP), (factores potenciales de riesgo de alguna complicación durante el embarazo por edad materna avanzada, embarazo múltiple, entre otros) (Gómez-López, 2018).

Se analizaron tres categorías:

1. Riesgo percibido: en esta se examina la percepción de las mujeres alrededor del tipo de riesgo médico diagnosticado, su vivencia y la posibilidad de interrumpir la gestación.
2. Experiencias obstétricas previas: esta categoría surgió de los relatos de las participantes que hablaban repetidamente de sus experiencias adversas en otras gestas como parte de la explicación para comprender su vivencia actual, sus complicaciones, su impacto emocional y su repercusión en la relación de pareja, así como la atención médica recibida.
3. Malestar emocional: esta categoría implica aquellas manifestaciones emocionales transitorias y displacenteras expresadas por las mujeres frente al diagnóstico médico de riesgo, la vivencia de su embarazo y las experiencias obstétricas adversas previas.

RESULTADOS

En la tabla 1 se describen las características de la muestra.

Tabla 1. Principales características de las participantes

Participante	Edad	Semanas de gestación	Hijos vivos	Gestas	Diagnóstico médico
Enfermedades crónicas previas (ECP)					
P1	26	14	1	3	Hipertensión arterial
P2	38	22	0	3	Hipertensión arterial
Complicaciones del embarazo (CE)					
P3	29	24	1	6	Incompetencia ístmico-cervical
P4	40	27	1	6	Incompetencia ístmico-cervical
Riesgo potencial (RP)					
P5	42	26	1	3	Edad materna avanzada
P6	38	28	2	3	Edad materna avanzada
P7	37	28	2	3	Embarazo gemelar

A continuación, se analizan los resultados obtenidos en cada categoría, en donde se compara la información obtenida por grupo, buscando sus coincidencias y sus discrepancias.

1. Riesgo percibido

Aquí se analizan las experiencias de las participantes con respecto al tipo de riesgo médico de su embarazo, su estado previo de salud, así como la decisión que algunas tuvieron que tomar entre continuar su embarazo o interrumpirlo.

Tipo de riesgo

Los riesgos diagnosticados a las mujeres con ECP fueron antecedente de preeclampsia (P1), hipertensión arterial y pérdida perinatal (P2), ambas habían tenido experiencias obstétricas adversas por antecedente de preeclampsia y, como consecuencia, padecían hipertensión arterial, la cual solo se presentaba durante el embarazo y posteriormente no necesitaban un tratamiento médico específico para regularla.

La incompetencia ístmico-cervical con cerclaje (es la incapacidad del cuello uterino de conservar su rigidez propia, necesaria para mantener el embarazo, y que requiere de la colocación de una sutura circular alrededor del cuello uterino llamada cerclaje para impedir un parto inmaduro) fue el diagnóstico principal de las participantes con CE. Ambas estaban viviendo su sexta gesta y habían tenido cuatro y cinco pérdidas gestacionales respectivamente. En este embarazo se les había realizado un cerclaje antes de la semana 20 de gestación para evitar un parto prematuro.

El tipo de riesgo diagnosticado a las participantes con RP fue edad materna avanzada (P5), antecedente de peritonitis (P6) y embarazo gemelar (P7); los cuales no las ponían en riesgo en su embarazo actual, porque además no tenían otros problemas de salud; pero debían tener supervisión médica para evitar alguna complicación.

Estado de salud previo al embarazo

Antes del embarazo las mujeres con ECP padecían hipertensión derivada de otras experiencias obstétricas y la cual se presentaba solo durante la gestación, por lo que no tomaban ningún medicamento para regularla; aquellas con CE y RP no refirieron problemas de salud previos.

Posibilidad de interrumpir el embarazo

Al analizar los relatos de las participantes con ECP y RP se encontró que a algunas, por su condición de salud derivada de las experiencias obstétricas anteriores, el primer médico que las atendió les planteó la posibilidad de interrumpir el embarazo, debido al riesgo que implicaba para su salud y su vida. Tomar esta decisión les causó mucho conflicto, ya que no querían volver a vivir las mismas complicaciones; a quienes tenían hijos vivos les angustiaba pensar que si morían los dejarían desamparados. Igualmente, les conflictuaba pensar que esta posibilidad implicaba ir en contra de su religión y preferían tener un hijo enfermo que no tenerlo, aunque esto les provocara miedo, tristeza y tomar conciencia de lo que significaría en sus vidas. “Ya lo vi formadito, ¡todo!, y yo ya no pude... Me dije: ‘yo no puedo matar a un bebé, que sea lo que Dios quiera’” (P6).

Se observa que la percepción del riesgo de las participantes dependía tanto de las experiencias obstétricas adversas previas como de la gravedad de la complicación, que en muchos casos puso en peligro su salud y su vida. Las mujeres con ECP y CE percibían su embarazo actual como de alto riesgo, mientras que las del grupo con RP no lo veían así. En cuanto a su salud previa, sólo las participantes con ECP mencionaron que tenían que estar más pendientes de su presión arterial, las demás no tenían cuidados especiales. La posibilidad de interrumpir el embarazo para evitar alguna

complicación les generó un conflicto y prefirieron correr el riesgo de tener un hijo enfermo y de afectar su propia salud.

2. Experiencias obstétricas adversas previas

Esta categoría surgió al analizar los relatos, pues algunas participantes hablaban continuamente de las experiencias adversas sufridas previamente como parte de la explicación para comprender su vivencia actual; además se consideró que para entender el significado del malestar emocional era fundamental profundizar en este tema.

Estas mujeres hablaron de su vivencia en otras gestaciones, de sus complicaciones, del impacto emocional vivido y de la afectación de su relación de pareja. Otro aspecto significativo fue la percepción de la atención médica, la cual también formaba parte de la comprensión del significado de su experiencia actual y del por qué se atendieron en este hospital especializado.

La experiencia vivida por las siete participantes fue distinta, lo que les provocaba un malestar emocional de intensidad variable.

Complicaciones obstétricas previas

Las participantes con ECP habían tenido otras gestaciones y esas experiencias fueron dolorosas porque perdieron a sus bebés. Las complicaciones en su primera gesta fueron por un diagnóstico tardío de preeclampsia, con elevación repentina de la presión arterial, por lo que les interrumpieron sus embarazos. Sus bebés nacieron prematuros y fallecieron. El embarazo de la participante 2 era gemelar pero sus bebés no sobrevivieron y la participante 1 tenía un hijo vivo.

Las participantes con CE tuvieron cinco gestas previas, la P3 tenía un hijo vivo y la P4 tenía uno adoptado, pero ninguno propio. En las complicaciones presentadas no se percataron de su estado hasta que tuvieron un aborto, cuando les diagnosticaron el embarazo y al mismo tiempo su pérdida, o también porque al principio de las gestaciones todo iba bien hasta que tenían un sangrado y abortaban espontáneamente.

Las participantes con RP también tuvieron gestas previas; la P5 tuvo placenta previa y amenaza de aborto; la P6 sufrió peritonitis por infección de la herida de la cesárea y la P7 presentó dificultades para embarazarse por problemas ginecológicos, tuvo un aborto y dos gestas con placenta previa. Todas tenían hijos vivos al momento del estudio.

“(...) no pudo ser parto normal porque la doctora que me estaba atendiendo me dijo que me faltaba, y a mí ya me dolía mucho mi estómago y me decía: “que no, que esos no eran dolores de parto” 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” (P7).

Repercusión en la relación de pareja

Como resultado de estas experiencias, las participantes 1 y 2 explicaban que su relación de pareja se vio afectada; al principio se aislaron, después se enojaron con su compañero y lo culparon por la pérdida, esto generó un distanciamiento breve, discusiones, problemas de comunicación, dificultades para expresar el dolor y su vida sexual se vio perturbada, ya que ni ellas ni sus parejas querían tener relaciones sexuales para evitar otro embarazo, llegando a pensar en separarse; se refugiaron en el trabajo u otras actividades para no enfrentar su sufrimiento.

Las participantes 3 y 4 explicaron que después de sus pérdidas gestacionales, su relación de pareja se vio afectada por distanciamiento, separación temporal, infidelidad, enojo, falta de apoyo y deseo de tener un hijo para salvar la relación.

Yo digo que sí (nos afectaron las pérdidas) ... (Silencio) porque nos alejamos más, fue después de un aborto que tuve, saliendo del hospital estaban mis hermanas y sin preguntarme, me llevaron con mis papás y de allí pues (él) ya no fue por mí (se le quiebra la voz) (P3).

Las participantes 5, 6, y 7 también refirieron problemas con su pareja después de su experiencia adversa como distanciamiento, conflictos, violencia, separación, dudas sobre volver a embarazarse y tener otro hijo.

Atención médica

La percepción de las mujeres con ECP sobre la atención médica en su primer embarazo se caracterizó por un diagnóstico tardío de la complicación; la negativa del médico que las asistió inicialmente de responsabilizarse de su cuidado; dificultades para encontrar atención hospitalaria (las rechazaron en varias instituciones), atención tardía, fría, limitada y con maltrato y equipo médico insuficiente.

Yo ni siquiera sabía que tenía preeclampsia, nada más me hinché, me detuvieron en el hospital, me detuvieron el embarazo, y a él (pareja) le dicen: “pues tiene que decidir entre sus hijos y su esposa” y él dice: “no, la voy a llevar a otro hospital”, “pues Ud. sabe porque en cinco minutos le puede dar un derrame cerebral...” (P2).

Las participantes con CE mencionaron que siempre buscaron atención médica durante sus gestaciones, pero no siempre fue la más adecuada; pues se percataron de que el manejo de los médicos fue incorrecto. Desde

su percepción, esto influyó en sus complicaciones y en algunas pérdidas, viviendo la experiencia con desesperanza, porque siempre perdían a sus bebés.

En el grupo de RP, la percepción de la atención médica se caracterizó por una mala vigilancia médica privada, poca higiene en el quirófano que provocó una infección posparto, negativa del médico para tratar la complicación, búsqueda de otra atención, agravamiento de la infección; cuidado médico deficiente durante el embarazo, complicaciones por ignorancia y descuido de los médicos.

Las complicaciones obstétricas previas más frecuentes en las participantes fueron preeclampsia, pérdida gestacional recurrente, infecciones y dificultades para embarazarse. En los tres grupos estas complicaciones tuvieron un impacto importante en la relación de pareja, dependiendo de su gravedad y sus consecuencias. La percepción del cuidado médico fue de una atención insuficiente, inadecuada, a veces negligente, lo que influyó en su agravamiento y, en algunos casos, en el fallecimiento de sus bebés.

3. Malestar emocional

Este se asoció con dos situaciones: 1) la vivencia del embarazo a partir del diagnóstico de riesgo y 2) la vivencia de las experiencias obstétricas adversas previas.

Vivencia del embarazo a partir del diagnóstico de riesgo

La reacción emocional de las mujeres con ECP ante el diagnóstico de embarazo de alto riesgo fue de angustia, tristeza, impacto y temor de tener que interrumpir el embarazo. Estas manifestaciones fueron más intensas por las pérdidas perinatales que sufrieron.

Pues llego contenta (al hospital) porque sé que me van a decir que el bebé está bien, pero a la vez veo el aparatito (baumanómetro) y digo: “ay no, tengo que controlarme” y no puedo y sí antepongo que puede ocurrir lo mismo que con los otros bebés, o sea perderlo... (P2). (Cada vez que esta participante tenía consulta, su presión arterial se elevaba por temor a tener complicaciones nuevamente).

Las mujeres con CE frente al diagnóstico de riesgo reaccionaron con miedo a perder el embarazo y a repetir las experiencias previas. Las mujeres con RP manifestaron sorpresa, gusto, impacto, preocupación, dificultad de aceptación, enojo, intención de abortarlo.

A partir del diagnóstico, las mujeres con ECP vivieron la gestación con nerviosismo, temor a las complicaciones, preocupación por recibir atención médica, miedo a perder el embarazo y estaban extremadamente pendientes de los movimientos fetales; quienes tenían CE la vivieron con presión, angustia y esperanza de que se lograra por el cerclaje que les hicieron. Las mujeres con RP sintieron miedo a las complicaciones, confianza en la atención médica, preocupación y temor por la salud del bebé.

Vivencia de las experiencias obstétricas previas

Las participantes vivieron estas experiencias de manera diferente, dependiendo de si sus hijos vivieron o fallecieron a raíz de las complicaciones, lo cual matizaba la intensidad de su malestar emocional.

Las participantes con ECP vivieron sus experiencias obstétricas previas con angustia y preocupación por la salud del feto y por no encontrar la atención médica necesaria; sentían que perdían el tiempo en cada hospital que visitaban, se sentían muy mal físicamente; sufrieron un gran dolor al

perder a su bebé y recordaban esta experiencia con mucho sufrimiento. La vivencia de estas pérdidas fue traumática, con sentimientos de angustia, tristeza, dolor y vacío.

Y pues se tuvo que detener el embarazo, nacieron un niño y una niña, el niño vivió nueve días y la niña 29; pues era la agonía, primero de que yo estaba en el hospital, cuando fallece el niño me acababan de sacar el día anterior y (empieza a llorar) todo el trámite de su defunción, velarlo, enterrarlo, 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... y pues una tiene que guardar su dolor. (...después) me sentía con las manos vacías, o sea, mi cesárea, los dolores, ¡ya para qué si no tengo nada! (P2).

La participante 1, quien a pesar su experiencia adversa tenía un hijo vivo, vivió el siguiente embarazo con miedo a repetir la situación, aumentó los cuidados para lograrlo, consiguió que su hijo naciera y sintió tranquilidad al oírlo llorar. Pero la participante 2 que volvió a perder a su bebé, vivió su gesta con miedo de repetir la experiencia, extremó los cuidados para lograrlo, tuvo amenaza de parto prematuro y muerte fetal, revivió el dolor y temía afectar a su familia por la mala noticia, por lo que se aisló para vivir su pena por la nueva pérdida.

Las participantes con CE vivieron sus primeras gestas con sangrados, trabajo de parto prematuro y pérdida gestacional; en cada una sintieron miedo de perderlo y no lo disfrutaron. Buscaron atención médica especializada, les hicieron un cerclaje y una logró que su hijo naciera bien. Quien no tenía hijos vivos propios, en cada gestación sentía angustia, tristeza, dolor, falta de apoyo familiar y miedo a repetir la experiencia.

Le dije a mi suegra que me acompañara al doctor, porque mi esposo no estaba, ella se enojó y 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 me dijo: “si quieres yo te acompaño”, y ya fui con el doctor y me dijo: “Ya se rompieron las membranas, ya no podemos hacer nada, nada más te vamos a hacer el aborto”, y desde que me lo dijo me puse a llorar... (P4).

Las experiencias obstétricas previas de las mujeres con RP se asociaron con conflictos con la pareja, falta de apoyo familiar y problemas para lograr el embarazo.

Impacto emocional

El impacto en las participantes con ECP fue de tristeza, aislamiento, temor, necesidad de reponer al bebé perdido y recordarlo con dolor. La relación de pareja se vio afectada porque a ellas les ocultaron la muerte de su bebé y llegaron a culpar a su compañero por esto; se aislaron para expresar su sufrimiento, pero continuaron su relación. Para la participante 2 el impacto emocional fue más intenso debido a que no tenía hijos vivos, y se caracterizó por mucho dolor, sentimiento de vacío, dificultad para relacionarse con otros bebés, llegando a pensar en no tener más hijos y se distanció de su pareja.

El impacto emocional de las participantes con CE fue similar al del primer grupo y se caracterizó por dolor, tristeza, angustia, sentirse rechazada por su comunidad y miedo a repetir la experiencia; y este malestar aumentaba con cada pérdida. “Pues... siempre es tristeza... (Con desánimo)” (P3).

Para las mujeres con RP, el impacto se relacionó con el temor de que les pasara algo y dejaran a sus hijos solos; desilusión y desánimo de volver a intentar un embarazo y pensamiento de no poder tener más hijos.

Con respecto al diagnóstico de riesgo existe una diferencia en la intensidad del malestar emocional manifestado, ya que por las experiencias obstétricas adversas previas, las emociones expresadas por las participantes con ECP y CE fueron más intensas que las de aquellas con RP.

La vivencia del embarazo después del diagnóstico de riesgo también estuvo influida por las experiencias obstétricas previas, por lo que la intensidad del malestar emocional expresado en los dos primeros grupos fue mayor que en el tercero.

La diferencia en esta intensidad se relacionó con tener hijos vivos o no tenerlos; ya que en quienes padecían ECP y no tenían hijos vivos, dicho impacto fue mayor que en quienes sí los tenían, principalmente por la sensación de vacío, dificultades para relacionarse con otros bebés y el distanciamiento con la pareja; el impacto de aquellas con CE fue similar en quienes tenían hijos vivos y en quienes no; mientras que en el grupo de RP este impacto fue menor debido a que todas tenían hijos vivos.

DISCUSIÓN

A diferencia de otros estudios (Bayrampour, Heaman, Duncan y Tough, 2012; Carolan y Nelson, 2008), la intención de este trabajo de profundizar en la experiencia vivida por las mujeres con embarazo de alto riesgo es para establecer una diferencia entre los tipos de riesgo médico diagnosticados durante la gestación y la intensidad del malestar emocional asociado. Trabajos previos solo estudiaron a las mujeres primigestas, en su mayoría hospitalizadas, limitando la posibilidad de conocer la situación emocional de aquellas en otras condiciones. En este estudio, el haber incluido participantes multigestas, no hospitalizadas, e incluso con un diagnóstico de riesgo potencial, permite tener una gama más amplia de los aspectos psicosociales relacionados con la percepción del riesgo médico y las manifestaciones emocionales presentadas.

Abordar el fenómeno desde los diferentes tipos de riesgo médico muestra su influencia en la percepción de las mujeres. En este trabajo, quienes tenían complicaciones obstétricas y enfermedades crónicas previas percibieron su embarazo como de alto riesgo; pero quienes sólo tenían un riesgo potencial no percibieron riesgo alguno; coincidiendo con lo planteado por Gupton et al. (2001). Aunque en las investigaciones de Gupton et al. (2001) y Bayampour, Heaman, Duncan y Tough (2012) solo se estudió a las mujeres primigestas con complicaciones obstétricas, pero no aquellas con enfermedades previas.

Esta diferencia es importante porque la manifestación emocional asociada al tipo de riesgo médico es distinta y más intensa entre quienes tienen enfermedades previas a la gestación, que entre quienes padecen una complicación obstétrica; y esto está matizado por la gravedad de la enfermedad, pero también por el riesgo que representó esta condición para su vida y la de su bebé, y más significativamente si el hijo falleció. Esto discrepa de lo encontrado por Gupton et al. (2001) en mujeres con complicaciones obstétricas, con respecto a que quienes habían tenido problemas previos solo percibían un ligero riesgo mayor que las que no las tuvieron.

Contrario a lo planteado por Carolan y Nelson (2008) acerca de que la etiqueta de “riesgo” altera la experiencia de maternidad en mujeres mayores de 35 años, en este estudio las participantes en esta condición no percibieron su embarazo como de alto riesgo, a pesar del diagnóstico médico; esto concuerda con Bayampour et al. (2012), en que estas mujeres no consideran su gestación como de alto riesgo, si tienen un buen control de su salud.

Nuestros resultados coinciden también con Carolan (2008) con respecto a que la autovaloración del riesgo del embarazo es individual y depende de variables como la filosofía personal de vida, las experiencias previas, la historia y el contexto, y se responde ante este de manera subjetiva y emocional. Asimismo, la percepción del riesgo de las mujeres y del médico es diferente.

Estos hallazgos destacan el papel de las experiencias obstétricas adversas previas como un aspecto fundamental para la comprensión de la percepción del riesgo médico de las mujeres embarazadas y del malestar emocional asociado. Los aspectos psicosociales relacionados con estas experiencias adversas son el tipo de complicación obstétrica, la atención médica recibida y el impacto sobre la relación de pareja.

La preeclampsia, la pérdida gestacional recurrente, las infecciones y las dificultades para embarazarse fueron las complicaciones más frecuentes en esta población y concuerdan con Lafaurie et al. (2011) y Laza et al. (2013) en que un historial reproductivo deficiente contribuye a aumentar el riesgo percibido del embarazo; esto dependerá del tipo de complicación y de las consecuencias para la vida diaria de la mujer. No obstante, estos estudios no profundizan en el impacto emocional de las complicaciones sufridas por las mujeres ni en su influencia en la vivencia de nuevos embarazos.

O'Brien, Kenby y Lavender (2010) refieren que la pareja puede llegar a tener dificultades para enfrentar emocionalmente las complicaciones obstétricas, por lo que es importante reconocer la tensión en las parejas y las familias ante estas situaciones. Robinson et al. (2015) hablan de las repercusiones de las experiencias perinatales traumáticas en el ambiente posnatal de un infante sano; así como en las alteraciones profundas en

la dinámica familiar producto del estrés por las complicaciones; pero no precisan la afectación emocional de la pareja.

Nuestros hallazgos revelan que las experiencias obstétricas adversas generan un impacto importante en la relación de pareja, mostrando diferencias entre quienes perciben su embarazo como de alto riesgo y quienes no, pero además esto se intensifica si el bebé fallece. La gravedad de las complicaciones puede provocar conflictos, distanciamiento, infidelidad, sufrimiento, dolor, soledad, culpabilización por la pérdida, dificultad para comunicarse, miedo a repetir la experiencia e incluso la separación de la pareja. Esto puede generar secuelas en la relación que se reviven con cada embarazo, pero que no siempre se subsanan.

Cabe destacar que en la literatura mundial este tema no se ha abordado ni profundizado suficientemente; y en culturas como la mexicana esto es relevante para comprender la experiencia emocional frente al embarazo de alto riesgo y su impacto en el entorno, por lo que habría que ampliar la investigación en este campo.

En cuanto a la percepción de la atención médica como insuficiente, inadecuada y a veces negligente, se destaca tanto la falta de preparación del personal para diagnosticar y atender las complicaciones, como el maltrato hacia las pacientes, las deficiencias y el poco tacto para comunicar la información.

La mayoría de las experiencias obstétricas adversas previas sufridas por las participantes se suscitaron en distintos hospitales públicos de la Ciudad de México, en donde se supone que existe mayor infraestructura hospitalaria que en el resto del país; sin embargo, según el Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEGySR, 2009), desde hace

12 años, en México se reconsideraron tanto el enfoque de riesgo como las respectivas políticas públicas, y se propuso que las complicaciones durante el embarazo son difíciles de pronosticar pero posibles de tratar, basando la atención médica en privilegiar el cuidado profesional del parto y en enfatizar la atención obstétrica de emergencia para evitar la muerte materna.

El CNEGySR (2009) reconoce la sobredemanda de camas hospitalarias y la saturación de los servicios médicos en la Ciudad de México y zona conurbada, lo que ha propiciado el rechazo de mujeres que requieren atención en los hospitales públicos, así como la falta de cunas en unidades de cuidados intensivos neonatales. Es muy probable que algunas de las complicaciones analizadas se hayan dado en este contexto y que esto también pudiera estar influyendo en la percepción del riesgo de los participantes, por lo que debería estudiarse más este tema.

La percepción de estas mujeres con respecto a las deficiencias y el poco tacto del personal de salud para comunicar la información y el malestar emocional que esto les provocaba, coincide con los hallazgos de Laza et al. (2013), quienes mencionan que las dificultades percibidas por las mujeres para recibir información clara y concreta por parte del personal, así como un trato poco sensible hacia las circunstancias que están viviendo, les genera angustia y ansiedad; pero además esto puede llegar a afectar tanto su relación con el equipo médico, como su percepción del riesgo, de la atención y de los cuidados recibidos, así como de la resolución exitosa del embarazo.

Hace algunos años Carolan (2008) planteaba que aún se estaban discutiendo las secuelas emocionales negativas en las mujeres asociadas con el diagnóstico de riesgo; en cambio, en este estudio se halló que dicho

diagnóstico es un momento de crisis importante para las mujeres, ya que provoca un malestar emocional de intensidad variable, relacionado con las experiencias obstétricas previas y el riesgo del embarazo actual para su salud. Según Denzin (2001), estas situaciones de crisis representan rupturas en la estructura de la vida cotidiana y son experiencias preliminares ritualmente organizadas y conectadas con distintos momentos, que se dan en situaciones de interacción problemática relacionada con alguna institución o con sus políticas.

También se coincide con Xie, Wang, Zhang, Li y Yu (2011) en que las emociones pueden verse afectadas por los tipos de peligro y los modos de presentación e influyen en la percepción del riesgo y las acciones; las emociones más fuertes pueden conducir a un mayor riesgo percibido.

Explicar el malestar emocional de las mujeres frente al embarazo de alto riesgo nos acerca más a lo propuesto por Velasco (2006), quien plantea que los síndromes y síntomas físicos no sólo tienen causas biológicas, sino también en la esfera simbólica, ya que proceden de la posición subjetiva de la persona en su contexto social y su manejo de los conflictos.

Podría afirmarse que el malestar emocional en estas mujeres es un proceso que se da en un continuo, en el que todas pueden llegar a presentarlo en mayor o menor grado, a partir de la combinación de distintas circunstancias. Igualmente, quizás no podría hablarse de una condición “sin malestar”, ya que este está presente durante todo el embarazo y su manifestación puede exacerbarse o atenuarse a partir de los momentos de crisis, del contexto y las circunstancias de la gestación.

Mientras más complicaciones obstétricas y pérdidas gestacionales tengan las mujeres, mayor será la secuela emocional en el siguiente embarazo y las manifestaciones emocionales serán más intensas. Esto concuerda con

lo planteado Carolan (2008) con respecto a que la valoración negativa del riesgo como un potencial de pérdida o daño depende de otras experiencias.

CONCLUSIONES

Para concluir, es muy importante considerar el papel que juegan las experiencias obstétricas adversas previas de las mujeres embarazadas y su influencia tanto en su percepción del riesgo médico como en la intensidad del malestar emocional relacionado con las circunstancias del evento reproductivo.

Así mismo, es de resaltar el impacto tan significativo que tienen estas experiencias en la salud, la pareja y la percepción de la atención médica de las mujeres; así como la relación que tienen con sus complicaciones, sus pérdidas gestacionales y el riesgo para su vida y la de su bebé.

Existe una diferencia en la percepción del riesgo médico del embarazo dependiendo de su diagnóstico; las mujeres con enfermedades crónicas previas y con complicaciones obstétricas perciben su gestación como de alto riesgo y manifiestan un malestar emocional más intenso, sobre todo aquellas que no logran tener hijos vivos.

Considerar la importancia que tienen las experiencias obstétricas adversas vividas por las mujeres en otros embarazos al momento de brindarles atención médica y psicológica, permite anticipar un manejo multi e interdisciplinario de la gestación; sin embargo, sería fundamental que el sector salud de nuestro país incluyera el apoyo emocional continuo a las mujeres en estas circunstancias, como parte de la atención integral ofrecida durante el embarazo y se generaran también políticas en salud mental que garanticen el bienestar emocional de la mujer embarazada.

REFERENCIAS

- Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A. & Tough, S. (2012). Advanced maternal age and risk perception: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12:100. <http://doi.org/10.1186/1471-2393-12-100>
- Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A. & Tough, S. (2013). Predictors of Perception of Pregnancy Risk among Nulliparous Women. *JOGNN*, 42(4); 416-427. <http://doi.org/10.1111/1552-6909.12215>
- Cardona-Pérez, A., Cortés-Bonilla, M., Velázquez-Ramírez, N., Díaz-Jiménez, M. J., Varela-Chávez, Y. & Figueroa-Damián, R. (2017). Proyecto de atención preventiva de mujeres con alto riesgo reproductivo. *Perinatología y Reproducción Humana*, 31; 96-104.
- Carolan, M. C. & Nelson, S. (2008) First Mothering Over 35 Years: Questioning the Association of Maternal Age and Pregnancy Risk, *Health Care for Women International*, 28(6), 534-555. <http://doi.org/10.1080/07399330701334356>
- 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.
<http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02480.x>
- 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. Recuperado de http://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info_public/Estrategia_Integral.pdf
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2016). *Situación de la salud sexual y reproductiva. República Mexicana*. México: Autor. Recuperado de http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf
- Denzin, N. K. (2001). *Interpretive interactionism* (2nd Ed.). California, USA: Sage Publications Inc.

- Gómez-López, M. E. (2018). Guía de atención psicológica de la mujer con complicaciones obstétricas. *Perinatología Y Reproducción Humana*, 32(2), 85-92. <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.06.003>
- Gupton, A., Heaman, M. & Wang-Kit Cheung, L. (2001). Complicated and Uncomplicated Pregnancies: Women's Perception of Risk. *JOGNN*, 30, 192-201.
<http://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2001.tb01535.x>
- Hudelson, P. M. (1994). *Qualitative Research for Health Programmes*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62315/WHO_MNH_PSF_94.3.pdf
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en la investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata.
- Lafaurie, M. M., Castañeda C., K. V., Castro T., D. M., Laverde V., S. M., Balaguera C., L. Y., López M., C. M., Martínez P., E. G., Martínez V., Y. P., Parra D., C. A., Ramírez L., N. & Pardo M., Y. Y. (2011). Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6(6); 15-28. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4036554.pdf>
- Laza, V. C., Quintero, S. J., Jiménez, C. H. J. & Preciado P. J. A. (2013). Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: un estudio documental 2005-2011. *Enfermería Global*, 31; 357-371. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300020
- Lee, S., Ayers, S. & Holden, D. (2012). Risk perception of women during high risk pregnancy: A systematic review. *Health, Risk and Society*, 14(6), pp. 511-531. <http://dx.doi.org/10.1080/13698575.2012.701277>
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión*, 20, 165-193. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/pensamiento/article/view/3576>

- O'Brien, E. T., Kenby, S. & Lavender, T. (2010). Women's views of high risk pregnancy under threat of preterm birth. *Sexual & Reproductive Healthcare, 1*; 79–84. <http://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.05.001>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (5 de julio de 2019). Mortalidad materna. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Robinson, M., Pennell, C., Mclean, N., Tearne, J., Oddy, W., & Newnham, J. (2015). Risk perception in pregnancy: Context, Consequences, and Clinical Implications. *European Psychologist, 20*(2), 120-127. <http://doi.org/10.1027/1016-9040/a000212>
- Velasco, A. S. (2006). *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria de salud*. Madrid, España: Instituto de la Mujer. Recuperado de http://educagenero.org/Recursos/SARA_VELASCO_Atencion_biopsic_malestar.pdf
- Xie, X-F., Wang, M., Zhang, R-G., Li, J. & Yu, Q-Y. (2011). The Role of Emotions in Risk Communicati

Envío dictamen: 21 de octubre de 2021

Reenvío: 11 de noviembre de 2021

Aprobación: 17 de noviembre de 2021

María Eugenia Gómez López. Doctora en Psicología. Candidata a Investigadora Nacional. Su trabajo se centra en el estudio de los factores biopsicosociales relacionados con el embarazo de alto riesgo, principalmente del malestar emocional. Psicóloga clínica adscrita a la Coordinación de Psicología y Calidad, Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, México. Correo electrónico: eugeniagomez2712@yahoo.com.mx

Cecilia Mota González. Doctora en Psicología. Candidata a Investigadora Nacional. Su trabajo se centra en el estudio del duelo perinatal y los factores que lo afectan. Investigadora en Ciencias Médicas B. Coordinación de Psicología y Calidad, Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, México. Correo electrónico: motaceci@hotmail.com

Claudia Sánchez Bravo. Doctora en Psicología. Investigadora Nacional Nivel I. Su trabajo se centra en los problemas de pareja, principalmente en factores como: autoestima, violencia, tipos de afrontamiento, rol de género, estrategias para enfrentar el conflicto, entre otras. Investigadora en Ciencias Médicas C, Coordinadora de Psicología y Calidad, Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, México. Correo electrónico: clausanbra@yahoo.com