



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



TRABAJO FINAL DE GRADO  
MODALIDAD: MONOGRAFÍA

# Embarazos de alto riesgo obstétrico y estrés materno

Una mirada desde la Psicología de la Salud

Estudiante: Flavia Alvarez, C.I. 5018.144-2

Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías

Revisora:

Febrero, 2023

## Índice

<b>Resúmen</b>	<b>2</b>
<b>Introducción</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo 1: Marco teórico</b>	<b>4</b>
1.1 Psicología de la Salud	4
1.2 Psicología reproductiva y perinatal	10
<b>Capítulo 2: Embarazo de alto riesgo obstétrico</b>	<b>12</b>
2.1 Embarazo Normal	13
2.2 Embarazo de alto riesgo obstétrico	15
2.2.1 ¿Qué sucede con los embarazos de alto riesgo obstétrico a nivel mundial?	17
2.2.2 ¿Qué sucede con los embarazos de alto riesgo a nivel regional?	18
<b>Capítulo 3: Repercusiones emocionales en embarazos de alto riesgo obstétrico</b>	<b>22</b>
3.1 Estrés gestacional en embarazos de alto riesgo obstétrico	22
3.2 Factores desencadenantes del estrés gestacional	25
3.3 Consecuencias del estrés gestacional	27
<b>Reflexiones/ Consideraciones finales</b>	<b>30</b>
<b>Bibliografía:</b>	<b>33</b>

## Resumen:

Es a través de este trabajo final de grado de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República es que se plantea un abordaje acerca de los embarazos de alto riesgo obstétrico en las mujeres, tomando como guía dos marcos teóricos: La Psicología de la Salud y a la Psicología Reproductiva y Perinatal.

En los embarazos normales y en los de alto riesgo obstétrico son característicos los cambios que se generan a nivel físico, psicológico y ambiental. Estos cambios evidencian la capacidad de adaptación de la mujer embarazada y trae consigo desafíos en todos los aspectos de su vida.

El embarazo atraviesa un complejo tramo en diversos aspectos: evolutivos, fisiológicos y psicológicos. Por este motivo, una de las formas en las cuales se pueden prevenir complicaciones obstétricas y cuidar la salud tanto de la embarazada como del bebé que se está gestando es por medio de controles prenatales.

Por último, se destaca la importancia de una perspectiva biopsicosocial y se sugiere un mayor énfasis en los aspectos emocionales de la mujer que lleva a cabo un embarazo de alto riesgo obstétrico, ya que es un tema poco estudiado no solo a nivel regional sino que también a nivel mundial, porque la mayoría de los estudios que existen son desde un enfoque biomédico en el que se explica la enfermedad desde los síntomas físicos, sin tener en cuenta sus dimensiones sociales, psicológicas y conductuales.

**Palabras clave:** embarazo de alto riesgo, psicología hospitalaria, estrés.

# Introducción

El presente Trabajo Final de Grado busca analizar y reflexionar acerca del proceso emocional y psicológico de las mujeres que cursan embarazos de alto riesgo obstétrico. El mismo se enmarca en el entendido de que el estado de embarazo trae consigo vulnerabilidades psíquicas y físicas, los embarazos de alto riesgo obstétrico enfatiza aún más dicha vulnerabilidad. Asimismo, se indagará acerca del rol del psicólogo perinatal y el acompañamiento oportuno en embarazadas que transitan dichas condiciones.

El interés por trabajar esta temática surge a partir de que hay escasas investigaciones y trabajos respecto al tema y a la importancia que tiene para la psicología perinatal, acompañar estos procesos para que las mujeres tengan la mejor calidad de asistencia integral posible.

Para el desarrollo de la monografía, dividí el trabajo en tres capítulos. En este sentido, se define a la Psicología de la Salud y a la Psicología Reproductiva. Asimismo, se conceptualiza qué son los embarazos normales y embarazos de alto riesgo obstétrico. Por último, se indagará respecto a la forma en que el estrés se intensifica en los embarazos de alto riesgo obstétrico en relación a los embarazos normales.

# Capítulo 1: Marco teórico

En este apartado, se desarrollarán los dos grandes marcos teóricos que guiarán el trabajo: en primer lugar, la Psicología de la Salud y en segundo lugar, la Psicología Reproductiva y Perinatal. Se definirá lo que es la denominada “Psicología de la Salud”, desde sus antecedentes e historizando desde la OMS (1974), pasando por diversos autores a nivel regional y sobre todo a nivel nacional.

Para enmarcar a la Psicología de la Salud y la Psicología Perinatal es pertinente mencionar algunos conceptos fundamentales, tales como el modelo biomédico, el modelo biopsicosocial, siendo éste último donde se centra la psicología de la salud. Además es fundamental destacar la promoción y prevención en salud y en especial en salud mental.

## 1.1 Psicología de la Salud

Antes de ahondar en conceptos referentes a la Psicología de la Salud es pertinente definir salud. Una de las definiciones de salud más extendidas es que “la salud es la ausencia de enfermedad”. La Organización Mundial de la Salud propuso una definición de salud en la que se contemplan tres dimensiones: “(...) *la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades*” (OMS, 1974).

Con respecto a la salud poblacional, se plantean diversas perspectivas las cuales permiten abordar aspectos sociales de la salud como son los determinantes sociales de la salud, estas son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades que padecen. Estas determinantes se relacionan con variados aspectos, como son: los biológicos, hereditarios, familiares, personales, sociales, alimenticios, solitarios, religiosos, entre otros (Alfaro, 2014).

Lalonde (Citado en Alfaro, 2014) estableció la importancia que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública y definió un marco conceptual integral para el análisis de la situación de salud y la gestión sanitaria, propuso como factores condicionantes de la salud en la población un modelo de cuatro grandes dimensiones de la realidad, denominadas “campos de la salud” que son los estilos de vida, la biología humana, el ambiente y la organización de los sistemas de salud .

En este sentido, existen varios factores que contribuyeron al interés de los psicólogos por obtener una aproximación teórica y clínica que sea más comprensiva que el modelo tradicional médico de enfermedad. En base a esto, se planteó un modelo alternativo al biomédico: el modelo biopsicosocial, el cual apoyó su alternativa mediante argumentos sólidos, aunque no describió con detalle el mismo. Se fueron presentando hipótesis acerca de la importancia de considerar a los factores psicológicos, culturales y sociales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento (Oblitas, 2007).

Con respecto a las patologías clínicas, muchas de estas, que se atienden en servicios de salud, no pueden ser adecuadamente tratadas desde un marco exclusivamente biomédico de atención. En el caso de las personas con enfermedades crónicas, somatizaciones, por ejemplo, son poblaciones que requieren una atención psicológica. Asimismo, la intervención psicológica en el primer nivel puede reducir costos médicos, al lograr una atención integrada en colaboración con el equipo multidisciplinario no siendo necesario recurrir a atención especializada en salud mental del segundo o tercer nivel de atención (Blount et. al., 2007).

Por estas razones es que varias disciplinas de la psicología (clínica, social, fisiología, experimental, etc), tienen un interés común por cuestiones relacionadas a la salud. Es así que distintos profesionales de salud se reunieron en 1978 para formar la división de la Psicología de la salud de la American Psychological Association (APA), naciendo institucional y profesionalmente la Psicología de la Salud.

A su vez, los principales objetivos de la Psicología de la Salud son, en primer lugar la promoción de la Salud, que se trata de aquellas actuaciones dirigidas a promover un estilo de vida saludable, entendiendo a la salud no solo la ausencia de enfermedad sino además la presencia de un estado de bienestar físico y anímico en el individuo, fomenta aquellos hábitos de la salud que hacen que las personas se sientan mejor en su vida diaria. En segundo lugar está la prevención de enfermedades, se trata de la modificación de hábitos no saludables asociados a múltiples patologías, crónicas o agudas. En tercer lugar, se trata y evalúa determinadas enfermedades. Por último, están todas las propuestas dirigidas a mejorar la atención sanitaria en la práctica profesional, a la educación sanitaria de los usuarios y a la relación entre los colectivos implicados y a la formulación de una política de salud (Oblitas, 2006).

Morales Calatayud (2012) por su parte, afirma que lo que le interesa a la psicología de la salud es el estudio de los procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, es decir el proceso, por ejemplo, le atañe la condición de enfermedad, el

riesgo de enfermar y también la recuperación. Es un amplio modelo de actividad que incluye las acciones útiles para la promoción en salud, la prevención, la atención y las secuelas para adecuarse a los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben. A su vez, este autor afirma que trabajos más recientes sostienen en definir a la psicología de la salud el carácter de modelo en construcción progresiva, además de ser campo de conocimiento y de prácticas relacionadas con los factores psicosociales implicados en la salud-enfermedad.

Para Sívori (2010) actualmente existe mucha evidencia de que nuestra salud está influenciada por nuestros pensamientos, conductas y relaciones sociales. Las conductas serían hábitos saludables, buscar cuidados médicos, entre otros. Tiene un gran efecto en nuestra salud, como por ejemplo, el hábito de fumar trae consigo de un 12% a un 15% de las muertes de los países avanzados, un 30% de todos los cánceres.

Los estados psicológicos influyen en la salud, los sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos y negativos en el bienestar físico. Siendo más claros los efectos negativos en la salud es provocado por el estrés, asociado a una gran variedad de efectos negativos sobre la salud, extendiéndose a diversas enfermedades productos de este estrés (Sívori 2010).

Según Oblitas (2005) el incremento de la esperanza de vida ha sido posible a causa de las mejoras en la salud pública y a los cuidados médicos, básicamente a raíz de que se redujo la mortalidad infantil y las enfermedades infecciosas (rubéola, gripe, polio, entre otras), por medio de programas inmunitarios.

Desde un enfoque biopsicosocial y de la Psicología de la Salud Sívori (2010) concluye en que cierto tipo de problemas, concretamente las enfermedades crónicas debidas a causas múltiples (factores medioambientales, culturales, psicológicos y sociales) requieren manejarse diferente al que se tratan los estados mórbidos agudos, que su principal característica es la de ser producidos por agentes patógenos específicos. El modelo biomédico presenta numerosas lagunas en cuanto a conceptualizar los estados crónicos. Dicho modelo sostiene que la enfermedad es posible de ser explicada en términos de variables biológicas, la conducta social en cambio no puede ser explicada en esos parámetros, entonces las anormalidades conductuales se reducen a procesos somáticos, biomédicos o neurofisiológicos.

La ideología del modelo médico implica un reduccionismo y mantiene el dualismo mente-cuerpo: los procesos somáticos y psicológicos se excluyen mutuamente y el cuerpo y

la mente son dos entidades separadas. Muchos teóricos apoyaron la idea de que es necesario un nuevo modelo que requiera progresar la comprensión y el control de la enfermedad. Egel (citado en Sivori, 2010) planteó un modelo biopsicosocial, alternativo al biomédico, y apoyó su alternativa en argumentos sólidos, planteando la hipótesis de la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales, junto a los factores biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento.

Menéndez (1988) sostiene que el Modelo Médico Hegemónico (MMH) constituye una construcción teórica que se maneja en distintos niveles de abstracción. Los principales rasgos estructurales son, que es biologicista, individualista, a histórico, a sociable. Tiene como característica que es asimétrica y autoritario. El paciente es visto desde una perspectiva de pasividad, que lo excluye del conocimiento, habiendo tendencias inductivas al consumo médico.

Por esta línea, Sivori (2010) plantea que desde mediados del S XX se viene cuestionando el MMH del cual está centrado en la atención de la enfermedad y en una etiología que es predominantemente biológica. Este cuestionamiento es dado a raíz del cambio paradigmático que propone la definición de salud de la OMS (1948) y en la declaración de Alma Ata (1978) con respecto a la estrategia de APS. Incluir a la psicología en el "campo médico", dio lugar a ampliar el enfoque y decentrar las características de este espacio, que pasó a denominarse "campo sanitario", siendo este un concepto más abarcativo y que incluye otros saberes bajo la denominación de "ciencias sociales".

Entonces, es posible afirmar que la Psicología de la Salud es una disciplina basada en el modelo biopsicosocial que busca entender y atender de forma más amplia las principales condiciones de salud de las personas (Torres y Santana, 2017).

Para Belar y Deardorff (citado en Torres González y Santana Mariño, 2017), la Psicología Clínica de la Salud surge como el campo que se encarga de aplicar el conocimiento científico de las interrelaciones entre los componentes conductuales, emocionales, cognitivos, sociales y biológicos en la salud y la enfermedad. Asimismo, también se ocupa de la promoción y mantenimiento de la salud. Además, busca aplicar este conocimiento a la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades y discapacidades, y a la mejora del sistema de salud.

El psicólogo clínico de la salud se ubica en una variedad de escenarios que incluyen el cuidado primario, las unidades de hospitalización, y los programas de servicio

especializado como manejo de dolor, rehabilitación, salud de la mujer, oncología y cesación de fumar, entre otras. (Thielke, Thompson y Stuart, 2011, p.137)

También conlleva distintos roles y funciones que incluyen: la investigación, el servicio directo, la docencia y el desarrollo de políticas (Belar & Deardorff, 2009). En lo que al servicio refiere, se realizan diversas actividades, como por ejemplo evaluación, intervención y consultoría para así poder atender las diversas áreas como: el afrontamiento de la enfermedad, que se lleve a cabo el tratamiento, las dificultades psicosociales, la relación médico-paciente, el desarrollo de programas de salud y la rehabilitación. Todo esto se realiza tomando en cuenta al paciente, a su familia, el contexto sociocultural y el sistema de salud. Asimismo, se plantea que: “los nuevos modelos de prestación de servicios demandan que los psicólogos en escenarios de salud realicen labores vinculadas a la Psicología de la Salud” (Dobmeyer & Rowan, 2014, p.317 ).

En el siglo pasado, diversos psicólogos desarrollaron acciones que tuvieron una clara presencia en el eje de promoción y prevención de la Salud. En lo que refiere, podemos encontrar trabajos del Prof. Carrasco y otros en la línea de la psicoprofilaxis, higiene mental, psicosigienencia etc. Si bien se puede decir que recién con Alma Ata (1978)<sup>1</sup> Se comienza a priorizar el trabajo de los psicólogos en el primer nivel de atención. En nuestro país lo que prevaleció fueron los desarrollos de la Psicología Médica, desde un eje que pone en cuestión al profesional psicólogo como de “apoyo” al personal médico (Sívori, 2010).

El cambio del modelo favoreció a la incorporación de psicólogos en los servicios del Primer Nivel de Atención (PNA), también la participación en el diseño y sobre todo en la aplicación de las políticas de salud. En Uruguay, en el sector público se duplicaron los profesionales psicólogos, con el SNIS<sup>2</sup> (Sistema Nacional Integrado de Salud). Resulta relevante destacar, que el Sistema Nacional Integrado de Salud fue creado por la Ley 18211 de la Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, en diciembre del 2007, integra prestadores de salud públicos y privados.

Se incorporó la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) que implicó desarrollar tareas de prevención, promoción, atención a los problemas de salud, detección precoz,

---

<sup>1</sup> Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Fuente: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

<sup>2</sup> El Sistema Nacional Integrado de Salud fue creado por la Ley 18211 en diciembre del 2007, integra prestadores de salud públicos y privados.

rehabilitación y cuidados paliativos (Rydel et al, 2022). Resulta relevante destacar, que el Sistema Nacional Integrado de Salud fue creado por la Ley 18211 de la Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, en diciembre del 2007, integra prestadores de salud públicos y privados.

Por otro lado, Rydel et al (2022) plantean que los psicólogos que trabajan en instituciones públicas y privadas generalmente enfatizan la formación clínica individual, cuentan con herramientas para el trabajo clínico pero no necesariamente en la prevención y promoción de la salud. La Facultad de Psicología de la Udelar, forma a los estudiantes de grado para su inserción en el SNIS, este aspecto se profundiza con su implementación. Desde el año 2010, se propone el Programa de Residentes y Practicantes, cuyo objetivo es el de unificar los esfuerzos. Posteriormente, y en el marco de este mismo programa, surge como formación de posgrado la Especialización de Psicología en Servicios de Salud.

En el Informe anual del año 2011 presentado por la directora Prof. Adj. Alejandra López Gómez dirigida al Prof. Luis Lopold (Decano en ese entonces) plantea que el consejo de la Facultad de Psicología aprueba en diciembre del año 2010 una nueva estructura académica de la Facultad de Psicología y la creación de 5 institutos, entre ellos el Instituto de Psicología de la Salud, designando como directora a la profesora Adj. Alejandra López Gómez.

En Mayo del año 2010 se elaboró un documento el cual fundamentó la relevancia social, política y académica del campo sub disciplinar y de los problemas a abordar. En este proceso de discusión colectiva se lograron acuerdos importantes para el instituto, como son la incorporación de nuevos docentes que estuvo asociado a una propuesta académica que ofrecía estrategias de trabajo relevantes, la construcción de sentido de pertenencia entre los docentes integrantes.

## 1.2 Psicología reproductiva y perinatal

Se documenta que Freud y Charcot fueron los primeros que estudiaron fenómenos corporales relacionados a conflictos, y problemas psicológicos a fines del siglo XIX e inicios del siglo XX. En Europa surge la llamada Psicología de la Mujer, se la conoció también con el nombre de *Sexualidad Femenina*, en cuyos orígenes se encuentran Freud y Helene Deustch, quien fue su paciente. En el año 1951 esta autora publica sus libros "Psicología de la mujer" y "Preñez", convirtiéndose en la primera psicoanalista que escribe de temas referentes a la maternidad y a la mujer (Defey, 2020).

Es en el Siglo XX que se producen grandes avances en la temática referente a la obstetricia, entre ellos la ecografía y el perfeccionamiento de la cesárea. En nuestro país también se destacaron grandes avances de vanguardia en esta área, como lo fue la realización de la primera punción amniótica del mundo, llevada a cabo por el médico Hermógenes Álvarez en el Hospital Pereyra Rossell. En la década del 70' se creó la Perinatología, nace como una interdisciplina, que integran profesionales de diversas disciplinas tales como: Medicina, Trabajo Social, Psicología, Enfermería, Educación, Partería, Informática, Estadística, entre otras (Defey, 2020).

Para esta autora, el objeto de estudio de la Psicología Perinatal es un objeto múltiple, por una parte va a estar la madre y el recién nacido como unidad y por otra parte va a haber una fuerte preocupación por las dimensiones sociales de maternidad, por una marcada preocupación por lo que se denomina hoy en día 'poblaciones vulnerables'.

La salud mental de las mujeres embarazadas, en el parto y posparto no ha recibido por parte de los sistemas públicos y privados la atención que merece. También se puede observar una carencia tanto en la atención sanitaria de las madres como de su bebé, que se lo ve como un ente aislado y no se tiene en cuenta la construcción de su psique ni la simbiosis madre-bebé cuando inicia la vida. Hay evidencia científica con respecto a que el estado emocional de la mujer durante el embarazo, el parto y el posparto tiene

repercusiones tanto para ella como para el bebé gestante en la salud física y mental, y de la familia a corto y largo plazo. La Teoría del Apego desarrolla la importancia de los cuidadores primarios como figuras de apego y base segura, en la cual el bebé puede explorar el mundo. En esta teoría, se advierte sobre las consecuencias que trae si se daña este vínculo para el desarrollo socioemocional de las personas (Olza et al, 2021).

Estas autoras señalan que la atención a la salud mental de las familias en torno al embarazo, el nacimiento y la crianza necesita una amplia visión, que sea holística y feminista; que promueva la salud de todos, y que integre una perspectiva de género, ya que es momento de deconstruir modelos heredados que no contemplan la perspectiva de género y parecen poco operativos. La mirada perinatal propuesta es desde el marco ecosistémico que propicia el encuadre, y la guía de trabajo parte desde contemplar al bebé ubicándolo en el centro junto a su madre.

Respecto a esto Olza et. al (2021) plantean que este punto de vista significa cuestionar y hacer preguntas mientras se observa y se respeta la individualidad de cada uno, algunas de las preguntas son:

¿Cómo es que está viviendo esto el bebé? ¿de qué forma va a percibir mi emoción?, ¿de qué manera le afecta? ¿Cuáles son sus necesidades? Junto al bebé, su madre. A las madres se las trata de contemplar y acompañarlas en su individualidad. ¿Cuáles son sus necesidades?, ¿qué siente ahora?, ¿En que puedo aportar?, ¿cómo ha acogido mis palabras? Ahondaremos en la historia de cada una, que nos ayuda a comprenderla en sus valores, miedos y prioridades. Necesita ser sostenida e indagamos en cada caso desde dónde y cómo precisa el apoyo en cada momento. (p.31)

Peterson y Nehl (citado en Bowlby, 2009), informan de descubrimientos de otro estudio acerca del papel que desempeñan este tipo de experiencias perinatales y personales, para ayudar a una madre a desarrollar una relación amorosa y sensible con su bebé, o para impedirlo. En el mencionado estudio, entrevistaron a mujeres y sus esposos, observándolos durante el embarazo, el parto y, en cuatro ocasiones, en los primeros seis meses de vida del bebé. La variable más significativa en la predicción de las diferencias en el vínculo maternal, fue el periodo de tiempo que una madre había estado separada de su recién nacido durante las horas y los días después del nacimiento. Otras variantes fueron la experiencia del nacimiento y las actitudes y expectativas expresadas por la madre durante el embarazo.

La psicología perinatal, es una nueva rama que pertenece a la psicología de la primera infancia, la misma abarca el embarazo, parto, puerperio y los primeros meses de vida del niño. Una de las modalidades de trabajo del psicólogo perinatal es acompañar la guardia de neonatología y obstetricia, es decir, que la modalidad de su trabajo es interdisciplinario. (Nieri, 2012, p.18)

Para esta autora, el psicólogo perinatal opera cuando suceden los hechos, por este motivo es necesario ser flexibles en cuanto a lo teórico y práctico refiere, debido a que aborda diferentes situaciones. Asimismo, considera que es importante considerar el ambiente, el cual debe ser de soporte y confort, además de una adecuada comunicación, la que está relacionada a las actitudes de los profesionales y familiares.

Hay que tener presente que la maternidad es un fenómeno psico-biológico, también una crisis evolutiva y vital, ya que reactiva problemas del pasado y sobredimensiona los problemas del presente, afectando los vínculos con los otros. Dicha crisis evolutiva atraviesa a la madre en función de su propia subjetividad, su historia personal, la ubicación del niño que se está gestando en el desencadenamiento histórico de su familia, entre otros factores (Nieri, 2012).

## **Capítulo 2: Embarazo de alto riesgo obstétrico**

Tanto en embarazos normales como en embarazos de alto riesgo obstétrico son característicos los cambios que se generan en la gestante a nivel físico, psicológico y ambiental. Este cambio en la mujer conlleva grandes desafíos en todos los aspectos de su vida. Por este motivo, en este capítulo se desarrollarán conceptos respecto a las características acerca del embarazo normal y el embarazo de alto riesgo obstétrico.

Por último, se destaca la importancia que tiene para la mujer el acompañamiento por parte de su vínculo más cercano, como el de su pareja, su familia, y el apoyo técnico que es indispensable para el buen desempeño de estos desafíos mencionados.

## 2.1 Embarazo Normal

Durante el embarazo normal se presenta una gran cantidad de cambios físicos y psicológicos para la mujer. Estos cambios se enfocan en adaptarse a las exigencias del nuevo ser humano que crece en el interior del cuerpo de la mujer, y se van dando de manera gradual. Continúan durante todo el embarazo, y están influenciados por diversos factores como por ejemplo la edad de la mujer, los embarazos previos, el estado físico, nutricional, entre otros (Carrillo et al, 2021).

Vallejo y Moreira (2018) mencionan que el embarazo (gestación) es el estado materno en donde se desarrolla un feto dentro del cuerpo. Hasta la semana número 8 de la concepción recibe el nombre de embrión, y es a partir de la 8va semana y hasta el parto que se lo denomina feto.

En este embarazo normal la mujer aumenta su peso en promedio entre 11 y 16 kilos. En ese aumento de peso el 40% se le atribuye a una combinación entre el feto, el líquido amniótico y la placenta, de los cuales el resto debe ser de la mujer, que aumenta el tamaño del útero, las glándulas mamarias y el volumen sanguíneo entre otros (Maldonado et al, 2008).

Esta serie de cambios fisiológicos que ocurren en la mujer durante el embarazo normal son: la tensión arterial disminuye paulatinamente en las primeras semanas, siendo el punto más bajo entre las semanas 16 y 20, y luego en el último trimestre comienza a subir hasta llegar a cifras cercanas a las que la mujer tenía antes del embarazo. Muchos órganos comienzan a adaptarse durante este proceso de cambios paulatinos, como es el caso de los riñones que incrementan su tamaño alrededor de un 30%. Dado que hay ausencia de menstruación, los requerimientos de hierro disminuyen y a partir del segundo trimestre comienza a aumentar gradualmente debido al crecimiento tanto placentario como fetal (Carrillo et al, 2021).

Muchos de estos cambios suponen un verdadero estado de estrés fisiológico para el organismo de la embarazada, por esta razón resulta crucial que la mujer esté preparada y en un estado de salud óptimo para poder enfrentar adecuadamente todos estos cambios y, por lo tanto, el embarazo no resulte en estados patológicos; así mismo, el médico responsable del control prenatal del embarazo normal que suele ser el médico general, familiar o de primer contacto, debe estar familiarizado con los

principales cambios fisiológicos y anatómicos, así como los síntomas y signos que derivan de ellos para poder hacer una detección y atención oportuna de los estados patológicos que pongan en riesgo el bienestar de la madre y del producto. (Carrillo et al, 2021 p. 40)

En este sentido, Carrillo et al, (2021) consideran que los estos cambios producidos por la gestación, suponen una exigencia aumentada (estrés) para la fisiología normal del cuerpo de la mujer, y si esta ya tiene enfermedades previas puede presentar distintos estados patológicos durante el embarazo como insuficiencia cardiaca, diabetes gestacional, etc.

La mujer tiene la tarea psicológica de convertirse en madre, dicho proceso se denomina como parentificación o parentalidad. El apego de la madre al hijo se inicia desde la noticia de estar embarazada. En el segundo semestre, después de la reacción inicial, la gestante se permite fantasear sobre el bebé que lleva dentro (Maldonado et al, 2008).

Siguiendo esta línea de pensamiento, Maldonado, et al, (2008) citando a otros autores lo considera como un periodo crítico o de alta sensibilidad psicológica. Uno de los momentos más importantes de esta etapa es que la futura madre revive su propia historia como hija, y los conflictos que pudo haber tenido con su madre. Esos sentimientos ambivalentes la pueden llevar a establecer cambios en el relacionamiento con su propia madre. En este sentido, el vínculo podría darse desde otra perspectiva, que hacen a la mujer y a su pareja ser menos autónomos y buscar el apoyo emocional en su entorno.

Desde el punto de vista psicológico, la gestación conlleva un importante cambio de vida de la mujer, y es recomendable emplear todos los recursos posibles en pos de que la madre pueda enfrentarse a los cambios próximos en su vida, para facilitar el vínculo que establecerá con su nuevo hijo (Marín et al, 2008).

Para Defey (2009) los fenómenos que constituyen el conjunto de los avatares psicológicos en un embarazo normal son: la idealización, el ensimismamiento, la ilusión, la negación y la regresión. El ensimismamiento hace que la embarazada se encuentre concentrada y colmada por la experiencia del hijo/a y el embarazo. Este estado genera problemas de pareja. La negación, por su parte, ocurre cuando la embarazada reflexiona mucho acerca del hecho de alojar una persona dentro de su cuerpo, situación que resulta muy impactante.

La negación de los riesgos y molestias, por un lado, y la idealización de la maternidad, por otro, se constituyen así en verdaderos guardianes de nuestra supervivencia como especie.

Si se comete en exceso esta idealización y negación, lleva a la mujer embarazada a no poder percibir situaciones de riesgo en el embarazo (Defey, 2009).

Esta autora considera que la regresión, como por ejemplo el aumento del apetito o del sueño, la llevan a una mayor dependencia del entorno y a una mayor sensibilidad, que pueden dejar a la embarazada expuesta a un entorno hostil y poco comprensivo. Cuando se ve aumentado el hambre y el sueño, es porque el cuerpo tiene mayores exigencias, ya que alberga otra vida además de la mujer, es un cuerpo que está trabajando como nunca.

En el proceso de gestación el cuerpo va creando un ambiente que es favorable a la preocupación materna primaria, que es cuando sobre el final del embarazo la mujer se concentra en el hijo o la hija y el nacimiento, en mayor medida por gran parte de las preocupaciones del mundo adulto (Winnicott, 1993)

Marín et al, (2008) mencionan que una de las alteraciones que con frecuencia ocurren en las mujeres embarazadas es la que se refiere a los trastornos del sueño. Durante el primer trimestre con frecuencia aparece un aumento en los despertares en la noche y somnolencia en el día. A partir del segundo y tercer trimestre aumenta la tasa de insomnio en las gestantes. También se observó que el nivel de fatiga se incrementa durante la gestación, y que esta tiene un efecto negativo en la calidad de vida, asociándose a la depresión y la ansiedad.

Investigaciones han analizado que, el que la gestante presente una tendencia a catastrofizar el dolor, se asocia a un decremento en la adaptación maternal postparto, mayor probabilidad de presentar alteraciones en el estado de ánimo y el funcionamiento social, y una potencial interferencia en el vínculo con el hijo. (Marín et al, 2008 p. 7)

## 2.2 Embarazo de alto riesgo obstétrico

Se denomina embarazo de alto riesgo a aquellos que ante la probabilidad de enfermedad o muerte antes, durante o después del parto es mayor que lo habitual para la madre como para el niño (Martinez y Pereira, 2016).

Podemos decir que los embarazos de alto riesgo son aquellos en donde el pronóstico materno y/o fetal son potencialmente subóptimo si se compara con un embarazo normal.

Estimándose que hay alrededor de un 20% de los embarazos que se los denomina de alto riesgo, y son los responsables de más del 80% de los resultados adversos (Donoso y Oyarzún, 2012; López Gómez, 2007).

Siguiendo con lo antedicho, es importante la salud psicológica de la mujer durante el embarazo porque las adaptaciones necesarias para el nacimiento van a afectar los ámbitos tanto fisiológicos como psicológicos y sociales de la mujer y no importa cuán positiva sea la respuesta emocional en tanto al nacimiento del bebé, ya que ésta es una etapa muy estresante (López-Gómez, 2007).

En cuanto al síndrome de estrés postraumático refiere, parece existir una relación con el miedo a las complicaciones en el parto, a la salud del bebe, a la pérdida de control, falta de apoyo social, entre otras. Un elemento fundamental a considerar es la presencia del apoyo en la pareja y del personal sanitario (Marín et al, 2008).

López-Gómez (2007) destaca también que la salud mental se encuentra condicionada por la capacidad que el individuo tenga en un momento determinado, es decir, a la capacidad de adaptación a las diversas condiciones por las que atraviesa. Sugiere que la salud emocional de la mujer embarazada debe evaluarse, a raíz de esta capacidad de enfrentar el evento y evaluar la posibilidad o no de adaptarse a los cambios que la situación amerite.

Donoso y Oyarzún (2012), sostienen que la obstetricia actual ha logrado grandes éxitos para reducir la morbilidad materna, debido a que se ha centrado la atención en los aspectos fetales y neonatales, así como también el diagnóstico oportuno al subgrupo de mujeres embarazadas que requieren de una vigilancia mayor, con la consecuencia de presentar factores de riesgo identificables, ya sea antes o durante el embarazo. Para esto es que existe el control prenatal, con el fin de prevenir, diagnosticar y tratar los factores que puedan condicionar morbilidad materna o perinatal.

Estos autores, recomiendan tener información de la historia clínica previa al embarazo, la que deberá incluir la valoración de rasgos demográficos, la historia gestacional previa, la historia familiar, los antecedentes de enfermedades crónicas e infecciones y medicamentos utilizados para su control, así como también factores psicosociales y estilos de vida.

Entre las enfermedades crónicas además del riesgo inherente a la propia enfermedad se le suman los efectos secundarios de la medicación, las pacientes deberán ser informadas

respecto al efecto de la gestación en la enfermedad. Por ejemplo, las gestantes diabéticas, presentan de dos a tres veces más riesgo que la embarazada no diabética de presentar un aborto espontáneo, malformaciones congénitas, parto prematuro, entre otros. En el caso de las mujeres hipertensas el objetivo es normalizar la presión arterial antes de la concepción y además es prioritario evaluar tratamiento antihipertensivo, debido a que el medicamento antihipertensivo puede causar daño al feto. En el caso de las pacientes asmáticas deberán mantener un tratamiento estricto para controlar los síntomas y evitar crisis agudas (Donoso y Oyarzún, 2012; Sosa y Guirado, 2013).

### 2.2.1 ¿Qué sucede con los embarazos de alto riesgo obstétrico a nivel mundial?

Para Gomez Lopez (2018) muchas mujeres en el mundo mueren a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo, y en la mayoría de los casos estas muertes eran prevenibles. Las complicaciones obstétricas son consideradas una causa de mortalidad materna indirecta, dichas muertes se entienden como derivadas de enfermedades previamente existentes o de enfermedades gestacionales, y que no eran causas obstétricas directas, pero que fueron agravadas debido a los efectos fisiológicos propios del embarazo.

Es por esto que se ha puesto un énfasis en cambiar el paradigma en la prestación de los servicios de salud, procurando pasar de un enfoque de riesgo a uno de atención oportuna de las urgencias obstétricas, planteando que las complicaciones durante la maternidad son difíciles en su pronóstico pero tratables (Gomez Lopez, 2018).

Como se cita en Vallejo y Moreira (2018) la mayoría de las pacientes con diagnóstico de eclampsia (aparición de convulsiones durante el embarazo), el porcentaje de complicaciones serias, al igual que la tasa de mortalidad, se consideran bajos, lo que podría estar directamente relacionado con el manejo pronto e intervencionista, centrado en la rápida obtención del producto de la concepción, pocas horas después de presentarse el primer evento convulsivo.

Es de suma importancia el hacer cambios en la programación preventiva de patologías que amenazan la salud materno-infantil, en cuanto a nivel de atención primaria y secundaria

refiere, para que así se identifiquen precozmente situaciones de salud en la mujer, se facilite inmediatamente su tratamiento con el fin de evitar la pérdida del producto de la concepción, que también ayuda a prevenir secuelas tanto físicas como psicológicas en el futuro de estas pacientes, para garantizar una mejor calidad de vida (Vallejo y Moreira, 2018).

Gomez Lopez (2018) plantea que para comprender y abordar los problemas emocionales que presentan las mujeres con complicaciones obstétricas es pertinente utilizar un enfoque biopsicosocial que permita entender la interacción que existe entre los factores médicos, psicológicos y sociales de esta condición. Para este fin se retoma lo planteado por la OMS (2006)<sup>3</sup> respecto a utilizar investigación de carácter cualitativo, con el objetivo de realizar guías para comprender la experiencia vivida por las mujeres que tuvieron complicaciones obstétricas, en donde reflejan los planteamientos y recomendaciones para el manejo emocional de esta población.

### **2.2.2 ¿Qué sucede con los embarazos de alto riesgo obstétrico a nivel regional?**

Lafaurie et. al (2018) plantean que, en el mundo la mortalidad materna cobra millones de vidas especialmente en entornos en los que la salud de las mujeres no es la prioridad, debido a que el embarazo puede ser causante de vulnerabilidades psicosociales, por lo que la atención oportuna en salud desde un enfoque preventivo, es necesaria y debe ser obligatoria, y los riesgos maternos tiene que ser minimizados.

Martinez y Pereira (2016) sostienen que actualmente la salud de la madre es un problema para la mayoría de los países en desarrollo, debido a las condiciones de inequidad y vulnerabilidad que viven la mayoría de las poblaciones de estos países y a las deficiencias estructurales en la prestación de los servicios de salud. Para las mujeres en edad reproductiva, un perfil epidemiológico se caracteriza por presentar enfermedades y muertes ligadas a eventos obstétricos.

Para la OMS(2012)<sup>4</sup>, el riesgo de muerte materna en las regiones en desarrollo es de 1/75 mientras que en las regiones desarrolladas el riesgo es de 1/7300. Los países de la región

---

<sup>3</sup> World Health Organization. Datos sobre la salud de la madre, el recién nacido y el niño. Suiza:OMS; 2006.Disponible

en:[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43434/9243563173\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43434/9243563173_spa.pdf?sequence=1)

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Disponible en: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/ES\\_WHS2012Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012Full.pdf)

donde el riesgo de mortalidad es mayor son: Bolivia en primer lugar, seguido de Perú, Paraguay y Colombia (Martinez y Pereira, 2016).

En el período del 2005-2011, se encontraron como factores principales de alto riesgo en las pacientes embarazadas, un 65% bajo nivel socioeconómico, en un 76% antecedentes familiares de hipertensión arterial, un 74% inasistencia al control prenatal, entre otros. Los antecedentes de cesarea en las gestantes tuvo presencia significativa al igual que el aborto, en donde pone en riesgo la salud de la gestante; que en su mayoría manifestaron que no usan métodos anticonceptivos (Martinez y Pereira, 2016).

Lafaurie et. al, (2018) sostienen que hay evidencia de que la educación es un indicador importante sobre la probabilidad de utilizar servicios obstétricos, sin embargo se observa que las mujeres en edad reproductiva cuentan con un nivel de educación bajo en comparación con los hombres.

Las mujeres enfrentan barreras específicas para tener acceso a atención especializada a causa de su bajo estatus social y falta de autonomía, aspectos frecuentes en un sinnúmero de contextos. Además muchas mujeres carecen de contacto con la información de salud reproductiva y materna, así como experimentan falta de acceso a medios de transporte. (Lafaurie et. al 2018 p.16)

Por otra parte, la violencia en el embarazo define un contexto multifactorial de situaciones adversas como embarazo no deseado, inadecuado acceso al cuidado prenatal, mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas, una mala historia obstétrica, abortos espontáneos, nutrición materna deficiente, infecciones, anemia, parto prematuro y disminución del crecimiento fetal (Lafaurie et al 2018).

Eslava-Sechmalbach & Gaitán-Duarte (2017) mencionan que en Colombia en el año 2013 se publica la Guía de Atención del Parto, en la que manifiesta como primera recomendación la adopción de los principios en la que se basa la atención humanizada del parto y contiene recomendaciones que aseguran la atención bajo estos principios. El papel de las sociedades científicas y de la academia deberán ser muy importantes con el fin de lograr que se cumplan los principios de la atención del parto con excelencia y con equidad para todas las gestantes. En primer lugar se deberá sensibilizar a los especialistas competentes en la importancia de respetar los derechos de las gestantes en trabajo de parto, con la base de un comportamiento ético, educado y solidario más allá de las limitaciones solidarias.

Además de esto, se deberán comprometer a ejercer control social para que los entes gubernamentales sean garantes de aplicar el contenido en las recomendaciones de la mencionada guía (Eslava-Schmalbach y Gaitán-Duarte 2017).

Asimismo, estas autoras plantean que reconocer su presencia conlleva retos en el quehacer de los profesionales, administradores, pacientes e instituciones, que podrían atenuar las inequidades existentes en la calidad de la atención obstétrica diferencial por estrato socioeconómico, régimen de atención en salud o ubicación geográfica, entre otras.

La atención de la mujer gestante durante el control prenatal y el embarazo debe ser uno de los procesos de atención donde la evidencia derivada de la investigación clínica, la buena práctica, la experiencia, la solidaridad, el respeto del profesional y la ausencia de barreras deben juntarse en beneficio del fruto de la gestación y de la madre. Tolerancia CERO al maltrato obstétrico. (Eslava-Schmalbach y Gaitán- Duarte, 2017 p.100)

Estudios que fueron realizados en México con respecto al malestar psicológico con estas poblaciones de alto riesgo reflejan en sus hallazgos que este evento reproductivo moviliza distintas reacciones emocionales de estas mujeres por la importancia que tienen en sus vidas, y que alguna complicación durante la gestación puede llegar a generar alguna sintomatología ansiosa o depresiva. Sin embargo existe un enfoque alternativo que sugiere la necesidad de generar otros modelos complementarios enfocados al estudio de la salud mental de la mujer, por tanto alejarse del concepto de lo patológico para acercarlo al escenario de la vida cotidiana ( Gómez- López et al 2016).

En el caso de Uruguay, no hay suficientes datos e información acerca de los embarazos de alto riesgo obstétrico. No obstante, resulta relevante para este trabajo destacar la importancia del acompañamiento del personal del servicio de salud para las mujeres que atraviesan embarazos de alto riesgo obstétrico. Entre el personal de la salud se encuentran: las enfermeras y las nurses, siendo de las personas más estables del servicio, quienes conocen bien las rutinas del servicio, la historia del lugar, el funcionamiento del MSP. Las parteras también son profesionales estables en el servicio.

Por otra parte, la carrera de Obstetra-Partera tiene una extensión de cuatro años, con una fuerte carga horaria, con una carga clínica extensa y formación que incluye una perspectiva psicosocial. (Defey, 2009)

El personal de servicio que trabaja en la salud pero no cumplen funciones técnicas, muchas veces es un nexo entre los usuarios y los profesionales de la salud:

Muchas veces su mirada y comprensión permite iluminar aspectos difíciles de comprender y significa un puente con ese “otro mundo” de la población que asiste a los centros. En realidad, con esos “otros mundos”, ya que esta población también tiene códigos, percepciones y necesidades que no siempre resultan fáciles de entender y, menos aún, de satisfacer. Muchas veces el personal de servicio tiene una cercanía cultural con quienes reciben la atención que resulta un aporte invaluable a la hora de adecuar el trabajo. (Defey, 2009. p. 58).

# Capítulo 3: Repercusiones emocionales en embarazos de alto riesgo obstétrico

En este apartado se indagará en relación a aspectos emocionales del embarazo de Alto Riesgo Obstétrico. Se intentará definir al estrés desde la perspectiva de estas mujeres que cursan su embarazo con características particulares.

Esta implementación de riesgo en el embarazo hace que se aumente el estrés, también puede existir una sensación ambivalente debido a que por un lado está el deseo de ser madres pero por otro la amenaza de riesgo no permite que disfrute plenamente de esa etapa.

## 3.1 Estrés gestacional en embarazos de alto riesgo obstétrico

El estrés es un concepto ampliamente estudiado. Sely (citado en Romero, 2020) ha aportado una definición que conceptualiza al estrés como una respuesta del organismo frente a un estímulo, que puede ser interno o externo, además de ser real o imaginario, este estímulo supone una amenaza para la estabilidad fisiológica del individuo u homeostasis.

La anterior definición hace un abordaje puramente fisiológico y por ende reducido, no contemplando así elementos claves para el ser humano. Lazarus y Folkman (citado en Romero, 2020) incluyen variables de carácter cognitivo y establecieron el término como una relación entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar. (Romero, 2020, p.43).

Para Torres Gutierrez (2004) la madurez de una pareja está relacionada por la disposición y la capacidad para ser padres. En cuanto al aspecto psicológico en esta etapa de embarazo deben realizarse tareas de maduración personal que preparan a la mujer para su futuro papel de madre, dichas tareas son tres básicamente, la primera sería la aceptación del embarazo en cuanto a la adaptación a los cambios progresivos corporales, así como también la aceptación de la amenaza del parto con sus riesgos y dolor, la segunda es aceptar que viene un niño que va a imponer cambios en el rol personal y en la pareja, la tercera es el desarrollo del apego materno fetal, que puede describirse como el progreso de la interacción psicológica de la madre con el feto.

Más allá del gran acontecimiento, ocurren otros pequeños sucesos que acompañan siendo aquellas exigencias y molestias menores, que originan estrés por sí mismas, trastornos

físicos que pueden causar vértigo, cambio de apetito, aumento de peso, entre otras que hacen surgir la necesidad de acudir al médico y aceptar exploraciones y pruebas; obtención de ciertos papeles en la empresa de salud, etc. La mujer en ese estado se siente en una situación de emergencia y se vuelve más dependiente, pidiendo ayuda al exterior, y necesita en muchas ocasiones, la colaboración de una figura materna, reactivando así, los conflictos y las conductas infantiles (Torres Gutiérrez, 2004).

Siguiendo esta línea, Torres Gutierrez (2004) sostiene que las parejas que se enfrentan ante la expectativa de dar a luz en el medio de dificultades, la mayoría de las veces el resultado final depende mucho del período en el que se recibe la noticia, cuáles sean las dificultades de estas, o sea su pronóstico, depende también de la historia y del grado que la pareja tiene de ajustarse y de la personalidad de los padres.

No obstante, Torres Gutiérrez (2004) menciona que existen diversos aspectos a considerar con respecto a la situación emocional en el embarazo de alto riesgo. El amor materno que conocemos hoy es un descubrimiento de finales del siglo XVIII. Antes de esto, tener hijos era un asunto del destino, tener muchos hijos era moneda corriente para la época, y era muy común que las madres experimentaran perder uno o varios hijos en el proceso del embarazo o en el parto.

Las parejas parecían mejor dispuestas a aceptar la pérdida de un hijo con sentimiento de resignación y pasividad, debido a que se le atribuían a "la voluntad de Dios". Por su contraparte, en la sociedad urbana del siglo XXI está muy unida a la tecnología y a la medicalización. La obstetricia moderna ofrece la fertilidad asistida. Estos progresos provocaron enormes cambios en la relación madre-hijo ya que el embarazo suele estar planeado (Torres Gutiérrez, 2004).

En un estudio que se realizó con 12 mujeres adultas con diagnóstico médico de embarazo de alto riesgo, mediante el uso de una metodología de entrevistas semiestructuradas, se observó que estas mujeres viven la maternidad como una experiencia dolorosa, con angustia y con temor de perder el embarazo debido a las complicaciones obstétricas. Es posible que estas mujeres sigan el embarazo ya que continúa en ellas el deseo de ser madres pero a su vez está presente el temor por su condición, entonces les genera un conflicto subyacente. (Gómez López et al. 2016)

Gómez López, et al. (2016) fundamentan que la experiencia emocional de la mujer que lleva a cabo un embarazo de alto riesgo es un tema poco estudiado por la literatura mundial,

considerando que su abordaje existente en su mayoría es desde un enfoque biomédico, en el que se explica a la enfermedad desde los síntomas físicos, sin tener en cuenta sus dimensiones sociales, psicológicas y conductuales.

Asimismo, estos autores encuentran que los hallazgos más importantes en su estudio fueron: las mujeres que llevan a cabo su embarazo con estas características, en la medida que se van complicando sus embarazos presentan mayores secuelas emocionales y las manifestaciones emocionales son más intensas. Por otra parte, este estudio también concluye que el malestar psicológico de estas mujeres es un proceso que se da en continuo, el cual se puede presentar de menor o mayor grado, a partir de diferentes circunstancias que se va a ir desarrollando a través de la vida cotidiana, aunque puedan vivir momentos de ilusión alegría y esperanza.

Por otra parte, el riesgo obstétrico está asociado a varios factores; como por ejemplo los biológicos, los psicológicos, los ambientales, los sociales, los culturales, los económicos y los políticos que a su vez interactúan entre sí, además de esto se ha investigado la relación entre los factores psicosociales y la salud materno infantil (Fulgencio et al 2019)

Es desde un enfoque biomédico que el interés por investigar esta temática se orienta principalmente en la población de las mujeres hospitalizadas, en donde los principales hallazgos a nivel emocional son las complicaciones obstétricas presentadas por ellas, las pueden llegar a provocar ansiedad por la salud del bienestar del feto, sentirse “prisioneras” debido al confinamiento en el hospital, tanto como sentimientos de soledad y vulnerabilidad por causa de estar separadas de su familia y de su hogar (Gómez López et al. 2016).

Fulgencio, et. al (2019) realizan una investigación, cuyo objetivo fue identificar la relación entre las variables biopsicosociales y el riesgo obstétrico durante el embarazo. Trabajaron con 51 participantes que se encontraban en el primer trimestre de su embarazo, con mujeres entre 18 y 35 años con máximo de 12 semanas de embarazo. En esta investigación se enfatiza la valoración subjetiva que realiza la mujer del estrés como variable asociada a los problemas de salud en la gestante durante el periodo más vulnerable del embarazo, y por tanto este estudio del estrés y su relación de la salud en la madre y el bebé es relevante en este periodo, de igual manera se observó que el estrés percibido se relaciona de manera negativa con factores que podrían funcionar como protectores, por ejemplo los recursos psicológicos.

Para finalizar, es oportuno destacar que el resultado de la investigación resalta la importancia de los recursos individuales para contrarrestar los efectos del estrés, las habilidades de afrontamiento, la satisfacción de la relación de pareja y la satisfacción con la vida, (Fulgencio, et al 2019).

## 3.2 Factores desencadenantes del estrés gestacional

En cuanto a la respuesta fisiológica del estrés refiere, esta cuenta con una base evolutiva ya que supone la necesidad de activar diferentes ejes glandulares y cerebrales para preparar al individuo en caso de huir o luchar con el objetivo de asegurar su supervivencia (Romero, 2020).

Romero (2020) describe los ejes implicados en la respuesta ante situaciones de estrés. Cuando se distingue una situación como estresante el primer eje que se activa es el adrenomedular, este tiene como objetivo que el organismo de una respuesta de lucha/huida. Por medio de su activación suceden una serie de reacciones fisiológicas como por ejemplo el aumento de presión arterial, con el fin de propiciar a que la sangre fluya más rápida, entre otras reacciones del cuerpo con el objetivo de hacer frente a las necesidades energéticas que supone la activación. Con el fin de la supervivencia para dar respuesta frente a un estímulo estresor.

En otras palabras, todo el organismo se moviliza cuando se trata de enfrentar una situación percibida como estresante, esto involucra respuestas fisiológicas y/o hormonales, que muy bien coordinadas producen cambios en el organismo. Cuando esto se da provoca una cadena de reacciones fisiológicas que provoca que el estrés se active cuando el individuo encuentra una situación amenazante, puede ser real como imaginaria, habiendo situaciones en las cuales debido a la interpretación errónea de la situación, la persona activa una "descarga" fisiológica sin que haya una necesidad evolutiva de huida o de lucha, si esta respuesta se activa de manera crónica puede obtenerse consecuencias negativas para la salud. (Romero, 2020).

Para Romero (2020) el embarazo pese a que se trata de una etapa positiva en la vida de los sujetos que la atraviesan, hasta en muchas ocasiones un objetivo vital a ser alcanzado, es una etapa muy compleja en diversos aspectos referidos a lo evolutivo, lo fisiológico y lo psicológico, por lo que es necesario una adaptación en todos los aspectos de la mujer que permita hacer frente al embarazo de forma satisfactoria. Entonces, el estrés perinatal es

aquel que una mujer embarazada experimenta desde el principio de la gestación hasta la finalización, que engloba el posparto como periodo perinatal y se caracteriza por los eventos estresantes.

Continuando con lo antedicho, el estrés perinatal es entonces aquel descrito anteriormente pero experimentado durante un período muy concreto de la vida. Muchos autores indagaron con respecto a esta temática y surgió el denominado estrés específico del embarazo, el cual hace referencia a un conjunto de preocupaciones y pensamientos presentes en la mujer embarazada, que tienen que ver con características concretas del embarazo, como es el caso de los síntomas físicos (dolores corporales, aumento de peso, entre otros), preocupaciones por el desempeño al momento de ser madre, tensiones de pareja y demás vínculos, temor, ansiedad y preocupaciones sobre la salud del bebé y la propia. (Romero, 2020).

Un factor de riesgo es una característica o una circunstancia identificable en una persona (embarazada, feto y/o neonato) o un grupo de personas que se asocian con un riesgo anormal de tener, desarrollar o ser afectados por una enfermedad, mientras que el riesgo reproductivo es la probabilidad de alterar el equilibrio del estado general físico, social y mental en todos los aspectos que se relacionen con el aparato reproductor, de todos modos, el riesgo obstétrico se entiende como aquellos factores externos e intrínsecos de la mujer que pueden llegar a propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, el puerperio o que de alguna manera puedan alterar el desarrollo normal o la supervivencia del producto (González et al 2014).

Los conflictos con la familia tienden a alterar el estado emocional de la embarazada ya que si el embarazo no es bienvenido, al no tener una pareja estable y sin solvencia económica, se da la depresión para la mujer embarazada. La violencia física intrafamiliar es otro factor de riesgo. (González et al p.40)

González et al (2014) realizaron un estudio que fue analizar la percepción sobre los factores de riesgo psicosociales del embarazo que tienen las mujeres de un Municipio de Morelos, los datos reflejan la conclusión de que la percepción de riesgo por parte de las mujeres embarazadas es escaso o nulo, es decir que los riesgos son mayormente en la dimensión biológica y psicológica donde existen más factores de riesgo que aumentan la probabilidad de daño para la salud tanto de la madre como del bebé.

El trabajo de Sapolsky (citado en González, 2020) propone que el cuerpo posee la capacidad de llevar a cabo una respuesta diferenciada frente al estrés, que se encuentra modulada por factores psicológicos tienen una doble función, o disminuyen el estrés o desencadenan respuestas aún si aquello que genera estrés no esté presente, alcanza con que exista en el pensamiento.

El embarazo lleva consigo un cambio en la vida de las mujeres, el hecho de estar embarazada implica un cambio en la percepción que tiene de ella misma, se percibe una modificación en su autoestima, en su estatus y en su auto-concepto, al mismo tiempo esto causa una transformación en la manera de cómo es percibida por los demás, debido a esto algunos autores: DiPietro et al. Huizink, Mulder, Robles de Medina, Visser, & Buitelaar (citado en González, 2020) coinciden que el embarazo es considerado como un evento estresante.

González (2020) considera que una de las formas en la que se puede prevenir las complicaciones maternas o cuidar la salud de la mujer embarazada es por medio de los controles prenatales, los cuales están basados en estudios clínicos desde una perspectiva biomédica, incluyendo ultrasonidos, exámenes de laboratorio, entre otros. Por otra parte, las estadísticas reflejan que esta estrategia biomédica parece ser insuficiente para combatir los problemas obstétricos actuales. Por lo tanto, el fomentar un modelo integral bio-psico-social de la gestación podría mejorar el control prenatal y por lo tanto la prevención de las complicaciones materno-infantiles.

### 3.3 Consecuencias del estrés gestacional

En 1911 Walter Cannon (citado en González, 2020) observó que ante situaciones de estrés se desatan reacciones de huida o de lucha, entonces esta respuesta es favorable debido a que permite actuar frente a emergencias y hacer frente a los cambios.

González (2020) sostiene que por esta razón es que se sostiene que el estrés se inicia en el cerebro, frente a las demandas del entorno que producen repuestos fisiológicos de estrés, además estas se activan por nuestros pensamientos y emociones. Es por este motivo que se concluye que existen dos tipos de agentes estresantes o estresores que pueden ser físicos y psicosociales capaces de producir una respuesta de estrés a nivel fisiológico.

Para comprobar el estrés perinatal y específico del embarazo, tradicionalmente se solía recurrir a instrumentos de evaluación tales como cuestionarios autoinformados, en los cuales la mujer expresa su grado de malestar. Uno de los cuestionarios más utilizados, cuenta de 14 ítems y evalúa el grado en el que la persona percibe distintas situaciones como estresantes, tales cuestionarios contienen preguntas del tipo: "¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades en su vida?" o "¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?". Estos son algunos ejemplos, otros cuestionarios en cambio fueron desarrollados para evaluar el estrés psicológico y se centran en las estrategias de afrontamiento para combatirlo, como es el caso de la Escala de afrontamiento de Lazarus. (Romero, 2020).

En el posparto es frecuente que se evalúen los niveles de estrés en las mujeres debido a que el parto es un evento que genera una gran variedad de emociones, durante este periodo se utilizaron instrumentos para explicar la propia experiencia del parto, por esta razón la mayoría se ha focalizado en la satisfacción con el parto, que incluye el estrés experimentado durante el parto pero también la percepción de control, la participación activa en la toma de decisiones sobre el parto o la calidad de los cuidados recibidos entre otros. (Romero, 2020)

Defey (2018) sostiene que el estrés no es una variable sino que es un constructo, o sea que es un concepto abstracto que es utilizado para reunir una serie de variables las cuales comparten diversas características que están relacionadas, pero pueden ser distintas unas de otras. Generalmente se menciona el "estrés" en un sentido inequívoco, y no se tiene en cuenta la diferencia entre el "distrés" y el "eustrés".

El "Distrés", se suele utilizar como sinónimo de "estrés", es una reacción de alerta y tensión, que está asociada a una sensación angustiosa, que puede activarse por peligros reales o imaginarios, puede incluso ser una forma habitual de responder a estímulos, sean estos amenazantes o no. El "eustres" en cambio, se refiere al estado de excitación y alerta que se suele dar cuando protagonizamos momentos intensos vividos positivamente, como por ejemplo un casamiento, una fiesta, etc. Tienen su contraparte biológica y puede provocar agotamiento por parte de la persona que lo vive. Es aquello que nos saca de la rutina y nos hace vivir las cosas más intensamente (Defey, D. 2018).

Esta autora sostiene que en el terreno de la maternidad y de los cuidados prenatales, no es tan evidente que cierta tensión o preocupación sean negativos para el embarazo, cierto nivel de preocupación durante el embarazo es parte del cuidado afectivo del mismo, debido

a que permite detectar problemas precozmente y adecuan un estilo de vida pertinente para propiciar un óptimo desarrollo del embarazo.

Para finalizar, es pertinente destacar que se debe brindar información lo más atinada y específica posible sobre el tiempo que durará el problema, el margen de efectos posibles, de las condiciones y de los medios con que se puede revertir la situación. Un ejemplo de esto sería que el estrés agudo que transita la mujer embarazada durante el segundo o el tercer trimestre de embarazo puede aumentar la probabilidad de un parto prematuro, y es recomendable que dicha condición deberá recibir cuidados prenatales especiales durante una semana con el objetivo de prevenir que el hijo nazca antes de tiempo, lo cual pone en riesgo la salud tanto de la madre como del bebé (Defey, 2018).

## Reflexiones/Consideraciones finales:

Se puede observar que las emociones de la mujer embarazada que transitan su embarazo en condiciones de alto riesgo obstétrico es un tema que se estudia poco a nivel mundial, con respecto a esto Gomez López et al. (2016) afirman que las veces que se estudia este tema es desde un enfoque biomédico, explicando a la enfermedad en función a los síntomas físicos y se deja de lado las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales.

Estas autoras afirman también que es desde un enfoque biomédico que el interés por investigar esta temática se orienta principalmente en la población de las mujeres hospitalizadas, en donde los principales hallazgos a nivel emocional son las complicaciones obstétricas presentadas por ellas, las pueden llegar a provocar ansiedad por la salud del bienestar del feto, sentirse "prisioneras" debido al confinamiento en el hospital, tanto como sentimientos de soledad y vulnerabilidad por causa de estar separadas de su familia y de su hogar (Gómez López et al. 2016).

Para que este enfoque pueda cambiar de perspectiva y no sea parcial, considero necesario el aporte de la Psicología de la Salud. Por esta línea, Torres y Santana (2017) sostienen que se puede afirmar que la Psicología de la Salud es una disciplina basada en el modelo biopsicosocial que busca entender y atender de forma más amplia las principales condiciones de salud de las personas.

Cabe preguntarse ahora si realmente, ¿existe un modelo biopsicosocial? o si es algo que todavía falta que evolucione más en este sentido para que así se pueda integrar al sistema actual, personalmente creo que aún hay mucho trayecto por recorrer pero que a fin de cuentas se está yendo por buen camino.

El estudio de la mujer embarazada y por ende de las emociones de la misma también aportan, es decir los aportes de la Psicología Perinatal propician un camino para comprender y acompañar como por ejemplo en este caso de mujeres que transitan embarazos de alto riesgo obstétrico .

Es por los motivos antedichos que se recomienda trabajar con embarazos de alto riesgo obstétrico desde una perspectiva biopsicosocial y perinatal.

En este sentido, Olza et al (2021) consideran que la salud mental de las mujeres embarazadas, en el parto y posparto no ha recibido por parte de los sistemas públicos y privados la atención que merece. También se puede observar una carencia tanto en la atención sanitaria de las madres como de su bebé, que se lo ve como un ente aislado y no se tiene en cuenta la construcción de su psique ni la simbiosis madre-bebé cuando inicia la vida. Hay evidencia científica con respecto a que el estado emocional de la mujer durante el embarazo, el parto y el posparto tiene repercusiones tanto para ella como para el bebé gestante en la salud física y mental, y de la familia a corto y largo plazo.

Por tanto, recomiendo que se siga profundizando en estos temas con el fin de poder ampliar la perspectiva que se tiene hasta ahora respecto a la temática tratada. En relación con lo antedicho, Maldonado, et al, (2008) citando a otros autores considera a los embarazos de alto riesgo obstétrico como un periodo crítico o de alta sensibilidad psicológica. Uno de los momentos más importantes de esta etapa es que la futura madre revive su propia historia. En este sentido, el vínculo podría darse desde otra perspectiva, que hacen a la mujer y a su pareja ser menos autónomos y buscar el apoyo emocional en su entorno.

Indagar con respecto a esta temática me hizo reflexionar respecto a que no es lo mismo nacer en un país desarrollado que en un país subdesarrollado y los embarazos de alto riesgo obstétrico no escapan tampoco a esta lógica.

Con respecto a esto, Martínez y Pereira (2016) sostienen que actualmente la salud de la madre es un problema para la mayoría de los países en desarrollo, debido a las condiciones de inequidad y vulnerabilidad que viven la mayoría de las poblaciones de estos países y a las deficiencias estructurales en la prestación de los servicios de salud. Para las mujeres en edad reproductiva, un perfil epidemiológico se caracteriza por presentar enfermedades y muertes ligadas a eventos obstétricos.

Para la OMS, el riesgo de muerte materna en las regiones en desarrollo es de 1/75 mientras que en las regiones desarrolladas el riesgo es de 1/7300. Los países de la región donde el riesgo de mortalidad es mayor son: Bolivia en primer lugar, seguido de Perú, Paraguay y Colombia (Martínez y Pereira, 2016).

Finalmente, es de destacar que una de las formas en las que se puede prevenir complicaciones obstétricas y por ende de estrés que desencadenan dichas complicaciones es por medio de los controles prenatales. Gonzáles (2020) considera que las estadísticas reflejan que esta estrategia biomédica parece ser insuficiente para combatir los problemas

obstétricos actuales. Por lo tanto, el fomentar un modelo integral bio-psico-social de la gestación podría mejorar el control prenatal y por lo tanto la prevención de las complicaciones materno-infantiles.

## **Referencias bibliográficas**

- Alfaro, M (2014). Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. *Revista SaludJalisco*. Vol 1, 36-46.
- Belar, C. D., & Deardorff, W. W. (2009). Introduction to clinical health psychology. En, *Clinical health psychology in medical settings: A practitioner 's guidebook*, 2nd ed (pp. 3- 16). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Blount, A., Schoenbaum, M., Kathol, R., Rollman, B.L, Thomas, M., O'Donohue, W. y Peek, C.J. (2007). La economía de los servicios de salud conductual en entornos médicos: un resumen de la evidencia. *Psicología profesional: Investigación y práctica*, 38 (3), 290-297.
- Bowlby, J. (2009). Una Base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Paidós. Buenos Aires. pp. 22-28.
- Carrillo, P. Garcia, A. Soto, M. Rodriguez, G. Perez, J. Martinez, D. (2021). Cambios Fisiológicos durante el embarazo normal. Vol 64, Nº 1. Recuperado de: [http://revistafacmed.com/index.php?option=com\\_phocadownload&view=file&id=1379:cambios-fisiologicos-durante-el-embarazo&Itemid=79](http://revistafacmed.com/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=1379:cambios-fisiologicos-durante-el-embarazo&Itemid=79)
- Defey, D. (2009). El trabajo psicológico y social con mujeres embarazadas y sus familias en los centros de salud. Montevideo, Uruguay: INAU, CAIF.
- Defey, D. (2020). La historia de la Psicología Perinatal. Redactado en La Paloma, Rocha (Uruguay).
- Defey, D. (2018). Los efectos del estrés sobre el embarazo: una revisión crítica sobre una asociación no tan obviamente evidente.
- Donoso, B. & Oyarzún, E (2012). Embarazo de alto riesgo. *Medwave*, Año XII, No. 5. Recuperado de: <https://www.medwave.cl/medios/medwave/junio2012/PDF2/10.5867medwave.2012.05.5429.pdf>
- Eslava-Schmalbach, J & Gaitán-Duarte, H (2017). El parto: Evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Vol 68 Número2. P. 97-101.
- Fulgencio, M. Rivera, M.Colonga, C. Villaseñor, T (2019). Factores Biopsicosociales asociados a riesgo obstétrico. *Revista UARICHA*. Vol. 16. P. 56-65.
- Gómez López, M.E.(2007). Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo. *Perinatol Reprod Hum* 21: 111-121.

- Gómez López, M.E, Berenzon Gorn, S. Lara, M. Ito, Sugiyama, M. (2016). Malestar Psicológico en mujeres con embarazo de alto riesgo. Summa Psicológica UST. Vol 13, Nº 1. P. 89-100.
- Gómez López, M.E. (2018). Guía de atención psicológica de la mujer con complicaciones obstétricas. Perinatol Reprod Hum. 32 (2): 85-92.
- González, R (2020). Construcción de un Modelo integral y formulación de un inventario para evaluar el estrés gestacional. Instituto de investigaciones Psicológicas. Doctorando en Psicología. Recuperado de:  
<http://148.226.24.32:8080/bitstream/handle/1944/50847/GonzalezOchoaRaquel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lafaurie, M. Castañeda, K. Castro, D. Laverde, S. Balaguera, L. López, C. Martínez, E. Martínez, Y. Parra, C. Ramírez, N. Pardo, Y. (2018). Vivencias de gestantes con embarazos de alto riesgo. Revista Colombiana de Enfermería. Vol 6.p 15-28.
- Ley 18211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. 5 de diciembre de 2007. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
- López Gómez, A. (2011). Informe anual Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología UdelaR. Recuperado de:  
[https://psico.edu.uy/sites/default/files/distribuido\\_1402-11.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/distribuido_1402-11.pdf)
- Maldonado, M. Saucedo, JM, Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. Perinatol Record Hum. pp. 5-14.
- Marín, D. Bullones, M. Carmona, F. Carretero, M. Moreno, M. Peñacoba, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. Nure investigación, Nº 37. Recuperado de:  
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/422/413>
- Martínez, J & Pereira, M. (2016). Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. Salud Uninorte. Vol. 32 Nº 3. 452-460.
- Menéndez, E. (30 de Abril al 7 de Mayo de 1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. P 451-464.
- Morales Calatayud, F. (2012) Psicología de la Salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo psienencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, pp. 98-107.
- MSP (2012) Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) [online]. Recuperado de:  
<https://www.google.com/url?q=http://www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?7211,2>

[4210&sa=D&source=docs&ust=1671125714023493&usg=AOvVaw2xIMFv4Q\\_4px7fWu1JAqll](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-la-asistencia-del-nacimiento-institucional)

- MSP. (2018). Recomendaciones sobre prácticas y actividades en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional [online]. Recuperado de:  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-la-asistencia-del-nacimiento-institucional>
- Nieri, L. (2002). Intervención paliativa desde la psicología perinatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, vol. 31, núm. 1, pp. 18-21 Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Buenos Aires, Argentina.
- Oblitas, Luis (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, XXVI (2), 219-256.
- Olza, I.; Fernández Lorenzo, P.; González Uriarte, A.; Herrero Azorín F.; Carmona Cañabatee, S; Gil Sanchez, A.; Amado Gómez, E.; Diph, ME. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*; 41(139): 23-35 .
- Romero, B (2020). Estrés Perinatal desde la concepción hasta el año de la vida. Universidad de Granada. Tesis Doctorales. Recuperado de:  
<https://digibug.ugr.es/handle/10481/60123>
- Rydel, D; Dogmanas, D; Casal, P; Hidalgo, L (2022). El Psicólogo en el Primer Nivel de Atención en Salud: desafíos para Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 12(1). 132-158.
- Sívori, J. (2010). Área Salud. Curso: " Aspectos Psicológicos de la Atención Sanitaria". *Psicología de la salud. Descripción de las principales vertientes (segunda parte) centro de estudiantes universitarios de Psicología. CEUP*
- Sosa, L.; Guirado, M. (2013). Estados Hipertensivos del embarazo. *Revista Uruguaya Cardiol* Vol. 28 p. 285-298.
- Torres Gutiérrez, M (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana Psiquiatría* Vol. XXXIII. N° 3. P. 285-297.
- Torres, Y.; Santana, J. (2017). Programa de Psicología de la salud y cuidado primario. Un modelo de adiestramiento pre-doctoral. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, Vol 28, núm 2. 316-333.
- Thielke, S., Thompson, A., & Stuart, R. (2011). Health psychology in primary care: Recent research and future directions. *Psychology Research And Behavior Management*, 4, 59-68.

Vallejo, C. Moreira, H (2018). Incidencia de Preeclampsia y Eclampsia en pacientes con embarazos de Alto riesgo obstétrico: Embarazo precoz. Revista científica mundo de la investigación y el conocimiento vol. 2 núm 3 pp 539-549.

Winnicott, D. (1993). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador Edit. Paidós, Argentina.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (1978). Declaration of Alma-Ata. World Health Organization. Regional Office for Europe.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/347879>