

**UNIDAD XOCHIMILCO**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**¿POR QUÉ NO ME PUEDO SENTIR COMO ELLAS? SUBJETIVIDAD Y SENTIDO EN UN GRUPO DE MUJERES QUE EXPERIMENTARON UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO**

**TRABAJO TERMINAL**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTAN:**

**BAÑUELOS DÍAZ MARÍA EUGENIA**

**DE JESÚS ANTONIO ARLETTE  
GUADALUPE**

**DÁZ MUÑOZ GILBERTO IVÁN**

**MORENO CAMACHO YUBANELA**

**REBOLLO HERRERA CYNTHIA  
NAYELI**

**ASESOR:**

**ZAPATA ABURTO HÉCTOR RUBEN**

**LECTOR:**

**PADILLA ARIAS ALBERTO**

## **PALABRAS CLAVE**

- Embarazo de alto riesgo
- Subjetividad
- Institución

## **Resumen**

Este documento presenta el proyecto de investigación final, de la Licenciatura en Psicología, sobre el sentido que cobró el embarazo en la mujer después de haber experimentado un embarazo de alto riesgo. El objetivo de nuestra investigación

se centra en analizar -con base en el discurso- las resignificaciones que las madres experimentaron durante su embarazo de alto riesgo, partiendo de la idea que esta experiencia influye en la vida subjetiva y personal de las mujeres pudiendo ocasionar manifestaciones emocionales que vulneran su estabilidad mental y física.

El motivo esencial para la elección de este tema se debe a que la experiencia emocional de la mujer con embarazo de alto riesgo es un tema poco estudiado, a pesar de la importancia que tiene preservar su salud emocional durante este proceso.

Es una investigación de tipo cualitativa, con etnografía virtual, construida principalmente en tres líneas -tanto para el marco teórico como para el análisis- y son la institución médica, que nos permite visualizar el registro Simbólico; las construcciones sociales, que nos permitirán analizar el registro Imaginario y la psicológica, en la cual encontraremos el registro de lo Real, con base en la teoría lacaniana. Las tres líneas forman un bloque parcialmente entrelazado que hace referencia al mundo subjetivo de las mujeres y no a tres realidades distintas, tal como lo explica Lacan en el nudo borromeo.

## ÍNDICE

**INTRODUCCIÓN** ..... pág. 5

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA** ..... pág. 7

## MARCO TEÓRICO

### CAPÍTULO I LA INSTITUCIÓN MÉDICA

1.1 El Área de Gineco-obstetricia como especialidad para la mujer embarazada..... pág. 10

1.2 La mirada de la medicina para el embarazo y el embarazo de alto riesgo..... pág. 13

1.3 La Institución médica. Subjetividad, violencia, biopolítica y Biopoder..... pág.18

1.4 La crisis de la institución médica..... pág. 24

### CAPÍTULO II CONSTRUCCIONES SOCIALES

2.1 La perspectiva de género ligada al embarazo..... pág. 26

2.2 Así se vive la maternidad en la cultura..... pág. 27

2.3 ¿Quién me ayuda? Redes de apoyo social en el embarazo..... pág. 30

### CAPÍTULO III EL CAMPO DE LO PSICOLÓGICO

3.1 ¿Por qué deseo ser madre?..... pág. 33

3.2 ¡Tengo miedo! Principales manifestaciones emocionales durante el embarazo de alto riesgo..... pág. 38

3.3 Los registros esenciales de la realidad humana. Real, simbólico e imaginario..... pág. 42

### CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1 Introducción..... pág. 51

|                                      |         |
|--------------------------------------|---------|
| 4.2 El campo de la intervención..... | pág. 52 |
| 4.3 Diseño metodológico.....         | pág. 55 |
| 4.4 Dispositivo de intervención..... | pág. 58 |
| 4.5 Estrategia de análisis.....      | pág. 61 |
| 4.6 Marco Contextual.....            | pág. 66 |

## **CAPÍTULO V INTERPRETACIÓN DE MATERIAL EMPÍRICO**

|   |         |
|---|---------|
| 5.1 Lo Simbólico. El poder del discurso institucional en la subjetividad de la mujer embarazada.....  | pág. 68 |
| 5.2 Lo Imaginario. La ilusión de la maternidad vista desde la construcción social en el embarazo de alto riesgo.....  | pág. 76 |
| 5.3 La producción de lo Real con el registro de lo Simbólico e Imaginario y su relación con las manifestaciones emocionales durante el embarazo de alto riesgo..... | pág. 82 |

|  |                |
|--|----------------|
| <b>CONSIDERACIONES FINALES Y BIBLIOGRAFÍA.....</b> | <b>pág. 87</b> |
|--|----------------|

## **ANEXOS**

|   |          |
|---|----------|
| 1. Datos recolectados de la encuesta que se realizó virtualmente.....                           | pág.98   |
| 2. Transcripción de la intervención 1.....  | pág. 100 |
| 3. Transcripción de la intervención 2.....  | pág. 129 |
| 4. Transcripción de las conversaciones que se tuvieron en el anteproyecto de investigación..... | pág.140  |

## INTRODUCCIÓN

Dado el papel importante que tiene el embarazo en una mujer, se requiere un proceso de adaptación en el que se modifican su estructura física, social y psíquica; las mujeres que desean embarazarse están dispuestas a enfrentar estas implicaciones, sin embargo, es poco usual que una mujer se prepare para enfrentar las posibles complicaciones que convierten su embarazo en un embarazo de alto riesgo ya que es una situación que pone en riesgo la salud y la vida de la madre o del feto. A menudo requiere atención especializada de proveedores especialmente capacitados. (NICHD, 2016)

Son diversas las causas que originan un embarazo de alto riesgo, como la edad de la mujer, hemorragias, presión arterial alta, entre otras. Cuando la mujer enfrenta un embarazo de alto riesgo se enfrenta a una variedad de malestares psíquicos tales como, miedo, culpa, inseguridad o problemas de aceptación, que causan vulnerabilidad e inestabilidad emocional. *Los factores presentes en este tipo de embarazo pueden causar depresión, falta de confianza en el rol materno y sensación de fracaso como madre, causando así baja autoestima. Otra consecuencia es la falta de apego entre madre-hijo.* (Navarrete, 2012, pág. 34)

Es precisamente la presencia de estos estados emocionales que atraviesa una mujer con embarazo de alto riesgo la que nos conduce a realizar nuestro proyecto de investigación, el cual se enmarca en el proceso de finalización de la carrera de Licenciatura en Psicología en la Universidad Autónoma Metropolitana plantel Xochimilco. El interés por la temática propuesta se inscribe a partir de haber tenido un acercamiento al caso de una mujer llamada Karla que estaba embarazada de alto riesgo mientras cursábamos el décimo trimestre de la carrera. Al haber tenido este ligero acercamiento al campo de intervención que buscábamos, observamos el sufrimiento emocional que ella vivía a causa de la vulnerabilidad de su estado, pero debido a nuestra inexperiencia en la intervención, decidimos tomar distancia con ella para respetar el momento tan difícil que atravesaba y buscar en otros espacios en los que el sufrimiento emocional ya no estuviera tan latente para no poner en riesgo la salud emocional de la mujer. Sin embargo, esta experiencia con ella, basada en conversaciones breves no sistematizadas, nos hizo pensar que el embarazo de alto

riesgo no sólo requiere una mayor atención en los cuidados físicos de la madre, sino también en los aspectos psicológicos, pues si el embarazo normal conlleva cambios importantes cuanto más el embarazo de alto riesgo. Somos conscientes de la importancia de estudiar el mundo de “ahí afuera”, como lo menciona Angrosino, el de las Ciencias Médicas y la Cultura y que debemos tomar en serio *el contexto y los casos para entender un problema sometido a estudio*. (Angrosino, 2012, pág. 12)

A lo largo de este trabajo, el lector encontrará principalmente tres líneas de investigación: la institución médica, que nos permite visualizar el registro de Lo Simbólico, las construcciones sociales, en las cuales se analiza el registro de Lo Imaginario y el campo de lo psicológico, en la que encontraremos el registro de Lo Real, con base en la teoría lacaniana. Es importante considerar que las líneas de investigación que abordamos en los primeros tres capítulos del marco teórico y en el análisis forman un bloque parcialmente entrelazado que hace referencia al mundo subjetivo de las mujeres y no a tres realidades distintas como pudiera pensarse. Las tres realidades siempre terminarán anudándose tal como sucede en el nudo borromeo de Lacan.

La primera línea teórica, la institución médica, permitirá abrir nuestro panorama en cuanto al embarazo y embarazo de alto riesgo. Por otro lado, la atención en el área de Gineco-Obstetricia es indispensable y abordada desde una mirada institucional, cobra un sentido importante para nuestras informantes, pues su discurso instauro significaciones y mandatos en su registro Simbólico.

En la segunda línea teórica, la de las construcciones sociales, hablaremos de cómo se percibe la mujer en cuanto a su identidad de género y las construcciones de maternidad que la cultura ha instaurado en su registro Imaginario.

En la tercera línea teórica, la psicológica, exploraremos la funcionalidad del aparato psíquico que le da sentido a las manifestaciones emocionales que experimentaron las mujeres con embarazo de alto riesgo.

Por último, el lector encontrará la metodología que utilizamos para la elaboración de este trabajo, así como para la construcción del análisis pertinente. También se incluyen algunas líneas con las reflexiones finales que como equipo concluimos.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el año 2015, La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que unas 303,000 mujeres fallecieron por causas relacionadas con el embarazo, 2,7 millones de niños fallecieron durante los primeros 28 días de vida y la cifra de mortinatos alcanzó los 2,6 millones. Para la OMS, la atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto puede prevenir muchas de esas muertes. (OMS, 2016)

Por su parte, el Instituto Nacional de Perinatología nos informa que: *En México se atienden alrededor de 347 mil mujeres embarazadas en las instituciones nacionales de salud, de las cuales 55 mil cursan un embarazo de alto riesgo...* También menciona que *la salud emocional de la mujer embarazada deberá evaluarse, principalmente, a partir de su capacidad o no, para enfrentar este evento y de su posibilidad o no, de adaptarse a los cambios que éste conlleve.* (INPER.MX, 2007, pág. 111) En este mismo documento, publicado por el INPER, María Eugenia Gómez nos dice que es recomendable la consejería psicológica, como tratamiento para problemas de aparición reciente (menos de un año), como son la adaptación a cambios en la vida, estrés y ansiedad situacional, depresión subclínica o estado de ánimo disfórico, problemas maritales y relacionales, así como dificultades en las relaciones interpersonales. Esta adaptación a cambios en la vida de la que habla Gómez, conlleva una carga adicional de energía por parte de la gestante, por lo tanto, pues vive un proceso lleno de incertidumbres, miedos y tristezas. Por ejemplo, la madre debe soltar toda expectativa que había generado en el registro Imaginario para adentrarse a la realidad de su condición, pues la mayoría de las mujeres imaginan transitar su embarazo de forma estable y sin complicaciones, pero con el diagnóstico de alto riesgo su vida y la de su futuro hijo se encuentran vulnerables. Estas manifestaciones emocionales pueden provocar que ella tenga conductas de riesgo como abandonar sus consultas prenatales o ideación suicida, entre otras.

Todo esto nos motiva como equipo a buscar realizar una investigación que nos permita reflexionar en las condiciones que conlleva enfrentar un embarazo de alto riesgo sin darle al campo psicológico la importancia que merece, nos inquieta pensar

cómo enfrentan las mujeres el embarazo de alto riesgo y si se encuentran recibiendo un apoyo real por parte de los psicólogos para proporcionarles la contención al sufrimiento psíquico que produce el perder el embarazo ideal que habían construido, pues estas mujeres están transitando importantes transformaciones en la subjetividad de ser madres.

Con base en esta revisión, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el sentido que cobró el embarazo en mujeres que experimentaron un diagnóstico de embarazo de alto riesgo?

Nuestro Objetivo General es analizar el impacto psicológico emocional que experimentaron las informantes al haber vivido un embarazo de alto riesgo, es decir, cómo afectó su representación y vivencia del embarazo.

Los Objetivos específicos que planteamos son:

- Analizar las significaciones de tres madres que atravesaron por un embarazo de alto riesgo, con base en su discurso.
- Analizar el proceso subjetivo que se desarrolla en la reconstrucción de la representación del embarazo y el embarazo de alto riesgo.
- Indagar en las principales causas generadoras del malestar psicológico en la mujer con embarazo de alto riesgo.

## **JUSTIFICACIÓN**

Cuando una mujer está embarazada, crea expectativas acerca de su futuro hijo y juega a adivinar su sexo, apariencia física, busca posibles nombres y fantasea con lo que llegará a ser en un futuro. Es posible que tenga temores con respecto a su salud y a la posibilidad de que sufra algún padecimiento, malformación o característica atípica, pero debido a la tensión que generan estos pensamientos en su aparato psíquico, los reprime y por lo tanto tiende a desecharlos casi automáticamente, les da escasa importancia o finge que eso no va a pasarle, es por eso que la mayoría de las veces la madre no se prepara para lo que podría hacer si el embarazo fuera de alto riesgo, es decir, que tuviera alguna complicación o un problema que repercutiera ya sea en la salud o el desarrollo tanto de la madre como del feto. De ahí que cuando el embarazo



no satisface sus expectativas y se convierte en un embarazo de alto riesgo puede ser motivo de angustia, miedo, ansiedad, decepción y/o frustración y en ocasiones la futura madre no está preparada para manejar esta realidad, enfrentándose a ciertas condiciones emocionales y psicológicas graves, mismas que requerirán recursos tanto internos como externos para ser superadas.

Nuestro proyecto de investigación tiene la finalidad de aportar más conocimiento acerca de cómo transitan las mujeres el pasaje de tener un embarazo sin riesgos a uno de alto riesgo.

Es importante que como futuros profesionales de la salud emocional seamos esa red de apoyo para las mujeres que enfrentan el malestar psíquico que causa la noticia del riesgo de vida que corre la madre y/o el feto y así fomentar un buen desarrollo de nuestra sociedad, donde el aporte de la psicología es fundamental.

## MARCO TEORICO

### CAPÍTULO I LA INSTITUCIÓN MÉDICA

Abordar el campo médico en este trabajo de investigación es importante ya que tanto los médicos como las enfermeras son quienes mantienen constante comunicación con las mujeres, independientemente si su embarazo es de alto riesgo o no. Ellos son los encargados de supervisar la salud biológica tanto del feto como de la madre. Partimos del conocimiento que ellos poseen para atender los embarazos y su experiencia para detectar el momento en que el embarazo es considerado como alto riesgo, indicando a las mujeres si es recomendable o no continuar con él, así como los cuidados necesarios para evitar el aborto. Es por ello que haremos un breve recorrido del campo médico en cuanto a su participación en el embarazo de alto riesgo. También la estudiaremos desde una mirada institucional pues el personal que la conforma tiene una importante implicación en la construcción de la subjetividad de la mujer.

#### **1.1 El área de Gineco-Obstetricia como especialidad para la mujer embarazada.**

Una parte importante durante el embarazo es mantener tanto a la madre como al feto en una condición de salud óptima para un desarrollo favorable, la obstetricia nos habla de los cuidados y tratamientos adecuados para todo el desarrollo gestante. Por su parte los obstetras y ginecólogos son los encargados de supervisar la salud de ambos, tienen la capacidad de intervenir y llevar a cabo los chequeos de la mujer gestante, así como la revisión de aquellas mujeres que presenten factores de riesgo o complicaciones.

*"Ginecología significa "ciencia de la mujer", sin embargo, al aplicarla a la práctica de la medicina, se refiere como una especialidad médica y quirúrgica que estudia su fisiología, además de tratar las enfermedades de su sistema reproductor, es decir: genitales externos, internos y mamas de la mujer no embarazada. La Obstetricia, viene del latín obstrare <estar en espera> o tocológia; es la especialidad médica que se ocupa de la vigilancia y el cuidado*

*del embarazo, parto y puerperio, además de comprender los aspectos psicológicos de la maternidad. Para fines prácticos se han fusionado ambas prácticas para formar una sola especialidad que se ocupe del tratamiento y del seguimiento integral de la mujer desde la edad fértil hasta la postmenopausia"* (Sánchez, 2019, pág. 8)

*"La ciencia y la práctica clínica de la obstetricia se preocupan por la reproducción humana. Por medio de cuidados perinatales de calidad, la especialidad promueve la salud y el bienestar de la mujer embarazada y su feto. Tal cuidado conlleva al reconocimiento y el tratamiento adecuado de las complicaciones, la supervisión del trabajo de parto y el parto, el cuidado inicial del recién nacido y el tratamiento del puerperio."* (Cunningham F, 2019, pág. 24)

Por otra parte, Carvajal también nos dice que *"La Obstetricia es aquella parte de la medicina que trata la gestación, el parto y el puerperio; por su parte, la semiología es la ciencia que estudia síntomas y signos de las enfermedades, incorporando como elementos esenciales la anamnesis y el examen físico; en sus aspectos fundamentales, la semiología en ginecología y obstetricia es similar a lo aprendido en semiología general"*. (Carvajal, 2017, pág. 8) Todos los aspectos que sucedan durante el embarazo serán evaluados en los controles prenatales, de esta manera se sabrá el estado de salud tanto de la madre como el feto.

El Centro Nacional de Estadísticas de la Salud y los Centros para la Prevención de las Enfermedades nos informan algunos términos con su descripción para comprender mejor los riesgos que las gestantes pueden atravesar:

- **Nacimiento.** *La expulsión o extracción completa de la madre de un feto después de las 20 semanas de gestación.*
- **Feto muerto o muerte fetal.** *Ausencia de signos de vida al nacer o después del nacimiento.*
- **Aborto.** *Un feto o embrión extraído o expulsado del útero durante la primera mitad de la gestación —20 semanas o menos—, o en ausencia de un criterio de la fecha exacta, nacido con un peso <500 g.*

- **Terminación inducida del embarazo.** Interrupción intencional de un embarazo intrauterino con cualquier propósito, excepto el de obtener un recién nacido vivo y que resulta en muerte fetal. Esta definición excluye la retención de productos de la concepción después de la muerte fetal.
- **Muerte materna directa.** La muerte de la madre como resultado de complicaciones obstétricas del embarazo, el parto o el puerperio y de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o una cadena de eventos como resultado de cualquiera de estos factores. Un ejemplo es la muerte materna por hemorragia después de la ruptura uterina.
- **Muerte materna indirecta.** Una muerte materna que no se debe directamente a una causa obstétrica. La muerte es el resultado de una enfermedad previamente existente o una enfermedad que se desarrolla durante el embarazo, el parto o el puerperio que se vio agravada por la adaptación fisiológica de la madre al embarazo. Un ejemplo es la muerte materna por complicaciones de la estenosis de la válvula mitral.
- **Muerte asociada al embarazo.** La muerte de una mujer, por cualquier causa, durante el embarazo o dentro de un año calendario de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo.
- **Muerte relacionada con el embarazo.** Una muerte asociada al embarazo que resulta de: (1) complicaciones del embarazo mismo, (2) la cadena de eventos iniciados por el embarazo que condujeron a la muerte, o (3) agravamiento de una afección no relacionada por los efectos fisiológicos o farmacológicos del embarazo y que subsecuentemente causó la muerte.” (Cunningham F, 2019, págs. 28-29)

Todas estas definiciones resultan importantes ya que nos permiten entender lo que sucede durante el embarazo o las situaciones que pueden desencadenar el alto riesgo de las gestantes y el feto.

## 1.2 La mirada de la medicina para el embarazo y el embarazo de alto riesgo.

Hablar de un embarazo es también hablar de una serie de cambios, que dejarán huella en la vida de una mujer gestante. Todo comienza desde que recibe la noticia de que en su vientre se está formando una nueva vida, siendo los cambios fisiológicos los primeros en aparecer.

*“Cuando ocurre la fecundación se produce una nueva secuencia de fenómenos llamada gestación o embarazo y el óvulo fecundado completa su desarrollo y forma un feto a término.”* (Hall & Hall, 2021, pág. 1056) De esta manera comprendemos el significado médico de un embarazo, que en pocas palabras inicia desde la fecundación hasta el nacimiento del neonato o recién nacido sin ninguna complicación. El embarazo es entonces un hecho biológico que se desarrolla en el cuerpo femenino.

Al poco tiempo de quedar embarazada, la mujer presenta un desajuste hormonal, glandular y corporal, debido a las exigencias de la formación al interior del cuerpo; todos estos cambios no se darán por si solos pues también dependerán del estilo de vida de la mujer, su edad y las condiciones en las que se desarrolle, etc.

*El embarazo se caracteriza por una serie de cambios sistémicos en diferentes niveles del organismo tales como alteraciones endocrinas, con un incremento en la producción de estrógenos y progesterona; cambios a nivel cardiovascular con un aumento en el volumen plasmático y en el gasto cardíaco; cambios pulmonares, caracterizados por un aumento en el volumen de aire circulante e incluso la aparición de disnea; cambios a nivel gastrointestinal, con una alteración de los hábitos alimentarios (incremento en el consumo de azúcares) y aparición de náuseas y vómitos; y cambios hematológicos, con una disminución del hematocrito, de la tasa de hemoglobina y del número de eritrocito) (Grau DM., 2002, pág. 8)*

Los cambios fisiológicos comienzan desde etapas muy tempranas del embarazo, evolucionan de manera gradual, y continúan durante todo este proceso gestacional, por eso es importante acudir a las consultas prenatales ya que de esta manera es más fácil

detectar alguna anomalía o enfermedad que ponga en riesgo la salud de la madre o el feto.

Es recomendable y conveniente tener presente la última fecha de menstruación y/o del momento del coito para que cuando asista a su primera consulta médica, éste tenga más certeza de mencionar si se trata de un embarazo o debe recurrir a la realización de otros estudios, tales como un ultrasonido o una prueba de sangre.

Algunos signos y síntomas que comúnmente se hacen presentes en el embarazo o en la gestación son los siguientes:

**Síntomas:** *Amenorrea, náusea y vómito, dolor mamario a la palpación y hormigueo en las mamas, frecuencia y urgencia urinarias, percepción de patadas (el primer movimiento se detecta cerca de la semana 18) y aumento de peso.*

**Signos:** *Se presentan cambios mamarios (crecimiento, congestión vascular, calostro) se inician al comienzo del embarazo y continúan hasta el posparto. Alrededor de la séptima semana aparece cianosis de la vagina y porción cervical, así como reblandecimiento del cuello uterino. El abdomen de la mujer empieza a crecer depende de su constitución corporal. El fondo uterino es palpable arriba de la sínfisis del pubis 12 a 15 semanas después del último periodo menstrual y alcanza el ombligo a las semanas 20 a 22. Se pueden escuchar latidos cardiacos fetales con ecografía Doppler entre las semanas 10 a 12 de gestación. (Rogers VL, 2021, pág. 837)*

Es conveniente tener un diagnóstico temprano de embarazo, aún más si se ha tenido actividad sexual y presenta algunos de estos síntomas o tiene ausencia de menstruación. Así, la mujer podrá recibir la atención prenatal oportuna y evitará complicaciones, pues debe interrumpir algunas actividades físicas y el consumo de ciertas sustancias que pueden poner en riesgo su embarazo.

En el embarazo de alto riesgo se cursan complicaciones ya sean materno o fetales, las cuales pueden derivar de elementos epidemiológicos o biológicos, cuyo pronóstico es poco favorable tanto para la mujer como para el feto. *Se estima que entre*

*un 10 y 20% de los embarazos tienen factores de riesgo y estos contribuyen al 80% de morbilidad y mortalidad materno-perinatal. El desafío al cual se presentan los médicos obstetras es el detectar y manejar adecuadamente los embarazos de alto riesgo. El control prenatal es la medida más eficiente para reducir el riesgo, tanto en población general como en población de alto riesgo. (Carvajal, 2017, pág. 109)*

El término riesgo hace referencia la proximidad de un daño, se considera que este daño tiene que ver desde lo físico hasta lo psicológico, es decir, desde la salud física hasta la salud mental de cualquier individuo ya que también se describe como la posibilidad de tener un resultado no deseado o que se esté viviendo una experiencia peligrosa. Es pertinente definir en términos médicos un embarazo de alto riesgo ya que tiene que ver con *aquellas complicaciones relacionadas con el embarazo, patología médica y/o instancia de riesgo relacionado a la salud...en un embarazo de alto riesgo se hace presente la aparición o incremento de las complicaciones que puedan ocasionar morbilidad y mortalidad materna y perinatal* (Pérez A.F, 2009, pág. 135)

El embarazo de alto riesgo es aquel en que la madre, el feto, o ambos, tendrán mayor probabilidad de presentar una complicación que incremente potencialmente su morbimortalidad.

*El embarazo de alto riesgo constituye un problema de salud pública de considerable magnitud; de acuerdo con los altos índices de morbilidad perinatal, según publicaciones nacionales, las tasas de morbilidad perinatal son muy elevadas (45 %), y se observa un incremento en la incidencia de embarazos de alto riesgo entre 20 a 30 % [...] (Martinez, 2016, pág. 454)*

Una de las funciones del médico que atiende a la mujer en estado de gestación es la de valorar el estado de riesgo en el que se encuentre tanto la mujer como el feto. Tengamos en cuenta que, así como se presentan embarazos sin complicaciones riesgosas también existen complicaciones que afectan de manera directa tanto a la madre como al feto. Una variedad de circunstancias biológicas, psicológicas o sociales previas o adquiridas en el transcurso de la gestación pueden afectar a la salud materna y neonatal.

*Se ha encontrado como principales factores de alto riesgo en las pacientes embarazadas: bajo nivel socioeconómico (65 %), antecedentes familiares de hipertensión arterial (76 %), hipertensión arterial ( 34 %), inasistencia al control prenatal (74 %), hábitos cafeínicos (65 %), hábitos tabáquicos (20 %), preeclampsia grave (63 %). Y el síndrome de HELLP (6 %) es la complicación materna preponderante (Martinez, 2016, pág. 454)*

Resaltemos que un embarazo de alto riesgo puede tener los mismos síntomas de un embarazo sin riesgo, tales como vómitos, mareos, ganas de dormir, etc. Sin embargo, existen distintos factores pueden ocasionar que un embarazo se considere riesgoso. En la siguiente tabla se muestran algunos de ellos:

| Factores de Riesgo Fetal |  |
|--------------------------|--|
| 1.                       | Anomalías en la formación de la placenta y el cordón umbilical   |
| •                        | Placenta previa: causa metrorragia, riesgo de parto prematuro y muerte fetal.  |
| •                        | Placenta acreta: inserción anormal de la placenta en la decidua y en íntimo contacto con el miometrio. Está tan adherida que no puede despegarse después del parto. Tiene 3 grados: acreta propiamente tal (llega hasta el borde del miometrio), increta (ingresa a la pared miometrial sin traspasarla por completo) y percreta (traspasa hasta la serosa uterina y puede llegar a comprometer órganos vecinos, habitualmente la pared vesical).                    |
| •                        | Inserción velamentosa del cordón umbilical: el segmento más distal del cordón está desprovisto de la gelatina de Wharton que normalmente protege los vasos umbilicales. Estos están sólo cubiertos por membrana fetal. En este sector desprotegido, el cordón es susceptible de compresión vascular o, en el caso de estar cerca del cuello uterino, de sangrado fetal al hacer una rotura artificial de membranas en el trabajo de parto ("rotura de vasa previa"). |
| 2.                       | Patología del líquido amniótico  |
| •                        | Polihidroamnios (líquido aumentado)  |
| •                        | Oligohidroamnios (líquido disminuido)  |
| 3.                       | Marcadores fetales de aneuploidia (alteración en el número de cromosomas): Existen alteraciones menores de la anatomía o estructura fetal que pueden reconocerse en la evaluación ecográfica, que por sí solos no constituyen una enfermedad, pero que implican un riesgo mayor de que el feto tenga una alteración en el número de los cromosomas.  |
| •                        | Translucencia nucal aumentada.   |
| •                        | Marcadores débiles: ej. pielectasia, quistes del plexo coroideo, foco hiperecogénico miocárdico, etc.  |
| 4.                       | Patologías del crecimiento   |
| •                        | Ej. Restricción de crecimiento   |
| 5.                       | Síndromes Malformativos  |
| •                        | Ej. Anencefalia, agenesia renal, etc.  |



| Factores de Riesgo Materno |   |
|----------------------------|---|
| 1.                         | Epidemiológicos   |
|                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primípara precoz (&lt; 15 años)</li> <li>• Primípara tardía (&gt; 35 años)</li> <li>• Gran múltipara (&gt; 5 partos)</li> <li>• Embarazo en mujer mayor de 40 años</li> </ul>                  |
| 2.                         | Socioeconómicos   |
|                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extrema pobreza</li> <li>• Analfabetismo</li> <li>• Consumo de alcohol y drogas</li> <li>• Trabajo muy pesado</li> <li>• Ruralidad</li> </ul>  |
| 3.                         | Historia Obstétrica   |
|                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infertilidad</li> <li>• Aborto provocado</li> <li>• Aborto recurrente</li> <li>• Muerte perinatal</li> <li>• Hijo previo malformado</li> <li>• Hijo precoz prematuro o de bajo peso</li> </ul> |
| 4.                         | Nutricionales   |
|                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desnutrición materna</li> <li>• Obesidad materna</li> </ul>  |
| 5.                         | Historia Ginecológica   |
|                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cicatriz de cesárea</li> <li>• Patología genital infecciosa</li> </ul>   |
| 6.                         | Patología Médica Crónica  |
|                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ej. HTA crónica, Diabetes Mellitus, Asma Bronquial, etc.</li> </ul>  |
| 7.                         | Patología Médica Obstétrica   |
|                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ej. embarazo gemelar, amenaza de parto prematuro, etc.</li> </ul>  |

*Manual de Obstetricia y Ginecología. Dr. Jorge A Carvajal y Dra Constanza Ralph T. Octava Edición. 2017.*

Desde Noviembre de 2016, La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una nueva serie de recomendaciones para mejorar la calidad de la atención prenatal con el fin de: *reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo, así como para brindar a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación.* En esa misma publicación la OMS brinda información importante que debe considerarse para una mejor comprensión de este trabajo de investigación. Señala que el año pasado (haciendo referencia desde el año de la publicación), *unas 303 000 mujeres fallecieron por causas relacionadas con el embarazo, 2,7 millones de niños fallecieron durante los primeros 28 días de vida y la cifra de mortinatos alcanzó los 2,6 millones. La atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto puede prevenir muchas de esas muertes; sin embargo, a nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo.* (OMS O. M., 2016)

Cabe resaltar que el manejo clínico que se llevará a cabo en el embarazo de la mujer va a depender de la severidad de la enfermedad, de la edad gestacional, de las

condiciones en el momento que se decida la interrupción del embarazo si es necesario y de la vía para el nacimiento.

### **1.3 La institución. Subjetividad, violencia, biopolítica y biopoder.**

El objetivo de este apartado consiste en retomar la categoría explicativa del filósofo francés Michel Foucault sobre Biopoder, con el propósito de adoptar una visión crítica sobre la Institución de Salud Pública que atiende a las mujeres con embarazo de alto riesgo y enriquecer así la interpretación sobre el poder y las políticas de salud como mecanismos que ejerce el Estado.

Entendemos que las instituciones son universales, se particularizan en cada sociedad y en cada momento histórico de diferentes maneras. *Las instituciones reúnen y ligan en combinaciones variables, regentean con fortuna diversa, formaciones y procesos heterogéneos: sociales, económicos, culturales, políticos, psíquicos. Niveles de realidad y lógicas de orden distinto interfieren en este fenómeno compuesto, inextricable y, sin embargo, unificado y unificante, total, según la perspectiva de M. Mauss.* (Kaës, y otros, 1989, pág. 12)

Desde esta perspectiva, se comprende a las instituciones como los cuerpos normativos compuestos de ideas, valores, creencias, leyes y que determinan las formas de los procesos de intercambio social en sus diversas aristas. Si bien cada institución tiene una finalidad que la identifica y la distingue, (jurídica, religiosas, médica, defensiva, etc.) el fin último es la regulación social global.

Se trata por una parte de lugares pacificados, expresivos de un mundo que funciona bajo la égida de normas interiorizadas y donde reina, sino un consenso perfecto, al menos el suficiente acuerdo como para encarar y conducir una obra colectiva. *Su finalidad primordial es colaborar con el mantenimiento o renovación de las fuerzas vivas de la comunidad, permitiendo a los seres humanos ser capaces de vivir, amar, trabajar, cambiar y tal vez crear el mundo a su imagen. Su finalidad es de existencia, no de producción.* (Kaës, y otros, 1989, págs. 84-85) Se centra en las relaciones humanas, en la trama simbólica e imaginaria donde ellas se inscriben, y no

en las relaciones económicas. La familia, la iglesia, el Estado, los conjuntos educativos y terapéuticos pueden considerarse legítimamente como instituciones, porque plantean todos los problemas de la alteridad, esto es, de la aceptación del otro en tanto sujeto pensante y autónomo por cada uno de los actores sociales que mantienen con él relaciones afectivas y vínculos intelectuales.

### ***Lo subjetivo de la institución***

*Las instituciones sellan el ingreso del hombre a un universo de valores, crean normas particulares y sistemas de referencia (mito o ideología) que sirven como ley organizadora también de la vida física y de la vida mental y social de los individuos que son miembros. (Kaës, y otros, 1989, pág. 85)*

Estos autores, también nos dicen que en toda institución se pone al descubierto la mirada de lo divino, de quien permitió la existencia de la armonía en el mundo, nos dirigió un discurso de amor, y exige a cambio nuestro amor hacia él y hacia los otros. *Es la presencia íntegra, atronadora, de Eros, que vincula a los seres entre sí.... permite a cada cual reconocer en el otro a su "prójimo", cuando todos se mueven a la sombra de la ley, incontestada e incontestable."* (Kaës, y otros, 1989, pág. 85) Bajo estos argumentos, la institución se convierte entonces en un modelo de comunión, de calor, de intimidad y fraternidad. Las relaciones entre los seres humanos se consideran entonces completamente fraternales, reflejando una cierta obsesión de la plenitud.

Como ya hemos dicho, las instituciones representan los elementos de regulación social, global e imagen de lo divino, pues toda institución se erige en institución divina en tanto se enuncia como la única que promete a quienes la habitan la salvación y la redención, se presentan como conjuntos culturales, simbólicos e imaginarios. A continuación, explicaremos brevemente, y desde la mirada de los mismos autores antes mencionados, cada uno de ellos.

En cuanto a los sistemas culturales, nuestros autores nos hablan de tres momentos culturales en los cuales se desempeña un papel cargado de sentidos implícitos en la vida institucional. En el primero se ofrece un sistema de valores y

normas, un sistema de pensamiento y acción que debe modelar la conducta de sus agentes ante los individuos que les son confiados o que expresaron una demanda respecto de ellas. En el segundo se establece cierta manera de vivir en cuanto a la institución, una armazón estructural, que se cristaliza en determinada cultura, esto es, en atribución de lugares, expectativas de roles, conductas más o menos estereotipadas, costumbres de pensamiento y acción, rituales minuciosamente observados, que tienen que facilitar la edificación de una obra colectiva. En el tercero se desarrolla un proceso de formación y socialización de los diferentes actores, para que cada uno pueda definirse en relación con el ideal propuesto. (Kaës, y otros, 1989, pág. 89)

En cuanto a los sistemas simbólicos, nos dicen que una institución no puede vivir sin segregar uno o varios mitos unificadores, sin instaurar ritos de iniciación de tránsito y de logro, sin darse héroes tutelares (muchas veces tomados de los fundadores reales o imaginarios de la institución) dando así sentido a sus prácticas y a su vida. Es entonces que la institución puede ofrecerse como objeto ideal a interiorizar, a hacer vivir, al que todos deben manifestar su lealtad. Plantea exigencias y conmina a cada cual, a ser movido por el orgullo del trabajo a cumplir, verdadera misión salvadora, desarrollando un control casi total sobre sus miembros. (Kaës, y otros, 1989, pág. 90)

En cuanto a los sistemas imaginarios, son así, en la medida en que la institución va a tratar de atrapar a los sujetos en la trampa de sus propios deseos de afirmación narcisista y de identificación, en sus fantasmas de omnipotencias o en su demanda de amor. Esta afirmación narcisista se despliega de bajo el rostro del líder, del tirano, del organizador y del seductor. Imaginarios también en tanto la institución les garantiza su capacidad de protegerlos de la posibilidad de vacilación de su identidad, de sus miedos de destrucción, de la angustia de fragmentación que suscita y alimenta toda vida comunitaria, procurándoles las sólidas corazas de status y el rol (constitutivas de la identidad social) y la identidad masiva de la institución. Al prometerles tratar de responder a su llamado (angustias, deseos, fantasmas, demandas), tiende a sustituir con su propio imaginario el de ellos. En este sistema imaginario, la institución es por

una parte, divina, todopoderosa, referencia única que niega el tiempo y la muerte, madre englobadora y devoradora, y al mismo tiempo madre benévola y nutricia, progenitor castrador y simultáneamente padre simbólico; por otra, la institución amenazada por perseguidores externos o internos deseosos de impedirle que cumpla la misión de que está investida, recorrida por miedos específicos: miedo de regresar al caos, miedo de lo desconocido externo e interno indomable, miedo de las pulsiones destructoras de las pulsiones amorosas no controlables, aspirando a ocupar la totalidad del espacio psíquico de los individuos, que ya no pueden desligarse de ella e imaginar otras conductas posibles: Los ahoga y los abraza, los mata y los hace vivir.

Es por ello que *las instituciones en tanto sistemas culturales, simbólicos e imaginarios, se presentan pues como conjuntos englobantes, que aspiran a imprimir su sello distintivo en el cuerpo, el pensamiento y la psique de cada uno de sus miembros. Van a favorecer la construcción de individuos que les sean devotos, en la medida en que logren instaurarse para ellos como polo ideal, y enfermarlos de ese ideal.* (Kaës, y otros, 1989, pág. 92)

### **La violencia institucional**

Las instituciones son lugares que no pueden impedir la emergencia de lo que estuvo en su origen y contra lo cual surgieron a la existencia: **la violencia fundadora**. Pese a los esfuerzos que las instituciones ponen en práctica para encubrir las condiciones de su nacimiento, son, y siguen siendo herederas de uno o varios crímenes, tal como lo menciona Freud en Totem y tabu, *“La sociedad descansa ahora sobre una culpa común, un crimen cometido en común” “Hay un acto memorable y criminal que sirvió como punto de partida a muchas cosas: organizaciones sociales, restricciones morales, religiones”* (Freud S. , 1912, pág. 163). Es verdad que renunciaron de manera formal a la violencia de todos contra todos, pero instauraron la violencia legalista, pues *enunciaron prohibiciones, sentimientos de culpabilidad y quizá no se enuncia como violencia, pero si como ley estructural. Pero al hacerlo, engaña a los hombres, porque exige de ellos sacrificios por los cuales las instituciones no suelen*

*ofrecer sino compensaciones irrisorias, los coloca en situaciones intolerables, porque genera angustias y peligros específicos.* (Kaës, y otros, 1989, pág. 87)

Las instituciones definen roles institucionales y además prescriben los modos instituidos de su desempeño, comprendiendo a lo instituido como aquello que está establecido, el conjunto de normas y valores dominantes. *La violencia parece consustancial a la vida institucional, en tanto procede de la legalidad, en tanto ritman un discurso cerrado sobre sí mismas, que no permite a nadie contradecirlo ni corroborarlo y tanto más frecuentes cuanto que las instituciones no favorecen la indagación de la verdad sino las luchas por el poder.* (Kaës, y otros, 1989, pág. 87) Y para estudiar estas formas de poder, lo haremos desde la perspectiva que Michael Foucault llama Biopoder.

### **Biopoder y Biopolítica en la institución Médica**

El Biopoder es un término acuñado por Foucault que refiere a una forma de control que se aplica sobre nuestros cuerpos, sobre nuestra biología, entendiendo que no sólo se controla nuestra mente sino también nuestra biología, es decir, nuestro cuerpo ya sea de una manera individual o social; dado que la salud es uno de los requisitos esenciales para un buen desempeño en materia laboral, el Estado desea controlarla a fin de garantizar el ejercicio pleno del poder, su legitimidad, además de practicar -si así se presenta la necesidad- el monopolio de la violencia para perpetuar el orden social. Foucault la describe como un poder que no sólo reprime, sino que también seduce, facilita, dificulta, amplía, limita y, por supuesto, prohíbe. (Foucault M. , 2008, pág. 148)

En el siglo XVII, el poder soberano correspondía a quien podía garantizar la vida de sus súbditos mediante el poder sobre la vida a través de la muerte; en la época contemporánea, el ejercicio del poder del Estado se manifiesta por las políticas públicas que pretenden controlar a los individuos y garantizar el orden social. Foucault establece con claridad dos aspectos del poder que tienen que ver con la vida de los seres humanos: en primer lugar, un poder cuya finalidad consiste en *“hacer morir o*

*dejar vivir*”, facultad de la soberanía; en segundo lugar, un poder inverso al primero, cuya premisa consiste en “*hacer vivir o dejar morir*” y que se identifica como Biopoder (Foucault M. , 2002, pág. 165)

El Biopoder no sería posible si los progresos de la medicina y la biología no hubieran sentado las bases de su accionar a partir de la implementación de esquemas o estrategias de orden público para el cuidado de la vida, por ejemplo, el aislamiento de enfermos contagiosos cuyos padecimientos podían aniquilar poblaciones enteras, como la peste, la viruela, las patologías de carácter genético que podían transmitirse de padres a hijos (fundamento esencial de la eugenesia) y la reordenación de la construcción de cementerios considerados como zonas de contaminación ambiental. Sin embargo, el instrumento más importante para el nacimiento de la biopolítica fue la cuantificación de nacimientos, enfermedades, muertes, etcétera. Con los datos estadísticos se ponen de manifiesto aspectos relativos a la sociedad en su conjunto (Foucault M. , 2001, pág. 223) En el fondo, el interés de las políticas públicas no es proporcionar beneficios a la población en general, sino que se procede de forma selectiva. La paradoja es que, históricamente, las estrategias biopolíticas tienden a proteger a las clases más poderosas, aun cuando se pone en riesgo a otros grupos de “menor interés” para los gobiernos.

Según Foucault, ese biopoder, cuyo objetivo consiste en administrar y controlar a las personas, se manifiesta en dos formas, una dirigida al control de las personas de forma individual, identificada como *anatomopolítica*, y otra dirigida a las poblaciones en su conjunto, la biopolítica. Para su ejercicio, ambas vertientes del biopoder se valen de minuciosas estrategias que varían según los objetivos que el poder pretenda. En *Vigilar y castigar*, Foucault explica cómo operan las técnicas anatomopolíticas: *A estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y le imponen una relación de docilidad utilidad, es a lo que se puede llamar las disciplinas.* (Foucault M. , 2004, pág. 141)

El sustento principal o brazo ejecutorio del control de las colectividades está constituido por las políticas gubernamentales de orden público que operan como

disposiciones a través de leyes que se conforman como normas jurídicas de ejecución “obligatoria”.

Si se parte del supuesto de que las políticas públicas atienden esencialmente las prioridades de la población más necesitada, se podrá ver en la práctica que, en no pocas ocasiones, dichas políticas no cubren tales fines, sino que su misión más importante consiste en proteger a los menos necesitados a partir de la aplicación de medidas sobre los más pobres.

Desde las primeras descripciones del biopoder, particularmente en el ámbito biopolítico, Foucault hace notar cómo la salud se convierte en una estrategia central para el control de la población, cuando explica que *la gran medicina del siglo XIX no se puede disociar de la organización [...], de una política de salud y de la consideración de las enfermedades en tanto que problema político y económico que se plantea a las colectividades, y que éstas deben intentar resolver a través de decisiones globales* (Foucault M. , 1999 a, pág. 328) Al considerar las enfermedades como problema político y económico, Foucault explica que las respuestas deben ser globales, es decir, de orden biopolítico, en tanto que guardan relación directa con la vida de las personas.

#### **1.4 La crisis de la institución médica**

*“El orden que imponen no es inmutable, los valores que proclaman son contradictorios y niegan lo que las funda...experimentamos sus efectos en el fracaso de las funciones metapsíquicas de las instituciones y, ante sus incumplimientos, las atacamos porque hemos sido traicionados, entregados al caos, abandonados por ellas, cuya silenciosa presencia ni siquiera percibimos”* (Kaës, y otros, 1989, pág. 18)

Sonia Echeverri de Pimiento es una enfermera que muestra gran interés por el campo de la bioética y gran inquietud por la situación que actualmente atraviesa la medicina y los trabajadores de la salud. Dicha experiencia y tal interés lo plasma de manera excepcional en su libro que resulta pertinente para este apartado y expresa



elocuentemente lo que hoy por hoy es la medicina. (Echeverri, 2004). Ella presenta a la medicina como una institución conformada por diferentes actores entre los cuales señala al paciente, su familia, el médico, las enfermeras y las aseguradoras, dejando claro cómo el comportamiento fraterno, familiar, armónico y estable que debe caracterizar a las instituciones de salud se aleja cada vez más de la realidad, donde la medicina se ha convertido en una institución voraz. Esta voracidad se basa en la competencia, los intereses particulares, la inestabilidad y la individualidad, que ha modificado la razón de ser de los servicios de salud, dejando de lado el interés social, por el paciente y por el ser humano, para poner el dinero y el interés personal por encima del respeto a la vida y a los demás. Señala cómo a través del tiempo la palabra paciente ha cambiado de significado, pues en mejores épocas hacía referencia a aquella persona que enfrentaba enfermedad, dolor y desesperación, lo cual la convertía finalmente en la razón de ser del médico. Pero actualmente la palabra paciente es utilizada para referirse a un “usuario o cliente” que paga por un servicio; presionando al médico a convertirse en “proveedor del servicio” para proteger intereses de otros, generando el ambiente propicio para la práctica de una medicina defensiva a causa de las demandas y despidos, donde la relación médico paciente se ha deteriorado por influencia de terceros que no tienen el menor interés por el paciente, ni por el progreso de la salud. (Echeverri, 2004, pág. 21). La autora cuestiona pertinentemente las leyes y la normatividad que rigen actualmente el ejercicio de la medicina, las cuales alejan aún más la relación médico paciente del ideal, convirtiéndola en una relación predominantemente comercial, dejando de lado la ética, la integralidad y la calidad de la misma.

## CAPÍTULO II

### CONSTRUCCIONES SOCIALES

#### 2.1 La perspectiva de género ligada con el embarazo

Las construcciones sociales, forman la subjetividad de la mujer, es por eso que nos parece importante entender la forma en que la cultura y sociedad impactan en la psique de ésta.

Comenzaremos hablando de género mencionando la postura de dos obras bibliográficas, pero más adelante estudiaremos lo que otros autores mencionan del tema. La primera es la de Margaret Mead, titulada “Sexo y temperamento en las sociedades primitivas”, en la cual desarrolla *un análisis para comprobar que muchas diferencias consideradas como fundamentales entre los sexos no son generadas por los sujetos que las reproducen, sino por condicionamientos culturales que prescriben la conducta en función del sexo biológico*. La segunda obra es de Beauvoir titulada “Segundo sexo”, donde se menciona que *la reproducción es identificada como el fenómeno de sujeción al cual las mujeres han anclado su historia, de tal forma que el rol femenino fue determinado por la función reproductiva, ocasionando la exclusión de las mujeres de diferentes actividades que progresivamente se convirtieron en las más valoradas socialmente* (Palacios, 2022, pág. 65)

De acuerdo con estos autores, se entiende que, tanto en la historia como en la cultura, existen diferencias fundamentales que condicionan las actividades que realiza el hombre y la mujer, destacando en las mujeres que su función reproductiva es lo que la sociedad valora y espera de ella. Aunque para Palacios, los roles sexuales no son una cualidad intrínseca o innata del sujeto, los roles sexuales se definen como proceso y no como algo que poseen las personas (Palacios, 2022, pág. 67)

El término género se utiliza para *describir el conjunto de conductas atribuidas a los varones y a las mujeres* (Burin Ed., 1986, pág. 58). Siguiendo la idea de Burin, existe una delgada diferencia entre el sexo y el género, la cual es importante tener

siempre muy presente y clara, pues el sexo se refiere al hecho biológico basado en la diferencia humana y sexual, mientras que por otro lado el género tiene una estrecha relación con los significados que cada sociedad adjudica a el niño y niña, es decir el género son construcciones sociales que dan características culturales y psicológicas de acuerdo a su género, definiendo así una red de creencias, conductas y actividades que van a diferenciar a la mujer del hombre . (Burin Ed., 1986, pág. 59)

Por otro lado, Burin menciona el término “Identidad de género”, donde los niños y niñas adquieren la base de identificaciones tempranas dictadas por la cultura. En una de estas identificaciones tempranas se inserta un constructo que es importante para nuestra investigación y es el de la maternidad. *En un contexto cultural a las niñas se les educa para aceptar y cumplir con la norma de ser madres, y para lograrlo existen diversas formas que insertan y motivan esta idea en las niñas para generar su aceptación a ser madre.* (Burin, 2010, pág. 13) Por ejemplo, tanto en los supermercados como en algunas tiendas departamentales se encuentran pasillos dedicados especialmente a los juguetes pensados para que únicamente los utilicen las niñas; entre estos juguetes se encuentra una amplia variedad de muñecos que representan la figura de un bebé para que la niña cumpla con el rol de ser madre y cubra las necesidades de los hijos representativos. Estos muñecos vienen con los accesorios propios para una madre, solo que, en un tamaño pequeño de acuerdo a la edad de las niñas, entre ellos se observan carriolas, tinas, juguetes, ropa, pañales, mamilas, y cocinas para que elaboren los alimentos de su hijo. La niña se inserta en ese juego imaginario de las conductas que le esperan en la vida adulta si decide ser madre.

## **2.2 Así se vive la maternidad en la cultura**

Palomar, con respecto a la maternidad, nos dice que *es una construcción cultural donde por medio de normas se desprenden las necesidades de un grupo social y de una época definida. Se trata de un fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso que es, a la vez, fuente y efecto del género* (Palomar, 2005, pág. 35)

Es importante resaltar que existe la maternidad en el orden cultural. Fernández comenta que la maternidad es una función social que dicta las obligaciones que una mujer debe seguir como el concebir, parir, criar y que da paso al discurso aceptado, así como a las acciones que son propias de una madre (Fernández A. M., 1993, pág. 72)

Estas prácticas sociales van cargadas de poder en la subjetividad de *ser mujer* y varios autores han escrito al respecto, aunque solo mencionaremos las aportaciones de algunos de ellos. Goldman menciona que el papel maternal es aquel donde la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo que simultáneamente confirma la identidad homogénea para las mujeres. *“Las representaciones que configuran el imaginario social de la maternidad tienen un enorme poder reductor: todos los posibles deseos de las mujeres son sustituidos por uno: tener un hijo. Y uniformador en tanto la maternidad crearía una identidad homogénea de todas las mujeres. A finales del siglo XVIII le crean a la mujer la obligación de ser ante todo madre, y engendran el mito del instinto maternal, del amor espontáneo de toda madre hacia su hijo* (Badinter, 1991, pág. 117) Esta idea de que existe un instinto maternal –sobre todo por lo que al amor materno se refiere– sigue siendo aceptada de forma acrítica por buena parte de la sociedad actual y con ello se ha naturalizado esta actividad humana, por lo que la maternidad deja de ser una decisión voluntaria para convertirse en un destino. De igual manera la obra de Beauvoir menciona que *la reproducción es identificada como el fenómeno de sujeción al cual las mujeres han anclado su historia, de tal forma que el rol femenino fue determinado por la función reproductiva, ocasionando la exclusión de las mujeres de diferentes actividades que progresivamente se convirtieron en las más valoradas socialmente* (Palacios, 2022, pág. 5). Estos autores nos conducen a aquellas imágenes de género tradicionales que tienden a identificar de una manera muy estrecha mujer y maternidad, a esa idea que por años fue predominante en la historia y la cultura de muchas mujeres, la de la biología de la mujer entrelazada a un rol, como si fuese un *mandato* para el cual se nace, un sólo propósito, que además lleva una carga de responsabilidad social por el papel que desempeña. Jaques Lacan (Dylan, 2007, pág. 24) denomina Madre a ese Otro primordial que nos acoge en ese primer momento, y constituye un lugar metafórico que desborda la figura de la mujer-madre.

De acuerdo con esto podemos reflexionar que la idea de mujer-madre, es decir eres mujer porque eres madre, proviene de la construcción social donde la única función de la mujer es ser madre y solo así podrá alcanzar su realización y madurez.

El trabajo de Donald Winnicott, en el apartado Maternidad: significativo naturalizado y paradójico (Winnicott, 1958) prescribe como necesario que, para la iniciación en el mundo de la maternidad, toda mujer debía “ingresar” en una condición denominada como “preocupación maternal primaria” sin la cual, ésta no puede convertirse en una madre buena, pues no supliría en los inicios lo que un infante requeriría.

Todas estas construcciones subjetivas de las que hemos hablado cobran fuerza cuando la mujer se entera que está embarazada. *Los modelos que ella traía sobre sí misma van adaptándose y reorganizándose en la construcción de un nuevo mundo representacional, en el que se entrelazan modelos sobre su ser mujer, sobre su rol como futura madre, como pareja, y de su familia de origen en general* (Stern, 1997, pág. 33)

Estos modelos sobre su ser mujer y su rol de madre entran en conflicto si ella quiere llenar estos mandatos subjetivos, pero no logra embarazarse pues *la cultura en la que vivimos, el rol de la mujer es definido a través de la maternidad, lo que propicia que se haga necesario el tener un hijo, aunque la salud* (tanto de la mujer como la del feto) *esté en riesgo* (Navarrete, 2012, pág. 1). Para algunas mujeres, el deseo de ser madre es la búsqueda de la realización de un sueño combinada con la responsabilidad y el compromiso con el nuevo ser que depende totalmente de ella.

En síntesis, es importante considerar que, de alguna manera, una madre tiene que nacer psicológicamente al igual que su bebé nace de forma física. *Lo que una madre da a luz en su mente, no es un nuevo ser humano, sino una nueva identidad: el sentido de ser una madre.* (Stern, 1999, pág. 13)

### **2.3 ¿Quién me ayuda? Redes de apoyo social en el embarazo**

A lo largo del tiempo diversos autores han planteado el concepto de redes de apoyo o apoyo social. En la década de los cincuenta, con John Barnes, surge el concepto de apoyo social cuando trata de explicar la actividad política y los roles maritales; en ese mismo año Both Elizabeth describía al apoyo social como “una configuración social en la que algunas unidades externas que la componen mantienen relaciones entre sí”. Para aquel entonces se veía a la red de apoyo como un conjunto de personas que formaban un vínculo teniendo cosas en común. (Pando, 2013, pág. 235)

Para la década de los ochenta diferentes autores explican este concepto. Berkman (1948) citado por Aranda y Pando en 2013 describe el apoyo social “como un tipo de relaciones que vincula a un grupo de personas, objetos y conocimientos”. Un grupo de personas están unidas por tener algo en común y llevar una buena relación donde podrán apoyarse cuando lo necesiten. En esta misma década Shumaker y Brownell (1984) perciben el apoyo social como “el intercambio entre al menos dos individuos, con el objetivo percibido por el proveedor o el receptor, de incrementar el bienestar del receptor. En este tiempo las redes de apoyo se perciben ya como el mismo conjunto de personas que están vinculadas, se van a apoyar cuando algún miembro del grupo requiera ayuda.

Para la década de los dos mil, llega la idea de Pando, Flores, Aranda y García (2001) coinciden en que el apoyo social es una variable imprescindible en el análisis del proceso apoyo social/redes de apoyo y salud-enfermedad. (Pando, 2013, pág. 237), siendo así que en la actualidad las personas requieren apoyo de terceros para poder ser acompañados, orientados o simplemente escuchados en algún problema.

Huenchuan, Sosa y Guzmán (2002) definen el apoyo social como “una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional” (Pando, 2013, pág. 238). Con el pasar del tiempo la red de apoyo se convirtió en una práctica cultural donde las personas del mismo entorno social se ayudan mutuamente cuando lo requieran, ya sea cuando algún miembro

tenga un problema de salud, económico o emocional, siempre habrá quien lo pueda respaldar.

Basándonos en las definiciones antes mencionadas de lo que es una red de apoyo, podemos concluir que son una forma de soporte y/o intercambio entre las personas de una sociedad y pueden ser de tipo emocional, material, espiritual, económico, etc. Estos soportes o intercambios que se mencionaron tendrán como propósito satisfacer ciertas necesidades de las personas. Sin importar que el apoyo sea informal o formal, en ambos se buscará ayudar a satisfacer las necesidades de la persona, así como amortiguar o dar contención a los procesos estresantes que se presentan en su vida.

Según Quesada, existen tres líneas que nos ayudan a definir el apoyo social/red de apoyo (Quesada, 1993, pág. 84)

1. Perspectiva estructural: se va a definir el apoyo social en el número de relaciones que tenga el sujeto, la interconexión con las personas con las que se relaciona y la semejanza o congruencia entre los miembros de la red.
2. Perspectiva funcional: se centra en las funciones que cumplen las relaciones sociales y se distinguen tres tipos de funciones en el apoyo social:
  - Apoyo emocional: las personas comparten sus experiencias entre sí y se sienten aceptadas por los demás.
  - Apoyo instrumental o material: se intercambian ayudas para resolver problemas prácticos y cotidianos.
  - Apoyo informacional: las personas a través del proceso reciben información y guía.
3. Perspectiva contextual: hace énfasis en las características contextuales del apoyo social. Se debe adecuar el tipo de apoyo de acuerdo al problema, ya que en ocasiones la familia no puede brindar el apoyo y se debe recurrir a los amigos o a grupos de ayuda.

También existen dos tipos de redes que son informales y formales: la primera se compone principalmente por la familia y amistades, mientras que la segunda se da principalmente por grupos, organizaciones, instituciones (González, 2001)

En el caso de las mujeres embarazadas, es necesario un trabajo conjunto entre los miembros de la comunidad, las autoridades locales, del municipio, del estado y de la federación para crear y hacer funcionar redes de apoyo social para poder solucionar cualquier tipo de dificultad que se presente a una mujer embarazada y así contribuir a evitar la muerte de mujeres y de recién nacidos.

Como ya hemos mencionado, estas redes pueden constituirse a partir de los lazos que se establecen entre los parientes, vecinos/as o amigos/as, brindando a las mujeres apoyo emocional y material durante el embarazo, el parto y el puerperio. Normalmente están integradas por: amigos/as, la familia y pareja de la embarazada, los Comités de Salud, las autoridades municipales, las asociaciones y organizaciones civiles que trabajan en la comunidad y que están reconocidas, y funcionan como cadenas en donde cada personaje es un eslabón; de acuerdo al papel que representa dentro de su comunidad, puede proporcionar apoyo en una situación de emergencia o de alguna necesidad en especial como traslado a las unidades de salud, alimentación, hospedaje u otros, en este sentido, la Secretaría de Salud de Michoacán nos dice que para proporcionar un apoyo oportuno y efectivo a las mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio, las redes sociales apoyo necesitan saber quiénes son, dónde viven, qué tan avanzado está su embarazo, qué riesgos tiene y qué apoyos necesita para acudir a las unidades médicas, porque si la mujer tiene algún síntoma de riesgo, necesitará ayuda de las personas que se encuentren más cerca, por eso es importante que todas las personas cercanas sepan a quién avisar en caso de emergencia. (Salud, s.f.)



## CAPÍTULO III

### EL CAMPO DE LO PSICOLÓGICO

#### 3.1 ¿Por qué deseo ser madre?

##### Deseo

*En toda concepción del hombre existen algunas nociones que son demasiado fundamentales para poder ser bien delimitadas, tal es el caso del deseo en la teoría freudiana. (Laplanche, 2004, pág. 96)*

En la primera observación se señala que la palabra deseo no corresponde ni al término alemán *Wunsch* ni al término inglés *Wish*, ya que el primero se refiere al anhelo, mientras que la palabra *deseo* evoca *un sentimiento de concupiscencia o de codicia* (Laplanche, 2004, pág. 96) La segunda es que Freud en *La Interpretación de los Sueños* plantea que *el sueño es una realización de deseos. Además, indica que el deseo siempre tiene algo de engañoso, entre lo que se dice que se quiere y aquello a lo que el deseo apunta* (Colín, 2015, pág. 34) Algo que debe tomarse en cuenta es que *Freud no identifica necesidad con deseo ya que la necesidad es nacida de un estado de tensión interna y encuentra su satisfacción por la acción específica que procura el objeto adecuado.* (Laplanche, 2004, pág. 97)

Por su parte, Lacan se dedicó a centrar los descubrimientos de Freud en torno a la noción de deseo, inclusive se vio inducido a diferenciarlo de los conceptos de necesidad y demanda. *La necesidad se dirige a un objeto específico, con el cual se satisface. La demanda es formulada y se dirige a otro; aunque todavía se refiere a un objeto. Por lo que el deseo nace de la separación entre necesidad y demanda; es irreductible a la necesidad, ya que en su origen no existe relación con un objeto real, independientemente del sujeto, sino con la fantasía. Es también irreductible a la demanda, por cuanto intenta imponerse sin tener en cuenta el lenguaje y el inconsciente del otro, y exige ser reconocido absolutamente por él* (Laplanche, 2004, pág. 97)

El deseo para Lacan es también, por un lado, *una relación de ser a falta. Esta falta es, falta de ser. Pero hay que aclarar no es falta de esto o de aquello sino falta de ser por la cual el ser existe.* También propuso que *el deseo es el deseo del Otro* (Colín, 2015, pág. 34) y por otro lado existe el *deseo del sujeto que no tiene más salida que la de hacerse palabra dirigida al otro. Existe el sujeto del deseo identificando con el sujeto del inconsciente se disimula bajo la máscara de aquel (sujeto del enunciado) a quien parece concernir esta palabra (dicho) para hacerse oír por el otro, a quien se dirige esta palabra, sólo en su enunciación (decir)* (Dor J. , 1994, pág. 80) *las claves del deseo no están al alcance del sujeto, están fuera de él.* Y para que un sujeto pueda ser sujeto de deseo es preciso que una pérdida se inscriba y se reconozca como tal por el sujeto que la padece (Colín, 2015, pág. 34)

*Esta pérdida de la que hablamos en el párrafo anterior cobra sentido en el deseo de ser madre. Para Freud, la niña, luego de atravesar la fase oral y anal, en la fase fálica logra reconocer su diferencia y se deprime por la falta de pene, quedando presa de la envidia del pene. Desde entonces se siente castrada como consecuencia de percibir una mayor valoración de este atributo masculino que ella no puede tener. El complejo de Edipo termina por concretar la relación a partir de la ansiedad de castración. El resultado para la niña será direccionar su interés hacia el padre para acceder al pene deseado y así entrar a la cultura desde el sentimiento de inferioridad cambiando su objeto de deseo: de la madre al pene* (Blaessinger, 2012, pág. 9)

*Deseará entonces un hijo del padre según la ecuación simbólica “hijo=pene” y al no obtenerlo, esperará más adelante, el hijo de un sustituto del padre. Para Freud, esto es un difícil recorrido, de manera que la niña se vería enfrentada a heridas narcisistas que marcarán su subjetividad. Hasta este momento, al parecer Freud había realizado una construcción sobre la sexualidad femenina a partir de la homologación del clítoris con el pene, instalándose en el inconsciente una supremacía fálica emergiendo la castración y la envidia del pene como constituyente en la psiquis de la mujer, lo que permitiría dar paso a la vagina—“el*

*órgano reproductivo”– como el vector de las prácticas sexuales posteriores.*  
(Blaessinger, 2012, pág. 8)

Para Freud, un cambio posible en la mujer se relaciona con el nacimiento de su primer hijo, situación que le permite una identificación con la madre, instaurándose una repetición que reproduce el matrimonio de los padres. Así, la reacción a la falta de pene no siempre ha perdido la fuerza con el nacimiento de un hijo, y la situación sería distinta entre un hijo varón o niña, ya que se transfiere en el varón la ambición que debió sofocar ella misma, donde espera de este hijo todo lo que quedó del complejo de masculinidad. Desde su teoría falocéntrica, Freud afirma, que la mujer sucumbe ante la envidia del pene y buscará llenar esa falta incansablemente, pero en la feminidad normal esto pareciera resultar posible desde el momento en que se convierte en madre. Lo interesante de estos argumentos freudianos es que la maternidad en la mujer no solo se basaría en tener a un hijo realmente, sino en el deseo de hijo, así como desea un pene.

Esto quiere decir que la maternidad podría resultar un lugar donde la mujer debe posicionarse simbólicamente más que realmente. En este sentido, al parecer el estatuto materno se adecua a un registro simbólico, aparece en el lenguaje, y la cultura le otorga todo su valor.

Siguiendo a Lacan el primer encuentro que se tiene con el deseo, es el deseo del Otro, pues el Otro le da la experiencia de su deseo, el deseo es la tendencia a procurarse una emoción ya experimentada o imaginada (Lacan J. , 1958-1959, pág. 19). De acuerdo con esto, el deseo de ser madre viene de la instauración de Otro, como ya lo vimos la cultura impregna a las mujeres desde que son niñas con cargas maternas, las cuales desde los juegos a muy temprana edad te incitan a imaginarte como madre. De acuerdo con Lacan, podríamos decir entonces, que cuando la mujer decide y logra embarazarse, sus pensamientos se posicionan en muchas de las áreas en las que ha construido su yo. En cada embarazada surge un conjunto de sentimientos propios de su entorno, de su cultura, es decir, que elaboran sus propios significados de ser madre, sus sueños, sus ideales, etc La mujer ha idealizado a un hijo sano tanto física como mentalmente, al cual tendrá que educar, cuidar y proteger, pero

no alberga la idea de que ella y/o su futuro hijo pudieran morir en cualquier momento. En ese momento la mujer se carga de deseos, miedos y fantasías que, en nuestra cultura, se centran alrededor de preguntas como ¿será niña o niño? ¿se parecerá a mí o a su papá? ¿Cómo le daré la noticia a la familia? ¿Seré buena madre?, ¿Podré cuidar a un bebe? ¿Nacerá bien? ¿Podré seguir trabajando? ¿Qué pasará con las fiestas con amigos? Es decir, *se forma parte de escenarios imaginados con caracteres también imaginados –un niño imaginado, su rol como madre, el padre imaginado, los abuelos imaginados. Cada uno de ellos es imaginado.....la mente se convierte en un lugar de trabajo en el que se proyecta el futuro* (Stern, 1999, pág. 36)

Es aquí donde toma forma ese hijo imaginado, el ideal que guarda la subjetividad de la madre y que contiene aquellos mandatos construidos dentro de la sociedad y la familia. Siempre que se decida llevar adelante un embarazo, se tratará de la gradual asunción de un lugar que pone en juego los ideales, las fantasías, las relaciones interpersonales, los recuerdos de la infancia, la sexualidad, los proyectos de vida, entre otros y dependerá de cómo se encuentre posicionada la mujer al momento de la llegada de esta etapa de vida. Para algunas mujeres, el deseo de ser madre es la búsqueda de la realización de ese sueño combinada con la responsabilidad y el compromiso con el nuevo ser que depende totalmente de ellas y para otras su deseo dependerá en gran parte de la imagen materna con la que se identificaron y quedó registrada en su aparato psíquico.

Freud se refiere al aparato psíquico, como *la idea de una cierta disposición u organización interna, pero hace algo más que atribuir diferentes funciones a “lugares psíquicos” específicos; ya que asigna a estos un orden prefijado que implica una determinada sucesión temporal* (Laplanche, 2004, pág. 30) El aparato psíquico está compuesto de organizaciones internas. Estas organizaciones realizan procesos que nos permiten pensar, reformular y sentir, incluidos el deseo y el inconsciente. Haciendo referencia a la teoría freudiana, el inconsciente *lleva la marca de cierto sello psíquico que nos asegura que no se trata de una entidad abstracta o metafísica y que tampoco remite al registro de una entidad biológica o a algún sustrato psíquico mensurable o cuantificable* (Dor J. , 1994, pág. 17) El inconsciente para Lacan *no es del orden de un*

*“contenido”, es lo no realizado. El inconsciente se manifiesta primero como algo que está a la espera, en el círculo, diría yo, de lo no nacido* (Colín, 2015, pág. 33) Es por ello que esta noticia (la del embarazo de alto riesgo) impacta en todas sus fantasías, gran parte de sus pensamientos se tornan negativos, incluso puede llegar a culparse, sintiéndose una mala madre, insuficiente, etc., generando un periodo de angustia en el que el malestar psicológico aumenta.

La mujer comienza entonces a vivir un duelo; ella debe dejar ir todas esas fantasías y expectativas que tenía de su hijo idealizado para posicionarse en la situación actual de riesgo. El duelo para Freud es, *por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc...* El duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento. También menciona que el confía en que después de un tiempo se le superará además de que consideraba como inoportuno y dañino perturbar el duelo. (Freud S. , 1917, págs. 241-242) Freud interroga a propósito del duelo en su texto "Duelo y melancolía", no sólo por la importancia de a quien pierde el sujeto, sino qué pierde de él en esa pérdida. Cuestión crucial para la subjetividad en el duelo, ya que en él algo de la subjetividad queda modificado, desgarrado, desmembrado, roto. De allí la importancia de trabajar el lugar de la subjetividad en el duelo y de la posibilidad de que el sujeto pueda reconstruir lo que de él queda dañado. Esta cuestión está clara en Freud, porque si bien no nombra la subjetivación, alude sin duda a la función subjetivante en el duelo, que se ve dificultada en la melancolía. Son los desarrollos de Lacan en torno al sujeto los que nos permiten sostener la importancia de la función de subjetivación del duelo. (Elmiger, 2010, pág. 19) *“Sólo estamos de duelo por alguien de quien podemos decirnos YO era su falta. Estamos de duelo por personas a quienes hemos tratado bien o mal y respecto a quienes no sabíamos que cumplíamos la función de estar en el lugar de su falta”* (Lacan J. , 1962-1963, pág. 155) esto quiere decir que sólo es posible hacer duelo por aquel cuya falta fuimos y cuyo deseo causamos, en suma, Lacan se interesa por la subjetividad del duelente, por el impacto en el duelente de la pérdida no sólo del ser querido, sino algo de sí que se pierde en el duelo (Elmiger, 2010, pág. 19)

### 3.2 ¡Tengo miedo! Principales manifestaciones emocionales durante el embarazo de alto riesgo.

En el año 2016 se registró en el Instituto de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” (INPer) que *una de cada tres pacientes con embarazo de alto riesgo, presenta malestar psicológico, por lo que se debe cuidar su salud y garantizar la adherencia terapéutica* (Gobierno de México, 2016) El malestar psicológico *responde a la necesidad de nombrar una serie de manifestaciones clínicas no patológicas y arraigadas en el carácter de la persona, las cuales requieren de atención psicológica específica, bajo el desarrollo de esquemas de tratamiento propios...Se propone como una entidad clínica que hace referencia a un conjunto de reacciones psíquicas, manifestaciones emocionales, y conductuales que se caracterizan por su curso breve, rápida evolución y buen pronóstico.* (Espindola, y otros, 2006, pág. 115)

Gómez-López en *Guía de Intervención Psicológica para Pacientes con Embarazo de Alto Riesgo* define al malestar psicológico como un conjunto de cambios emocionales, estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, el cual no puede ser agrupado en una condición sintomática. También menciona que, dadas las características propias del embarazo, podría afirmarse que éste provoca una alteración psicológica transitoria en la mujer, ya que necesita adaptarse a una nueva situación, lo que puede generarle alguna manifestación aguda considerada como un malestar psíquico. Incluso propone una serie de características, que ayudarán a clasificar ese malestar:

1. **Predominantemente eufórico:** Se caracteriza por un sentimiento de bienestar o alegría.
2. **Predominantemente disfórico:** Aparece un estado de ánimo desagradable.
3. **Predominantemente ansioso:** Se observan reacciones de miedo, peligro, preocupación y angustia.
4. **Mixto eufórico-ansioso:** Aparece una combinación de alegría exagerada con miedo y angustia.

5. **Mixto disfórico-ansioso:** Se observa una combinación de tristeza con miedo, angustia y preocupación. (Gomez-López, 2007, págs. 112-113)

Nos parece relevante mencionar lo que aporta Espíndola para comprender lo que es un evento como el “embarazo de alto riesgo”. Él nos habla de los eventos estresores desencadenantes, y dice que puede suscitarse un desajuste de las representaciones y símbolos que conforman el mundo interno, así como sus respectivos afectos ligados en la conciencia. La presencia de un evento inesperado y de alto impacto, como lo es el embarazo de alto riesgo, implica una reestructuración de las identificaciones, representaciones e introyecciones. Y cuando este evento es asimilado, se incorpora el self, donde la segunda tarea por realizar es la de ser significado. Luego de lo cual se instala como un evento simbolizado y simbolizante, lo que disminuye la carga emocional libre que genera incertidumbre y angustia. A partir de ese momento del proceso, el evento puede ser nombrado como experiencia y no requiere del olvido (Espindola, y otros, 2006)

A continuación, se mostrará una tabla de la sintomatología emocional asociada a las complicaciones obstétricas. Esta tabla nos permite identificar algunas emociones que suelen presentarse en las mujeres dependiendo del tipo de complicación o de riesgo del embarazo.

| <b>Tipo de complicación</b>                         | <b>Sintomatología emocional frente al diagnóstico médico</b>   | <b>Sintomatología emocional después del diagnóstico médico</b>  |
|---|--|---|
| <b>1) Enfermedades crónicas previas al embarazo</b> | Angustia, tristeza, ambivalencia entre alegría y angustia, impacto, preocupación, devastación emocional, incertidumbre por su estado de salud, enojo | Desgano, tensión, dolor por pérdidas gestacionales previas, angustia de repetir la experiencia, dificultad para aceptar el embarazo, preocupación por la salud del bebé |

| Tipo de complicación                                  | Sintomatología emocional frente al diagnóstico médico   | Sintomatología emocional después del diagnóstico médico   |
|---|---|---|
| <b>2) Complicaciones del embarazo</b>                 | Necesidad de cuidarse más, angustia y miedo por la salud, miedo a repetir la experiencia, enojo y dificultad para aceptar el embarazo | Miedo a perder el embarazo, irritabilidad, desgano, enojo, temor, incertidumbre, devastación, culpa, autorreproches, sufrimiento, miedo a encariñarse con el bebé |
| <b>3) Riesgo potencial de complicación obstétrica</b> | Impacto, preocupación, dificultad de aceptación, enojo, pensamiento de abortarlo, aceptación  | Preocupación por la salud del bebé y por su situación económica, tristeza, tensión, estrés, alegría, enojo  |

Cuadro adaptado de Gómez (Lopez, 2018, pág. 92)

Inclusive se señalan reportes de que *la sintomatología más común en mujeres que fueron diagnosticadas con un embarazo de alto riesgo, a partir de la hospitalización y/o reposo es: preocupación y ansiedad por la salud y bienestar del feto, aburrimiento, sentimientos de debilidad e impotencia, enojo, incredulidad, culpa, miedo, ansiedad, depresión, incertidumbre, vulnerabilidad, soledad, pesimismo, preocupación e interés significativo por la salud.* (Gomez-López, 2007, pág. 88)

También existen diversas situaciones que no solo se manifiestan en el pensamiento o en la psique de la mujer, sino que también se viven o se plasman en el exterior, es decir, existe el temor a *perder el atractivo físico, a tener un hijo anormal (sobre todo las primerizas), a no tener leche, a morir en el parto, a la muerte del hijo, sufrir mucho dolor en el parto, a no desempeñar bien el rol de madre y a no poder separarse del bebé después del parto* (Videla, 1991) Por otra parte, Cabildo encontró que uno de los temores más frecuentes de las mujeres embarazadas es *no lograr*



*satisfacer sexualmente a su esposo... angustia porque el hijo puede agravar su situación económica, si es que ya se tienen problemas de este tipo* (Calbildo, 2002). Por otro lado, *algunas mujeres perciben el hecho de estar embarazadas como un logro, por lo que esto tiende a elevar su autoestima* (Gomez-López, 2007, pág. 115)

Con respecto al miedo y la angustia, que son las emociones más frecuentes en las mujeres con embarazo de alto riesgo, Freud en *Más allá del Principio de Placer* describe que el miedo *requiere un objeto determinado, en presencia del cual uno lo siente*; y el terror lo describe como *el estado en que se cae cuando se corre un peligro sin estar preparado*, además destaca el *factor sorpresa* (Freud S. , 1920, págs. 12-13). Una emoción que es interesante mencionar es la ira ya que *se produce cuando se considera que alguien o algún evento o circunstancia interfiere en nuestros propósitos*, además su función adaptativa en la *autodefensa, disminuye el miedo y puede dirigirse hacia otras personas, circunstancias o hacia uno mismo*.

De igual manera consideramos pertinente hacer referencia al término angustia, ya que es una de las emociones frecuentes en mujeres que experimentaron un embarazo de alto riesgo. La angustia tiene algunos antecedentes, Freud encuentra el origen de la angustia en la represión propiamente dicha. El menciona que, si la represión se tratase del *efecto de un estímulo exterior, es evidente que la huida sería el medio apropiado*, además menciona que la esencia de la represión es rechazar algo de la conciencia y mantenerlo alejado (Freud S. , 1914-1916, pág. 141)

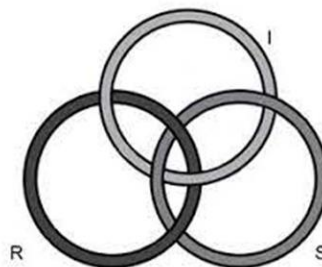
Freud en *Inhibición, Síntoma y Angustia* dice que *se observa la peculiaridad de la angustia, encontrándola en función de la misma, en tanto señal de un peligro; pero es precisamente una función enigmática*. Igualmente, en *Más Allá del Principio de Placer* menciona que la angustia *designa cierto estado de expectativa frente al peligro y preparación para él, aunque se trate de un peligro desconocido* (Freud S. , 1920, pág. 12). Benjamín hace alusión a Lacan en *La Tercera* y nos dice que él define a la angustia como *algo que se sitúa en nuestro cuerpo en otra parte, es el sentimiento que surge de esa sospecha que nos embarga de que nos reducimos a nuestro cuerpo*. Ella añade que *el tener miedo al propio cuerpo es la base de toda angustia, más allá de sus*

*formas fenoménicas de aparición. Porque el cuerpo nunca es del todo “propio”* (Benjamín, 2010, págs. 60-61)

### **3.3 Los registros esenciales de la realidad humana. Real, Simbólico, Imaginario.**

En este apartado abordaremos brevemente y de forma resumida los términos utilizados por el psicoanalista francés Jacques-Marie Emile Lacan en cuanto a lo Real, lo Imaginario y lo Simbólico, ya que es una teoría bastante amplia. Son términos utilizados como sustantivos en género neutro, para señalar unos campos o dimensiones, que él llama "los tres registros" de lo psíquico. Lacan habla de estos registros con base en Freud para definir una forma de abordar la realidad. La presentación de estos registros sirve como introducción para la descripción de la realidad humana, por ejemplo ¿quién es la persona? ¿por qué se comporta de la forma en que se comporta?, etc. *“Tres registros que son sin lugar a dudas los registros esenciales de la realidad humana, registros claramente diferenciados que se denominan: lo simbólico, lo imaginario y lo real”* (Dor J. , 1985, pág. 17)

Es importante introducir al lector que cada uno de estos registros tiene una función diferente, pero siempre se mantienen unidos, es decir, uno depende del otro y no se pueden separar ya que los tres forman parte de la subjetividad del sujeto. Lo fundamental es la forma en que se anudan, los tres se relacionan entre sí por medio de lo que Lacan llamó el *nudo borromeo* y que es al final de su experiencia la estructura misma. *El nudo borromiano: un redondel de hilo es lo Real, un redondel de hilo es lo Simbólico, un redondel de hilo es lo Imaginario* (Lacan J. , 1973, pág. 3)



Como podemos ver cada aro representa a uno de los registros y si retiramos uno se liberan los otros, pero a su vez los otros dos restantes están retenidos por el primer aro. Como señala Roque Farrán, el nudo flexible permite abordar los entrecruzamientos recíprocos y fluidos que unen solidariamente a los tres registros. De este modo, Lacan:

*Nos brinda además otra forma de entender la inter-posición (el término medio, el entre-dos) de manera alternada y no rígida: entre simbólico y real pasa (o cruza) lo imaginario, entre real e imaginario lo simbólico y entre imaginario y simbólico lo real. Apreciamos así que la consistencia no depende de uno en particular, que haga de conector o mediador, sino que cada uno cumple esta función en relación a los otros dos. A su vez, cada uno se ve interrumpido por otro en su cierre circular tautológico. Podemos decir que los términos son mutuamente "solidarios". (Farrán, 2009, pág. 2)*

A continuación, explicaremos, con más énfasis, lo que corresponde a cada registro.

## **Lo Real**

Debemos advertir que cuando nos referimos a lo Real en Lacan, no nos referimos a lo que comúnmente entendemos por realidad. Según el pensador, lo Real es lo que no puede ser expresado con el lenguaje, sin referirse a una lengua en especial sino a todas las lenguas juntas, pues hay cosas que escapan al lenguaje, es decir, lo imposible de nombrar, lo que no tiene palabras para ello "*siendo lo real en mi notación lo que es imposible de alcanzar y lo que el analizante cree decirle al analista no tiene nada que ver con lo real. El analizante dice lo verdadero, lo que el analista sabe es que el analizante dice lo que cree verdadero*" (Lacan J. , 1973, pág. 331).

Para Lacan, debido a que el sujeto está dividido por el lenguaje, de esa división resulta la instauración de lo Real como traumatismo, y al decir traumatismo del lenguaje no es un acontecimiento, pero procede en la medida en que, gradualmente, somos contaminados por él. *Así el lenguaje está ligado a la sexualidad que hace agujero en lo real "Sería imposible el manejo del lenguaje a menos que se admita que*

*él hace agujero en lo real". Y completa: "Es por esa función de agujero que el lenguaje opera su captura sobre lo real". Por lo tanto, Lacan señala que no hay verdad posible excepto cuando lo Real se vacía. Además "el lenguaje come lo real", concluye. Por último, el lenguaje no es un mensaje, sino que se sostiene sólo por esa función a la que Lacan denomina *hacer agujero en lo Real* (Lacan J. , 2007, págs. 31-32)*

*"Si el lenguaje no es considerado, bajo este sesgo, que está ligado a algo que en lo Real hace agujero, no es simplemente difícil, es imposible considerar su manejo. El método de observación no podría partir del lenguaje sin admitir esta verdad principal de que, en lo que se puede situar como Real, el lenguaje aparece como haciendo agujero. Es por esta noción, función del agujero, que el lenguaje opera su captura sobre lo Real."* (Miller, 2006, pág. 233)

Ahora bien, el sujeto desarrolla en el discurso analítico su verdad, su integración, su historia, sin embargo, es importante agregar que en cada historia hay huecos. (Lacan J. , 1973, pág. 411) En esos huecos es donde encontramos lo Real, sería como el ser o la nada. Ese ser y esa nada están vinculados esencialmente al fenómeno de la palabra.

Es por todo lo anterior que volvemos a enfatizar que lo Real es aquello que no se puede expresar como lenguaje, lo que no se puede decir, no se puede representar, porque al representarlo se perdería su esencia. Se diferencia de la realidad que está dentro de los registros de lo Simbólico e Imaginario, pues lo Real carece de sentido. *"No por nada lo Real aparece siempre en el trasfondo"* (Lacan J. , 1995, pág. 301)

## **Lo Simbólico**

Lo Simbólico, es un aspecto lingüístico, que genera una reflexión del conocimiento del yo dada por el otro y crea el primer conjunto de reglas que gobiernan el comportamiento e integran a cada sujeto en la cultura. *"todo el sistema humano en torno nuestro nos define ya"* (Lacan J. , 1995, pág. 236)

El símbolo para Lacan cumple con ser parte del lenguaje *“Por lo tanto, la dialéctica del yo y el otro es trascendida, situada en plano superior, por la relación con el otro, por la sola función del lenguaje, en tanto éste es más o menos idéntico, en todo caso en tanto esta fundamentalmente ligado, a lo que llamaremos la regla, o mejor aún, la ley. Esta ley crea en cada instante de su intervención, algo nuevo. Cada situación es transformada por su intervención, cualquiera que sea ésta, salvo cuando no hablamos para decir nada.”* (Lacan J. , 1995, pág. 237)

Lacan nos va a indicar que hay un orden simbólico en el que el sujeto tiene que distinguirse en su aprehensión de la realidad y que dependiendo de los vínculos el sujeto ira construyendo sus creencias y su realización *“Es en función de los símbolos, de la constitución simbólica de su historia, que se producen esas variaciones por las cuales el sujeto es capaz de tener imágenes variables, quebradas, despedazadas, incluso llegado el caso, in-constituidas, regresivas de sí mismo”* (Lacan J. , 1995, pág. 238)

Lo Simbólico, debe responder a cada una de las necesidades del sujeto para que este pueda identificarse o reconocerse en algún grupo. *“...el registro simbólico, que es aquel mediante el cual se construye el ser humano como tal”* (Lacan J. , 1995, pág. 236)

Lo Simbólico tiene su lugar en los vínculos que forma el sujeto con el otro, la forma en que va a relacionarse con los demás y esta interacción le será parte de su formación como persona adjudicándole valores, creencias, etc. *“El intercambio simbólico es lo que vincula entre si a los seres humanos, o sea a la palabra, y en tanto permite identificar al sujeto”* (Lacan J. , 1995, pág. 215). Como lo mencionamos esta interacción del sujeto con los demás es importante para desarrollar su subjetividad.

Lo Simbólico tiene un orden, es una estructura que va asignando lugares a las cosas, imágenes e ideas para instaurar al sujeto en la cultura

## Lo Imaginario

Lo Imaginario es un proceso de apropiación de imagen del sujeto que comienza con el estadio del espejo de Lacan *“Volvemos a encontrar también aquí el clásico estadio del espejo de Jacques Lacan, ese momento de viraje que aparece en el desarrollo cuando el individuo hace de su propia imagen en el espejo, de él mismo”* (Lacan J. , 1995, pág. 222). Para Lacan es el estadio del espejo el formador de la función del yo; un bebé antes de poder andar, coordinar sus movimientos o valerse por sí mismo para las tareas más básicas, puede reconocerse a sí mismo al ver su imagen en un espejo. El bebé se aliena de sí mismo y es ahí donde empieza a funcionar su registro Imaginario, pues se percibe como un ente fragmentado, pero al verse en el espejo se ve como una forma perfecta y completa, su imagen es mejor que su percepción. Se reconoce como el en algo que no es el, en algo que ve como mejor, pero que sabe que no es. Esta identificación es la que hace el sujeto con el otro y es importante ya que formará parte de la subjetividad de él mismo.

Parte de esta formación de la imagen del sujeto a través del otro es concebida mediante el deseo del otro como dice Lacan en su seminario *“el deseo del hombre es el deseo del otro”* (Lacan J. , 1995, pág. 222) Es decir que en un primer momento la persona no se reconocerá así mismo sin antes haber deseado al otro *“el sujeto localiza y reconoce originariamente el deseo por intermedio no solo de su propia imagen, sino del cuerpo de su semejante”* (Lacan J. , 1995, pág. 223)

Una vez que la persona se haya identificado ante el otro habrá un problema de identificación, ya que el sujeto no cumple en su totalidad con las expectativas generadas en el Imaginario *“lo que el sujeto encuentra en el otro es, ante todo, una serie de planos ambivalentes, de alienaciones de su deseo; de un deseo aún en pedazos”* (Lacan J. , 1995, pág. 224)

Teniendo esto en cuenta, podríamos decir que al querer concebirse ante el deseo del otro esto provoca problemas en el sujeto porque busca ser igual al otro y no percibirse él como otra persona *“el cuerpo como deseo despedazado buscándose, y el cuerpo como ideal de sí, vuelven a proyectarse del lado del sujeto como cuerpo despedazado, al mismo tiempo que ve al otro como cuerpo perfecto”* (Lacan J. , 1995,

pág. 225) Este tipo de confusión en el Imaginario, llamémoslo así puede generar que la persona caiga en lo real, en la confusión sobre su persona al no poder ser igual al otro, *“se trata del momento en que lo imaginario y lo real de la situación analítica se confunden entre sí. Es lo que estoy explicándoles. El deseo del sujeto está allí, en la situación, a la vez presente e inexpressable”* (Lacan J. , 1995, pág. 279)

*“Lo Imaginario se refiere aquí, primero, a la relación del sujeto con sus identificaciones formadoras, éste es el pleno sentido del término imagen en análisis; segundo, a la relación del sujeto con lo real, cuya característica es la de ser ilusoria: es éste el aspecto de la función imaginaria destacado más frecuentemente”* (Lacan J. , 1995, pág. 180) La relación que mantendrá todo sujeto con la imagen del espejo da testimonio de la dimensión conflictiva que impregna totalmente el campo de la identificación. El sujeto se encuentra atado a ilusiones, buscando cumplir con expectativas generadas, quiere alcanzar un ideal que no es alcanzable, o busca cumplir con la imagen del otro. *“En primer lugar, porque el sujeto le demanda a la imagen algo que a ella no puede darle: ser para él mismo una referencia autónoma e independiente de la manera en la que es visto por la mirada de los otros.”* (Aulagnier, 2007, pág. 182)

*“La identificación imaginaria presupone la posibilidad de que el sujeto pueda nombrarse mediante un enunciado identificatorio referible a su imagen, designándose así la imagen de sí mismo que lo acompaña a lo largo de su existencia”* (Aulagnier, 2007, pág. 182)

La experiencia le demostrara que la imagen es incapaz de obligar al otro a verla tal como él la piensa, y tal como quiere que se la vea. *“Se debe añadir que el sujeto nunca puede contentarse con que el espejo le diga, como en los cuentos de hadas, que él es el más bello, ya que es ante la mirada del otro que quiere ocupar ese lugar, y carece de todo control sobre esa mirada.”* (Aulagnier, 2007, pág. 182). En estas condiciones, el yo no es otra cosa que la imagen del otro. *“Ser igual a la imagen que admira la mirada de los otros o ser igual a la imagen que admira la mirada de aquellos que el Yo admira son las dos formulaciones que adopta el anhelo narcisista en el campo de la identificación.”* (Aulagnier, 2007, pág. 183) Lo que quiero va a ser revelado

en el otro y por el otro y si tengo una revelación de lo que puedo querer, es por la efracción que el otro comete respondiendo a este momento constitutivo en mi ser. *“Mi deseo es literalmente el deseo del otro: en los caminos de lo que quiero, yo paso por los movimientos de la marioneta del otro, por los caminos de su deseo. De mi deseo no sé nada, salvo lo que el otro me revela, puesto que estoy obligado a andar pisándole los talones”*. (Nasio, 1994)

También es importante mencionar que lo imaginario está estructurado por lo simbólico, en donde el término "imagen" forma parte de él. El lenguaje codificado de imágenes forma parte de todas las culturas, las que, obviamente son distintas entre sí, pero el hecho central es que son simbólicas y no imaginarias. Porque si no, uno se queda con la idea de que la imagen sólo es imaginaria y esto no es así. La imagen tiene además una dimensión simbólica dada por el marco cultural histórico en el que está incluida. Es decir, lo Simbólico tendrá un lugar en el Imaginario. El Imaginario va ligado a la percepción que tendrá el sujeto sobre sí, pero a través del otro.

## **Significante y Significado**

Cuando hablamos de significado con Lacan, nos dice que es la representación que se tendrá sobre otra significación. Por ejemplo, cuando leemos algún libro ahí hay algo que nos quieren decir pero que nosotros extraeremos e interpretaremos mediante otra significación, es por ello *“que toda significación no hace más que remitir a otra significación”* (Lacan J. , 1995, pág. 358) Cuando para el sujeto cobra relevancia una significación, tuvo que atravesar antes por la significación de otro, pues *“para que algo signifique es preciso que sea traducible en el lugar del otro”*. Como ya hemos mencionado, es a través del lenguaje mediante el cual podemos ejercer comunicación con el otro y cargarlo de esas significaciones de las que hablamos pues *“es el lenguaje que funciona en la elocución, incluso en la elocuencia”* (Lacan J. , 1995, pág. 360) Esto es una propiedad de lo Simbólico, ya que está cargado de significados y mediante esos significados es que podemos formar una significación *“Se trata exactamente de lo que llamamos símbolo. El nomen es la totalidad significante-significado, particularmente en*



*tanto que sirve para reconocer, ya que se basa a ella que el pacto y el acuerdo se establecen. Es el símbolo en sentido del pacto” (Lacan J. , 1995, pág. 371)*

Por otro lado, el significante es el que forma al significado y no esté al significante, ya que el significado será una representación misma del objeto a la cual le daremos una interpretación *“Cuando se habla del significado, se piensa en la cosa, cuando en realidad se trata de la significación. No obstante, cada vez que hablamos, decimos la cosa, lo significable, mediante un significado” (Lacan J. , 1995, pág. 301)*

*“Lacan simbolizará de dos maneras la supremacía del significante sobre el significado. En primer lugar, invierte el algoritmo de Saussure correspondiente al signo lingüístico y, en segundo término, esquematiza la escritura del significante a través de una " S " mayúscula: S/s” (Dor J. , 1994, pág. 52)*

Con el significado se muestra la función principal del significante, la cual es el poder que tiene el sujeto a través de un significante ejercido por un lenguaje que cree dominar. *“El lenguaje es un sistema de signos en oposición de tal modo que un significante, dentro de una cadena significante, sólo cobra sentido en relación con todos los demás.” (Dor J. , 1994, pág. 128)* El lenguaje nos ayudará porque tiene una función comunicativa y esta pueda ser interpretada por otro, ya que el lenguaje constituye al sujeto y no porque lo tenga, sino porque se lo dan.

Siendo el lenguaje un conjunto de símbolos que utilizamos para transmitir el significado de algunas cosas. El enriquecimiento de la conciencia humana se da por medio de la sustitución de un significante a otro significante. El sujeto es efecto de un significante. *“Un significante es aquello que representa un sujeto para otro significante”.* (Lacan J. , 1973, pág. 125).

Se habla de cadena de significantes ya que para Lacan *“La significación remite siempre a otra significación y está regida por la estructura significante, por sus diferentes combinaciones” (Domínguez, 1990, pág. 199)* El significante remite a otro significante, y éste a su vez, a otro más, y nunca hay un significado final siendo que el significante es esta cadena que se desarrolla y desenvuelve en el tiempo con base en el lenguaje, refiriéndose a que el inconsciente tiene un lenguaje que empuja, y quiere

expresarse, y nosotros le damos forma verbal. La formación de cadenas significantes genera efectos de significación. Un significante sólo no puede agotar un tema, necesita de otro significante para que se dé la significación. Es a partir de los significantes que el sujeto se va a orientar en la realidad.

## CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

### 4.1 Introducción

Este capítulo se divide en tres partes; el campo de intervención, diseño metodológico y el dispositivo de intervención.

En el primer apartado se menciona que nuestro campo de intervención es un campo virtual, en un grupo llamado “Embarazo de alto riesgo y esterilidad” que está dentro de la aplicación conocida como Facebook, en el cual convergen tantas mujeres que ya han tenido un embarazo de alto riesgo o que están teniendo un embarazo de alto riesgo y/o algunas que tienen dificultades para embarazarse. Este espacio virtual presentó algunos retos para la investigación, pero también nos permitió interactuar y escuchar de manera activa a nuestras informantes sin importar la distancia en la que se encontraban. Debido a la situación actual de pandemia por Covid-19 no se obtuvieron encuentros cara a cara con las interlocutoras, pero mediante las plataformas como Zoom, Facebook y Whatsapp recopilamos la información necesaria para la investigación de tipo cualitativa que realizamos.

En el segundo apartado titulado Diseño metodológico, se menciona que para la elaboración de este proyecto se utilizó la investigación de tipo cualitativa, pues ésta nos permite interpretar la subjetividad de las informantes y comprender el sentido que ellas le atribuyen a sus propias vivencias, prácticas y acciones en cuanto al embarazo de alto riesgo. Cabe mencionar que, al haber sido una intervención virtual, enfrentamos ciertas ventajas y desventajas que se mencionarán a lo largo de este texto.

En el tercer apartado hablamos del dispositivo de intervención, y como se mencionó anteriormente, debido a la situación de pandemia por COVID-19, realizamos las intervenciones por medio de la plataforma Zoom, por lo que se desarrolló un dispositivo que se adaptara a las necesidades de nuestra investigación que consistió en el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas, pues el plantear la entrevista a manera de conversación permitió que nuestras informantes entraran en un círculo de confianza. La entrevista

que realizamos como instrumento de investigación, fue de tipo grupal también considerada como un tipo de entrevista cualitativa para la intervención. La entrevista grupal vista desde una perspectiva psicológica fue el medio que utilizamos para producir el discurso por parte de las mujeres, lo que nos ayudó a formar un diálogo grupal en el que surgieron una serie de saberes y pensamientos no solo individuales, sino también colectivos que nos ayudaron a enriquecer el discurso y la experiencia compartida.

#### **4.2 El campo de intervención**

Bourdieu definió el campo como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder y por sus relaciones. De acuerdo con Bourdieu los campos se estructuran mediante sistemas de relaciones independientes. Existen distintos tipos de campos de intervención los cuales se estructuran mediante las necesidades sociales. En ellos encontramos el campo artístico, campo político, campo educativo, campo económico, campo virtual etc., los cuales conforman una red de relaciones en el que los sujetos participan (Fernández J. F., 2009)

Tomando en consideración lo que Bourdieu menciona, el campo en donde decidimos intervenir es un campo virtual estructurado de acuerdo a una necesidad social. Lo que se observó cuando ingresamos al grupo, fue esta necesidad de expresarse y encontrar a personas semejantes que lograran comprender y aportar algo de la situación que estaban viviendo. Específicamente hablando, nos acercamos a mujeres que forman parte de un grupo dentro de la aplicación de Facebook, llamado “Embarazo de alto riesgo y esterilidad”, pero que ya hubieran vivido la experiencia de un embarazo de alto riesgo, es decir, que al momento de la entrevista no estuvieran embarazadas.

La intervención en un escenario virtual puede ser un reto para la investigación social, sin embargo, nos abre nuevos panoramas y nos permite interactuar con diversas mujeres sin importar la distancia e inclusive el país en el que se encuentren, pues en el grupo hay personas de diversas nacionalidades.

Al ser una intervención virtual, tuvo ventajas y desventajas, siendo estas últimas, por ejemplo, los husos horarios, la estabilidad en las conexiones de internet, las limitaciones del espacio virtual en el cual se realizó, la confiabilidad para expresarse virtualmente y la disponibilidad de tiempo. Algunas de las ventajas pueden ser que, a pesar de vivir en distintos lugares, ya sea dentro o fuera de la Ciudad de México, tanto las interlocutoras como el equipo de trabajo no tuvo que transportarse de un lugar a otro para realizar la intervención. También consideramos que la integridad física se protegió pues debido a la situación actual de pandemia por Covid-19, no estuvimos en ningún momento en contacto directo, por lo que la exposición al virus es nula en lo que respecta al trabajo de investigación. Otro elemento es la inclusión, pues en el grupo existen distintos contextos sociales y cualquier mujer del grupo que haya experimentado un embarazo de alto puede participar sin exclusión alguna. El ahorro de tiempo y dinero puede ser otra ventaja, pues al terminar la intervención virtual, tanto las interlocutoras como el equipo de trabajo pueden inmediatamente realizar otras actividades sin la necesidad de invertir tiempo y dinero en transporte.

En el contexto actual de pandemia por COVID-19, con el distanciamiento social y las medidas de higiene, los medios virtuales han tomado gran relevancia en la cotidianidad de los individuos no sólo por estar al alcance de sus manos, sino también por ser un método seguro y efectivo de comunicación. A través de esta vía podemos relacionarnos con otros y compartir información de distinta índole gracias a los espacios virtuales que han estado emergiendo con el paso del tiempo.

En este apartado también es importante hablar de la etnografía virtual ya que ésta tiene su origen cuando los investigadores comienzan a mostrar interés ante el fenómeno que representa la interacción entre los individuos teniendo en cuenta la configuración de comunidades virtuales en internet considerando que el internet favorece la emergencia de canales de comunicación que potencian la interactividad,

tanto asincrónica como sincrónica a través de correos electrónicos, los foros, las redes sociales (entendidas como las aplicaciones que sirven para que una gran cantidad de individuos interactúen, por medio de mensajes, llamadas, videollamadas, etc), etc. (Ruiz, 2015, pág. 67)

La etnografía virtual, nos permite observar relaciones, actividades y significaciones que podrían generarse a través de la pantalla, pues *una etnografía de Internet puede observar con detalle las formas en que se experimenta el uso de una tecnología* (Hine, 2004, pág. 13). Algunas consideraciones que tomamos en cuenta para realizar la etnografía virtual son las que aconseja Cora García y son las siguientes:

- Es necesario formar un vínculo con las informantes, en el cual se respeten las opiniones y la cosmovisión de todos los participantes. Es importante establecer relaciones con los interlocutores e integrarse al espacio en el que se mueven, compartiendo algunas cosas, aunque esto implique hacer esfuerzos por volverse parte del grupo social.
- Es necesario considerar cómo contactarlos para comenzar a establecer una relación o una convocatoria para solicitar apoyo en realizar un trabajo de investigación. El contacto con éstos puede llevarse a cabo mediante correo electrónico, videoconferencia e incluso llamada telefónica, a fin de poder explicar de lo que se trata la investigación, obtener más información sobre los participantes y ser presentado ante ellos por parte de éstos para posteriormente interactuar de manera directa.
- En cuanto a la privacidad y confidencialidad de las informantes, es importante que las participantes puedan editar o eliminar sus publicaciones si así lo desean y además al entrar al grupo también existen una serie de reglas que se deben respetar. (Cora García, 2009, pág. 58)

Tomando en cuenta las aportaciones de Cora García en cuanto a integrarnos al espacio en el que las informantes se mueven, el equipo de investigación se unió al grupo de Facebook desde noviembre de 2021. Este grupo es privado, por lo que tuvimos que solicitar el acceso y la respuesta fue favorable para todos. En aquel momento, el dispositivo estaba construyéndose, por lo que decidimos no realizar

publicaciones o interactuar con las participantes y únicamente leíamos las publicaciones que realizaban las participantes con la finalidad de observar cómo era la interacción entre ellas.

### **4.3 Diseño metodológico.**

La metodología que utilizamos para este proyecto de investigación fue de tipo cualitativo pues nos ayudó a entender el sentido que cobra el embarazo por medio de las experiencias que vivieron las mujeres con embarazo de alto riesgo. Angrosino nos dice que la investigación cualitativa, pretende acercarse al mundo de "ahí fuera" (no en entornos de investigación especializada como los laboratorios) y entender, describir y algunas veces explicar fenómenos sociales "desde el interior" de varias maneras diferentes: Analizando las experiencias de los individuos o de los grupos y que estas experiencias se pueden relacionar con historias de vida biográficas o con prácticas ya sean cotidianas o profesionales y explica que este tipo de investigación se toma en serio el contexto y los casos para entender un problema sometido a estudio (Angrosino, 2012, págs. 11-12)

Nuestro tema de investigación *¿Por qué no me puedo sentir como ellas? Subjetividad y sentido en un grupo de mujeres que experimentaron un embarazo de alto riesgo* nos conduce a estudiar parte de ese mundo de "ahí afuera" que menciona Angrosino, es por ello que a través del método cualitativo y para los intereses de nuestro proyecto de investigación, exploramos el campo de la institución médica, el de las construcciones sociales y el campo de lo psicológico.

El objetivo del dispositivo de intervención fue observar la forma en la que un grupo de mujeres significa su entorno a través de una experiencia, el embarazo de alto riesgo. Al respecto Szasz y Lerner nos dicen que los enfoques de la investigación cualitativa tienen como preocupación central conocer e interpretar "la subjetividad de los sujetos", y que buscan comprender el punto de vista de los actores de acuerdo con el sistema de representaciones simbólicas y significados en su contexto particular. Para estos autores, este tipo de acercamientos privilegian el conocimiento y comprensión del sentido que los individuos atribuyen a sus propias vivencias, prácticas y acciones

(Szasz & Lerner, 1996, pág. 13) Es por esta razón, que el método cualitativo, a través de la entrevista grupal nos sirvió como un camino que nos permitió analizar la singularidad y profundizar sobre las experiencias de las interlocutoras que participaron en la investigación, y que además forman parte de este grupo en Facebook.

Para nuestro proyecto de investigación, además de leer las publicaciones y los comentarios a estas publicaciones que se realizan en el grupo de Facebook, también fue necesario elaborar un dispositivo de intervención por lo que consideramos importante mencionar qué es lo que contiene un dispositivo ya que sin él no hubiera sido posible realizar las intervenciones con nuestras interlocutoras. *Los dispositivos tienen líneas de visibilidad, de enunciación, líneas de fuerza, de subjetivación, de ruptura, de fractura que se entrecruzan y se mezclan mientras se suscitan otras, a través de variaciones.* En cada dispositivo se encuentra una multiplicidad que abarca desde la teoría que ya está dicha por diversos autores, el discurso de los sujetos de investigación, las instituciones, inclusive pueden participar otros dispositivos. *Son máquinas para ver y para hacer hablar, no son sujetos ni objetos, sino que son regímenes que hay que definir en el caso de lo visible y en el caso de lo enunciable, con sus derivaciones, sus transformaciones, sus mutaciones.* (Deleuze, 1990, págs. 3-4) Con este conocimiento que aporta Deleuze, utilizamos como dispositivo de intervención la entrevista. En cuanto a la entrevista, Kvaales nos dice que es una conversación espontánea que tiene una estructura y un propósito determinados y que es una interacción profesional que va más allá del intercambio espontáneo de ideas como en la conversación cotidiana y se convierte en un acercamiento basado en el interrogatorio cuidadoso y la escucha con el propósito de obtener conocimiento meticulosamente comprobado, para el autor la entrevista pretende conseguir relatos matizados de diferentes aspectos del mundo en la vida del entrevistado pues trabaja con palabras y no con números (Kvaales, 2011, págs. 30-35) En resumen, la entrevista nos ayudó a obtener relatos o experiencias mediante conversaciones, la observación y la escucha, con un objetivo específico; el de analizar la subjetividad de las mujeres al experimentar un embarazo de alto riesgo.



La entrevista grupal, también es considerada como un tipo de entrevista cualitativa. Sabemos que la entrevista grupal es un recurso técnico del conjunto de instrumentos en que se apoya la metodología cualitativa y que se trata de un medio de indagación que permite que uno o varios entrevistadores convoquen a un sujeto colectivo a producir un discurso susceptible de ser “leído” es decir, escuchado, analizado, interpretado (Peyrí, 2019) es por ello que decidimos elegirla como nuestro instrumento de intervención, pues por medio de ella pudimos conocer las experiencias que vivieron las interlocutoras durante el embarazo de alto riesgo tomando en cuenta que *la especificidad de lo grupal la aportan los individuos que lo forman; habrá que estudiar individuos en grupo* (Fernández A. , 1989, pág. 32)

Para fines de esta investigación se entrevistaron a mujeres en grupo, cada una con una subjetividad personal pero compartiendo en común la experiencia del embarazo de alto riesgo, es por ello que participan en un grupo colectivamente, mediante un proceso individual. El transitar por un embarazo del alto riesgo, permitió que las mujeres se subjetivaran y crearan un grupo colectivo para aportar experiencias e ideologías sobre este proceso, a pesar de entrevistarlas de forma grupal, ninguna dejará de lado su subjetividad la cual es la que las identifica de manera individual, con esto no pretendemos negar la realidad de los grupos, más bien afirmamos, como lo menciona Ana María Fernández, que son sujetos que comparten una sociedad y forman grupos colectivos. Los seres humanos actúan y viven en grupos, gracias a esta colectividad se hace presente su individualidad, ya que el sujeto es producto de su ambiente (Fernández A. , 1989, pág. 32)

Peyrí también nos aporta algunas características importantes que utilizamos en la entrevista grupal con las informantes, por ejemplo, que el entrevistador sea capaz de guiar la entrevista y además tenga la posibilidad de mirar los obstáculos y los hallazgos; que la entrevista este conformada por uno o dos coordinadores y uno o varios observadores; que el o los coordinadores tendrán el uso de la palabra y los observadores no hablarán, pero tomarán nota del discurso que se produce (Peyrí, 2019, pág. 44)

Para diseñar el guión y la estructura de la entrevista grupal nos guiamos con los elementos que aporta Iñiguez, con el objetivo de realizarla de forma ordenada y que los entrevistadores la puedan controlar y guiar de acuerdo a la información de nuestro interés. La estructura que este autor propone y que utilizaremos incluye los siguientes elementos:

*Apertura:* Debe incluir saludo, presentación, explicación de quienes son los entrevistadores, así como la dinámica a seguir y la finalidad de la entrevista, la apertura es una especie de introducción informativa.

*Pregunta introductoria:* debe ser una pregunta abierta

*Guion:* Este no debe acomodarse al contexto y a los entrevistadores, se acomodará conforme se vaya desarrollando la entrevista.

*Cierre de la entrevista:* antes concluir la entrevista, todos los temas que se abordaron en esta deben quedar adecuadamente cerrados, se debe dar la posibilidad de que el entrevistado añada o rectifique algún aspecto dicho y por último se dará una despedida y agradecimiento por su colaboración. (Iñiguez, 2008, págs. 40-41)

#### **4.4 Dispositivo de intervención**

Nuestro equipo de trabajo programó tres acercamientos con las interlocutoras para recolectar los datos que a nuestro trabajo de investigación refieren.

El primer acercamiento fue por medio de una encuesta virtual que realizamos desde el sitio web encuesta.com, con la finalidad de conocer datos generales de cada una de las mujeres que participarán y hacer contacto con ellas, pero principalmente su disponibilidad de horario para realizar la entrevista grupal, pues al haber informantes de diversas nacionalidades en el grupo debemos buscar un horario en el que todas puedan participar. En la encuesta que se realizó, primeramente, se agradece el apoyo que nos brindarán nuestras interlocutoras, se especifica que somos estudiantes de último año de la licenciatura de Psicología en la UAM Xochimilco y que estamos

realizando un trabajo de investigación con mujeres que han vivido un embarazo de alto riesgo. Hacemos hincapié en que los datos que nos envíen serán confidenciales pues únicamente tienen fines académicos.

Los otros dos acercamientos fueron interacciones grupales ya que como lo menciona Salazar una de las particularidades de ciertas formas del trabajo con grupos, reside en la importancia de poner en discusión las formas que van tomando las interacciones entre los miembros del grupo y de incluir en esa discusión o reflexión compartida, los afectos o estados de ánimo que experimentan los participantes pues esto supone la revelación de algunas experiencias construidas como pertenecientes al ámbito de lo íntimo. (Salazar, 2004, pág. 100)

A continuación, se dará una breve explicación del contenido de estas dos interacciones:

1. En esta primera reunión se realizó la presentación tanto del equipo de trabajo como de la finalidad de la investigación y la forma en la que trabajaremos con ellas, así como un primer abordaje al tema del embarazo. El encuadre será el siguiente:

“Buenas tardes y/o días: Agradecemos mucho el apoyo y la disponibilidad que nos otorgan para realizar esta investigación pues sabemos que la experiencia de un embarazo de alto riesgo es algo muy personal. Como mencionamos en la encuesta virtual, somos estudiantes de la licenciatura de psicología y nos encontramos elaborando un trabajo de investigación para culminar la carrera. Antes de comenzar nos gustaría saber si existe algún inconveniente en alguna de ustedes para que las sesiones sean grabadas en audio para poder trabajar más adelante con ellas. A estas grabaciones únicamente tendremos acceso el equipo de trabajo y nos comprometemos a guardar la confidencialidad de ellas. La idea para trabajar con ustedes es que llevemos a cabo tres sesiones de trabajo en las cuales nos compartirán sus experiencias, así como sus opiniones en cuanto al tema que estamos investigando”.

Es importante mencionar que en esta primera interacción se hizo énfasis especial en la confidencialidad de los datos, pues como nos informa Salazar, la confidencialidad es la caracterización que se hace de un intercambio como secreto, en sus contenidos y en sus formas. Nos dice que lo secreto por sí mismo, inaugura un lazo de solidaridad entre los que participan de ello y es por necesidad, excluyente de los que no participan del secreto. También explica que así se fortalece la construcción de una forma identitaria colectiva que se extraña de sus semejantes, posicionando al secreto como un modo de construcción de la identidad colectiva, cerrando al grupo sobre sí mismo y protegiendo lo construido allí dentro del riesgo. (Salazar, 2004, pág. 101)

Se abordó como eje principal el embarazo, esto se hizo con el fin de conocer la experiencia de cada una. Una vez realizadas o contestadas estas preguntas se pasó al siguiente eje, el cual era de redes de apoyo y grupo de Facebook, el objetivo de éste es explorar el tema de las redes de apoyo, así como escuchar las razones por las que ingresaron al grupo de Facebook y su experiencia al ser parte del mismo.

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Eje temático:</b></p> <p><b>El embarazo y subjetividad</b></p> | <p><b>Pregunta 1:</b><br/>¿Qué significa para ustedes el embarazo?</p> <p><b>Pregunta 2:</b><br/>¿Cómo se sintieron al recibir la noticia de que estaban embarazadas?</p> <p><b>Pregunta 3:</b><br/>¿Cómo vivieron la experiencia de cambiar de un embarazo normal a un embarazo de alto riesgo?</p> <p><b>Pregunta 4:</b><br/>¿Qué significó para ustedes tener un embarazo de alto riesgo?</p> |
| <p><b>Eje temático:</b></p>  | <p><b>Pregunta 1:</b><br/>¿Recibieron algún apoyo en el</p>  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Redes de apoyo y grupo de Facebook.</b> | transcurso de su embarazo de alto riesgo?<br><b>Pregunta 2:</b><br>¿De quién y cómo fue el tipo de apoyo que recibieron?<br><b>Pregunta 3:</b><br>¿Qué las motivó a unirse al grupo de Facebook? |
|--|--|

2. Esta última sesión se realizó también en la plataforma Zoom y fue planificada de acuerdo con lo que nuestras interlocutoras mencionaron en la sesión anterior. La idea fue abrir un diálogo en torno a su opinión acerca de la importancia de recibir atención psicológica cuando se atraviesa por un embarazo de alto riesgo. También nos interesó escuchar sus propuestas para recibir apoyo y/o contención emocional para quienes atraviesan por un embarazo de este tipo, así como recibir las reflexiones finales sobre cómo se sintieron al haber compartido su experiencia en las sesiones. Finalmente agradecemos el apoyo recibido y reafirmamos nuestro compromiso de guardar discreción en cuanto a la información obtenida.

#### **4.5 Estrategia de análisis.**

En este apartado se expondrá la estrategia de análisis que utilizamos para interpretar los datos que recolectamos en las intervenciones que realizamos con nuestras informantes. *“Por análisis de datos cualitativos se entiende el proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones”* (Spradley, 1980)

La investigación cualitativa tiene una gran importancia en cuanto al estudio de la sociedad, académicamente este tipo de metodología cobra un gran peso. La tarea

quizá más difícil es recopilar los datos, construirlos para tener como resultado un análisis.

“Las técnicas de análisis cualitativo tienen cada vez más importancia en el ámbito de las ciencias sociales. A partir de su integración orgánica con el proceder general de la investigación naturalista, se convierten en parte de las herramientas más recurridas al momento de explicar fenómenos sociales complejos” (Cacéres, 2003, pág. 53)

Haciendo uso de algunas propuestas de (Mayring, 2000) sobre el análisis de contenido tradicional y del enfoque del método comparativo constante de (Glaser, 1999) la estrategia para el análisis de la investigación cualitativa fue la siguiente:

**a) Selección del objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación:**

Nuestro tema de investigación fue observado desde distintas perspectivas, discursos teóricos, disciplinas, fuentes, datos e inclusive las diversas opiniones que se tenían dentro del equipo. Finalmente, optamos por la postura teórica lacaniana de los tres registros, el Real, Simbólico e Imaginario. Este paso se llevó a cabo desde el momento en que se formuló la intención de investigación.

**b) El desarrollo del preanálisis:** Se organizó la información propiamente. Es un período denominado por la intuición, pero que tiene por fin establecer una forma de hacer las cosas con respecto al contenido para analizar. Recolectamos los documentos, formulamos guías al trabajo de análisis y establecimos indicadores representativos del tema a analizar. Antes de trabajar sobre las transcripciones y notas de campo se realizó este formato para facilitar la lectura y hacer observaciones de cada uno de ellos.

**c) Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación:** Se realizaron ciertas reglas que nos indicaban las condiciones para codificar y eventualmente categorizar el material recabado, siempre abiertos a posibles cambios o modificaciones. La codificación *vincula todos los fragmentos de los datos a una idea o concepto particular* (Coffey & Atkinson, 2003, pág. 32) Esta codificación nos permitió pensar una gama de enfoques que ayudaron a la organización, recuperación e interpretación de los datos que se obtuvieron del

material empírico. Primeramente localizamos y marcamos las partes del material empírico donde algunas palabras se presentaban de manera repetitiva. La codificación supuso de una observación minuciosa y microscópica de los registros, para “descomponerlos” y de esta manera llegar a nuestros temas ejes *“Se trata de separar sus elementos desplegando los significados contenidos en un fragmento textual”* (Strauss & Corbin, 2002). De esta manera *el analista cualitativo será entonces capaz de recuperar trozos o segmentos de datos contextuales que comparten un código en común* (Coffey & Atkinson, 2003, pág. 34)

Se utilizó también la retroalimentación constante desde los datos hacia la formulación de criterios o reglas de codificación y viceversa. Una vez que tuvimos claridad sobre cuáles serían las líneas de análisis (Real, Simbólico e Imaginario), procedimos a examinar el material separando el contenido de acuerdo a estas líneas y en función de agrupar todo aquel que parecía guardar relación, la suficiente como para ser considerada similar

**d) Desarrollo de categorías:** Esto significa que las categorías representan el momento en el cual se agrupa o vincula la información incorporando la perspectiva crítica en el estudio y por consiguiente, el paso primordial para establecer nuevas interpretaciones y relaciones teóricas. Una categoría es también un concepto, pero que tiene mayor nivel de abstracción y capacidad explicativa de los fenómenos. Un concepto propuesto inicialmente como uno más entre otros, puede revelar su centralidad al resultar adecuado para describir genéricamente lo que sucede, por lo cual merece el estatuto de categoría. También puede ocurrir que un conjunto de conceptos acumulados esté emparentado entre sí, pero que ninguno de ellos tenga un alcance que permita comprenderlos a todos, haciendo necesario elaborar una nueva categoría para referir a dicha familia de conceptos.

La relevancia de codificar nuestro material empírico palabra por palabra reside en que una palabra es la unidad textual mínima susceptible de ser analizada. Este nivel de minuciosidad fue necesario sobre todo cuando estábamos en la búsqueda de categorizar el análisis en tres ejes temáticos. Para la realización

del Eje 1, las palabras que se repitieron constantemente fueron: malos, crueles, juzgaban, miedo, servicio público, preocupación, tacto. En el eje 2: ser mamá, ilusión, familia, falta, querer, buscar, cuidar, responsabilidad. Y finalmente en el eje 3: miedo, angustia, depresión, llorar, asustar, temor, sufrimiento, peor, culpa, emocional. Una vez realizado este ejercicio, se comenzaron a codificar frases, oraciones y párrafos que tuvieran esas palabras clave. También se realizaron memorandos. *Un memorando es un recordatorio de una idea que surge en el análisis y que se piensa que puede ser necesaria más adelante.*

Realizamos todo lo anterior con el propósito de que las categorías representaran nuevas aproximaciones teóricas, nuevas formas de entender la información recabada. El enfoque analítico las transcripciones de las intervenciones y notas de campo, no consistió en simplificar los datos sino en abrirlos, tratar de identificar y especular sobre otras características. Esta compilación de datos no se utilizó para recuperar y agregar ejemplos a un número restringido de categorías, ya que se expandió a marcos conceptuales que sirvieron para ampliar los ejes de nuestro análisis. De esta manera logramos formular las siguientes categorías: El poder del discurso institucional en la subjetividad de la mujer embarazada, la ilusión de la maternidad vista desde la construcción social en el embazo de alto riesgo y la producción de manifestaciones emocionales durante el embarazo de alto riesgo.

**e) La integración final de los hallazgos:** Este fue el paso final para el análisis, con la finalidad de desarrollar analíticamente la aproximación cualitativa de contenido que se ha expuesto, vertiendo todo lo anterior en la síntesis final del estudio. Los objetivos o guías de análisis fueron los elementos centrales de la construcción teórica final, y en ellos se centró todo el trabajo.

En nuestra investigación se mantienen dos posturas; académicas e ideológicas, en este camino se presentaron desafíos y dificultades como tener gran cantidad de información, la cercanía con el sentido común, la necesidad de lograr riqueza analítica, extensión y profundidad narrativa. Todo esto se presentó como un reto emocionante al cual nos enfrentamos como equipo.



Debido a que nuestro trabajo se basó en etnografía virtual, hubo algunos obstáculos como la interferencia en las grabaciones de audios debido a la baja calidad en la señal de internet, lo que impidió transcribir con precisión y exactitud la riqueza verbal.

*“Al investigar lo que se intenta es llegar a los distintos puntos de vista de los sujetos con los que trabajamos. Analizar e interpretar aquella pluralidad de perspectivas que nos muestran los puntos de vista a veces coincidentes y a veces contrapuestos entre el investigador y los sujetos”* (Schettini, 2015, pág. 8) Aunque para algunos investigadores esto podría ser una dificultad, pero en nuestro caso, los resultados coincidían mostrando emociones y descontentos muy similares y casi por las mismas situaciones.

Por otro lado, para poder hacer un análisis del discurso desde la estrategia lacaniana, es necesaria la relación conformada por el analista, el analizante y un discurso en el que podamos encontrar las diversas significaciones dentro del mismo para poder estructurar un análisis que nos permita abrir un panorama de nuevas interrogantes *“lo que podríamos llamar análisis lacaniano del discurso, plantea nuevas cuestiones de investigación con respecto a la manera en que debemos conceptualizar la relación entre el analista, el analizante y el lenguaje”* (Parker, 2013, pág. 53)

El objetivo principal cuando hacemos un análisis desde una mirada Lacaniana es encontrar y organizar los diversos significantes del discurso, sobre los cuales (nosotros como analistas) podemos ocupar para la interpretación del discurso *“La interpretación de un texto no pretende, ni descubrir el inconsciente que se oculta bajo la superficie, ni aún recuperar el contenido significado, el concepto que Saussure supone ligado al significante. El objeto de estudio es más bien la organización de los significantes en el texto”* (Parker, 2013, pág. 55)

Para nosotros fue necesario buscar a fondo en el discurso y reflexionar sobre aquellos significantes que cobraron un sentido en las informantes, pero sin abandonar aquellos que aparentemente no lo tienen, pues un análisis Lacaniano de discurso, en suma, buscará los elementos significantes que no tienen sentido y especificara el papel

que estos elementos sin sentido juegan en la organización y en la interrupción del flujo de un texto. (Parker, 2013, pág. 56)

Durante la elaboración del análisis fue importante observar minuciosamente aquellos significantes que se encontraban ocultos dentro de otros significantes para dar a notar la manera en que jugaban estas significaciones con otras y cómo éstas se iban configurando al analizante. Como analistas debemos hacer una interpretación de datos del discurso minuciosa y cuidadosa, de manera que esa interpretación tenga un sentido para los lectores *“Esto significa que cada interpretación es también en cierta medida una deliberada reconstrucción de lo que podía cobrar sentido para nosotros en lo que dice”* (Parker, 2013, pág. 52)

#### **4.6 Marco Contextual**

Todo comenzó cuando nos acercamos al caso de Karla y observamos el malestar psicológico que presentaba debido a la noticia que le dieron los médicos de que su bebé no llegaría a nacer pues tenía la placenta enferma y el feto no tenía crecimiento. Nos dimos cuenta que debido a la poca experiencia en la contención emocional que teníamos para ofrecer a las interlocutoras además de las medidas de seguridad establecidas por la pandemia por COVID-19, el acceso a las mujeres embarazadas estaba muy restringido por lo que decidimos hacer las entrevistas de manera virtual y con mujeres que ya no estuvieran embarazadas, es decir, que ya hubieran transitado un embarazo de alto riesgo con anterioridad.

Para conocer más acerca de lo que sucedía con el embarazo de alto riesgo comenzamos a visitar sitios web y un día durante la navegación por internet encontramos un grupo de Facebook llamado *embarazo de alto riesgo y esterilidad*, así que decidimos enviar nuestra solicitud para poder ingresar a él. Una vez que nos aceptaron, comenzamos a ver la interacción que las mujeres tenían y los contenidos que ahí se compartían, por lo que nos pareció un buen espacio para lanzar una convocatoria para apoyar nuestro trabajo de investigación y así conseguir informantes. Veintisiete mujeres respondieron al llamado y nos ofrecieron su apoyo, por lo que

decidimos contactar a cada una de ellas para enviarles una encuesta y obtener sus datos de contacto y algunos antecedentes de su embarazo, pero únicamente siete de ellas la respondieron. A esas siete mujeres decidimos darles los datos de la primera entrevista que estaba programada por zoom, pero únicamente se conectaron tres mujeres; nos pareció un porcentaje muy bajo, pero decidimos continuar con las entrevistas programadas para la realización de nuestro proyecto. Es así como pudimos obtener los datos empíricos de esta investigación. A continuación, damos una breve presentación de ellas:

La primera interlocutora es Li, ella vive en Hidalgo, tiene 39 años, su embarazo de alto riesgo fue por miomatosis uterina incluyendo dos hemorragias. Actualmente vive con su pareja y su hija; recibió atención médica pública y privada.

La segunda interlocutora es Lo, ella vive en Monterrey, tiene 39 años, su embarazo de alto riesgo fue por placenta previa y la edad, además es importante mencionar que tiene antecedentes de infertilidad y para quedar embarazada se sometió a un tratamiento. Actualmente vive con su esposo y su hija; también recibió atención médica pública y privada.

La tercer interlocutora es So, ella tiene 23 años, vive en Argentina, es soltera, su embarazo de alto riesgo fue por desprendimiento de placenta, presión alta y presentó una hemorragia y al igual que Li y Lo. Actualmente vive con sus padres, hermanos y su hija; también recibió atención médica pública y privada.

También informamos del caso de Karla que ya hemos mencionado en la introducción, ya que con ella se originó el interés por analizar lo que exponemos en este trabajo de investigación. Ella vive en la CDMX, tiene 37 años, su embarazo de alto riesgo fue por restricción en el crecimiento del feto, es decir, el feto no estaba creciendo conforme al promedio, además es conveniente mencionar que le dio Covid y consumió medicamento que describe como fuerte para el cuerpo sin saber que estaba embarazada, actualmente vive con su marido, sus dos hijas e hijo; ella recibió atención médica pública.

## **CAPÍTULO V**

### **INTERPRETACIÓN DE MATERIAL EMPÍRICO**

#### **Introducción**

Como mencionamos en la metodología de este proyecto de investigación, la investigación cualitativa pretende acercarse al mundo de “ahí afuera”, para entender, describir y en algunas ocasiones explicar los fenómenos sociales desde el interior de donde ocurren. En nuestro caso trataremos de “desgranar” el discurso de las mujeres diagnosticadas con embarazo de alto riesgo para entender cómo construyeron el mundo a su alrededor durante esa etapa, lo que hicieron o lo que les sucedió en términos que ofrezcan comprensión.

Para la elaboración de este análisis tomamos como referencia las tres líneas teóricas de investigación articuladas con la teoría de los tres registros de Lacan: la institucional, que nos permite visualizar el registro Simbólico, la social en la cual se analiza el registro Imaginario y la psicológica, en la que encontraremos el registro de lo Real, sin embargo, en ciertos momentos del análisis se observará cómo los tres se enlazan formando lo que Lacan llama el nudo borromeo.

#### **5.1 Lo Simbólico. El poder del discurso institucional en la subjetividad de la mujer embarazada.**

La pregunta eje que utilizamos para elaborar esta parte del análisis es ¿Cómo se configuró la subjetividad de la mujer con embarazo de alto riesgo con respecto a la institución médica? Para dar respuesta a ella dialogaremos tanto con el discurso de nuestras informantes, así como con los planteamientos de Michael Foucault pues, con sus indagaciones, ha pensado cómo se configuran los discursos dentro de las disciplinas como la medicina, para Foucault esta disciplina muestra un poder autoritario, es así como la salud y la medicina son vistas como una economía política, en cuanto a la psiquiatría o derecho son también un dispositivo de poder que engloban no sólo los saberes y modos de tratamientos, sino también medidas administrativas y

leyes. En conclusión, estos discursos nacen y se materializan en relaciones de poder que toman como objeto el cuerpo de las personas. También planteamos algunas partes del discurso de nuestras informantes a manera de entrar en contexto con lo que encontramos en campo. El discurso médico que ellas relatan nos permitirá observar la relación “saber/poder” que desarrolla Foucault en la década de los setenta del siglo XX.

A lo largo de los años de vida, es común que un individuo interiorice la idea de que el saber médico y su intervención en la sociedad es lo que permite salvaguardar la salud. Es por ello que cuando una mujer queda embarazada, de las primeras decisiones que toma es quién será el proveedor de servicios médicos que ejercerá ese poder para decirle lo que debe hacer, qué comer, cómo medicarse, cómo comportarse, inclusive debe otorgar permisos para viajar; todo este actuar se hace en nombre de la salud de la madre y del feto. La mujer asume su papel como paciente ante la autoridad médica pues ahora esta institución, por medio del personal que ahí labora, es la encargada de dar diagnósticos y sugerir cuando una mujer debe tener hijos o cuando debe abortarlos, pero según el discurso de nuestras informantes, pareciera que tienen poder sobre la vida y la muerte, como si la vida estuviera condicionada únicamente para aquellas mujeres que cumplen con los requisitos que han establecido.

Lo que observamos en nuestro trabajo de campo, fue que la institución médica formaba parte del registro de lo Simbólico en las mujeres y que contaba con su propio sistema de significantes que estaban impregnados en su imaginario, es decir, si alguna mujer atraviesa un embarazo complicado sabe que hay una clínica especializada a la que tiene el derecho de acudir para atender su necesidad biológica pero al mismo tiempo también sabe que son crueles, eso ya está instaurado en su subjetividad. Por otro lado, nuestras interlocutoras acudían en primera instancia a una institución médica pública, ya que tenían la necesidad de hacer trámites burocráticos para solicitar su incapacidad, eso también tiene que ver con el lugar que ellas ocupan dentro del campo simbólico.

❖ *“Aquí también hay IMSS, mi clínica familiar. Está la clínica familiar a la que todos vamos a consulta, se llevan embarazos y otras enfermedades, pero existe una clínica especializada donde nacen todos los bebés aquí en Monterrey*

*que pertenece al IMSS, entonces ahí se van las mujeres que tienen casos especiales ósea como el mío”*

❖ *“El servicio público de aquí es muy cruel. Muy, muy cruel”*

Este fragmento del discurso nos permite recordar cuando Foucault se refiere a como en la cultura occidental los seres humanos se han convertido en sujetos por la orientación del poder, pues se constituyen a partir de prácticas divisorias que los dividen en enfermos, locos y criminales o sujetos saludables y normales. Nuestra informante, lo describe como *una clínica de casos especiales como el suyo*, ella ya se instauró en la práctica divisoria a la cual pertenece.

Este es otro fragmento en el que se observa el poder que ejerce el discurso de la institución ante ellas, influyendo en su malestar psicológico, ya que ese discurso viene cargado de significaciones, mismas que provocan que se desdibuje la ilusión que tenían sobre ser madres:

❖ *“Me decían, si viene una hemorragia masiva no duras ni 5 minutos, ni tu ni la bebé van a durar 5 minutos”*

❖ *“Sus comentarios eran muy de ni siquiera vas a llegar eh, pues es que estás muy grande”*

❖ *“El doctor me dijo, si te lo tienen que sacar, pues que te lo saquen y si tiene que luchar, que luche...es preferible que tu pierdas un bebé a que tus hijas pierdan una mamá”*

El hecho de que los doctores digan *“no vas a llegar lejos, no vas a durar ni tú ni el bebé”* tiene una afectación importante, pues para ellas la institución es la que debe ayudarles, por eso están ahí, pero es la misma institución, con la forma en la que da su discurso subjetivo de muerte, la que produce el desdibujamiento en su psique,

provocando que de inmediato cambie la perspectiva que tienen sobre su propio embarazo.

En este sentido, y por lo que observamos con nuestras informantes, podemos decir entonces que para ellas la clínica en donde fueron atendidas fue una institución de control social que se convirtió en una depositaria de la verdad, donde los dictámenes, absolutos y categóricos, son establecidos por aquellos que se hacen llamar expertos, técnicos de moral neutral y aséptica. Estos dictámenes se establecen, como ya hemos mencionado, en nombre de la salud, en nombre del saber, extendiendo la medicina y las etiquetas “sano” “enfermo” a estas mujeres y decretando quien vive y quien muere. Es por ello que Foucault decía, refiriéndose a la profesión médica, que *no se le critica esencialmente por ser una empresa lucrativa, sino porque ejerce un poder incontrolado sobre los cuerpos, la salud de los individuos, su vida y su muerte.* (Foucault M. , 1988)

Volviendo al tema de los dictámenes categóricos que mencionamos hace unos párrafos, llama nuestra atención escuchar entre los discursos la forma en la que la institución coloca a las mujeres mayores de 35 años.

- ❖ *“Aquí está como muy satanizado que tú ya a cierta edad estés embarazada...entonces, en los servicios públicos de aquí como que si te dicen ¿cómo, por qué hasta ahorita? O de, ¡pero ya estás muy grande!”*
- ❖ *“Todavía no me diagnosticaban un padecimiento, o sea sólo por mi edad me mandaron a alto riesgo”*
- ❖ *“Decías la edad y sin que dijeras otra cosa ya luego, luego, sobre todo el IMSS, sin saber lo que hay detrás te dicen ¿por qué hasta ahorita? ¿por qué te esperaste tanto tiempo? Tú ya eres alto riesgo, sin saber nada de tu historia”*

Volvemos a ver el tema de la producción de poder en el campo de la medicina y aunque es un asunto que se ha trabajado mucho, sigue siendo un tema digno de llamar la atención en una sociedad como la nuestra. En el momento en que ellas son

cuestionadas con comentarios de *¿cómo, por qué hasta ahorita?* o *¿por qué te esperaste tanto tiempo?* Se observa que ellas no deben llevar a cabo voluntades o deseos que puedan oponerse al orden instituido. Y cuando ellas expresan *“sin saber lo que hay detrás”* o *“sin saber nada de tu historia”*, nos permite interpretar que estas mujeres desean que alguien les permita contar su versión, que se sienten afectadas por el hecho de no poder expresar las razones por las cuales se embarazaron hasta ese momento, pero no lo hacen y esto ocurre no por el hecho de estar sometido a sanciones sino porque, antropológicamente, están moldeadas de tal manera que han interiorizado a tal punto la institución, que no disponen de los recursos psíquicos y mentales para cuestionarlos, pues son ellos los del poder.

Hay otro elemento de poder que podemos observar en este trabajo y que tiene incidencia sobre todo en el ámbito de la salud pública, en donde para muchas mujeres es obligatorio asistir a consultas por temas de incapacidades laborales quedando su situación a expensas de lo que diga la institución de servicio médico gubernamental, ellos tienen el poder de decidir qué mujeres tienen derecho a guardar reposo y quién debe continuar trabajando.

❖ *“Bueno, yo me atendí en el servicio público por la cuestión de mi incapacidad, pero sólo por la incapacidad”*

❖ *“El servicio público nunca me quiso dar el pase y obviamente en mi trabajo no quisieron darme incapacidad pues el servicio del IMSS no me lo otorgaba, entonces yo seguía trabajando...me tocaba pelearme con los del servicio público”*

❖ *“Te digo y yo me pelaba en el trabajo porque me querían mandar a campo en lugar de dejarme en la oficina. Entonces yo decía... a mí por el simple hecho de caminar, hasta de levantarme al baño había un riesgo y yo tenía que ir a ... a campo a tiendas, y yo decía no, yo no puedo ir”*



Nuestras informantes expresaron que “*les tocaba pelearse*”, pues para ellas estar en riesgo latente y no poder guardar reposo representaba una lucha, una pelea contra el poder que ejercía la institución al no otorgarle una incapacidad. Hacer esperar o pelear como menciona una de nuestras interlocutoras es una herramienta de control de poder por parte de la institución, que les permite vigilar y castigar a estas mujeres. A la vez, genera en ellas subjetividad, quienes creen que 'deben' esperar o pelear.

Aquí podemos observar con claridad lo que Foucault describe en cuanto al poder de la institución, él nos advierte que no sólo reprime, sino que también seduce, facilita, dificulta, amplía, limita, y por supuesto prohíbe. En este caso nuestra informante sentía que el IMSS le dificultaba la situación de riesgo al tener que seguir trabajando. El biopoder del que habla Foucault también se hace presente, pues en este caso, la salud se convirtió en esa estrategia central para el control laboral de las mujeres. Hay políticas públicas hechas para atender esencialmente las prioridades de la población, en este caso, en la Ley Federal del Trabajo en su Artículo 166 dicta que la actividad laboral no debe poner en peligro la salud de la mujer, o la del producto, ya sea durante el estado de gestación o el de lactancia y sin que sufra perjuicio en su salario, o prestaciones y derechos, entonces la institución al no otorgar la incapacidad ante el diagnóstico de alto riesgo coloca la salud de la mujer y de su hijo en una situación de peligro constante.

Otro tema que nos gustaría exponer es el de las formas de violencia en el discurso de los médicos, el cual abordamos con Kaës en el marco teórico. Él, haciendo referencia a Freud en Totem y Tabú, nos dice que la institución si renunció a una manera formal a la violencia de todos contra todos, pero que instauraron una violencia legalista, pues enunciaron prohibiciones, sentimientos de culpabilidad y que quizá no se enuncia como violencia, pero sí como ley estructural.

❖ *“A raíz de la semana 19 todo fue temor, todo siempre angustia porque el servicio público de aquí es muy cruel, muy muy cruel”*

❖ *“Así como te lo estoy hablando me decían: si tienes una hemorragia, se te desprende la placenta y te vas a morir. Cada que iba, “eres de alto riesgo por tu edad” y ósea, como que, culpándome, de que pues eso te pasa por estar grande ¿no?, entonces era estarme peleando con el servicio público de aquí porque, porque eran muy crueles”*

❖ *“Son comentarios que realmente están fuera de lugar que no me ayudaban en lo más mínimo, me daban toda la atención eso sí. Me daban la atención entre comillas, pero los tratos eran malos, el trato era muy malo”*

❖ *“Yo regresaba más desmoralizada y más preocupada cuando iba a las consultas en público porque en verdad... las veces que estuve internada por sangrados, de verdad no tienen tacto para decirte las cosas, yo no sé qué pasa, a lo mejor ellos ven tantos casos así que dicen “una más” ¿no? Una más que va a perder a su bebé”*

❖ *“Regresaba más preocupada y más deprimida de estar ahí que pues con el particular, que me echaba porras a pesar de que no estaba haciéndolo como negocio”*

❖ *“Eres una más y tú lo que quieres es que te pongan la atención, me decían, no eres la única, tengo aquí muchos años y no eres la única que tiene ese problema, hay muchas...no podías mencionar nada porque te salían con estas cosas”*

Como podemos ver, nuestras informantes expresan que encontraban dentro del discurso médico formas de crueldad, falta de tacto, comparación, minimización, así como fuentes generadoras de preocupación, culpa, desmoralización y depresión.

Notamos como lo Simbólico, en este caso la institución a través del discurso, también transgrede el Imaginario de las mujeres, puesto que rompieron con sus ilusiones al punto en que comienzan a sentir algunas manifestaciones emocionales que las incomodan. Por medio del trato que la institución médica les brindó notamos cómo cambió en ellas la significación de asistir a sus consultas en el hospital público, pues en

lugar de pensarlo como un lugar seguro donde son apoyadas y cuidadas, lo comienzan a percibir como un espacio donde se sienten juzgadas y maltratadas.

En resumen, podríamos decir que, en estos casos, la violencia parece consustancial a la vida institucional, en tanto procede de la legalidad que reclama a las mujeres la culpa de lo que viven, provocando una especie de intrusión de su psique que desencadena pensamientos y emociones de malestar. Parece evidente su malestar debido a la desviación de la norma social y es así que el trabajo de las instituciones médicas públicas desempeña el papel de aquella que debe modelar la conducta de los individuos que le son confiados o que expresaron una demanda respecto de ellas. Parece un mandato que cada futura madre pueda constituirse y definirse en relación con el ideal que ellos proponen, pues de otra manera serán señaladas y mal tratadas por no cumplir con el orden de pensamiento de la institución. Se trata de mujeres que han experimentado cierto grado de indiferencia por parte de la institución haciéndolas sentir carencia comprensiva de su dolor tanto físico como emocional.

La institución médica gubernamental queda inscrita en el Registro Simbólico de las mujeres, como aquella que no es capaz de dar pronta atención, que ignora sus antecedentes, que no las escucha, que es cruel, que cuestiona su actuar y las hace sentir culpables de la situación que atraviesan. Eran mujeres que se sentían felices de haber logrado algo con lo que se identificaban, un ideal en su vida, ser madres, formar una familia, pero al asistir a la clínica, lo primero que reciben son comentarios que las hacen sentir juzgadas provocando una ruptura en su identificación, ya que su percepción sobre el embarazo cambia, toma en ellas otra significación, pues como decía Lacan *“toda significación no hace más que remitir a otra significación”* Estas nuevas significaciones produjeron malestares psicológicos por la forma en la que recibieron el discurso médico, con crueldad. Y si esto no fuera así, entonces ¿por qué las mujeres se sentían atacadas o demostraban disgusto cuando expusieron cómo fueron tratadas en el hospital?

Nos gustaría cerrar este eje de análisis planteando lo que mencionamos en el marco teórico acerca de la crisis de la institución médica. Echeverri cuestiona pertinentemente las leyes y la normatividad que rigen actualmente el ejercicio de la

medicina, las cuales alejan aún más la relación médico paciente del ideal, convirtiéndola en una relación predominantemente comercial, dejando de lado la ética, la integralidad y la calidad de la misma, es precisamente en estos testimonios que podemos observar como el comportamiento fraterno, familiar, armónico y estable que debe caracterizar a las instituciones de salud se aleja cada vez más de la realidad, donde la medicina se ha convertido en una institución voraz. Esta voracidad se basa en la competencia, los intereses particulares, la inestabilidad y la individualidad, que ha modificado la razón de ser de los servicios de salud, dejando de lado el interés social, por el paciente y por el ser humano.

La institución médica debe ser consciente de que tratan con individuos sociales que piensan, que sienten, que se identifican y cuidar este tipo de comentarios ayudaría a que el malestar de las mujeres con embarazo de alto riesgo no se acreciente.

## **5.2 Lo Imaginario. La ilusión de la maternidad vista desde la construcción social en el embarazo de alto riesgo.**

Para elaborar este eje de análisis formulamos la siguiente pregunta ¿cuál es la influencia que ejerce la construcción social en la ilusión de ser madres? Daremos respuesta a esta pregunta apoyándonos en el discurso de nuestras interlocutoras, así como en los postulados de los autores que utilizamos en el marco teórico.

Ya hemos hablado que tanto los niños como las niñas adquieren la base de su identificación a una temprana edad, todo esto es dado por la cultura o por el lugar en el que se desarrollan. El entorno en el que habitamos nos da diversas significaciones que dirigen la identidad de género entre el hombre y la mujer. Con respecto a la mujer, una de estas significaciones es la de ser madre. Con nuestras informantes, se puede apreciar como desde niñas, su entorno las introdujo para asumir en algún momento el rol materno, Aulagnier menciona que la mujer ya tiene una imagen acorde a como se percibió desde su infancia (en nuestro caso siendo madre) y estuvo buscando cumplir esta meta parte de su vida hasta obtenerlo.

- ❖ *“Yo desde chiquita que sentía que ... que... que... quería ser mamá, que quería formar una familia que ... que era lo que tanto quería...”*
- ❖ *“Yo quería tener mi familia obviamente, era como el reto, era mi máximo el poder tener un bebé”*

Llama nuestra atención que ambas interlocutoras expresan que *querían formar o tener una familia*, lo que nos muestra otra referencia que les brinda identidad, pues la pertenencia se liga a ellas; cuando expresan *mi familia* se podría pensar en esa pertenencia como aquello que les proporciona un sentido de trascendencia y de seguridad al saber que forman parte de algo más allá de ellas mismas, que no están solas en el mundo, que la falta se ha cubierto.

La familia para ellas es un referente de su ideal del Yo como aquella introyección simbólica de quiénes son. Cuando una de ellas expresa que *era su máximo el poder tener a un bebé o era lo que tanto quería*, no sólo nos habla de identidad, sino también de este ideal que evidentemente se formó de la imagen del otro. Aulagnier nos dice que el sujeto le demanda a la imagen algo que a ella no puede darle: ser para él mismo una referencia autónoma e independiente de la manera en la que es visto por la mirada de los otros, es decir, nuestras interlocutoras estaban atadas a ilusiones, buscando cumplir con expectativas generadas, quizá porque quieren alcanzar un ideal que no es alcanzable, o simplemente porque buscan cumplir con la imagen del otro, lo que a ellas les faltaba.

- ❖ *“Híjole para mí fue o es, era como lo que le faltaba a mi vida ¿no? Porque profesionalmente yo me sentía completa, plena, satisfecha. Ehh estaba casada, tenía mi trabajo, me estaba desarrollando profesionalmente.”*
- ❖ *“Entonces para mí era como que la meta, la culminación de lo que me hacía falta en mi vida.”*

Esta falta que mencionan las interlocutoras podemos explicarla primeramente desde el registro Simbólico que propone Lacan y que tiene relación con lo que

explicamos acerca de cómo desde niñas la misma cultura las instauró en juegos simbólicos que tienen como propósito registrar en su Imaginario el deseo por asumir el rol materno. El deseo para Lacan es también, por un lado, una relación de ser a falta. Esta falta es por lo tanto falta de ser por la cual el ser existe. También propuso que el deseo es el deseo del Otro, por lo tanto, existe el sujeto del deseo identificado con el sujeto del inconsciente que se disimula bajo la máscara del otro, por lo que las claves del deseo no están al alcance de las mujeres, sino que están fuera de ellas y es por ello que falta y deseo estarán unidas, una siempre llevará a la otra. Por ejemplo, una de las interlocutoras menciona que profesionalmente *se sentía completa, plena, satisfecha, que estaba casada, tenía su trabajo y se estaba desarrollando profesionalmente, pero faltaba algo en su vida, deseaba un hijo*. Por otro lado, en este fragmento de discurso, también cobra sentido lo que Badinter menciona acerca de que las representaciones que configuran el imaginario social de la maternidad tienen un enorme poder reductor: todos los posibles deseos de las mujeres son sustituidos por uno: tener un hijo.

En cuanto al deseo, podemos decir lo que Laplanche afirma, que nace de la separación entre necesidad y demanda; es irreducible a la necesidad, ya que en su origen no existe relación con un objeto real, sino con la fantasía.

- ❖ *“Para mí era como que mucha ilusión tener un bebé, me llenó de ilusión completamente”*

Este discurso de ilusión, que alude a la fantasía que tenía de ser madre, se desprende de la falta que ya hemos mencionado, la cual buscan suplir incansablemente.

- ❖ *“A mí bebé la busqué, la busqué varios meses, creo fueron 3 o 4, mis ansias eran de negativo, negativo hasta que dio positivo me quedé sorprendida porque después de tanto negativo como que no me lo esperaba”*
- ❖ *“Yo llevaba años, años intentándolo y fue por casualidad, yo sabía que existía la posibilidad porque me había sometido a un tratamiento”*

- ❖ *“Yo me embaracé tenía 30 años, ahorita tengo 39 y yo llevo hace 2 años intentando volver a embarazarme, tuve ya dos pérdidas”*

Se puede apreciar que nuestras informantes buscaron ser madres, incluso una de ellas sigue con la búsqueda de estar nuevamente embarazada a pesar de sufrir “*dos pérdidas*”. Esto nos permite visualizar el fenómeno de la maternidad en las mujeres, ya que a pesar de intentarlo una y otra vez, continuaron con la búsqueda de tener un hijo a pesar de los riesgos que pueda tener con respecto al embarazo; los modelos sobre su ser mujer y ser madre entran en conflicto, recordemos que Navarrete menciona que el rol de la mujer es definido a través de la maternidad, lo que propicia que se haga necesario el tener un hijo, aunque eso implique perder la vida. Si el rol de la mujer es definido por esa construcción social, es probable que ellas quieran llenar aquellos mandatos subjetivos que las atraviesan, entonces cuando no logran embarazarse se establece la sensación de falta, de la cual ya hemos hecho mención.

Al respecto de este mandato subjetivo de la maternidad, Fernández comenta que es una función social que dicta las obligaciones que una mujer debe seguir como el concebir, parir, criar y que da paso al discurso aceptado, así como a las acciones que son propias de una madre. La mujer siente esa presión social, cultural, familiar, individual y subjetiva que implica responder ante este rol que demanda mucho de sí misma. Cuando les preguntamos a nuestras interlocutoras ¿qué es para ti el embarazo, qué entiendes? ellas expresaron que era un cuidado permanente y un afán de responsabilizarse eternamente hacia su hijo:

- ❖ *“Estar criando una nueva vida que después va a depender de vos todo lo que te queda de vida”*

- ❖ *“Cuidarlo en el embarazo y después, eso creo yo”*

- ❖ *“Voy a estar ahí para él, el momento en el que él decida yo voy a estar ahí para el \*voz quebrada\* ... el tiempo que sea, ya sea poco o para toda la vida, pues ahí va a estar su mamá”*

Lo que podemos observar es que nuestras interlocutoras relacionan, casi en automático, su respuesta de lo que se les preguntó acerca del embarazo junto con la idea que tienen de maternidad. Si hablamos de maternidad, Palomar nos dice que es una construcción social donde por medio de normas se desprenden las necesidades de un grupo y que está compuesta por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso. Quizá los discursos de las interlocutoras se deben a lo que Winnicott prescribe como necesario que, para la iniciación en el mundo de la maternidad, toda mujer debía “ingresar” en una condición denominada como “preocupación maternal primaria” sin la cual, ésta no puede convertirse en una madre buena, pues no supliría en los inicios lo que un infante requeriría. Lo que aquí podemos ver es que los modelos que ellas traían sobre sí mismas fueron adaptándose y reorganizándose en la construcción de un nuevo mundo representacional, en el que se entrelazaron modelos sobre el nuevo rol que se instaura en el Imaginario como futuras madres; madres que cuidan a sus hijos desde que están en el vientre y para toda la vida, tal como lo expresan, pero con lo que no contaron es con el diagnóstico que reciben de alto riesgo. Este diagnóstico viene a cambiar completamente el sentido que ellas tenían acerca del embarazo, y es justo en este momento -cuando entra este nuevo sentido-, que sucede el enlazamiento del nudo borromeo del que habla Lacan, generado entre lo Simbólico del discurso de la institución y lo Imaginario del deseo de las interlocutoras. Al parecer ellas se apropiaron inconscientemente de todo el discurso que los médicos les dieron acerca de su negligencia por haber quedado embarazadas a cierta edad, queriendo enfrentar las consecuencias de lo que vivían haciéndose responsables, como se observa en los siguientes diálogos:

❖ *“Me pegó muy duro porque toda la felicidad se podía ir en un segundo digamos, o sea, cualquier cosita que yo hacía mal, chao y era por así decirlo, ¿cómo te dije? Mi responsabilidad, así lo sentía yo”*

❖ *“También me sentía como que cualquier cosa que pasaba era mi responsabilidad”*



En estos discursos podemos observar que las mujeres se apropian de la responsabilidad del buen término de su embarazo, olvidándose que están en una situación de riesgo por cuestiones fuera de su control. No negamos los cuidados que ellas deben procurar, pero su discurso se estructura como si ellas tuvieran el poder de la vida y la muerte de sus fetos.

En resumen, podemos decir que el Registro Imaginario de las mujeres está en gran medida influenciado por el Registro Simbólico de la construcción social que tiene la maternidad incluyendo la falta y el deseo, sabiendo que las claves del deseo no están al alcance de las mujeres, están fuera de ellas, pues desde niñas fue el entorno el que las introdujo para asumir en un futuro el rol materno. Esta construcción social que atraviesa a las mujeres generó en su Registro Imaginario algo complejo y poderoso, pues se instaura el deseo de ser madres, pero no cualquier tipo de madres, sino aquellas madres responsables que los cuidan desde el vientre y estarán con ellos siempre que las necesiten. Por otro lado también vemos que se instauró en ellas lo que Fernández menciona acerca de las obligaciones que la función social dicta a una mujer, como el concebir, parir, criar y que dan paso a sus acciones, como el buscar quedar embarazadas a toda costa sin importar los riesgos que enfrenten y cuando este riesgo se vuelve algo real durante su embarazo, se desdibuja esa ilusión; pues como dice Auglagnier acerca de la identificación imaginaria que presupone la posibilidad de que el sujeto pueda nombrarse mediante un enunciado identificatorio -como el ser madres- referible a su imagen, designándose así la imagen de sí mismo que lo acompaña a lo largo de su existencia. Es entonces cuando su propia imagen sobre el ser mujer se encuentra en conflicto ya que corren el riesgo de no cumplir con lo que está instaurado en ellas y con lo que también han fantaseado, idealizado dentro de su aparato psíquico.

### 5.3 La producción de lo Real con el Registro de lo Simbólico e Imaginario y su relación con las manifestaciones emocionales durante el embarazo de alto riesgo.

En este eje de análisis buscaremos dar respuesta a la siguiente pregunta ¿de qué manera los Registros Simbólico e Imaginario se entrelazan para formar el registro de lo Real? Para responder a esta pregunta nos es necesario incluir las manifestaciones emocionales que frecuentemente mencionaron las interlocutoras al momento de vivir un embarazo de alto riesgo pues ellas dan cuenta de la relación entre el cuerpo y el significante. Además buscaremos el enlace del nudo borromeo en los tres momentos, es decir, cuando lo Simbólico y lo Imaginario se unen para pasar por lo Real, cuando lo Imaginario se une con lo Real y pasa por lo Simbólico y cuando lo Simbólico y lo Real se unen para pasar por lo imaginario.

Con el discurso de nuestras interlocutoras observamos que sucedió lo que Gómez López menciona en cuanto a las manifestaciones emocionales que una mujer describe después del diagnóstico de un embarazo de alto riesgo. Ella menciona que algunas de estas manifestaciones son tristeza, preocupación, angustia, miedo y enojo:

- ❖ *“Ahí fue cuando me invadió un miedo, total y absoluto a raíz de la semana 19 fue todo temor, todo siempre angustia... En la semana 30 yo ya no dormía, era mucho miedo el que yo tenía, no podía dormir, dormitaba una o dos horas, y me amanecía, yo veía ahí por la ventana que amanecía y decía ya otro día”*
  
- ❖ *“Me identifico mucho con ese miedo que tienes durante todo el embarazo... la angustia al igual que Lo, no dormía, yo cada amanecer decía “otro día, ya la libré”, no dormía yo de la angustia y veía amanecer y veía que amanecía y ya y decía “ay ya, otro día más, lo logramos”*
  
- ❖ *“En ese proceso yo no compré nada, porque me daba miedo que algo pasara”*

Las informantes coincidieron en sentir miedo durante el embarazo, especialmente cuando presentaban hemorragias o después del diagnóstico de su embarazo; recordemos que el miedo se presenta cuando nuestro aparato psíquico identifica una amenaza o un peligro. Es un miedo a perder todo lo construido en su imaginario y que viene del registro simbólico; se trata de un diagnóstico que encadena una variedad de significantes dentro de él. Por ejemplo: embarazo de alto riesgo = pérdida = falta = frustración = estigma social = desestabilidad del Yo = miedo a todo lo anterior. Todo esto da testimonio sobre el inconsciente Real, ese que no se presta al desciframiento; y es aquí cuando lo Simbólico y lo Imaginario se unen para pasar por lo real. Se trata de palabras pero de palabras que tocan el cuerpo y lo afectan.

Nuestras interlocutoras mencionaron también que sintieron angustia, para analizar esto, volvemos a la fórmula del párrafo anterior, es decir, estas mujeres deseaban mucho tener un hijo, al recibir el diagnóstico de un embarazo riesgoso viene toda esa cadena de significantes que mencionamos y ellas necesitaban expulsar de la conciencia esas representaciones que no toleraban generando la producción de angustia. De acuerdo a lo que menciona Romeo, la angustia es el resultado de la represión cuando actúa como un mecanismo de defensa por el cual el Yo intenta desalojar de la conciencia representaciones intolerables (pensamientos, imágenes, recuerdos, etc.), en las que nuevamente vemos el pasaje por lo Real, ya que al intentar aislar de la conciencia todas esas representaciones como mecanismo de defensa se muestra que existe “algo”, quizá un pensamiento o una imagen que las informantes no fueron capaces de expresar con palabras por lo que procuran mantener reprimido ese “algo” a través de la angustia, ese algo podemos decir que es lo no dicho, que también contribuye al desdibujamiento de la expectativa que tenían sobre el embarazo y dándole un nuevo sentido a éste, un sentido de represión, miedo, angustia y culpa.

Espíndola nos habla de los eventos estresores desencadenantes que suscita un desajuste de las representaciones y símbolos que conforman el mundo interno, así como sus respectivos afectos ligados en la conciencia. La presencia de un evento inesperado y de alto impacto, como lo es el embarazo de alto riesgo, implica una reestructuración de las identificaciones, representaciones e introyecciones.

❖ *“Me trataba de permanecer estable sin ilusionarme mucho sin... cómo te digo... ósea como preparándome yo misma y yo misma me estaba preparando por si algo salía mal tratar de que no sufriera mucho”*

❖ *“A mí me sucedió muchísimo eso, ósea, después de los meses que caí al hospital por los sangrados. Yo tenía mucho miedo a ilusionarme, estaba como preparada según yo para lo peor”*

Este nueva reestructuración que ellas comparten se instala en su registro imaginario produciendo nuevas responsabilidades y barreras de negación, sintiendo que así estaban protegiéndose para evitar el sufrimiento de una futura desilusión que se roba la identificación que construyeron desde niñas, el ser madre y el formar su propia familia lo cual, a su vez, formaba otra ilusión, la ilusión de que no sufrirían tanto.

Haber reprimido de esta manera la ilusión, también las hizo sentir culpa, la cual se manifestó una vez que nacieron sus hijos. Lo que podemos concluir aquí, es que atravesar el embarazo de alto riesgo les producía malestar emocional por tener ilusión pero también se los produjo no tenerla, al no haberles hablado en el vientre y formar desde ahí el vínculo madre-hijo.

❖ *“Cuando nació mi hija, sentí mucha culpa por no haberle hablado, por no haberme ilusionado”*

Hay otro punto que llama nuestra atención en el discurso de las informantes, y es el momento en que lo Imaginario se une con lo Real, como dice Lacan, al mirar su cuerpo como deseo despedazado buscándose, al mismo tiempo ver al otro como cuerpo perfecto.

❖ *“Yo creo que todas las embarazadas dicen, bueno, me voy a sacar fotos, me voy a filmar, voy a ir al parque para que cuando el día mi bebé nazca, sea más grande, decirle mirá, así recibí la noticia de que llegaste vos, salí con mis amigas, salí con tu papá, festejamos. Resulta que estaba con*

*COVID primero y después en cama y sin poder levantarme, ósea, fue súper nada que ver lo que me esperaba...”*

- ❖ *“Y pues también esta parte que decía So, pues tú ves las revistas o ves a tus amigas, a tus primas, no sé y salen embarazadas y fotos y pues yo estaba en una cama, pues 6 meses, fue como... no sé... ósea, fue como si toda esa ilusión que tuvieras pues no, no se diera de esa forma y aparte, pues esa, esa parte que decía Lo, yo no trataba de no ilusionarme de más”*

Se trata del momento en que lo Imaginario y lo Real de su situación se confunden entre sí, es decir, el deseo de ellas está allí, en la situación, a la vez presente e inexpressable. Lo que sucedía es que ellas veían a las otras mujeres embarazadas, con ese cuerpo perfecto, que es capaz de presumir, de salir a mostrarles a los demás que será madre y capturar ese momento con fotografías pero contrario a esto, están en una cama intentando reprimir sus ilusiones. En esa comparación con las otras es que podemos ver lo Real, lo que se percibe entre su realidad en la cama y lo que ven en las revistas. Es ahí donde está el hueco que produce el lenguaje, es decir, ellas dan su verdad percibida, la integración de su situación, de su historia pero como dijo Lacan que en cada historia hay huecos y en esos huecos encontramos lo Real, sería como el ser o la nada y ese ser y esa nada están vinculados a la palabra; no por nada lo Real aparece en el trasfondo; esto lo podemos ver cuando una de ellas *dice “fue como....no sé....”* Ahí está el hueco.

Durante la entrevista también les preguntamos a nuestras interlocutoras qué significó para ustedes tener un embarazo de alto riesgo, pudimos notar con claridad en ellas lo que expresa Espíndola; él dice que cuando el evento es asimilado, se incorpora al self, donde la segunda tarea por realizar es la de ser significado. Luego de lo cual se instala como un evento simbolizado y simbolizante, lo que disminuye la carga emocional libre que genera incertidumbre y angustia.

- ❖ *“Este ahorita ya lo veo como un aprendizaje, como, ahorita que ya lo pase todo lo veo como un aprendizaje porque me tuve que dotar de paciencia que no tenía y pues ser muy paciente te digo porque era un triunfo cada día, para mí era un*

triunfo que mi bebé estuviera conmigo y que seguíamos juntas entonces eh pues prácticamente así lo viví y este ahorita ya lo veo como una experiencia y como un aprendizaje”

- ❖ “Yo como te dije mucho miedo y todo, pero ahora orgullosa de poder haber salido, eee que saliera todo bien digamos, de que todo el sacrificio valió la pena, cada llanto, cada malestar, cada ataque de nervios, cada... Todo valió la pena”
- ❖ “Sí, si fue como decía LO, la prueba más grande de paciencia, de fortaleza, no solo física ¿no?, mental, emocional, o sea de verdad yo lo veía como una carrera contra el tiempo, contra todo y si es hijole una prueba muy grande, desgastante en todos los aspectos, o sea para mí fue la prueba más grande”
- ❖ “obviamente que yo veo a mi hijo y digo... es algo que no puedo creer”

En estos diálogos podemos observar como las informantes estuvieron en la búsqueda de su identificación con el otro y finalmente encontraron esa pertenencia con el grupo de las mujeres “mamás” con las que se comparaban. Esa manifestación emocional de culpa, miedo y angustia se disminuyó de tal manera que el embarazo de alto riesgo pasa a ser nombrado como experiencia y no requiere del olvido. Expresan que esa experiencia fue un aprendizaje, aquello que las hizo aprender la paciencia y con lo que pueden sentirse nuevamente orgullosas ya que en su Imaginario lograron completar esa falta. Aquí lo Real se manifiesta con esas palabras que mencionan “*veo a mi bebé y es algo que no puedo creer*”, pero qué es lo que no pueden creer, nuevamente podemos apreciar un hueco en la palabra.

## CONSIDERACIONES FINALES Y BIBLIOGRAFÍA

### Consideraciones finales

El tema del embarazo de alto riesgo se aborda regularmente desde la medicina, pero es poco común que se estudien los efectos emocionales que produce. Es un periodo de crisis del desarrollo psicológico en el que intervienen aspectos tanto fisiológicos como psicológicos; estos últimos vinculados a la vida simbólica e imaginaria de la mujer embarazada, como la perspectiva del rol de género, los estatutos culturales, la presencia de conflictos no resueltos con su pareja, entre otros. Un evento inesperado y de alto impacto, como lo es el embarazo de alto riesgo, implica una reestructuración de las identificaciones, representaciones e introyecciones, pues lo que está en juego es la propia vida y la del feto.

El deseo de ser madre no brota de repente, se construye a partir de los aspectos culturales, la historia específica, la subjetividad y la capacidad o habilidad con que se percibe cada mujer desde la infancia, pero a partir de la creencia de que el deseo de ser madre es universal e innato, y, por consiguiente, está presente en todas las mujeres, la sociedad va ejerciendo una fuerte presión sobre ellas. Esta presión social sobre las mujeres, (que más adelante será una de las raíces subjetivas de su miedo) se pone en práctica por medio de los discursos predominantes y los estereotipos que se cobijan bajo ellos y que ellas escuchan a lo largo de su vida. Por ejemplo frases construidas como “la mujer que no tiene hijos está incompleta”, “si un útero no da hijos, da tumores” “la mujer que no tiene hijos no tendrá quién vea por ella y la cuide cuando sea mayor”, “lo mejor que le puede pasar a una mujer es tener hijos, son la mejor compañía”.

Es por ello que cuando este deseo no puede cumplirse, la mujer atraviesa un duelo por la pérdida de toda esa construcción que lleva sobre sí y que no puede ser realizada, causándole frustración, enojo, tristeza o culpa. Las mujeres que no pueden ser madres suelen sentirse “menos mujer” y sufrir depresión y baja autoestima pues si bien deseaban ser madres no imaginaban el proceso tan difícil por el cual pasarían. El

ser “mujer” forma parte del registro imaginario y remonta condiciones culturales que implican roles de género y condiciones biológicas propias del sexo. Recordemos que el registro imaginario permite esa identificación y nos hace sentir que pertenecemos a un grupo de sujetos; este registro también está cargado de diversas construcciones sociales que pertenecen al campo de lo simbólico y una de esas construcciones sociales es la maternidad, la cual puede apreciarse desde la infancia hasta la vida adulta; se observó que tiene una connotación de realización, pero según Freud esta realización se trata más bien de llenar la falta, misma que se manifiesta como deseo de ser madre.

El experimentar un embarazo de alto riesgo es considerado como un evento estresante desencadenante ya que se presentan desajustes en las representaciones y símbolos que forman parte del mundo interno de las mujeres que lo viven. Las manifestaciones emocionales de miedo y angustia se relacionan con señales de peligro que alertan al aparato psíquico para que éste reprima pensamientos o ideas que son intolerables en ese momento, esto último explica también el registro de lo real, ya que se puede definir como lo que no se dice con el lenguaje, pero es expresado entre los huecos del discurso o por medio del cuerpo.

En cuanto a los sistemas simbólicos, nuestras informantes registraron que el trato que reciben por parte de la institución médica pública está vinculado con las “características que las acreditan” para estar embarazadas. Aquellas mujeres que no cuenten con los requisitos establecidos, como la edad, son cuestionadas y señaladas como alguien que falta a la ley. De esta forma se constata que la biopolítica es un mecanismo adoptado por el Estado para garantizar el control de los cuerpos, no como súbditos, sino como una especie de ciudadanas culpables y sin derechos; observamos cómo la política se convierte en biopolítica cuando el binomio vida-muerte accede a la dinámica en la que están inmersas las mujeres con embarazo de alto riesgo. En esta investigación se aprecia la forma en la que el discurso del personal médico, ante el embarazo de alto riesgo, actúa en la mujer como ese otro voraz, generando nuevos significantes en su registro imaginario que producen diversos malestares psicológicos y desdibujando la ilusión que tenían de ser madres.



Otro tema que la institución médica pública no considera es que hoy más que nunca, el poder de la elección de las mujeres ha tomado mayor resonancia, así como la lucha por los derechos sobre su cuerpo y su relevancia en la sociedad. La revolución de los métodos anticonceptivos, la educación sexual, dificultades en materia de salud, la estabilidad económica y la realización de su desarrollo profesional y personal son otros factores que las mujeres consideran antes de tomar la decisión de ser madres. Pero esta decisión es motivo de señalamiento y estigmatización por parte de la institución médica pública. Ser madres después de los 35, ya sea por decisión o por complicaciones de tipo fisiológico, no debe ser un motivo de señalamiento o rechazo, se trata de que las mujeres ahora tienen la oportunidad de elegir si quieren dedicar su vida al cuidado y la crianza de un hijo. En la actualidad, hemos observado que en una parte de la población de la clase media alta, el número de mujeres que no se embarazan antes de los 35 años va en aumento, situación que quizá rompa con el mandato establecido de la institución en cuanto a los lineamientos idóneos para concebir, pero es fundamental que el campo médico gubernamental considere que estos aspectos están apareciendo cada día con más frecuencia dentro de nuestra sociedad y replantee el contenido de su discurso a las mujeres embarazadas con alto riesgo, pues de otra manera el sentido de su fundación se desdibuja, en vez de cuidar, curar y proteger la salud se convierte simbólicamente en aquella que no es capaz de dar pronta atención, que ignora sus antecedentes, que no las escucha, que es cruel, que cuestiona su actuar y las hace sentir culpables de la situación que atraviesan. El buen trato es un derecho que tienen todas las mujeres embarazadas, sin excluir a las que, en apariencia, no cubren con los estándares de seguridad establecidos.

## Bibliografía

- (EFPA), F. E. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del psicólogo*, 1-10.
- Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Madrid: EDICIONES MORATA, S.L.
- Aulagnier, P. (2007). Lo que entendemos con los conceptos de lo simbólico e imaginario. En P. Aulagnier, *La violencia de la interpretación*. (págs. 176-185).
- Badinter, E. (1991). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós.
- Benjamín, A. (2010). El cuerpo y la angustia en la perspectiva del psicoanálisis. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica. *Memorias*, 58-61.
- Blaessinger, R. R. (2012). Maternidad: ¿Un deseo femenino en la Teoría Freudiana? *REVISTA NOMADÍAS. Número 16*, 119-135.
- Burin Ed., M. (1986). *Género, Psicoanálisis, Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Burin, M. (2010). *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*. Argentina.
- Cacéres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido una alternativa metodológica alcanzable. *Dialnet*, 53-82.
- Calbildo, M. H. (2002). *Salud mental un enfoque preventivo*. México, D.F: Unión.
- Carvajal, J. . (2017). Manual de Obstetricia y Ginecología. En J. ., Carvajal, *Manual de Obstetricia y Ginecología*. (págs. 2-64). Chile.: Octava Edición.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Colín, A. (2015). De la pulsión de muerte, el deseo, y la pulsión invocante. *Fuentes Humanísticas*, 25-40.

- Cora García, Á. e. (2009). Ethnographic Approaches to the Internet and Computer-Mediated Communication. *Journal of Contemporary Ethnography*, 52-64.
- Cunningham F, & L. (2019). Descripción General de la Obstetricia. En & L. Cunningham F, *Williams Obstetricia*, 25 e (págs. 20-54). México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Deleuze, G. (1990). Qué es un dispositivo. En G. Deleuze, E. Balbier, G. Deleuze y H.I. Dreyfus, *Michel Foucault: filósofo*. (págs. 1-8). Barcelona: Gedisa.
- Domínguez, H. M. (1990). *La significación remite siempre a otra significación*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Dor, J. (1985). *Introducción a la lectura de Lacan II. La estructura del sujeto*. Barcelona: Gedisa.
- Dor, J. (1994). El "Retorno a Freud". En J. Dor, *Introducción La Lectura de Lacan. El inconsciente estructurado como lenguaje* (págs. 17-24). Gedisa.
- Dor, J. (1994). El Deseo El Lenguaje El inconsciente. En J. Dor, *introducción a la lectura de Lacan. El inconsciente estructurado como lenguaje* (págs. 152-155). Gedisa.
- Dor, J. (1994). *Introducción La Lectura de Lacan. El inconsciente estructurado como lenguaje*. Gedisa.
- Dylan, E. (2007). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Echeverri, S. (2004). *La medicina como institución: Entre la voracidad y el suicidio*. Bogotá, Colombia: Academia Nacional de Medicina.
- Elmiger, M. E. (2010). La subjetivación del duelo en Freud y Lacan. *Revista Malestar e Subjetividad de Fortaleza*, 13-33.
- Espindola, J. G., Morales, F., Díaz, E., Pimentel, D., Meza, P., Henales, C., . . . Ibarra, A. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatol Reprod Hum*, 112-122.

- Farrán, R. (2009). *El concepto pensado como nudo borromeo*. Zizek Studies vol. 3.
- Fernández, A. (1989). El campo grupal : notas para una genealogía. *Ediciones Nueva Visión*, 32.
- Fernández, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Argentina: Paidós.
- Fernández, J. F. (2009). La noción de campo en Kurt Lewin y Pierre Bourdieu: un análisis comparativo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 33-53.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. Mexico: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el Poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3-20.
- Foucault, M. (1999 a). *Estrategias de Poder*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2001). *Defender la Sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad 1 La voluntad del saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2004). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2008). *Un Diálogo Sobre el Poder y Otras Conversaciones*. Madrid: Filosofía Alianza.
- Freud, S. (1905). Tres Ensayos de la Teoría Sexual. En S. Freud, *Obras Completas. Volumen VII*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912). *Tótem y Tabú*. París: Payot.
- Freud, S. (1914-1916). La Represión. En S. Freud, *Obras completas. Tomo XIV* (págs. 141-152). Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1914-1916). Pulsión y destinos de pulsión. En S. Freud, *Obras completas. V. XIV* (págs. 112-134). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. En S. Freud, *Obras completas*. V. XIV (págs. 235-255). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. En S. Freud, *Obras completas XVIII* (págs. 1-62). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). La organización genital infantil. . En S. Freud, *Obras completas. Volumen XIX*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gil, P. T. (Abril de 2014). *Reconociendo las emociones. Qué son y para qué sirven*. Obtenido de Reconociendo las emociones. Qué son y para qué sirven: [https://extension.uned.es/archivos\\_publicos/webex\\_actividades/5413/reconociendolasemocionesquesonyparaquesirven.pdf](https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/reconociendolasemocionesquesonyparaquesirven.pdf)
- Glaser, B. &. (1999). The discovery of grounded theory: strategies for qualitative. . *New York: Aldine De Gruyer*.
- Gobierno de México. (26 de Marzo de 2016). *Secretaría de Salud*. Obtenido de Secretaría de Sañud: <https://www.gob.mx/salud/prensa/otorga-el-inper-atencion-psicologica-a-mujeres-con-embarazo-de-alto-riesgo?idiom=es-MX>
- Gómez-López, B. I. (2016). Malestar psicológico en mujeres con embarazo de alto riesgo. *Summa Psicológica UST*.
- Gomez-López, M. E. (2007). Guía de Intervención psicológica para Pacientes con Embarazo de Alto Riesgo. *IMBIOMED*, 111-121.
- González. (2001). Acercamiento a la literatura sobre redes sociales y las redes de apoyo. *Revista de Investigación en Psicología*, 134-141.
- González Martínez J, &. E. (2013). Área de Gineco Obstetricia. En &. E. González Martínez J, *Guía Nacional para el Examen de Residencias Médicas, 2e*. <https://accessmedicina.up.elogim.com/content.aspx?bookid=1469&sectionid=96460376>: McGraw Hill.
- Grau DM., S. F. (2002). La Secreción Salival Durante el Embarazo. *Eur Odontoestomatol*, 8.

- Gutiérrez, M. T. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista colombiana de psiquiatría*, 285-297.
- Hall, J. E., & Hall, M. E. (2021). Embarazo y Lactancia. En J. E. Hall, & M. E. Hall, *Guyton, Hall. Tratado de Fisiología Médica* (págs. 1045-1059). España: ELSEVIER SAUNDERS.
- Hine, C. (2004). Etnografía Virtual. *Colección. Nuevas Tecnologías Y Sociedad*, Recuperado de <http://www.antropologiavisual.com.ar/archivos/hine0604.pdf>.
- INPER.MX. (2007). Recuperado el 11 de Octubre de 2021, de Instituto Nacional de Perinatología:  
<https://www.inper.mx/descargas/pdf/Guideintervencionpsicologicaparapacientesconembarazodealtoriesgo.pdf>
- Iñiguez, L. (2008). Entrevista Grupal. *Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades*.
- Kaës, Bleger, Enriquez, Fornari, Fustier, Roussillon, & Vidal. (1989). *La Institución y Las Instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Kvales, S. (2011). Las entrevistas en investigación cualitativa. En S. Kvales. Madrid: Morata.
- Lacan, J. (1958-1959). El Deseo y su Interpretación. En J. Lacan, *El Seminario, Libro 6*.
- Lacan, J. (1960-1964). Posición del inconsciente. *El congreso de Bonneval Retomada de 1960 en 1964*, (págs. 1-62).
- Lacan, J. (1962-1963). *La Angustia*. Buenos Aires-Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (1973). *Otra vez encore*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1973). *Seminario 21. Los incautos no yerran . Los nombres del padre*.
- Lacan, J. (1995). *El seminario de Jacques Lacan Libro 1. Los escritos técnicos de Freud 1953-1954*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2007). *O Seminario Libro XXIII*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Laplanche, J.-B. y. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós.
- Lopez, M. E. (2018). Guía de atención psicológica de la mujer con complicaciones obstétricas. *Perinatología y reproducción humana*, 85-92.
- MacFarlane, A. (1977). *Psicología del nacimiento*. Madrid: Morata.
- Martinez, J. (2016). Caracterización de las Gestantes de Alto Riesgo. *Salud Uninorte*, 454.
- Mayring, P. (2000). Qualitative content analysis. Forum qualitative social research. <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-e/2-00inhalt-e.htm>, 2.
- Miller, J.-A. (2006). *El Sinthome*. Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. D. (1994). *Grandes Psicoanalistas* (Vol. II). Gedisa.
- Navarrete, R. (2012). La experiencia psicológica del embarazo de alto riesgo en mujeres con sintomatología depresiva. *UNAM- Facultad de medicina*, 1.
- NICHHD. (2016). *National Institute of Child Health and Human Development*. Obtenido de [espanol.nichd.nih.gov](https://espanol.nichd.nih.gov): <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/riesgo>
- OMS. (07 de Noviembre de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 09 de Octubre de 2021, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- OMS, O. M. (07 de Noviembre de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- Palacios, F. F. (27 de Enero de 2022). *El sexo como objeto de representación social*. Obtenido de El sexo como objeto de representación social: <https://investigacion.cephcis.unam.mx/generoyrsociales/wp-content/uploads/2016/01/psic.pdf>

- Palomar, C. (2005). Maternidad: Historia y Cultura. *La Ventana. Historia y Cultura*, 35-67.
- Pando, C. A. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista en Investigación en Psicología*, 233-244.
- Parker, I. P. (2013). *Lacan, discurso, acontecimiento. Nuevo análisis de la indeterminación textual*. México: Plaza y Valdés.
- Pérez A.F, R. M. (2009). Patología médica y embarazo. Trastornos gastrointestinales, neurológicos, cardiovasculares y dermatológicos. *Anales Sis San Navarra*, 135-157.
- Peyrí, E. V. (2019). *La entrevista grupal: Instrumento para la investigación/intervención en psicología social*. México, CDMX: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Quesada, V. (1993). Redes sociales: un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. *Intervención Social*, 69-85.
- Rodés, A. (30 de Enero de 2018). *Al Día*. Obtenido de Al Día: <https://aldianews.com/es/politics/politicas/hacer-esperar-los-pobres>
- Rogers VL, R. S. (2021). Diagnóstico de Embarazo. En M. S. Papadakis MA, *Diagnóstico Clínico y Tratamiento* (pág. 836). <https://accessmedicina.up.elogim.com/content.aspx?bookid=3002&sectionid=255526686>: McGraw Hill.
- Rolón, G. (2014). Inconsciente y repetición. En G. Rolón, *Historias inconscientes (vidas al límite)* (págs. 47-49). Epublibre.
- Romeo, N. (20 de Agosto de 2020). La Represión (psicoanálisis).
- Ruiz, M. (2015). Etnografía virtual, un acercamiento al método y a sus aplicaciones. *Estudios Sobre las Culturas Contemporáneas*, 67-96.
- Salazar, C. (2004). Formación y trabajo grupal: El trabajo con lo inconsciente en grupos de aprendizaje. *Tramas*, 91-114.



Salud, S. d. (s.f.). *Gobierno de Michoacán*. Obtenido de <https://salud.michoacan.gob.mx/>: <https://salud.michoacan.gob.mx/redes-sociales-salud-materna/#:~:text=Las%20redes%20de%20apoyo%20social,el%20parto%20y%20el%20puerperio>

Sánchez, A. (2019). Ginecología y Obstetricia. *Diccionario Gineco-Obstetra*, 8.

Schettini, P. C. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. . Universidad Nacional de la Plata : Facultad de trabajo social.

Spradley, J. (1980). *Participant Observation*. Nueva York: Rinehart & Winston.

Stern, D. (1997). *La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Barcelona: Paidós.

Stern, D. (1999). *El nacimiento de una madre. Cómo la experiencia de la maternidad te cambia para siempre*. Barcelona: Paidós.

Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquia.

Szasz, I., & Lerner, S. (1996). *Para comprender la subjetividad: Investigación Cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México.

Videla, M. (1991). *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Winnicott, D. (1958). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

## ANEXOS

### 1. Datos recolectados de la encuesta que se realizó virtualmente

| <b>Li</b>  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <b>Edad</b>  | 39                                   |
| <b>Lugar de residencia</b>   | Pachuca Hgo                          |
| <b>A qué se dedica</b>   | Diseño de modas                      |
| <b>Estado civil</b>  | Soltera                              |
| <b>Con quién vive</b>  | Pareja e hija                        |
| <b>Número de hijos</b>   | 1                                    |
| <b>Qué número de embarazo fue el que vivió como de alto riesgo</b>   | 3                                    |
| <b>Cual o cuales fueron las razones de haber estado diagnosticada con un embarazo de alto riesgo</b>                             | Miomatosis uterina                   |
| <b>En donde fue la atención médica que recibió durante el embarazo de alto riesgo</b>  | Atención privada<br>Atención pública |
| <b>Recibió apoyo psicológico durante o después del embarazo de alto riesgo</b>   | No                                   |
| <b>Estaría dispuesta a apoyarnos con una entrevista grupal con otras mujeres que también vivieron un embarazo de alto riesgo</b> | Si                                   |
| <b>Cuál sería el horario de su preferencia para poder realizar esta entrevista</b>   | Por la tarde                         |

| <b>Lo</b>  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <b>Edad</b>  | 39                                   |
| <b>Lugar de residencia</b>   | Monterrey                            |
| <b>A qué se dedica</b>   | Oficina                              |
| <b>Estado civil</b>  | Casada                               |
| <b>Con quién vive</b>  | Esposo                               |
| <b>Número de hijos</b>   | 1                                    |
| <b>Qué número de embarazo fue el que vivió como de alto riesgo</b>   | Primero                              |
| <b>Cual o cuales fueron las razones de haber estado diagnosticada con un embarazo de alto riesgo</b>                             | Placenta previa completa y edad      |
| <b>En donde fue la atención médica que recibió durante el embarazo de alto riesgo</b>  | Atención privada<br>Atención pública |
| <b>Recibió apoyo psicológico durante o después del embarazo de alto riesgo</b>   | Después                              |
| <b>Estaría dispuesta a apoyarnos con una entrevista grupal con otras mujeres que también vivieron un embarazo de alto riesgo</b> | Si                                   |
| <b>Cuál sería el horario de su preferencia para poder realizar esta entrevista</b>   | Por la mañana                        |

| <b>So</b>  |   |
|--|---|
| <b>Edad</b>  | 23  |
| <b>Lugar de residencia</b>   | Argentina   |
| <b>A qué se dedica</b>   | Ama de casa   |
| <b>Estado civil</b>  | Soltera   |
| <b>Con quién vive</b>  | Mis papás, hermano, hermana   |
| <b>Número de hijos</b>   | 1   |
| <b>Qué número de embarazo fue el que vivió como de alto riesgo</b>   | 1   |
| <b>Cual o cuales fueron las razones de haber estado diagnosticada con un embarazo de alto riesgo</b>                             | Al principio desprendimiento de placenta, de mediados a fines presión alta, internación por contracciones y hemorragia post parto |
| <b>En donde fue la atención médica que recibió durante el embarazo de alto riesgo</b>  | Atención privada<br>Atención pública  |
| <b>Recibió apoyo psicológico durante o después del embarazo de alto riesgo</b>   | Si  |
| <b>Estaría dispuesta a apoyarnos con una entrevista grupal con otras mujeres que también vivieron un embarazo de alto riesgo</b> | Si  |
| <b>Cuál sería el horario de su preferencia para poder realizar esta entrevista</b>   | Por la mañana, por la tarde, por la noche   |

## 2. Transcripción de la intervención 1

**E:** Entrevistadora    **Lo:** Interlocutora    **Li:** Interlocutora    **So:** Interlocutora

**E:** Nos presentamos, nosotros somos no se si ubican, antes que todo Lore platícanos ¿de dónde eres?

**Lo:** yo soy de Monterrey, Monterrey Nuevo León

**E:** perfecto. Entonces tanto Li que está ahí también en pantalla es de Pachuca, Lo de Monterrey todos estamos acá en México sintiendo el frío que tenemos ahorita, Bueno y rápidamente nos presentamos, no sé si ustedes conozcan la Universidad Autónoma Metropolitana, somos la UAM somos el campus Xochimilco y estamos por terminar la licenciatura de psicología. En la universidad esto es una especie de tesis o lo que conocen así, solo que nosotros hacemos una investigación y la hacemos como equipo

entonces esta investigación la vamos a realizar para graduarnos, entonces nos pareció interesante hacerla con mujeres que han experimentado un embarazo de alto riesgo, bueno para la cual primero tendremos que preguntarles a ustedes primero si no tienen inconveniente que grabemos la sesión de ahorita con fines académicos para nosotros revisar el material, sus nombres, su personalidad va a ser siempre omitida, todo lo que digan ustedes aquí será completamente confidencial, solo el material lo vamos a ocupar nosotros, les repito con fines académicos y pues nuestros maestros leerán el proyecto final pero no será publicado obviamente y no serán expuestas ¿no tienen problema que grabemos?

**Interlocutoras:** no, está bien

**E:** bueno platicando esto, nos presentamos somos 5 integrantes del equipo. Está Naye ¿no sé si quieras presentarte?

**N:** \*sonido inaudible\* sí, ya ¿me escuchan bien?

**E:** si te escuchamos

**N:** Bueno yo soy Nayeli, también nosotros somos 5 personas \*sonido inaudible\* ¿si me escucharon es que como que se fue?

**E:** si como que se está cortando tu internet, si quieres Yuba habla

**Y:** Si hola, Lo, Li. Primero que nada, les queremos agradecer por darnos el tiempo, sabemos que es complicado y más en cuanto a encontrar señal de internet y todo eso. Mi nombre es Yubanela, Yubanela Moreno. Igual que Maru estoy estudiando psicología y este es nuestro trabajo final, pues esperamos que se sientan cómodas en este espacio para platicar con nosotros libremente, muchas gracias de verdad por darnos su tiempo.

**E:** Arlette

**A:** Hola Lo y hola Li yo fui quien les estuvo mandando mensaje por WhatsApp o mensaje de texto, eh bueno al igual que ellas estudio psicología y pues espero se sientan cómodas, que puedan platicar y contarnos su experiencia y pues nada muchas gracias.

**E:** Tenemos también en el equipo a Ivan

**I:** Hola Bueno yo soy Ivan, Gilberto Ivan soy igual miembro del equipo, estudiante de psicología, bueno gracias por estar aquí y regalarnos parte de su tiempo y espero no haya ningún tipo de problema por estar aquí

**E:** Naye no sé si ya puedas hablar

**N:** bueno esta mi micrófono prendido no sé si ya me puedan escuchar es que mi pantalla se trabo.

**E:** creo que Naye tiene problemas con su conexión, ella también va a estar aquí es parte del equipo. Ellos van a estar observando ahorita nada más en calidad de observadores, realizaremos la entrevista solo Yubanela y yo, no sé si tengan algún comentario. Bueno pues como ya les había dicho yo soy Maru y ¿de qué se trata este proyecto? Bueno esta investigación se trata de entender de parte de ustedes sobre como experimentaron su embarazo de alto riesgo. Vamos a realizar unas preguntas y ustedes siéntanse totalmente libres de hablar, el tema de la escucha nos es importante, no solo queremos obtener de ustedes ciertas respuestas, sino también nos importa dejarles algo ¿no? y para nosotros hemos aprendido que la terapia también es llevada a cabo como una escucha, entonces nosotros al escuchar sus experiencias y ustedes al compartirlas de alguna manera se esta trabajando una parte importante ahí en su cerebro, de alguna manera van a revivir esos momentos y los van a expresar, entonces esto puede resultar en algo terapéutico, algo que pueda aportarles y no nada más para nosotros, entonces la escucha se llama la escucha terapéutica y esto es un recurso comunicacional que puede ser de mucho valor para ustedes y para nosotras. Entonces queremos dejar claro esto ¿sí? Y bueno queremos comenzar hablando de lo que es un embarazo ¿no? Y que les parece si nos responden Lo, Li en ese orden, no sé si primero pueda contestar Li y luego Lo en ese orden ¿qué significa para ustedes el embarazo? Li nos podrías ayudar, pueden decir lo que quieran, como lo piensen

**Li:** Pues este el embarazo para mí fue como la ilusión, el formar una nueva vida, eh creo que el embarazo para mi es como sinónimo de ilusión de una esperanza de una nueva vida, así lo veo, veía yo

**E:** ¿y Lore qué es o significa para ti el embarazo?

**Lo:** hígole para mí fue o es, era como lo que le faltaba a mi vida ¿no? Porque profesionalmente yo me sentía completa, plena, satisfecha. Ehh estaba casada tenía mi trabajo, me estaba desarrollando profesionalmente, mmm yo quería tener mi familia obviamente, era como el reto, era mi máximo el poder tener un bebé, para mí se convirtió en una obsesión, porque a pesar de ser de alto riesgo por muchos o varios factores no podía, yo no podía, de hecho mi bebé fue por invitro \*sonido inaudible\* se da lo de alto riesgo uno por mi edad y la manera en que la bebé fue concebida, después por otros padecimientos que se me desarrollan en el embarazo entonces para mí era como que la meta, la culminación de lo que me hacía falta en mi vida

**E:** Ok ¿Y cómo se sintieron Li cómo te sentiste al recibir la noticia de que por fin estas embarazada?

**Li:** Pues mira yo llevaba mucho con mi pareja, este la verdad es que si me dio mucho temor porque contrario a lo que dice Lore no estaba \*sonido inaudible\*

**E:** ¿Cómo describirías esos sentimientos?

**Li:** pues te digo para mí era como que mucha ilusión tener un bebé, me lleno de ilusión completamente, pues estaba en una parte muy bien con mi pareja en ese momento, pero pues eh finalmente como no estaba en mis planes en ese momento pues a eso me refiero con que me tomó por sorpresa.

**E:** Ok, muy bien. Lo cómo fue el recibir ósea trata de revivir ese momento donde te dicen Lo estas embarazada, ¿cómo fue revivir esa noticia?

**Lo:** No lo creía porque yo llevaba años, años intentándolo y fue por casualidad, yo sabía que existía la posibilidad porque me había sometido a un tratamiento. Comencé con un dolor de gastritis, tenía que hacerme la prueba de embarazo a los 15 días, pero a los 5 días comencé con un dolor terrible de gastritis que yo jamás había padecido. Entonces yo dije que me había sometido a tal tratamiento por si cualquier medicamento que me vayan a poner lo tomen en cuenta, me dijeron si está bien no te preocupes te haremos una prueba de embarazo, va a salir negativa, pero por protocolo te la tenemos

que hacer y ya cuando te llegué tu tiempo de hacerte tu prueba te la haces y ese va a ser el resultado y yo ok, perfecto. Así que paso, me hicieron exámenes de sangre y todo eso para revisar que todo estuviera bien y me quede internada ahí unas horas, cuando llega el doctor y me dice ¿Cómo vas con el dolor? Y yo pues me siento bien, me dice ok entonces ya te voy a dar de alta y este el resultado de tu prueba de embarazo salió positivo. Estaba internada por el medicamento porque era a las 6 de la mañana, tenía mucho sueño y la verdad no lo podía creer, yo decía no, no, no puede ser, la verdad porque como ya tenía varios intentos, yo ya había estado en el plan de que si no funciona ya voy a ver mi vida por otro lado, voy a hacer otras cosas, ya no va a ser mi prioridad ya que por muchos años esa fue mi prioridad, entonces cuando me dicen tu prueba salió positiva, pero obviamente ellos no sabían todo el camino que ya llevaba recorrido y tu prueba salió positiva, salí de ahí como que no lo creía, no lo podía creer.

Salgo con mi esposo y no le digo inmediatamente me dice ¿ya te sientes bien? Si ya vámonos, ya en el camino yo adormilado y él adormilado, le digo oye me dijeron que mi prueba Salió positiva, los dos en silencio nadie hablo nadie dijo nada, llegamos a la casa y nos dormimos, ya nadie hablo del tema. Como que no lo podíamos, en mi caso no lo podía creer que hasta que yo no me haga la prueba en el tiempo que me dijeron voy a decir si, ahora sí. Entonces tuve yo que esperar otros 8 días para hacerme mi prueba definitiva y ya cuando este me la hice y salió positiva fue igual de mucho temor porque mi familia hay cierto grado de infertilidad y somos puras mujeres nosotras, entonces unas si se embaraza, pero su embarazo no se desarrolla, otras los pierden, entonces dije ok la primer prueba ya la pasamos que salió positivo pero faltaba que digo por obvias experiencias que tenían mis hermanas de que... hasta yo las apunte, apunte de que el de primera prueba positiva, segunda prueba que se desarrolla el bebé y le late el corazón, tercer prueba que pasemos de los 3 meses, así por todo el historial que ya traíamos, por experiencia de mi familia, entonces yo no lo podía creer, no me la quise creer hasta que no lo, no lo vi no vi su corazoncito ya latir sentí un alivio que bueno de si ahí está.



Pero te digo debido a que era de alto riesgo me trataba de permanecer estable sin ilusionarme mucho sin cómo te digo ósea como preparándome yo misma y yo misma me estaba preparando por si algo salía mal trata de que no sufriera mucho porque yo antes de esto tuve que tener terapia psiquiátrica y psicológica para que me acompañaran en este proceso porque te digo a mí en mi caso se me volvió una obsesión y yo veía como que ya me embaracé y ya la hice, pero no fue así después de que salió positiva pasaron muchas cosas durante el trayecto de mi embarazo que para empezar por mi edad ya era de alto riesgo, yo tenía 39 años ósea de cajón yo por la edad ya era de alto riesgo y en segundo por la manera en que fue concebida mi nena y el tercero porqué podía desarrollar diabetes, preeclampsia por mi edad. Entonces no porque al menos aquí en Monterrey está como muy satanizado que tú ya a cierta edad estés embarazada, pero ellos no sabían que no era porque yo quería embarazarme a esa edad, era porque así pasó y yo estuve luchando muchos años para que esto sucediera, yo no planeé decir ah me voy a embarazar a los 30 o a los 40, no fue así entonces en los servicios públicos de aquí como que si te dicen de no sé cómo decirte la palabra, ósea ¿Cómo, por qué hasta ahorita? O de pero ya estás muy grande, entonces te digo no me ponía a explicarles todo mi camino recorrido porque pues no tenía caso, te digo dentro de mí si fue como un poquito más difícil por mi edad, no sé Li cuantos años tenga, pero yo en mi caso si era como de ay sorprendidos y yo lo entiendo porque no es una edad común, bueno ahorita yo sí sé que es más común, pero como que todavía la gente no lo, no lo ve tanto como yo que estoy en este camino, este si así lo veía no es como lo planeamos pero así fue como se dio.

**E:** Lo recuerdas ¿cuánto tiempo estuviste más o menos intentando embarazarte?

**Lo:** 5 años

**E:** ok, entonces tú desde el inicio fuiste diagnosticada con alto riesgo, desde que te dijeron tu embarazo es de alto riesgo o cómo fue ese cambio de ser un embarazo normal a ser uno de alto riesgo

**Lo:** No, desde que fui al IMSS, aquí también hay IMSS, mi clínica familiar esta la clínica familiar a la que todos vamos a consulta se llevan embarazos otras enfermedades, pero existe una clínica especializada donde nacen todos los bebés aquí en Monterrey

que pertenece al IMSS, entonces ahí se van las mujeres que tienen casos especiales ósea como el mío, que pasando los 35 ya es alto riesgo por la edad para empezar. Entonces yo solo fui a una consulta a mi clínica familiar y de ahí me dieron el pase automático a la otra clínica, tú te vas a gine, le decimos acá gine, porque por tu edad es de alto riesgo. Todavía ni me diagnosticaban un padecimiento, ósea solo por mi edad me mandaron a alto riesgo.

**E:** Li ¿Cómo fue tu diagnóstico para el caso de alto riesgo? ¿También fue de inicio o paso algo?

**Lil:** No mira cuando yo me embarace tenía 30 años, ahorita tengo 39 y yo llevo hace 2 años intentando volver a embarazarme, tuve ya dos pérdidas, pero como dice Lo ya estos últimos dos embarazos decías la edad sin que dijeras otra cosa y ya luego, luego sobre todo en el IMSS sin saber lo que hay detrás dicen ¿por qué hasta ahorita, por qué te esperaste tanto tiempo? Tú ya eres alto riesgo, sin saber nada. He pasado por los dos lados y bueno en estas dos gestaciones que tuve y terminaron en pérdida, luego luego como dice Lo por tu edad en el IMSS ya eres alto riesgo, pero bueno en aquella ocasión la primera eh \*suspiro\* pues era normal todo, pero si tenía unos tumores en la matriz unos miomas que eran muy pequeños y supuestamente no había garantía de que fueran a dar problema, pero que eran muy pequeños ósea como podían crecer como no podían crecer.

Entonces todo iba bien hasta que al tercer mes que empecé con un sangrado y pues ya resulto que los mismos tumores en la matriz estaban provocando un desprendimiento de placenta y bueno tuve dos sangrados, el primero fue muy leve y pude regresar a hacer mi vida normal entre comillas porque si me tenía que cuidar un poco más como ya era una amenaza de aborto pues si era de alto riesgo, con cuidados si podía seguir ir haciendo mi vida normal pero pues yo creo que como al par de semanas volví a tener una hemorragia en el trabajo y pues empecé con un sangrado ósea horrible yo de pronto empecé a sentir como que me había ganado del baño, pero cuando llegué al baño yo de verdad tenía una hemorragia que me escurría hasta las rodillas la sangre, me asuste muchísimo en ese momento pensé que ya lo había perdido y bueno ya este del seguro me mandaron a reposo absoluto. En ese momento me internaron, a partir de

ahí ya estuve en reposo absoluto hasta los 8 meses que nació mi hija estuve en cama, entonces pues digamos que los primeros meses fueron normales hasta que se presentó el problema en el mes 3,

**E:** ok, entonces tus primeros 3 meses digamos no tenías tanto el susto

**Li:** no, no, no, para nada, yo decía no estoy tan grande, me sentía bien, si sentía náuseas y dolor de cabeza, pero pues cosas que a amigas y familiares que habían tenido hijos me decían a partir del cuarto mes se te va a pasar y jamás vi venir esto que en el tercer mes empezara con esta situación.

**E:** ok, entonces vamos a clarificar un poquito. Lo tu bebé si se logró tu niña y también a tuya Li, \*interlocutoras asientan que sí\* ok las dos nacieron porque entiendo tuvieron riesgo, tuviste otros dos intentos que también son alto riesgo pero nos vamos a enfocar en el de tu nena, ahora como el de Lo fue \*se interrumpe el discurso ya que entra otra mujer a la sala\* creo entro alguien más, So hola ¿estás por ahí?

**So:** sí aquí estoy.

**E:** Bienvenida.

**So:** Gracias, perdona por la demora.

**E:** No te preocupes, iniciamos un poquito nos presentamos. Te platico rápido, nos presentamos que somos de la UAM Xochimilco que estamos haciendo este trabajo de investigación, ahorita lo que ha sucedido es que nos contaron su experiencia, entonces So para no dejarte ahorita retomamos en donde vamos. So pues no sé ¿qué es para ti el embarazo? Podrías compartírnos, olvidándote del alto riesgo ¿Qué es para ti o que era antes de estar embarazada el embarazo? ¿Qué entiendes?

**So:** Estar criando una nueva vida que después va a depender de vos todo lo que te queda de vida, puede ser.

**E:** claro una vida que depende ti puede ser.

**So:** ¡claro! Cuidarlo en el embarazo y después eso creo yo.

**E:** Muy bien, ahora ¿cómo te sentiste cuando recibiste la noticia de estar embarazada? De repente te dicen So estas embarazada ¿Cómo fue?

**So:** A mí bebé la busqué, la busqué varios meses, creo fueron 3 o 4, mis ansias eran de negativo, negativo hasta que dio positivo me quedé sorprendida porque después de tanto negativo como que no me lo esperaba. Soy muy ansiosa yo en general, entonces como que, ya está, ósea ya, ya hay una vida dentro de mi naciendo, yo ya conseguí lo que quería, ahora bueno para adelante. Resulta que, si bien el papá entró como en shock porque claro te cambia la vida, había muchas peleas en ese momento mmm ahí con covid al otro día de enterarme ósea que tuve que aislarme y en lugar de pensar voy a festejar con mis amigas, con quien sea, tuve que encerrarme y a los días de que empecé con COVID, empecé con un sangrado... ehh... y obviamente, como todas me asusté. Esperé al .... De ese momento eran 10 días que tenía que aislarse y bueno, el día 9, dije no, me preocupa, así que con barbijo voy a hacerme atender, ehh... creo que en todos lados, los de Argentina, el tema de la Salud publica acá es un desastre... y en ese momento yo no tenía obra social, que se llama cuando pagás para que te atiendan por ahí un poco mejor, fui al hospital y... me hicieron tacto y me movieron todo, digamos, y me dijeron que era implantación resulta que al ... ese mismo día yo saco un turno pagando ... particular, digamos, con la ginecóloga que yo venía atendiendo y me dijo que me iba a mandar una ecografía para ver que todo esté bien. Y resulta que tenía un desprendimiento de placenta. Ehh.

Así que bueno, me pegó muy duro porque toda la felicidad se podía ir en un segundo digamos, ósea, cualquier cosita que yo hacía mal, chao y era por así decirlo, ¿cómo te dije? Mi responsabilidad, así lo sentía yo. Ehh... así que bueno, me mandaron reposo absoluto, únicamente levantarme al baño, bañarme día por medio y todo a la cama. Yo creo que todas las embarazadas dicen, bueno, me voy a sacar fotos, me voy a filmar, voy a ir al parque para que cuando el día mi bebé nazca, sea más grande, decirle mirá, así recibí la noticia de que llegaste vos, salí con mis amigas, salí con tu papá, festejamos.

Resulta que estaba con COVID primero y después en cama y sin poder levantarme, ósea, fue super... nada que ver lo que me esperaba... pero bueno, eso fue la semana

7, en la semana 13... hasta la semana 13 estuve en cama, el ah... obviamente que íbamos por ahí despacio al parque con el papá en el auto para despejarme porque yo estaba todo el día, todos los días llorando, todo el tiempo dependiendo de ...de... de las personas que estén cerca mío porque era una situación fea. Ehh. Así que bueno. Ehh... la semana ... 13 me dicen que estaba todo bien, que aparentemente, el desprendimiento ya se había ehh... como es que se dice... arreglado, no sé cómo... como decirlo, como que ya se había superado eso y que podía hacer vida normal.

Así que bueno, yo empecé a salir a caminar, a tener, ah... a tener la vida de antes ... resulta que el ... \*suspiro\* en la semana treinta y... cinco me entero de que el papá de mi hija puede estar viendo a otra mujer porque le encontré una carta de amor en su habitación, así que no sé, será por eso, por qué, pero esa angustia creo yo que fue que yo caí internada por contracciones, ya estaba con progesterona para las contracciones tuve que cambiar de médico porque la médica que me atendida no me convencía del todo, cambié de médico, este médico me mandó progesterona para las contracciones ... resulta que yo bueno, para estar un poco mejor, para olvidar la pérdida, que se yo, decidí perdonar al papá de la bebé si bien no me había dado una explicación nada, ... pero para estar un poco acompañada y... caigo con las contracciones, estuve 4 días internada, y me fui a ... a casa.

Resulta que cuando me estaban poniendo la medicación para las contracciones en la clínica, me sube la presión el medicamento, así que me fui con una batería de pastillas para la presión para las contracciones para... progesterona y todo junto y... bueno pasó una semana, pasaron dos, tres, no se cuantas y me dice el ginecólogo, vamos a sacársela ... las de la presión, porque me hacía medirme 3 veces por día, ya estaba bien, así que me, me sacó todo de la presión, resulta que bueno, me manda a hacer los... los prequirúrgicos, no sé cómo se les dirán en sus países, el \*sonido inaudible\* resulta que me hacen la presión y me sale alta, así que me dice, bueno mirá, el ginecólogo, ya vamos a inducirte porque ya estás en la semana 38, 5. Vamos a inducirte porque ya estás en fecha y ya está. No tiene sentido medicarte para la presión siendo que vos ya, que ella ya puede nacer tranquilamente... así que bueno, el jueves me avisaron que el lunes nacía digamos, todo, las ganas que nazca, la incomodidad de

la panza, que se yo, se me vino entre nervio, miedo y todo porque todo el mundo te dice que el parto duele y que , que se yo y bueno, mi mamá me quería convencer de tener una cesárea, pero yo no, yo quería un parto, así que listo. Parto.

El parto fue, bueno, doloroso \*pequeña risa\* como decían todos y como es \*pequeña risa\* pero fue lindo, me sentí bien, estuve bien acompañada por suerte, la partera que me acompañó me acompañó muy bien, el papá de la bebé también, todo muy bien. Em... así que bueno a la semana del nacimiento de la bebé yo tengo que ir al control con el ginecólogo, ... me apretó el útero, seguramente para revisar que todo bien, bueno si, todo bien, todo bien. Resulta que llego a mi casa y \*sonido inaudible\* un coágulo del tamaño de mi puño... obviamente me asusté y lo llamé al médico de vuelta y bueno, así como llegué de verlo, tuve que ir a la clínica para ... para que me controle de vuelta y sí, tuve que quedar internada de vuelta, em... eran como las 10 de la noche, ponele, y ... y me dijo bueno si yo vengo a las 8 de la mañana si llegaras a tener más sangrado me van a llamar y te hago un legrado antes. De que te raspan todo y te sacan todo que tenés, bueno sí todo bien, bueno, resulta que a las 7 de la mañana por suerte no sangré más en la noche, a las 7 de la mañana, una hora antes mi bebé se pone muy demandante, me empieza a pedir pecho, llora, llora, llora... imagínate yo tenía que irme supuestamente 15 minutos media hora mas no duraba el procedimiento ese, era entrar, raspar, aspirar y listo... ehh... bueno, me bañé para entrar, me fui llorando \*pequeña risa\* obviamente poque dejé a mi bebé sola, y bueno, el médico muy bien. Me agarró la mano, que hasta que me duerma, que... que no tenga miedo, que algo super rápido y como tratar de tranquilizarme porque yo estaba muy nerviosa.

\*sonido inaudible\*

**E:** ok, te voy a interrumpir tantito para regresarnos al momento donde me comentas o nos comentas mas bien, que llorabas mucho, al principio, cuando te dan la noticia, a ver señora está sangrando se tiene que acostar y dices, tu comentaste, yo me la pasaba llorando ¿por qué llorabas? Nos podrías describir, este... todo esto que pasaba por ti. \*sonido inaudible\* sabemos porque llorabas, pero ¿nos lo puedes describir?

**So:** yo creo que más que nada por el miedo a perder esa ilusión que siempre tuve de ser mamá porque yo desde chiquita que sentía que ... que... que... quería ser mamá,

que quería formar una familia que ... que era lo que tanto quería, lo conseguí y estaba a punto de simplemente perderlo...

**E:** ok, vamos a hacer a partir de ahorita... ya integramos a So, con Li y Lo, entonces me gustaría que hiciéramos ahora si, como una especie, de... de... de equipo, donde todas puedan opinar, So dice, yo lloraba, si ustedes se van identificando mas o menos con esta dinámica de los sentimientos, o le pueden agregar además de que yo lloraba, yo hacía esto... o... Nos interesa mucho conocer el estado emocional en el que ustedes se encontraban en este momento, en la noticia donde están teniendo que decir, depende de mí esta vida, como expresaba So... ehmmm... esta vida depende de mi y es mi responsabilidad. So se sentía responsable, no sé si alguna de ustedes más les pasó...

**Lo:** Sí, a mí también, también me sentía como que cualquier cosa que pasaba era mi responsabilidad porque la que la estaba \*sonido inaudible\*

**Li:** Sí a mi también me pasaba, este, pues como, como lo comentan las chicas, y ... y me ... Lo dijo algo también hace rato sobre el embarazo de alto riesgo que me identifiqué \*pequeña risa\* justo le iba a decir y se me acaba de olvidar, a ver si ahorita me acuerdo.

**E:** Ok, ahorita no importa, se vale que hablen... ósea, si es un a mi también, no importa que hablen porque la experiencia de todas en conjunto nos va a ayudar mucho si... decía So... yo lloraba mucho... a ustedes si guardaron reposo, cómo fue esta experiencia de estar ahí, ósea, porque a veces, yo entiendo que la mente nos bombardea con mil pensamientos. So nos dijo algo muy interesante también en su discurso y nos dijo que tenía mucha ilusión de que mi bebé ¿no? Había construido muchas ideas de... lo voy a llevar al parque, lo voy a fotografiar, y pues cual ¿no?, acuéstate en la cama y no hay nada de todo lo que tú te habías imaginado, cómo fue eso para ustedes Li y Lo.

**Li:** este, bueno, ya, ya me acordé de lo que decía Lo, Lo mencionaba en su experiencia que ella trataba de no encariñarse o no hacerse ilusiones porque pudiera pasar algo malo. A mí me sucedió muchísimo eso, ósea, después de los, meses que caí al

hospital por los sangrados. Yo tenía mucho miedo a ilusionarme, estaba como preparada según yo para lo peor, y cuando nació mi hija, sentí mucha culpa por no haberle hablado, por no haberme ilusionado, y pues también esta parte que decía So, pues tu ves las revistas o ves a tus amigas, a tus primas, no sé y salen embarazadas y fotos y pues yo estaba en una cama, pues 6 meses, fue como... no sé... ósea, fue como si toda esa ilusión que tuvieras pues no, no se diera de esa forma y aparte, pues esa, esa parte que decía Lo, yo no trataba de no ilusionarme de más.

**E:** Lo más o menos compártenos cómo fue eso para ti, esa vivencia de estar en la cama, ósea, que, cuáles eran los principales pensamientos que venían acá, no sé, a lo mejor, enojo, alegría, tristeza, emoción.

**Lo:** pues tienes un coctel de todo, te pasas por todos los sentimientos, pasas por todo, te digo yo iba haciendo una lista... siempre soy muy de apuntar todo, soy de la vieja escuela, de que primer logro, segundo logro, tercer logro, pasar de los 3 meses, este, porque los embarazos de \*sonido inaudible\* no pasaban de ahí, no se desarrollaban, uno no se le escuchaba el corazón, entonces, te digo yo iba palomeando, ehh... las pruebitas que yo sola me iba poniendo y.... pasé los 3 meses. Em... bueno, el primero fue el primer ultrasonido de antes, el real, el que se oyó su corazón, en una ecografía normal no salió, solamente salió \*sonido inaudible\* y mi corazón empezó a pum, pum, pum, a todo lo que daba porque, porque no se veía el bebé entonces me dijeron, no, pero es normal, es normal que nos e vea porque está muy chiquito, pero te vamos a hacer una eco al final y en ese momento yo dije: mi amor, por favor, eh, demuéststrate, dime que estás ahí, que te vean que estás ahí, por favor. Y al hacerme el vaginal se veía un puntito pequeñito, pero se alcanzaba a ver algo. Y me dijeron ahí está. Entonces fue como palomita otra vez. Ya pasamos este, entonces me relajé y dije ya ahí está, si se escuchó su corazón ahora el siguiente es pasar los 3 meses. Ya vez que dicen que son los meses más difíciles.

Pasamos los 3 meses, yo seguía trabajando en ese momento, en ese momento yo estaba trabajando en una oficina, trabajaba normal, mi vida era normal, hasta la semana... 19, que tuve un sangrado, ahí fue cuando me invadió un miedo, total y absoluto porque yo ya estaba relajada, yo me sentía relajada de que ya había pasado



los 3 meses. Son la semana mas o menos 12. La semana 19 yo tengo un sangrado y obviamente, corro para, para urgencias, y yo lo único que quería era que me dijeran que mi bebé seguía ahí. Ahí estaba, te vuelvo a repetir, el servicio público no es tan rápido, no es tan eficiente, entonces fue, tocar esperar, \*sonido inaudible\* yo sentía que el bebé se me había ido, este, ya cuando me toca mi turno y me dicen no se preocupe, ahí esta está bien, como que respiré y dije ok. Y ahí en la semana 19 fue ahí cuando me detectaron el padecimiento que yo tuve todo el embarazo, fue placenta previa... entonces, es cuando. La placenta nos e implanta en la parte de arriba del estomago sino en la parte del canal cervical y eso hace que en cualquier momento se pueda desprender la placenta, haga una hemorragia masiva, el bebé y yo ehh... perdemos la vida en ese momento porque se venía una hemorragia masiva, que me decían no duras ni 5 minutos. Ni tu ni la bebé van a durar 5 minutos, es más no ... \*sonido inaudible\*, entonces a raíz de la semana 19 fue todo temor, todo siempre angustia, también te digo trataba de no encariñarme mucho este porque ... el servicio público de aquí es muy cruel. Muy, muy cruel. Te digo, así como te lo estoy hablando me decían: si tienes una hemorragia, se te desprende la placenta y te vas a morir. Cada que iba, eres de alto riesgo por tu edad y ósea, como que culpándome, de que pues eso te pasa por estar grande ¿no?, entonces era estarme pelando con el servicio público de aquí porque \*pequeña risa\* porque eran muy crueles y debido a ellos yo a partir de la semana 19 a todo el embarazo fue de mucha angustia, mucho miedo, porque te digo sus comentarios eran muy este, de... pues es que los que tienen placenta previa prácticamente tienen una \*sonido inaudible\* este, ni siquiera vas a alcanzar a llegar, eh... pues es que estás muy grande, ósea, son comentarios que realmente están fuera de lugar que no me ayudaban en lo más mínimo, me daban toda la atención eso sí. Me daban la atención entre comillas, pero los tratos eran malos, el trato era muy malo, en mi caso.

Entonces de ahí empezaron a darme seguimiento mas seguido, debido a ese padecimiento porque hay veces en que la placenta se acomoda, se mueve, se va para arriba. En mi caso no fue así, se quedó abajo, se quedó pegada en el ... en el ducto cervical, creo que se llama, entonces yo era para estar en reposo desde la semana 19. Pero el servicio público nunca me quiso dar el pase al... en mi trabajo obviamente no

me quisieron dar incapacidad ... el servicio del IMSS no me lo otorgaba, entonces, yo seguía trabajando. Entonces me tocaba pelearme con mi trabajo, me tocaba pelearme con los de servicio público, me tocaba pelearme con mi esposo, porque me decía no es que salta de trabajar, pero yo decía: no es que tengo muchos años en mi trabajo. Si yo me salgo, este... no me va a tocar nada, entonces. Yo decía me salgo y hago todo esto, y luego no tengo nada, me voy a quedar sin nada, así sin trabajo, sin nada. Entonces fue bien difícil, entonces por eso yo trataba de no ... le pedía mucho a Dios, me enfocaba mucho en él. Porque decían solo tu y ya después este conforme avanzaba mi embarazo gracias a Dios, sin reposo, porque no tuve reposo. Hasta semana 30 que ya el IMSS me dijo: si ya te vamos a dar incapacidad, pero porque ya se estaba a completando ahora si este, pero yo seguía trabajando y cada que trabajaba era de que, mi amor, por favor agárrate, no te vayas a soltar, agárrate porque te digo yo era para estar en reposo absoluto, pero a mi la clínica, no me lo quiso dar y yo no me quería salir de trabajar. Y ahora lo veo y digo que inconciencia la mía debí haberlo dejado todo para estar yo en reposo, entonces seguí trabajando y gracias a Dios solo tuve esa hemorragia y ya no volví a sangrar porque yo sabía de casos que no se podía no levantar al baño porque ya se le venía la hemorragia y en una situación que \*sonido inaudible\* entonces dentro de todo lo malo a mi me fue muy bien porque solamente tuve una hemorragia y ya no la volví a tener y yo seguí trabajando, entonces te digo y yo me pelaba en el trabajo porque se me querían mandar a campo en lugar de dejarme en la oficina. Entonces yo decía... a mi por el simple hecho de caminar, hasta de levantarme al baño había un riesgo y yo tenía que ir a ... a campo a tiendas, y yo decía no, yo no puedo ir, entonces fue estar me peleando \*pequeña risa\* todo el día hasta que ... de echo me había visto mi doctor particular que yo no iba a pasar de las 34 semanas, eh,, no me iban a dejar pasar las ... semanas porque era muy riesgoso para mí, porque no podían arriesgarse a que me dieran contracciones porque la mera contracción lo que iba a hacer era empujar a la bebé al centro, no podían arriesgarse a eso porque como me habían dicho, se me iba a venir una hemorragia masiva y no íbamos a durar ni la bebé ni yo.

Entonces todo el caminar del embarazo fue muy \*sonido inaudible\* miedo, pero a la vez decía mi amor agárrate, mi amor no te sueltes, mi amor... ya fue cuando empecé a

hablarle, empecé a hablarle por ... \*suspiro\* por desesperación, por miedo, por decirle, por favor, no te vayas a soltar, agárrate, agarra la placenta, no la sueltes \*pequeña risa\* y ya de ahí como que me fui soltando con temor y todo, pero empecé a hablar con la bebé. Yo no sabía porque no se dejaba ver que era, le decía mi amor, por favor agárrate, no te vas a soltar, mira, aquí hay muchos baches, porque aquí también. Baches, mal, el concreto, la calle está mal, con agujeros, con pozos. Aquí esta calle tiene muchos baches, entonces yo le decía agárrate, mi amor, no te sueltes, este, y así la tuve... gracias a Dios hasta la semana 30 que me empezaron a dar contracciones y fue cuando por fin me dieron la incapacidad, y fue cuando ya pude tener el reposo que no tuve en todo el embarazo. Ya de ahí me acosté y ya no me levanté, pero, como dices tú, el estar acostada, tu mente empieza a hacerte malas jugadas porque yo decía si estoy aquí y me levanto al baño y se me viene una hemorragia.

Entonces yo era de que, en la siguiente cita, les decía ya por favor, déjeme, y me decían, no es que estas bien, vete a tu casa. Y era una angustia el irme a mi casa porque cualquier cosa podría pasar y no me querían dejar encerrada, entonces en la semana 30 a la 36 que me alivié, le decía a mi esposo, es que quiero que me dejen ahí, quiero que me dejen ahí. Y en la semana 30 me dijeron ya te vamos a dejar internada y yo bueno, descanse, eso fue un domingo y ya el lunes me dicen, estás muy bien ya vete a tu casa. Entonces de la semana 30 a la 34 yo iba con mi esposo ya para quedarme internada y me regresaban, y me regresaban, yo me peleaba porque les decía a ver si me estás diciendo que tengo tanto riesgo, que no voy a llegar, que me voy a morir, por qué me estás mandando a mi casa, déjame ya aquí. No es que tú estás muy bien entonces te digo, a mí, el que me dijeran que me regresara a mi casa era un temor que no te puedes imaginar, porque yo decía ya todo el tiempo que tengo, mi bebé y yo estamos en casa para que por un error de ellos lo ponga todo en riesgo, a mi me daba mucho coraje, me daba mucho coraje entonces, yo no podía hacer nada, en todo eso. Y fue aguantarme y estar en reposo absoluto. En esa etapa, en la semana 30 yo ya no dormía, era mucho miedo el que yo tenía, no podía dormir, dormitaba una o dos horas, y me amanecía, yo veía ahí por la ventana que amanecía y decía ya otro día, otro día, ya la libré, y otro día y ay \*suspira\* ya la libré y otro día. Contaba los días, las horas. De que ya por favor que avance esto, ya por favor que me dejen, ya por

favor y no, no fue así. Entonces me metieron tanto miedo en el seguro popu... no en el seguro popular, no... en el seguro público aquí, que... era un manojo de nervios, un manojo de nervios yo, el embarazo que no se me desprendiera la placenta.

El parto era otra meta, porque era lo mismo, corría el riesgo de que se me hiciera placenta preta que es cuando se te pega la placenta y te tienen que quitar la matriz para poderte salvar la vida, porque al querer desprender la placenta se te viene una hemorragia entonces, esa era otra meta que yo tenía que pasar, no nada más el embarazo, entonces, ehh... te digo fueron estar palomeando mi lista de alto riesgo de ya pasó esto, muy bien, ya pasamos lo otro, muy bien, entonces ya en la semana 34 que me querían dejar ya internada para aliviarme, les dije ya me voy de aquí, me salí. Firmé para que me dejaran salir porque yo decía, no aquí no, aquí no, no, no. Y me fui al seguro de mi esposo. Tenemos seguros diferentes públicos, entonces en el seguro de mi esposo era todo lo contrario, me decían si es caso de \*sonido inaudible\* pero no te preocupes tu estate tranquila, todo va a estar bien, entonces me voy para allá, pero me dicen, no te vamos a dejar más tiempo. Y era otra angustia porque yo decía: no pero allá ya me habían dicho que sí que ya me iba a aliviar y acá me van a dejar más tiempo entonces era jugar un arma de dos filos. Pero ya, ya había firmado para salirme del IMSS, decía ya, dije si voy me van a mandar a la fregada no me van a querer atender, entonces aguántate, ahora aguántate. Así pase las últimas, hasta las semanas 36 ya me operaron y pues era el riesgo.

Tanto miedo que yo le tenía al parto que hasta hice mi testamento \*pequeña risa\* y dejé arregladas todas mis cosas, mis identificaciones, a mis hermanas, les dije si me llega a pasar algo a mí, obviamente a mi esposo le dije tu tienes que decidir no lo pienses, tu no lo pienses, tu sabes ... a mis hermanas les dije, si me llega a pasar algo se hacen cargo de mi bebé, en ustedes pongo las manos y aquí están mis cosas, aquí están mis claves, aquí están mis contraseñas, aquí está mi testamento. No tienen la gran cosa, la verdad, no tienen la gran cosa, pero yo quería dejar bien especificado de que no hubiera ningún problema con nada, entonces, si te digo para mi en mi caso si fue de mucha angustia, de mucho miedo, todo, todo mi embarazo, hasta el parto y el postparto porque todo se complicó...

**E:** Ok. Li, ¿algo que quieras compartírnos tu?

**Li:** No pues si me identifico mucho con ese miedo que tienes durante todo el embarazo, eh fíjate que ahí lo único que no me pasó como Lo fue que en el día de la cesárea ni siquiera fue planeado si no que empecé a tener un sangrado y me dijeron “no es que vas a entrar en trabajo de parto y bueno como Lo pues no puedes tener contracciones por tu situación, te tenemos que operar”, no tuve miedo ibas así súper segura a lo que iba yo creo que ha sido como el momento en el que más segura me he sentido en mi vida porque yo lo veía ya como la meta final, así como si hubiera corrido un maratón, con la angustia de igual de Lo, no dormía, yo cada amanecer decía “otro día, ya la libré”, no dormía yo de la angustia y veía amanecer y veía que amanecía y ya y dije “ay ya, otro día más, lo logramos” y bueno ya entonces ese día fue como el día de los.... Es más ni siquiera me acuerdo de haber sentido dolor o miedo, si no ya lo que quería literal que me la sacaran y a mi bebé y verla junto a mí, entonces ese día no tuve miedo se fue como para mí fue cómo llegar al fin de la carrera que tuve.

**E:** Por lo que entiendo las tres se atendieron en público ¿En hospital público?

**Li:** Eh bueno yo me atendí en público porque la cuestión de mi incapacidad pero solo por la incapacidad, pero en si eh algo que también me pasó y que me dio mucha confianza, si no yo creo que hubiera sido doble angustia fue que yo veía un doctor particular que era amigo de la familia y este doctor no me cobraba las consultas porque pues era amigo de la familia y él me tranquilizaba mucho, siempre me decía “todo va a salir bien, todo va a salir bien” y él me atendió en particular tampoco me cobro un peso, o sea pues obviamente la hospitalización y eso pero este cuando yo iba, este yo creo que yo regresaba más desmoralizada y más preocupada cuando iba a las consultas en público porque en verdad cuando llegue a dar cuando por ejemplo nas... en los esté las veces que estuve internada por por la situaciones de los anteriores sangrados o las amenazas de aborto pues si iba al hospital público y este ahí era en donde como dice LO, o sea de verdad no tienen tacto para decirte las cosas, yo no, no sé qué pasa a lo mejor ellos ven tantos casos así que dicen “una más” ¿no? “una más que va a perder a su bebé” pero yo regresaba más preocupada y más deprimida de estar ahí que pues

con el particular que me echaba porras a pesar de que no estaba siéndolo como negocio.

**E:** Interesante todo, ¿más o menos se identifican o no?

**Lo:** Si, yo eh en absolutamente todo yo al final te digo me salí del público y me fui al seguro de mi esposo y me alivié en un particular, en un hospital particular te digo pero mi cesárea era complicada y gracias a Dios o no fue una cesárea normal o sea a mi me tuvieron que hacer ciertos procedimientos para evitar el que yo me desangrara, eso llevó a que se alargara de una cesárea normal, incluso cuando mi bebé nació no lloró porque la alcanzo la anestesia porque me tuvieron que poner anestesia de más porque no era un cesárea normal entonces te digo, entre, yo entre en mi, en mi operación pero di fue de que... como te digo yo le hablé con Dios y le dije “sabes que yo batalle mucho por mi bebé, por favor déjame con ella” y gracias a Dios todo salió bien, obviamente si hubo complicaciones yo... mi bebé y yo, las dos salimos para terapia intensiva eh yo no pude ver a mi bebé hasta días después porque yo estaba en terapia, ella estaba en terapia y no podíamos vernos y pues mi esposo era el que iba y la veía a ella, iba y me veía a mi porque como estábamos en el tiempo del COVID, solamente él podía estar, no podía estar alguien más y yo esta con mi bebé, ve con mi bebé, cuidala a ella pero yo no podía estar es un área muy exclusiva de bebes , muy controlada porque como son bebés prematuros este no podía quedarse entonces venia conmigo pero gracias a Dios salgo, cuando salgo yo de terapia, yo a los tres días de que salí me dieron de alta y fue de que yo al segundo día, tercer día me tuve que levantar para ir a ver a mi hija, yo decía “estoy aquí y nunca la voy a ver, necesito verla” yo no la conocía, me la enseñaron un segundo cuando nació pero como tenía problemas para respirar se la llevaron inmediatamente, yo no la conocía, yo no la veía y lo que más deseaba era conocerla, verla pero no podía entonces me tuve que levantar como pude salí, salí de terapia intensiva, me levante y fui a verla y es el peor trauma o el peor cosa o la peor sensación ver a tu bebé llena de sondas, llena de... tú no poder hacer nada por... mi bebé lloraba y no podía calmarla, no la podía tocar con mis manos tenía que tener mis manos con unos guantes y yo iba con ella y le decía “mami aquí estoy, aquí esta mamá, no te voy a dejar solita” obviamente no podía estar ahí todo el tiempo, así fue

como te digo muy difícil y fue otra palomita y como dice este Li, ya ahí acabo, mi bebé ya está aquí, ya la están atendiendo, yo ya salí, estoy viva , ya fue como mi meta final, ya gané el maratón pero el postparto se me complicó, nunca me supieron decir que fue lo que pasó pero después de estar eh tener un embarazo difícil, a los quince días de que yo me alivié a los dos días sale mi bebé y a los quince entro yo de nuevo al hospital con mucha calentura, este escalofríos , temblando, eh entro y voy al seguro de mi esposo y me regresan, me dicen “no es que traes una pequeña infección \*sonido inaudible\* al siguiente día no mejoro tomándome el medicamento, vuelvo a ir y me regresan, al tercer día yo ya tenía dolores horribles en el vientre y vuelvo a ir y fue cuando dijeron “ya te hicimos exámenes de todo y no te sale nada, te vamos a internar” y yo ”intérname porque yo me siento muy mal” a mi bebé yo solo estuve un día y medio, cuando la saque del hospital y medio día después que o entre al hospital, la tuve que volver a dejar porque ahora la que estaba mal era yo, entonces estuve internada y no me encontraban me hicieron análisis, me hicieron resonancias, me hicieron radiografías, me hicieron de todos los estudios de sangre, de todo y no me encontraban que era y yo me sentía muy mal , hasta que le dije al médico “ábrame porque no es posible que no me encuentren nada y yo me sigo sintiendo muy mal” para esto yo no le dije a mi familia, si sabían que estaba internada pero no sabían la gravedad \*sonido inaudible\* yo veía que me sentía mal, que estaba mal, no reaccionaba a los medicamentos, mis venas ya no me podían canalizar porque se reventaban, entonces llego a un punto en que ya ni medicamento me podían poner porque mis venas ya no podían, me lo daban tomado y si en vena directa no funcionaba menos tomado, entonces fueron avanzando.

Mi desesperación era mucho, les dije “ábrame otra vez y véanme que es lo que está pasando porque ya es mucho no es posible que no salga nada ”, entonces me veían ginecólogos, tres, cuatro ginecólogos diarios, me veían internistas, me veían este eh urólogos, me veían muchos doctores y por lo mismo no se podían poner de acuerdo y o sea ninguno sabía lo que tenía, al yo decirle a uno de los ginecólogos “ábrame y ve que es lo que tengo porque yo me siento muy mal ” me dice “esto no es así, o sea (inaudible) no porque tú me dices te voy a abrir, esto no es así. Hay protocolos y tenemos que seguir un ritmo” y yo “ok, está bien “ yo ya me sentía muy mal, ya habían

pasado días y yo seguía con la infección o sea con calentura, calentura, calentura muy fuerte no se me quitaba y yo tenía mucho frío y me tenía que meterá bañar porque la calentura la tenía muy fuerte, al final me operan, me vuelven a operar y ahí se dan cuenta que estoy toda infectada por dentro, me dio una sepsis pélvica que en un ratito se me estaba a punto de extender por todo el cuerpo y por poquito y no la cuento ya estaba muy grave, me dijeron “te vamos a quitar la matriz” y le dije “quítenmela o sea hagan lo que tengan que hacer”, salgo de la operación y vuelvo a terapia, vuelvo a entrar a terapia y ahí estuve cuando yo reacciono dos días después me dice mi doctor, le digo “me quitaron la ma...” para mí que me quitaran la matriz era como que ya me salvaron, yo en esa operación estaba muy débil ya mi cuerpo no me respondía, mis venas no me respondían y fue igual de hablar con Dios y decirle “tú sabes todo el camino que recorrí, tú sabes todo lo que batalle, ya que me diste a mi bebé permíteme seguir con ella pero que sea lo que quieras ” y cuando dije “que sea lo que tú quieras” deje de respirar, ya no pude respirar y ya no me acuerdo de nada hasta dos días después que desperté y desperté para que me dijeran que no me habían podido quitar la matriz, que yo seguía con la infección (inaudible) pero que el peligro seguía igual, debido a la infección tan fuerte que tenía ya no me pudieron quitar nada, ya no me podían raspar porque se me venía una hemorragia, entonces mi penar no termino para mí con la cesárea siguió, siguió.

**E:** Claro, tú ... digamos que tu embarazo se complicó aún en el postparto.

**Lo:** Aún.

**E:** Y para nosotros es muy importante, emm esta diferencia que tú haces ¿no? De de la, la, el público al privado ¿no? O sea la, la, la... el postparto fue algo también difícil aunque vamos a tratar un poquito el postparto un poquito más adelante dependiendo lo que salga aquí y bueno a ver, nada más porque nos queda poco tiempo de hoy no queremos cansarlas tampoco tanto y si nos pueden ayudar con otra sesión fabuloso porque han salido temas súper interesantes como esto que nos está diciendo LO, y que también pues nos van a aportar muchísimo ¿no?, porque no se acabó o sea todo el viacrucis no terminó solo con el embarazo de alto riesgo sino que también se extendió al parto ¿no? Y al postparto, y lo mismo le pasó a SO porque ahí fue a donde la



interrumpí a Sofí, por eso yo creo que el postparto podríamos verlo en la... en otra sesión podríamos evaluar que tanto lo podríamos ver, porque porque ahorita bueno pues digamos que nuestra entrevista emmm tiene que abarcar un poquito lo que fue el servicio público y privado que nos comentaba LI, que nos comenta LO, SO por lo que entiendo So tú te atendiste también en servicio público ¿no? Allá.

**So:** No, emmm primero fue público después por suerte pude eh porque acá si estudias en la universidad te dan la posibilidad de hasta los 24 años, yo tengo 23 de tener obra social digamos, de tener pago.

**E:** Ok, ok y lo hiciste después, te cambiaste ¿y notaste una diferencia del público y el servicio...?

**So:** Si, totalmente, eh no sé cómo será en los lugares de las chicas pero acá por ejemplo para sacar un turno, para hacerte unos análisis de sangre, eh una ecografía o lo que sea tienes que ir a las cinco de la mañana yyy para que te atiendan a las diez, once y ya si vos estas con de que tienes que estar en reposo absoluto, tienes que estar caminando, parada, sentada lo que sea pero no cumpliendo con el reposo digamos, por encima tienes que ir vos no puedes mandar a alguien y yo me acuerdo que el barbijo se descomponía, me daban nauseas, no la verdad que.. encima pandemia.

**E:** Ok, o sea que para las tres fue un alivio tener la parte privada.

**Li:** Si.

**So:** Si.

**Lo:** Si, si fue un abismo de diferencia.

**Li:** Si, totalmente.

**E:** Ok, y bueno pues... muy muy interesante lo que comparten todas eh mencionaban algo que no me gustaría dejar pasar en esta sesión nada más, eh en este tiempo la red de apoyo que tuvieron ¿Quién fue? ¿Qué fue, quién, quién fue su mayor apoyo?, o sea hay muchas preguntas que me surgen y quisiera decirlas todas ¿no?, no podemos abarcar todo ahorita, pero em rápidamente me surge, la primera que me surge es decían son muy crueles para darte la noticia, ustedes creen que hubiera hecho una

diferencia si no les dan tan cruel la noticia, o sea si hubieran sido más empáticos, las hubieran preparado... ¿creen que eso hubiera hecho una diferencia en ustedes?

**Li:** Si.

**Lo:** Si, totalmente porque te digo en mi caso era asustarme cada que eh y si como comento LI son tantas y tantas la pacientes que ven que una más de... eres una más y tú lo que quieres es que te pongan la atención que, que vean que tu eres un caso especial a mi me decían, yo le decía “oye sabes que, dame la incapacidad” y me decían “no eres la única tengo aquí muchos años y no eres la única que tiene ese problema, hay muchas” total que no podías mencionar que... no podías mencionar nada porque ya salían con otras cosas entonces, si si es muy diferente

**E:** LI, ¿tú crees que hubiese sido distinto si te hubieran tratado con más empatía?

**Li:** Siii. Mira yo lo veía cuando iba con mi médico particular era.... Él me decía así “mira no te preocupes, como tu caso hemos visto muchas” hablaba en plural siempre como con su equipo ¿no? “Hemos visto muchas y han salido a delante tú no te preocupes, tú déjanos a nosotros este el... la preocupación” yyy cosas muy distintas cuando iba al seguro o sea yo iba al seguro pues si por estas cuestiones pues del papeleo ¿no? Perooo al final de cuentas pues esteee yo iba al seguro y creo que salía más desmotivada, si notaba salía de nervios, salía angustiada que cuando iba ya con el particular pues me tranquilizaba un poco, o sea al final de cuentas también esto que decías del apoyo pues emm tuve el apoyo de mi jefe porque de en el seguro nunca me dieron incapacidad de “si, órale vete a reposo si los seis meses” no, no, no o sea eso fue que mi jefe me apoyo, no pagó el sueldo seis meses pero me siguió respetando mi lugar yyy me siguió teniendo en el seguro, pues entonces pues ese hójole la verdad es que eso hasta la fecha con mi jefe estoy como súper agradecida.

**E:** OK, eh SO ¿De quién recibiste mayor apoyo durante este tiempo? ¿Cómo fue tu... tu experiencia?

**So:** Eh mira, como te conté al principio el papá de mi bebé como que se shockeo y se alejó, así que de él pues fue a partir de que caí con las contracciones, pero antes yo vivo con mis papás y mis hermanos, ellos fueron un gran sostén, porque claro eh

porque por ahí una dice no quiero molestar que se yo y no, no lo contario me traían la comida a la cama, me atendía y justamente por ahí es donde mi mamá se enoja porque dice “eso lo tendría que haber hecho el papá de la bebé” pero.... Pero bueno, eh ya esta y yo se los voy a agradecer toda la vida digamos.

**E:** OK, LO ¿De quién recibiste tú el mayor apoyo durante el embarazo de alto riesgo?

**Lo:** Híjole pues por parte de todos, te digo por parte de todos fueee... pues obviamente mi familia principalmente mmmm mi esposo.

**E:** Ok.

**Lo:** Te digo, yo antes de esto estaba en terapia, yo tomaba terapia psicológica y como que ya me habían preparado para... Bueno no me habían preparado para eso pero se te digo ya en mi mente estaba un poco más relajada, más abierta, ya como dice una de las chicas que lloraba mucho, yo tenía depresión, no dormía , lloraba, todos los sentimientos que pasan cuando estás en depresión, entonces, ya cuando yo este di positivo a mi bebé pues te digo fue un mar de emociones y toda mi familia estaba sobre mí, mi esposo estaba sobre mí, la familia de mi esposo estaba sobre mí, yo si me sentí acompañada durante todo el tiempo del embarazo, pero pues principalmente la familia.

**E:** Oye Lo, y este apoyo psicológico previo ¿lo tuviste también durante el embarazo de alto riesgo o solo fue previo?

**Lo:** No, solamente fue previo porque mi psicóloga me dijo que no podía, de que ese proceso lo tenía que pasar yo sola, que no podía estarme acompañando pero que si yo quería o necesitaba hablar o algo que ahí estaba ella, y o sea ya cuando pasó todo le hablé y le dije “te necesito, estoy mal ” yo tenía miedo de salir del hospital porque yo sentía que me iba a morir, era un trauma y una angustia muy fuerte entonces yo le decía... me dieron de alta y yo les dije “no me voy a ir , no me voy a ir” me quedé dos días más porque no quiero regresar a morirme en mi casa, salgo del hospital y salgo hablándole a mi psicóloga diciéndole que necesito hablar y empecé terapia otra vez.

**E:** Ok, pero ya hasta que saliste.... LI ¿recibiste algún tipo de acompañamiento psicológico durante el embarazo de alto riesgo?

**Li:** No, fíjate que no... jamás, jamás me pasó por la cabeza eh tiene ahorita poco que estoy yendo a terapia y justo hablábamos de eso y de la importancia de un embarazo de alto riesgo o de una pérdida gestacional eh, el apoyo psicológico. Digo apoyo en casa pues yo también vivía con mis papás y mi mamá fue la que veía por mí y al igual que SO me decía “Es que esto lo debería estar haciendo pues el papá de tu bebé ¿no?” digo en este caso mi pareja pues ni siquiera vivía aquí, bueno si trabajaba fuera entonces pues tenía que desplazarse, entonces pues si pero yo también pues no me quería ir a otro lado, yo me sentía como “que mejor lugar que estar con tu familia, con tu mamá ¿no?”.

**E:** Ok, SO ¿Tú recibiste algún tipo de apoyo psicológico?

**So:** Sí, sí desde que empecé a buscar el embarazo, incluso me demoré ahora porque estaba con la psicóloga.

**E:** Ok, todo el tiempo fuiste acompañada.

**So:** Sí, sí desde antes y cuando fue que estaba con reposo que estuve con COVID y eso al principio eh hacíamos así virtual.

**E:** Ok.

**So:** Alguna veces. Obviamente no es lo mismo pero cuando estás en cama no puedes hacer mucho.

**E:** Ok, muy bien pues ya cerramos con esta última pregunta y terminamos la sesión por el día de hoy, solo me gustaría si nos pudieran compartir eh rápidamente eh ¿si me escuchan?

**Li:** Ay perdón me estaban hablando, sí, sí te escucho.

**E:** No te preocupes LI, em ¿qué significó para ustedes tener un embarazo de alto riesgo?, em si me lo pueden resumir, pero muy concreto ¿qué significó? ¿cómo piensan hoy? ¿qué implicó para ustedes?, si tuvieran que narrar bueno pues para mí esta experiencia fue esto ¿Cómo lo expresarías LO?.

**Lo:** A mí me encantaría decirte que fue lo mejor que este me ha pasado que dentro de todo lo malo si fue lo mejor porque gracias a eso tengo a mi bebé conmigo pero yo veía a otras chicas y te digo veía sus foto y yo decía “¿por qué no me puedo sentir como ellas?, yo no puedo verme como ellas” ¿cómo te puedo decir?, este ahorita ya lo veo como un aprendizaje, comooooo ahorita que ya lo pase todo lo veo como un aprendizaje porque me tuve que dotar de paciencia que no tenía y pues ser muy paciente te digo porque era un triunfo cada día, para mí era un triunfo que mi bebé estuviera conmigo y que seguíamos juntas entonces eh pues prácticamente así lo viví y este ahorita ya lo veo como una experiencia y como un aprendizaje.

**E:** Ok, SO ¿Tú que podrías decirnos?

**So:** Yo como te dije mucho miedo y todo pero ahora orgullosa de poder haber salido, eh que saliera todo bien digamos, de que todo el sacrificio valió la pena, cada llanto, cada malestar, cada ataque de nervios, cada.... Todo valió la pena.

**E:** Ok. LI para ti ¿qué significó tener un embarazo de alto riesgo?

**Li:** Para mí fue como la prueba más grande que tuve de pues de fortaleza de poder tener pues en el... en este ahora sí que en la vida.

**E:** La describes como la prueba más grande que pudiste haber tenido en la vida.

**Li:** Si, si fue como decía LO, la prueba más grande de paciencia, de fortaleza, no solo física ¿no?, mental, emocional, o sea de verdad yo lo veía como una carrera contra el tiempo, contra todo y si es hijole una prueba muy grande desgastante en todos los aspectos, o sea para mí fue la prueba más grande.

**E:** Oye LI, y ¿qué te motivó a unirse al grupo de Facebook?

**Li:** Pues la verdad lo que me motivo fue que recién te digo tomo terapia por otras cuestiones yyyy me llamó la atención que me dijo que si yo nunca había tomado eh terapia por el embarazo de alto riesgo entonces fue cuando me di cuenta de que es algo que realmente se tiene que trabajar no era como yo pensaba “pues ya pasó, nació mi hija y ya lo que sigue” o sea no, o sea en verdad es algo que te marca de por vida

yyyy que es importante ¿no? A pesar de que digo mi hija ya tiene nueve años, pero es algo que te marca.

**E:** Ok, por eso te metiste al grupo.

**Li:** Si, si en si fue por, por la terapeuta con la que estoy yendo actualmente y que me hizo esa pregunta ¿no? Y que ya fue que me replantee de que en verdad es algo importante trabajar porque es algo que pasó en tu vida que no fue como cualquier cosa, que pasó y ya.

**E:** LO, ¿a ti que te motivó a unirme al grupo de Facebook?

**Lo:** Eh, ¿cómo se llama el grupo? Es que estoy en muchísimos.

**E:** Embarazo de alto riesgo y esterilidad.

**Lo:** Ah porque pasé esterilidad, bueno infertilidad más bien, este y quería saber experiencias, cómo lo manejaban las demás mujeres también que tenían alto riesgo, también poder ver casos similares para yo poder estar preparada mentalmente, para empaparme más sobre el tema, en mi vida yo había escuchado algo así... Entonces quería motivarme a que me dijeran otras mujeres “yo también lo padecí y estoy bien” y todo eso, fueron muy pocas las, las experiencias de otras mujeres como la mías, pero este si veía otros casos y a mí me servía para preguntarle a mi doctor “oiga, ¿y esto?, oiga lo otro” entonces eso fue un motivo para entrar en el grupo, en este y en muchos otros más.

**E:** Ok, para motivarte.

**Lo:** Así es.

**E:** Ok, SO ¿Qué te motivó a ti entrar al grupo?

**Li:** Este una disculpa, ay perdón me tengo que Salir, discúlpeme muchísimo.

**E:** Ya terminamos LI, ya terminamos te agradecemos.

**Li:** Justamente ahorita tengo terapia con la psicóloga, al veinte para las siete, entonces me tengo que conectar.

**E:** No te preocupes, Muchas gracias LI por tu apoyo.

**Li:** Gracias, una disculpa y un abrazo a todas.

**E:** A ti, gracias, nos vemos más adelante.

**Li:** Gracias, estamos en contacto.

**E:** Bye.

**So:** ¿listo? Jaja, justamente como decía LO, paraaaa ver otras experiencias, para ver como lo pasaron, para distraerme también un poco y también entre en varios grupos porque también estar todo el día en cama y para ver lo si en este o en los otros suben fotos de los bebés que ya nacieron, de que está todo bien, no sé para decir bueno conmigo va a pasar lo mismo, eh justamente eso como decía LO.

**E:** Bueno, eso es todo por hoy chicas, muchísimas gracias por su apoyo, nos gustaría saber si pudieran apoyarnos en una segunda entrevista, segunda y última creemos, entrevista, estemmm no sé si este horario les quedó bien y cómo esta su disponibilidad para ayudar... obviamente que la primera es un poco más larga porque nos presentamos, porque nos dicen un poquito más su experiencia, la segunda sería un poquito más concreta y más corta, eh entonces nos gustaría saber si pudieran apoyarnos para una segunda entrevista, donde queremos abarcar parte de lo que han hablado ahorita, tenemos que hacer un poquito de análisis de lo que hablaron para definir lo que abarcaríamos la siguiente sesión, entonces eh no sé LO cómo estas para apoyarnos una segunda reunión .

**Lo:** Si, claro que sí.

**E:** ¿Si?, que linda SO tu bebé ya la vimos ahí jajaja , ya la conocimos, gracias por compartir esto que es tan intimo con nosotros, gracias por abrirnos eh su corazón, su mente ¿no? Y esperamos que lo relatado sea una experiencia sanadora para ustedes, que les permita pues construir hoy el valor de lo que tienes ahí en tus brazos, de lo que tienes LO también y pues que padre nos gustaría mucho que repensaran y cualquier cosa que suceda después de esta experiencia con nosotras también nos la pueden compartir abiertamente, eh la siguiente sesión pero bueno pues muchas gracias de

verdad chicas por su tiempo, lo valoramos mucho y nos ponemos en contacto con ustedes para la siguiente sesión ¿les parece bien? Les mandamos mensaje y este creo que ya no tenemos problemas con los datos ¿verdad Arlette? de ellas tres.

**Arl:** Em, no ya las tengo agregadas.

**E:** Ok Arlette es el contacto, la que las va a contactar este pues por aquí nos vemos chicas, no sé Iván si alguien se quiere despedir, si quieren agregar algo.

**Yub:** Muchísimas gracias de verdad que no saben cuanta ayuda nos es escucharlas, nos es platicar con ustedes, yo sé que a veces están muy ocupadas entre el bebé, la casa, las cosas entonces de verdad los parecíamos mucho, mucho, gracias por su tiempo y pues esperamos verlas la siguiente.

**E:** Muy bien pues... ajá, Iván.

**Iv:** Ah perdón es que quería agradecer por su tiempo ¿no? Ya sé que tienen este igual estas responsabilidades, cosas por hacer, pero pues agradecemos que se tomarán un tiempo para pues para ayudarnos y también para pues que esto puede servirles a ustedes para conocer de otras experiencias, muchas gracias.

**E:** Naye, ¿quieres \*sonido inaudible\*?

**Na:** me tuve que mover de lugar, bueno no sé si todavía me escuchan.

**E:** Si, te escuchamos.

**Na:** Ah bueno, pero... no pues si muchas gracias y pues yo también me llamo Nallely, formo parte de pues del equipo y pues también esperamos que pues si que vengan para la siguiente sesión que puedan asistir y pues ya... no sé si tengan como algún día en especial o algún día un poquito eh desocupadas o algo así.

**Lo:** Yo trabajo los sábados y los domingos.

**So:** Prefiero entre semana.

**E:** Ok, entonces prefieren entre semana, igual SO igual preferías entre semana, muy bien, lo tratamos de programar entre semana, LO no trabaja, muchas gracias bueno ya nada más lo checamos con LI que se desconectó, que lindas chicas no les quitamos



más su tiempo, muchas gracias, cuídense mucho y cualquier cosa estamos para servirles.

**Todos:** Gracias, Bye.

### **3. Transcripción de la intervención 2**

**E:** ... ¿tuviste algún tipo de apoyo psicológico durante el embarazo de alto riesgo?

**Li:** No, para nada

**E:** no, ¿verdad? Oye y ¿de la clínica del seguro te mandaron algo?

**Li:** no, no, tampoco para nada. Incluso que crees, pasó algo bien, bueno, bien chistoso, bueno ahorita ya se me hace chistoso \*pequeña risa\* digo, ahorita ya se me hace chistoso pero ... me dieron la ... mi cita para ... bueno si me pasaron a especialidad pero haz de cuenta que me dieron mi cita para... me acuerdo bien, el 26 de enero para ver cuando me hacían la cesárea, pues no, obviamente ya no llegué ... ya no llegué, porque nació el 5 y este... y has de cuenta que hasta hablaron a mi casa y... y me dijeron no pues es que su cita la, la tiene. Ah, porque pues para variar no hay agenda, fin de año, entonces este, hablaron... y dijeron que pues ya tenía la cita para especialidad, para valorar la cesárea el 26 de enero y pues ya y mi mamá dijo, saben que demasiado tarde.

**E:** pero por parte de salud mental nunca te ...

**Li:** no, no, para nada no, y es que como nunca tuve incapacidad de ahí, pues no, tampoco.

**E:** ok, ok. Oye y nos podrías compartir un poquito la, la charla pasada, nos decían mucho las tres que... algo muy en común que notamos que tenían era el miedo ¿no? Como muy constante, y muy latente todo el tiempo, cómo lograste tu manejar todas estas emociones que se presentaron sobre todo el miedo, que me parece que fue la más presente.

**Li:** pues la verdad yo siento que no lo manejé porque te digo que a mi se me manifestó en el insomnio, yo de verdad fueron 6 meses que no dormía, ósea, no dormía y eso pues se ... ósea, ya se viene cuando nace mi hija y pues ya todo esto pues menos... ósea... fue como... mas de un año sin dormir, la verdad es que yo no... yo no ... no lo gestioné de ninguna forma ni lo trabajé.

**E:** oye Li, ¿podrías describirnos un poco, como eran esas noches de insomnio?

**Li:** Si, si mira, de entrada, físicamente, pues a lo mejor al inicio, pues si me sentía mal, porque aparte a mí las náuseas me daban en la noche, no en la mañana. Entonces, pues como hasta la una, se me quitaban ya las náuseas y ya como que me empezaba a agarrar el sueño, pero ya como a las ... no sé... como a las 2, no sé, yo creo que antes, como a la 1, 2 a lo mucho, como relojito así hasta tenía un ... pues un reloj alado y era la misma hora en la que se despertaba y yo veía de verdad. Yo veía el amanecer diario, ya hasta sabía que programas ponían en el radio, ya hasta los escuchaba, este... porque ... pues así era... y de hecho ya hasta que encontré esa distracción del radio, fue pues a lo mejor hasta un poco más leve, te digo que ya hasta sabía a que hora se ponía. Y fue como que ya me distraía porque a veces prendía la tele, pero realmente ya hasta la tele me aburría, ósea, en la madrugada, la tele abierta no había nada ¿no? Y este... y pues no... ahorita ya hay como Netflix y esas cosas \*pequeña risa\*, pero no, en esa época ni siquiera, entonces, hace 10 años, entonces... pues la verdad es que eh... se ... como que se disminuyó un poquito esos pensamientos porque ya te digo que escuchaba el radio. Y aunque fueran programas, así como de reportes o de lo que fuera, pero bueno, ya por lo menos pensaba en otra cosa.

**E:** ok, pues mira, ya llegó So. Bienvenida So, eh... nos gustaría y estamos...

**So:** Gracias y perdón, hay tormenta acá y se complica mucho el internet. Disculpen la demora \*pequeña risa\*

**E:** no te preocupes, no te preocupes, estaremos que podamos seguir conectadas, sino pues te aprovechamos, no se te vaya a ir por ahí la luz o algo. Ehh... comentábamos del apoyo psicológico So, y tú nos habías comentado en la sesión pasada que tu si tuviste apoyo psicológico, entonces, nos gustaría saber... Li, ahorita nos platica que no

recibió alguna clase, algún tipo de apoyo psicológico. Ehh... cómo fue tu apoyo. Porque la sesión pasada nos comentaron que sintieron mucho miedo, creo que coincidimos mis compañeros y yo que el miedo es el sentimiento más presente que tienen ustedes, fue lo que más repitieron, miedo, entonces, cómo tu manejaste este miedo, tu que tenías este apoyo, cómo fue ese apoyo y como manejaste este miedo, te ayudaron con eso, no sé. Platícanos un poquito tu experiencia con eso.

**So:** Sí, mirá yo después de la sesión, que tuvimos acá, no se si se llama sesión, reunión, o cómo le llamás, estuve pensando mucho, oíste, con ... todo lo que estaba pasando... me pasa también con mi psicóloga, se me olvidó, se me olvidó decirle esto... y lo que me pasaba a mí, lo que me pasa a mí, es el miedo a estar sola mas que nada. Eh.. yo cuando era chiquita, me enfermé mucho y tengo una hermana 5 años más chica, recién nacida y me llevaron a vivir con mi abuela unos meses, entonces mi psicóloga dice que viene por ahí el tema y yo tenía miedo de perder al papá de mi bebé. Al yo no ... obviamente al perder al bebé todo, pero, también era el miedo de perderlo a e. al yo no poder tener por supuesto relaciones ni nada por el estilo, eh... también estaba el miedo ese. Te digo porque me acordé, me acordé al tiempo, al ratito que cortamos me acordé. Y obviamente era miedo al perder al bebé...

**E:** no solo era el miedo de perder al bebé sino también el miedo de perder a tu pareja por tus circunstancias

**So:** Exacto, como que yo me sentía responsable, de que, si yo no le cumplía por ese aspecto, eh. Lo iba a perder a el, iba a ser mi culpa, yo sentía mucha culpa em... y yo miraba tele, miraba el teléfono, tejía, me gusta mucho tejer, eh... en ese momento estaba terminando la escuela yo porque me había atrasado unos años y me puse con el tema también de las clases virtuales, em... las materias, hacer los trabajos prácticos para la escuela, el apurarme justamente por mi bebé para que cuando venga mi bebé no se me complique tanto, ehm... y eso...

**E:** ok y nos podrías platicar un poquito sobre el apoyo psicológico que tu recibiste, ósea, por ejemplo, cómo ... cómo le decías tu a la psicóloga siento miedo y ella te ayudó a trabajar, cómo fue este apoyo, durante el embarazo de alto riesgo.

**So:** sinceramente no me acuerdo mucho, pero, el tema era ese, que si el papá de la bebé se iba que no iba a ser culpa mía, iba a ser responsabilidad de el que yo iba atender siempre a mi bebé y que ella nunca me iba a dejar sola ... que yo trate de estar bien, que y bueno, cuando me... cuando me dieron el ok de poder empezar a moverme un poco mas en el embarazo me dijo que tenia que salir a caminar 1 hora, ayudar con una tarea de la casa, comer algo dulce y tomar sol. Eso fue lo que me tenia que... lo que me sumó ella, digamos, todos los días claro.

**E:** recapitulando a ver si quedamos claras, Li, de alguna manera tu eh... no sientes haber manejado el miedo del todo, digámoslo así, por lo que entiendo, y corrígeme tu si estás mal, lo, pues lo ocultaste, lo escondías detrás de escuchar radio, te distraías nada más de eso, pero no lo trabajaste.

**Li:** ajam, sí.

**E:** So, pues si lo trabajó con mucho activismo, la escuela, y trató de ocupar su mente, entonces, bueno... ay, mi cachorro está acá haciendo ruido. Entonces, nos gustaría saber Li, tú que no recibiste ningún tipo de apoyo psicológico, profesional, em... cómo te hubiera gustado, cómo sientes tú que hubiera sido bueno, ahorita que ya pasó todo este estrés que tu viviste, ya estás mas tranquila, ya pasó tu bebé, como que la vida ya te dio un suspiro ahorita, entonces, ahorita tu como nos podrías decir, vivir el apoyo, porque, bueno, pues se trata de que nosotros hagamos precisamente, pues teste trabajo ¿no? Entonces nos gustaría mucho escuchar sus recomendaciones o cómo ustedes, em... sienten que les hubiera gustado, qué te hubiera gustado Li, si tratas de remontarte a esos momentos de la angustia, de la desesperación, me imagino, por no dormir, por quererte dormir y no poder, qué, qué, no gritabas, así como algo, por qué no existe eso o no sé.

**Li:** es que mira, como realmente tienen es una incertidumbre, entonces yo creo que si es lo más desgastante, si realmente es una incertidumbre de no saber que va a pasar y que sobre todo es ... es ... es la vida de tu hijo, ni siquiera es una cuestión económica o algo de lo que también a lo mejor si a uno le preocupa, pero eso es lo más desgastante, y yo creo que ... pues me hubiera gustado... es que ni siquiera lo... ósea me imagino como que tipo de... que te pueden decir porque tu esperas que te digan

que todo va a estar bien pero pues nadie te lo puede decir, porque ni siquiera hay nada seguro en esto, pero por lo menos sentirte acompañada o escuchada en ese, en ese aspecto, ¿no?, ósea como que estés sin ser fatalista o tampoco una... como... em... una mentira de que todo va a estar bien, simplemente el hecho de sentirse acompañada, escuchada en todo este camino, y ... y estar preparada para lo que venga, sea bueno, sea malo.

**E:** Ok, ok, So, tu podrías decir algo, ósea si tu tuvieras por decir, ahorita una amiga que empieza a pasar lo mismo que tu pasaste, que le podrías decir, siente los mismos miedos que tu sientes, qué le dirías de consejo.

**So:** para empezar, no se si cuenta lo que haría también, me gustaría ir acompañarla porque yo también me sentí sola por ahí, obviamente mis amigas tenían sus cosas, sus hijos, todo por hacer, pero yo buscaría dar la compañía que por ahí yo no ... con la que no conté digamos, y decirle que esté tranquila, que vea una película, que me llame, que si necesita hablar, que obviamente yo voy a estar, por todo lo que yo pasé, que se acerque a Dios, a mi también Dios me ayudó mucho eh... la ... en ese momento era la... eh... las celebraciones de la iglesia virtuales, así que también ahora se me viene a la cabeza y que bueno, hay que esperar, hay que cuidarse, hay que... que se cuide, no moverse si tiene que hacer reposo, si tiene que comer cosas para sentirse bien, comerse cosas dulces que por ahí suben un poco el ánimo, ver algo que le guste, justamente todo lo que yo hacía.

**E:** tú le recomendarías ver em... ¿tú le recomendarías ver algún terapeuta?

**So:** Sí, si también \*pequeña risa\* también, claro.

**E:** Bueno, el tema que acabas de tocar de Dios, no estoy segura si fuiste tu la que la vez pasada también mencionó, no, creo que fue Lore verdad, la que se encomendó a Dios... y tu también dices que te encomendaste mucho a Dios, cómo te fue a ti en ese tema Li

**Li:** pues también fíjate que, que ahorita que dijo So, esto de hablar, si hubo como a lo mejor dos personas, entre ellas, mi abuelita y una amiga, que eran con las que hablaba y podía hablar 2 horas por teléfono con ellas y este... ósea, aunque no estuvieran en la

misma situación a lo mejor me contaban cosas, no precisamente de esto que estamos viviendo, sino de otro tipo de cosas y te, te distraías no. Como decía So, te sientes acompañada, aunque no estén pasando por lo mismo y ehh... pues mi abuelita también es como super religiosa y si esa parte es obviamente... en ese momento pues te cala más, te llega mas y buscas esa ... esa presencia, ese acompañamiento, entonces si también pues eh... pues si hubo mucho como, esa parte

**E:** ok, entonces cuando estás sensible, la conexión espiritual, fuera de religión, ni de lo que creas, la conexión espiritual se hace más sensible, ustedes lo notaron, ok, que interesante. Y bueno, yo creo que algunas de sus recomendaciones están principalmente en el no estás sola, ¿no?, acompáñate, que te platicuen, creo que los momentos de soledad son mas vulnerables no, por lo que ustedes platican aquí

**Li:** si, si, bueno, yo creo que es por que en parte estás como pues con tus ideas, con tus miedos, con ... con todo eso que está pesando, que te está pues haciendo sentir angustiada ¿no?

**E:** Oye Li, te recuerdas algunas de estas ideas que te estás mencionando ahorita que dices que estás con tus ideas, con tus pensamientos, con tus miedos

**Li:** si, por ejemplo, yo todo el tiempo pensaba que ... como a mi se me vino una hemorragia muy fuerte, yo todo el tiempo pensaba que se me iba a venir una. y de verdad me daba miedo moverme, esa era como una idea constante, constante, ósea, de verdad yo todo el tiempo estaba revisando como la ropa interior que no tuviera Sangre y ese fue un pensamiento que tuve todo el tiempo, ósea, todo el tiempo, si en la noche, a cada rato me revisaba, si me paraba, si porque, e... si, literal me sentía como de cristal y si hacía algo se me iba a venir como una hemorragia entonces ese si fue como un pensamiento que tuve yo creo que hasta como obsesivo, ósea, de estar todo el tiempo pensando en eso, y, y... pensando que podía pasar eso en cualquier momento.

**E:** So ¿Qué opinas de esto que nos acaba de decir Li?

**So:** Sí, yo también...eh no tan así, pero si después que me dio el alta por la hemorragia también... eh...incluso no sé si era mis dolores que decía que no, no quería que le den

de alta porque tenía miedo yo paso lo mismo... y me pasó lo mismo... Después que tuve la hemorragia. Lo que más me asustó, no sé si lo conté la vez pasada que el médico me agarró la mano y me dijo quédate tranquila que esto dura como mucho, como mucho 15 minutos. Y yo me dormí mirando el reloj y he pasado más de una hora. ¿Qué pasó acá, eh...? Me pasaron sangre, no levante fiebre, deliraba. Bueno, ni era yo... Y después de eso la verdad que me daba miedo venir a mi casa... Me daba miedo no por mí, ya que uno ya no piensa por una, piensa por la personita que depende de nosotras, digamos creo yo, eh... Y bueno encima ese día justo era la... esa noche la final de Argentina. Así que el papá se fue, nos dejó solas, peor de miedo. Pero bueno, tengo una experiencia parecida con una amiga que le pasa, pasó, le pasa lo mismo con el papá de la bebé... entonces como que no sé, no cierro todos los hombres de la bolsa porque sería bueno, pero no, no he sabido elegir bien... \*pequeña risa\* últimamente...

**E:** Ok, y aquí hay algo curioso las dos tuvieron en su red de apoyo principalmente a su familia, el papá, creo que no estuvo muy presente, ¿cierto Li?

**Li:** Si también me sucedió un poco como como So y también me sucedió que estaba en el hospital \*pequeña risa\* acuerdo mucho y eso es algo que a pesar de que ya no estoy con él... eh... y me acuerdo y era algo que le reprochaba mucho, que el día que me puse más grave es igual, ese día tenía él un concierto y pues se fue no, bueno digo y me decía es que o sea de todos modos ni puedo estar contigo en el hospital, en el seguro ya vez que no dejan que este alguien, más que en las horas de las visitas, pero el hecho de yo saber que iba a entrar a verme aunque sea esa hora, pues ya era como pues... como sentirte lo mismo que decimos mucho ¿no? acompañada.

**E:** Oye Li, ¿él no vivía tampoco contigo?

**Li:** No, no, porque trabajaba fuera,

**E:** ok, ¿pero no estaban casados...?

**Li:** no

**E:** sí, sí, pues eso influyó también... So No, no estabas casada con él ni tampoco vivías con él ¿verdad?

**So:** No, no, pero cuando fue lo de la... lo de la primera internación, por ejemplo, que me fui a verlo al ginecólogo, empecé con las contracciones ahí...eh... Faltaba una chica para que entre yo y empecé con contracciones fuerte y ya me derivó a la clínica. Él tenía que seguir trabajando y se fue conmigo

**E:** Ok...

**So:** porque incluso tenía la posibilidad de salir en la tele para... que llegue a más persona a su servicio, dice yo y él no me vio tan asustada, yo qué sé que se fue conmigo y en la hemorragia lo mismo... Él se había ido me había dejado recién en mi casa y yo le dije no sé porque le dije te vas a ir... ¿por qué no te quedas? No me voy porque estoy cansado, necesito bañarme. La cosa es que ni siquiera llegó a sacarse la ropa, porque se tuvo que venir corriendo a buscarme por la hemorragia. En eso él estuvo muy presente, incluso mi mamá se asustó mucho con la hemorragia y le dijo ¿Quieres que me lleve a la bebé o me quedo yo? y él le dijo no, me quedo yo. Es como que él necesita estar, ser parte de todo para no estar...no sé, la verdad es que no se... que por lo menos en los momentos más, o sea, los momentos más graves.

**E:** Ok, ok, pues creo yo que nos han dado mucha información, este... no sé si y si mis compañeros tengan algo más que agregar de lo que nos están comentando ahorita de ellas, me parece que es muy, muy interesante mmm... pero básicamente bueno, pues nosotros queremos construir y ser parte de alguna especie de red de apoyo también y pues su opinión... la verdad es que es muy valioso, ¿no? O sea, el no haberla recibido Li y nos mencionas yo si me hubiera gustado tener a alguien, o sea, validar mis sentimientos, alguien que me pudiera ayudar a validar, porque luego pues también creo que de pronto nos pasa que no queremos dar lata o no queremos espantar más a la familia y pues alguien ajeno, fuera de mí... entonces bueno, pues con lo que ustedes nos dicen me parece que tenemos mucha información ahorita no sé... ¿Yuba quieres agregar algo?

**Yub:** Este no... creo que todos los puntos están abarcados porque nos han dado mucha información e información interesante, que tal vez ni siquiera habíamos contemplado o pensado en un principio.

**E:** Naye o Arlette ¿quieren hacer alguna otra pregunta?



**Arl:** Pues no, como dijo esta Yuba, creo que ya todos los puntos están abarcados.

**E:** ¿Naye tu tienes alguna pregunta pendiente?

**Nay:** Bueno, es que es bueno, no sé si como... que recordando un poquito lo que dijeron del sector mmm del privado y del público, como este trato que tienen, yo creo que también podría agregarse como a uno de los consejos... qué pues tal vez, pues varias mamás tendrían para pues sí, para el sector público, no esa delicadeza con la que tienen que dar las noticias o ese tacto, porque pues sabemos que no es un momento agradable para... pues sí, para nadie y... pues ya yo creo que qué es todo como hacer... Bueno, yo creo que sí, sí es importante, eso recalcar otra vez este esté tacto.

**E:** Ok, si nos mencionaron ellos la vez pasada que, pues que de pronto no eran muy amables, no, no eran los más amables, el servicio no es el mejor en la vía pública, este tema es bueno, pues si es es parte de lo que es nuestro proyecto también va a incluir... ¿Iván, tú tienes alguna pregunta?

**Iv:** No, de mi parte no, creo que igual ya nos arrojaron suficiente información, más de lo que teníamos contemplado de mi parte ya no tendría...

**E:** Ok... Pues es que la vez pasada las entretuvimos de más, entonces este pues creo que no nos dieron de verdad muchísima información muy valiosa, sólo nos faltaba hacer como esta parte, que nos hubiera gustado mucho hacer esta comparativa después cuando escuchamos eso, que, si recibió la ayuda psicológica y las demás no, como es la diferencia entre una y otra que sí recibió y quien lo recibió...

**Li:** Fue muy sorprendente porque de pronto como que piensas, que piensas que en esas situaciones estás como tú sola, nada más que nadie más ha pasado por eso y y aunque digo ya pasó hace muchos años, pues sí, siempre. Con ese acompañamiento y sobre todo, creo que estoy yendo a terapia y justo me decía que a pesar de los años, pues queda como ese ese trauma y es algo que se tiene que trabajar, entonces pues... también había tenido como ayuda en este... pues pareciera ser que uno dice no de pronto, pues ya pasó a esta situación que me provocó a lo mejor dolor, que me provocó angustia en ese momento y ya, pero pues no, no es no le damos como a lo mejor esa

importancia a las secuelas que deja... pues a los traumas que deja de una forma inconsciente y pues la verdad es que sí fue muy muy interesante que que justo entonces se diera en un momento en el que igual estaba como trabajando la terapia.

**E:** Claro, yo creo que el revivir pues te va a ayudar aún más en la terapia, no es que dicen ah, ya me acordé de esto... te va a ayudar.

**Li:** Pues muy justo a eso me decía mi psicóloga el lunes... Si, justo eso me decía el lunes que porque le comenté que estaba este en este... pues en esta en este grupo cooperando y pues eso mismo me dijo entonces este pues el conocer otras chicas que pasan por eso, pues si es de alguna forma... mmm ay no sé cuál es la palabra como pues sí, como acompañada de alguna forma el sentir que una red no sé de qué manera decir ah no, porque en esos momentos pues sientes que nadie más está pasando por eso que se te acaba el mundo y la verdad es que sí sirve y es muy padre saber.

**E:** Oye, y por ejemplo con lo que me estás haciendo, cómo verías la idea tu Li de cuando lo estás atravesando hacer estas reuniones con grupos de mujeres que están viviendo lo mismo ¿Tú crees que sería factible?

**Li:** Sí, yo creo que sería de mucha ayuda, porque repito, tú te sientes como pues como que nadie más está pasando por eso este... sí sería de gran ayuda, no digo, pero sabría con qué te oigan.

**E:** Claro, claro... So ¿Tu qué opinas de esto?

**So:** También coincido con ella, que está buena la idea de que, si por ahí podemos servir de alguna forma para decirle a las otras mujeres que tal vez estaba pensando, no sé si en el caso de que sea algo de super riesgo, que todo va bien, todo va a estar bien y que después pase lo peor, pero por lo menos contar nuestra experiencia. A mí el hablar como te digo después tuve como varias horas pensando y repasando y todo lo que viví o ¡wow! O sea que en ese momento pensás que estás en el peor momento y que nunca va a pasar y que después la ves a ella y decir ¡wow! \*Risa\* Así que si

**E:** ¿Te ayudó a revivir? entonces esta experiencia te ayudo a hablarla

**So:** Sí, si si... la verdad que sí.

**E:** qué padre, que hayas sentido todo eso al haber hablado que te dejó reflexionando después de la sesión, eso está padrísimo. Te dejo meditando en todo lo vivido y pues le das más valor a un bebé

**So:** Claro

**E:** Como dice el poeta, todo lo vivido son unas chicas muy valientes So, Li, las felicito y me da muchísimo gusto que ustedes hayan logrado ver a sus bebés. No es el caso tristemente de todas, pero bendito y afortunadas que ustedes tienen allá sus nenas y creo que todas tienen hijas, así es que es muy maravillosa ver eso y pues felicidades de verdad. Estamos muy agradecidos por parte de la universidad y nosotros como estudiantes del apoyo que nos brindaron y pues si armamos un proyecto nos encantaría que estas estuvieran presentes, ¿no? En una de estas estaría padrísimo, ahorita tenemos que platicar mucho nosotros de cómo vamos a armar ese proyecto, pero estaría padrísimo que ustedes fueron un apoyo, no diciéndole a esas mujeres a ver que no tranquilas, o sea, pase lo que pase las tiene que estar bien ¿no? Y sabemos que se siente, sabemos que el miedo y estaría padrísimo. So que las tijeras por pónganse a estudiar algo, a leer algo, a saber, un curso ¿no? O Li pues a mí me sirvió escuchar la radio, o sea, los pros y los contras creo que no deben hacer eso, estaría padrísimo, de labios de las de las que lo han vivido y lo han atravesado y salieron bien triunfantes de ahí, de de esa zona de peligro y de dolor. Entonces pues les agradecemos mucho, chicas, de verdad y ya seguimos en contacto, no sé, en caso de que necesitemos algo por ahí les escribimos para pedir alguna información adicional que tengamos y esperamos poder contar con su con su apoyo.

**So:** Totalmente, si me escriben cualquier cosa por ahí me demoro, pero trato de estar a disposición por cualquier cosita.

**E:** Muchas gracias So.

**Li:** Si claro que si este, pues ahora si que lo que lo que se les ofrezca este...Fíjate que justo eso que decías, que curiosamente todas tenemos niñas, mi ginecólogo decía que es más probable, como por estadística, que en una situación así sobreviven las niñas

que los niños... Yo no sé si lo decía por experiencia propia, pero decía mira, por estadística una niña es más fácil que sobreviva en un embarazo de alto riesgo.

**E:** Wow, pues mira la fuerza que mostraron ante esta historia de la vida y somos muy fuertes, ¿no? No es más feminismo, pero somos más fuertes desde el vientre. Entonces pues, pues qué bueno, la felicito, gracias por su aportación. ...No sé qué agradecer chicos. Para terminar la sesión ya.

**Arl:** Sí, pues muchas gracias por su tiempo, por poder contarnos sus experiencias, estamos muy agradecidos, de verdad, va a ser de mucha ayuda todo lo que nos contaron y pues ya saben que estamos por cualquier cosa que necesiten y pues nada, muchas gracias.

#### **4. Transcripción de las conversaciones que se tuvieron en el proyecto de investigación.**

##### **Conversación 1**

X: Nosotros estamos trabajando un proyecto de la universidad y quisiéramos conocer tu historia, desde el inicio, desde que tu pasaste todo lo que me platicaste.

K: Claro, mi nombre es K, tengo 37 años, el nombre de mi esposo es A. nosotros tenemos 15 años de vivir juntos, tengo dos pequeñas. Una pequeña de 11 años y una pequeña de tres... \*sonido inaudible\* y todo iba bien hasta que me enfermé de Covid.

X: perdóname, se te cortó un poquito. Nos quedamos hasta que tienes 15 años de vivir juntos.

K: si, yo tengo 35 y el 42. Decidimos que nos operaríamos para ya no tener bebés. Yo me operé, me hice la salpingoplastia y todo iba bien hasta que este año en el mes de marzo, nos dio Covid, él fue asintomático, el casi no presentó síntomas, yo sí. Me dio principios de neumonía, yo sí, me sentía mal. El prácticamente estaba como si nada. Salimos de Covid y a mediados de abril, yo persisto con las molestias, cansancio,

sueño, ansiedad y con el medico que nos veía, lo fuimos a ver y le comenté que me seguía sintiendo mal. Qué si era normal y aparte tenía yo pues una ausencia de mi periodo.

Posteriormente me manda hacer una prueba, pero yo decía no, es que ya algo no anda bien. Y entonces en vez de hacerme la prueba, me hice el ultrasonido, en el ultrasonido me dicen que tengo dos meses y medio de embarazo, entonces pues dices ¿Cómo? Si se supone que yo ya me había operado. Posteriormente a eso, lo primero fue el miedo a decir que todo estuviera bien, por tanta medicina que yo tomé. Yo tomaba 17 pastillas diarias, aparte de unas nebulizaciones porque pues ya me ahogaba todo el día. Entonces yo sentía que mis pulmones pues se me reventaban.

Tomaba mucha medicina durante el día. Entonces cuando me entero de que estoy embarazada, entré, así como que, en shock, porque para empezar no era algo que yo buscaba, al principio reconozco que yo me sentía molesta tal vez, ósea a mi nadie me preguntó si yo quería tener un hijo, si quería embarazarme, entonces yo con mis dos hijas pues lo decidí y pues este embarazo era completamente diferente. Yo no sabía que venía M, entonces pues obviamente se complicaron muchas cosas porque pues acabamos de salir de Covid y pues fueron gastos muy fuertes. Porque tanto era el como yo y mis hijas que estuvimos en tratamiento.

Entonces yo soy comerciante, vendo postres y botanas afuera de mi casa los fines de semana y yo dejé de trabajar un mes, entonces esto pues nos afectó mucho pues económicamente, físicamente y pues emocional porque pues yo decía si algo me pasa, mis hijas... ósea era el miedo.

Posteriormente que me entero de que estoy embarazada pues me dieron muchas depresiones, todo el tiempo quería estar volviendo, como comía volvía, yo decía es que no puedo, entonces vomitaba, vomitaba, gastritis, reflujo, todo tenía. Entonces posteriormente a esto, yo dije pues quiero que me atiendan en un hospital pues que valoren al bebé, antes que nada.

En casa. Bueno, yo vivo con mi mamá en la parte de abajo y somos 6 hermanos, yo soy la mas pequeña. Entonces me decían no, pues piénsalo, aun estás a tiempo,

puedes hacerte algo, entonces yo decía: no, pues ¿cómo? Yo no tenía el valor de hacerme algo. Bueno, entonces saqué cita en el hospital de perinatología, que es un hospital especializado en embarazos de alto riesgo y en el Hospital general, donde yo me alivié de mis otras dos hijas, entonces pues por la pandemia dilataron mucho en darme la cita. Cuando me la dieron, en el hospital general fue antes, y yo ya tenía 4 meses, entonces, cuando fui, antes de eso yo me hice un ultrasonido y todo decía que estaba bien, entonces pues me tranquilizó. Dije todavía tengo tiempo de que me vean, de que me valoren, si todo dicen que está bien pues que buena onda.

Posteriormente fui con un particular y si, el particular me dijo que todo se veía normal. Entonces pues así seguí hasta que llegaron los 4 meses, me atendieron en el Hospital General y empezaron a hacerme análisis, estudios. Hasta que fue por el sexto mes, quinto sexto mes, me hacen un ultrasonido estructural y me dicen que mi bebé viene de bajo peso, pero que estaba bien, dije: Correcto. Pasaron y me vuelven a hacer otro a los... ahh pero me dicen que viene de bajo peso pero que este... me iban a hacer otro antes del mes para ver cómo iba creciendo. Llegó antes del mes y me lo vuelven a hacer, entonces es ahí cuando me dicen que es un bebé con restricción porque ya no está creciendo como debe. Tenía dos semanas de diferencia de crecimiento. Entonces ya fue más el tiempo, que por decir si mi bebé tenía 24 semanas parecía de 22. Ahí a los médicos ya no les pareció y me empiezan a hacer estudios y me dicen que mi bebé... que mi placenta pues se enfermó y que no le estaba mandando la suficiente oxigenación a mi bebé, entonces dije, bueno, pues eso está bien, pero eso que quiere decir. Y me comentan que por la falta de oxigenación mi bebé puede tener secuelas, y, ¿Cuáles son esas secuelas? Pues para empezar mi bebé puede tener para empezar, pues Síndrome de Down, retrasos, tanto puede ser mentales, neurológicos y pues obviamente, la noticia me espantó demasiado y pues la doctora me dice: ¿por qué no pregunta si puede interrumpir su embarazo? Entonces pues obviamente a esa altura de mi embarazo pues yo ya me había encariñado con mi bebé y para mí fue un shock muy fuerte por qué yo tengo dos niñas. Y este tercer embarazo es niño. entonces yo decía, no, no es posible que me esté pasando esto ¿por qué a mí? Entonces caí más en angustia, en depresión, una tristeza horrible, es que yo decía cómo, cómo por algo me lo mandaron y pues ahora me dan unos diagnósticos

bien fuertes. Me decían que mi bebé no iba a llegar a las 28 semanas por el padecimiento que tiene. Hace una semana me dicen que nomás esperaríamos las 28 y ya de ahí partiéramos porque pues obviamente por su bajo crecimiento y porque estaba muy chiquito pues no tenía muchas posibilidades de vida.

Ósea fueron dos semanas de las 26 semanas que yo me entere a las 28 fueron muy difíciles para mí, demasiado. Afortunadamente pues mi familia estuvo a lado mío. Un día como me dijeron que estaba grave mi bebé me decían que tenía que ir yo diario. En esas visitas diarias me toca un médico de guardia y me vuelve a decir: Usted sabe y ya le informaron que su bebé tiene muy pocas posibilidades de vida y que tiene muy altas posibilidades pues de secuelas... entonces vuelvo a captar la idea y me pongo muy mal... llego a casa y le marcamos a un doctor que alivió a mis hermanas, es de mucha confianza, un doctor pues ya mayor, pero con mucha experiencia y le comento: doctor, pasa esto y en dos minutos me dice... me da su diagnóstico y me dice: pues sabes qué, secuelas como tal no, lo único que no te están diciendo es que sus pulmones como tal no se van a desarrollar, es un bebé prematuro de bajo peso que no se le van a desarrollar sus pulmones. Si te lo tienen que sacar, pues que te lo saquen y si tiene que luchar, que luche y pues ni modo es muy feo, pero es preferible que tu pierdas un bebé a que tus hijas pierdan una mamá. Ósea todo lo que yo tardé en entender días y semanas, él me lo dijo en dos minutos. Entonces me dijo: cualquier cosa que quieras hacer cualquier cosa me hablas y estamos al pendiente.

Entonces cuelgo y me quedé en shock, y dije: ¿cómo? Me decía pues es que estás joven te puedes volver a embarazar, y no pasa nada. Entonces yo hablo con mi esposo y le decía es que cómo te pueden decir eso si tú no puedes reemplazar un hijo con otro, no estás reemplazando unos zapatos, un pantalón. Para mí fue mas la angustia, mas la depresión. Fueron días muy difíciles en los que yo no podía dormir. Yo me preguntaba qué hice mal por qué estoy pasando esto si yo no le he hecho daño a nadie. Una de mis cuñadas, este... pues me ve mi angustia. Y en el hospital me dicen que tengo que sacar cita con una psicología ahí en salud mental porque la estoy necesitando, porque tengo depresión, ansiedad, y aparte sumado a todo este problema pues estaba yo muy mal, emocionalmente, muy mal.

Yo quería que todos estuvieran como yo. Tanto en casa, como mi pareja. Yo decía: ¿por qué no llora? ¿por qué no está sufriendo como yo? En esa ocasión yo le comentaba a mi cuñada que fui a sacar cita con la psicóloga, y me dicen que no hay cita, ni en salud mental que, hasta el 22 de septiembre, entonces pues faltaba mucho tiempo y yo decía es que ya no, ósea, yo necesito que me ayuden. Y mi cuñada me comenta bueno, yo tengo una conocida que a lo mejor te puede pues ayudar.

Me contacta con X y ha sido una parte muy importante para mí. En este proceso. Aparte de ella tengo una prima que me ha hablado de Fe. Yo siempre he creído en Dios y ahora me he refugiado más aparte de que ahora me he acompañado de las consultas de M que me ha hecho ver muchas cosas, porque pues obviamente cuando me dijeron que mi bebé podía tener muchas secuelas, pues mi miedo era decir: ¿Cómo voy a tener un bebé enfermito o malito? No sé si pueda. Entonces cuando yo hablaba con X ella me decía que es con lo ¿qué es con lo que no vas a poder, con el qué dirán o en sí por tu bebé? Ahí me di cuenta de que no es por mi bebé sino por lo que la gente pensara. Desgraciadamente la gente es muy cruel y muchas veces cuando uno tiene un bebé conciertos retrasos o con ciertas cosas pues te puede decir: algo está pagando o algo pasó y por eso nació así su bebé. Entonces hasta cierto punto a mí me preocupaba esa parte, pues obviamente en mi negocio me conoce pues mucha gente y me ve y: ¿Cómo estás?, ¿cómo vas? ¡Ay, tu pancita! Entonces yo decía cómo le voy a explicar a todas esas personas que me ven, que mi bebé viene mal.

Llegó un momento en el que yo no me quería no asomar a la puerta ya, como que me avergonzaba, como que no aceptaba la realidad, entonces cuando empecé a hablar con X me decía es que ¿por qué te preocupan los demás, por qué no aceptas a M como es, si él te está aceptando a ti como eres? Entonces empezamos con esta ayuda y comencé a entender que pues efectivamente uno se enfrasca más en lo que las personas pueden pensar que en lo que uno siente o está pasando en el momento.

Tontamente yo en vez de pensar en que mi hijo viniera bien, me estaba yo preocupando por qué ¿qué van a pensar?, ¿por qué?...



Le decía yo a X, si me hago algo a estas alturas, pues yo igual tomo un riesgo por otra parte, decía yo y ¿si me hago algo y mi bebé venia bien? Pero y si no me hago y ¿no viene bien? Entonces eran como dos vocecitas de si, no, si, no. Hasta que logré entender que M viene con un propósito. Yo me consideraba un apersona muy débil, a mí me dicen mi alma y ya ando llorando, soy muy sensible a todo, y a partir de esto me ha hecho más fuerte. Hace unas semanas, me comentaban en el hospital que me iban pasar a otra área para explicarme lo que va a necesitar mi hijo, para eso... bueno me estoy brincando, perdón.

Para esto hay 4 doctores muy importantes en esta historia 2 son mujeres y 2 son hombres las 2 mujeres me han acogido muy, muy, humanamente. La primera doctora es la doctora Ian que cuando doctor este que me dijo: ya le dijeron las secuelas y bla, bla, bla. Ella lo que hizo fue calmarme me dijo: tranquila todo va a estar bien. Vamos a luchar para que este panorama cambie. M pues no tiene la culpa, él simplemente viene y la necesita fuerte. posteriormente los otros 2 doctores que son especialistas en materno fetal. Uno me dice que M no va a llegar a las 28 semanas, él no me daba esperanzas de vida de mi bebé. Pero lo que iban a pasar eran cosas malas. Que él iba a dejar de vivir, que podría venir antes, que podría tener más secuelas de las que ya tenía. Y el otro me decía: no, tenemos que intentarlo sí M lo está haciendo ¿por qué usted no? esperemos que llegue a las 28 semanas. y va a llover en la 26. hoy por hoy estoy en la semana 30 y el doctor que me dio los peores pronósticos y así. Ahora se sorprende y me dice: no entiendo qué fue lo que pasó, cuando esperábamos lo peor como que se estabiliza mi hijo. Cuando yo supe de este problemita que teníamos. Mi bebé pesaba 600 G, entonces era, era muy bajo su peso, al día de hoy pesa 970 G en 2 semanas. Entonces para mí ha sido un triunfo muy grande que M a pesar de todos los pronósticos y de todas esas cosas, cuántos días por día.

Entonces ahí ya se involucraron más personas, que son mis hermanos, X y una de mis primas en especial. Porque empezamos a hacer grupos de oración, empecé a escuchar más a X, mis hermanos me decían: ¿por qué crees \* sonido inaudible \* M? mis 2 hijas las quiere mucho, me decían por qué crees que a M no lo vamos a querer,

por qué crees que pueda cambiar. Aparte no estás sola, estamos contigo y te vamos a apoyar. Entonces cuando empecé a ver este tipo de comentarios y ayuda, me fui desahogando más. Siento que entiendo más el problema, cuando me decían algo que no entendía. La verdad es que yo sentía que me bloqueaba, yo decía ahorita llevo e investigo. Llegando a casa se me olvidaba las palabras.

Poco a poco fui entendiendo más la situación. Hace 2 semanas nos hicieron en nuestra dieta genética. Mi doctora que ahorita nos está viendo, comentó con el directivo del hospital mi caso, porque tienen que estar preparados para cuando nazca M entonces me comenta que el doctor quiere estudiar por qué fue que enfermó mi placenta. Para empezar, yo no sabía que el Papá inserta la placenta, entonces están estudiando a ver si por genética o por mi edad o la edad de él, aunque no estamos tan grandes pero pudo haber sido uno de los factores, la edad, el COVID también es un factor muy fuerte. Este, o sea por su papá, por el COVID y por otras circunstancias que ahorita se me fueron.

El caso es que yo una vez estando en el ultrasonido escuché que una chica le estaban comentando que su bebé tiene 35 semanas pero que parecía de 32, entonces dije bueno, es algo similar a lo mío. Entonces empezaba a escuchar que el COVID trae secuela, que los bebés están naciendo prematuros y debajo peso. Entonces pues obviamente empiezan las dudas porque aparentemente dicen que no hubo secuelas en las embarazadas, en los bebés, pero sí las están teniendo. Mis 2 embarazos anteriores no sufrí de preclamsia ni de diabetes gestacional, no tuve ningún problema, entonces en este pues obviamente si nos cambió por que si es así ¿por qué pasó?

Entonces estamos en espera de esos resultados, aparte de tener diabetes gestacional tengo preeclampsia y eso también pues no me ayuda mucho porque ahora ya no sólo corre el riesgo M sí no también yo como su mamá, porque la sangre anda por el cuerpo y se forman coagulitos y se pueden ir al cerebro, entonces puedo tener muchas complicaciones, entonces ya no es ahorita M también soy yo. entonces estamos en otro proceso más.

Les comentaba que me pasaron a otra área que es neonatal, donde me pasan, dónde están las incubadoras y me dicen: aquí están los de terapia intensiva, intermedia y los

que necesitan incubadora por un momento. Y me comentan que a partir de las 28 semanas se desarrollan sus pulmones, casi último que se desarrolla. Entonces me comentan que se necesita de un medicamento que se llama actor Zulfaltrante, me comentan que es un medicamento caro, estamos hablando de que en un lado me puede costar MXN\$ 15,000 y en otro hasta en 20,000 pesos. pero no sabemos cuántas cosas necesita M hasta saber cómo se desarrollan sus pulmones. obviamente entro en angustia y digo: ¿qué voy a hacer? porque tengo muchos análisis consultas, diario me hacen ultrasonido, qué es un ultrasonido Doppler, entonces pues los gastos son muy fuertes, y me dicen de la inyección, pues entré en pánico y me dicen bueno vamos a necesitar un gorrito, vamos a necesitar unos tubitos, vamos a necesitar esto y esto. Entonces, como el hospital ya está enterado del nacimiento de M mandaron hablar a cardiólogos, neurólogos y varios especialistas que van a estar durante el parto, por cualquier complicación que se presente. Obviamente me puse a temblar, a llorar, porque decía cómo, fue algo muy fuerte, pero cuando salí de ahí le comenté a mi esposo, que al mismo tiempo estoy entendiendo que es por bien de M para que le chequen sus pulmones su corazón, todo. Ósea lo van a valorar al 1000% obviamente mi bebé necesita estar en incubadora y debe estar entubado, pero no porque se complique sino porque se necesita hacer el trabajo que hacen en mi pancita. para que lo ayuden a respirar, a comer, porque él por sí solo no va a poder, es prematuro. Entonces me impacté pero al mismo tiempo me decía: sí eso lo va a ayudar lo va a mantener con vida, tengo que estar consciente de la situación, \* sonido inaudible \*

Cuando entré a la sala de terapia intensiva quería abrir mis ojos al 1000% pero no podía, aunque quería ver cada detalle, cómo estaban las enfermeras, cuántas eran, cómo estaban tapadas, cómo eran los bebés, sí estaban encuerados, sí tenían cobijita quería captar todo para estar tranquila. Al principio volvimos al miedo, a la incertidumbre, a salir temblando de ahí. Pero conforme han pasado los días pues he investigado muchas cosas, para que es el material que me piden, obviamente es una inyección que hace que maduren los pulmones, es por eso que está cara. Las onditas que le van a poner son para que poco a poco él vaya a respirar por sí solo para que el

ya no este intubado. Al mismo tiempo estaba bien que yo investigara porque la desinformación nos causa miedo, incertidumbre, ¿para qué es eso, para qué sirve?

En las noches investigaba toda la información porque me costaba trabajo dormir, me despertaba y decía: me dijeron esto y me ponía a investigar. Investigar me ayuda a saber porque es las inyecciones, para qué son. A partir de las 28 semanas los pulmones comienzan a desarrollar, ahorita ya vamos en la semana 30. Y es como me dice el doctor, un día es de gran ayuda para M, así sea un día. Entonces hoy entiendo el proceso en el que va a estar M. Va a estar intubado y lo entiendo porque le va a ayudar para que respire y para que coma. Yo no voy a tener a M como tuve a mis 2 hijas que me las pegaron al pecho y le voy a dar de comer, no, a él le van a dar por una sonda. entonces me ha ayudado a entender estas cosas.

en este proceso yo no he comprado nada porque me da miedo que algo pase, M me decía: tienes que prepararte para cualquier situación, una secuela, sea que viva M o sea que no. Entonces decía, no pues sí pero cualquiera de esas 3 debo estar preparada. hoy por hoy agradezco día a día que M siga dentro de mí, que siga con vida, no sé por cuánto tiempo sea, yo lo quiero mucho, yo quiero que sea por muchos años, por muchos, muchos años. Pero también estoy consciente que no lo quiero ver sufrir. Yo creo que como madres pues obviamente no queremos ver sufrir a nuestros hijos, entonces el tiempo que Dios me lo permita, yo voy a estar con él hasta el último momento. Y he hecho todo lo posible, todo lo que esté en mis manos para que esté bien, ahorita me la paso acostada, trato de no presionarme, de estar tranquila, de que si está mi casa volteada no me importa, ahorita mi único enfoque es M .

mis 2 pequeñas no entendí la situación, M me aconsejó que yo tenía que platicar con ellas y explicarle la situación. Y así fue, mi hija la más grande ha sido un apoyo muy grande para mí porque me ayuda, esta corriente de las cosas. La pequeñita no me entiende como tal, porque ya nada más me veía llorar, llorar y llorar. Entonces me decía: ¿por qué lloras, por tu panza? aunque yo decía que tal vez no lo entendían, sí entendí en las emociones, mi mamá estaba triste, me decía mi hija ¿qué tienes estás triste? ¿estás enojada? porque era el único que veía en mí. sí mi esposo escuchaba música yo le decía: ¿tienes humor para escuchar música? no ves que estamos

pasando por algo muy difícil, cómo me pides que te abrace o que te pregunte cómo estás si tú no sabes lo que estoy sintiendo yo. a veces me decía vamos con mi mamá, nos está esperando para cenar y yo le decía: ¿crees que tengo humor para salir a ver a tu familia? todo el mundo me puede decir ahí te entiendo, pero en realidad no lo hacen, porque no es algo que lleven dentro de uno, así como yo, que todos los días los veo, que todos los días que llegó al hospital es escuchar su corazón y en el camino mientras llego al hospital le estoy pidiendo a Dios que esté bien, que esté vivo, entonces no lo pueden entender.

Yo hablando con M me dijo tienes que hablarlo, tienes que decirles: ahorita no estoy preparada, no es por ustedes, pero no estoy preparada, entonces empezaron a entender en casa, por lo que estaba yo pasando.

sí ha sido un proceso muy difícil, sobre todo la aceptación, aceptar que algo no puede ir bien, es lo que más me ha costado, el aceptar \* sonido inaudible \* ... ahora digo, no importa como venga, yo puedo con eso y más. Solo quiero que él y yo estemos bien, ya lo demás solito se va a ir acomodando, Respecto el tema del dinero, tengo un carrito, no es un carrito del año, pero digo, sí lo tengo que malbaratar no importa. yo sé que lo material lo puedes reemplazar. \* sonido inaudible \* hoy por hoy entiendo más la situación y estoy consciente, pero aun así no dejé de tener ese miedo, yo creo que me va a acompañar todavía un buen ratito, pero ya suelo controlarlo más. Pienso como a certeza y hablo con certeza cuando digo que M va a estar bien y yo también. Me lo he grabado en mi mente. vamos a estar bien M yo he hablado mucho con M y sé que él me escucha y me entiende,

cuando platicué con X ella me decía: ¿por qué no pláticas con él? Explícale por qué lloras, explícale que te estás sintiendo triste. para mí era una tristeza muy grande cuando comencé a hablar con él. Le dije Discúlpame y sé que al principio renegué de tu existencia, De hecho, no sabía que venías, simplemente no estaba preparada, ya que obviamente saliendo del Covid ... entonces discúlpame, yo no quería lastimarte, yo no quería que te sintieras triste, simplemente no estaba yo preparado. ahora todos los días le hablo y le digo que vamos a estar juntos, que Vamos a luchar juntos, le digo: tú me estás enseñando que se puede luchar entonces

¿por qué yo no? todos los días hablo con él. yo sé que me entiende porque no hay ningún medicamento que me hayan dado y me digan que ya está estable, no me han dado absolutamente nada. No es el medicamento, no me dicen le vamos a dar tal medicamento para que no tenga secuelas.

A las 28 semanas me inyectaron dexametasona para ayudarle a sus pulmones y eso ha sido todo. Los médicos me dicen que están sorprendidos porque M está.

ahora casi pesa un kilito, está estable, aparte de la placenta. Mi hijo se enredó el cordón umbilical en su mano y en su brazo, entonces él lo jala y al hacerlo hace presión, provoca presión en el cordón umbilical, eso altera muchos niveles, pero se han manejado así por mucho tiempo. los doctores me dicen que hay muchas cosas tanto el peso, la placenta y el tiempo que ha estado enredado, entonces son varias situaciones. Pero mi hijo ahí está y sigue luchando, es muy valiente.

Todos los días antes de irme al hospital voy pidiéndole a Dios y voy hablando con él.

M tienes que estar bien, hoy cómo siempre te van a revisar, ya vamos en camino al hospital, tienes que echarle ganas hijo. hasta hubo un momento en el que X me dijo ¿por qué no lo premias? Ha sido un niño muy fuerte, muy valiente, también hay que premiarlo, entonces hubo una semana que me di el gusto de comerme cositas dulces, de hacerme cariñitos, de hablarle y decirle que lo ha estado haciendo bien, porque así ha sido, ha hecho un esfuerzo muy grande. Yo creo que más que yo.

Hoy estamos en las 30 semanas, y la presión no me ha ayudado mucho, es algo que tenía que pasar, lo de la presión y ¿cuándo se me iba a desarrollar? Pues no sabían. Anoche empezamos con la presión, pero cuando llegará a los 140 tenía que correr a urgencias. En la noche le marque a mi doctora y me dijeron cuando te sientas mal me hablas y yo voy a avisar al hospital para que te estén esperando y estamos en el parto.

Anoche le avisé y me dijo que me tomara la pastilla, entonces me la tomé y me dijo: acuéstate, relájate y en media hora te la tomas. y si bajó Hoy en la mañana... son Dos medidas 120/80 la que está baja es la que está alta entonces hoy en la mañana tenía 130/100. Me hicieron estudios de nuevo y salgo normal, Porque pues obviamente cómo me hinchó y estoy padeciendo de la preeclampsia.

La preeclampsia puede afectar los riñones, y puedo estar arrojando proteína y es ahí cuando se dañan los riñones. la doctora me dice que tenemos que poner en una balanza tanto a M como a ti, porque si tú empeoras pues no vas a poder ayudar a M, al contrario, complicamos más la situación. Los doctores me sugerían que sí M llegaba a las 32 semanas iba a ser excelente para él, hoy por hoy vamos en la 30.2 pero vamos día a día viendo los signos vitales, viendo la presión y si en algún momento ven que no cedé mi presión me van a internar.

me dieron entre hoy y mañana para que se estabilice y si el domingo llegó con la misma presión pues me van a internar, para el lunes hacerme la cesárea. obviamente hoy ya no me puse a llorar como otros días, ni mucho menos, pero sí me temblaban las piernas, o sea realmente el doctor muy revisado en mis piernas, porque luego de trombosis por la presión alta, y cuando me revisaba las piernas me temblaban, así como gelatinita. El doctor me decía que tienes que estar bien, yo voy a estar contigo en tu parto, yo voy a asistir y si es preciso yo mismo te voy a operar. el doctor que me está viendo es un especialista en materno fetal terapia y cirugía fetal, o sea él opera desde la pancita, el labio leporino y otras cosas, transfusiones de sangre.

Entonces es un excelente médico y el que me dijera que va a estar ahí, que es el que va a supervisar y es el que todo... Me decía es que yo quiero recibir a M. M es un caso reto para el hospital porque obviamente con lo que dicen los libros, pues él no tenía muchas posibilidades y esto que nos está enseñando el no viene en los libros.

Hoy dentro de mis nervios dije bueno, estoy confiando en mi doctor, tengo plena confianza en él y sé que todo va a estar bien. Quiero pensar que todo va a salir bien. Se que cuando nazca mi hijo, no sé lo que va a pasar, pero lo que sí sé es que amo a mi hijo y voy a estar ahí para él, el momento en el que él decida yo voy a estar ahí para ella \*voz quebrada\* ... el tiempo que sea, ya sea poco o para toda la vida pues ahí va a estar su mamá.

El miedo siempre ha existido en todo este proceso y el remordimiento es lo \* sonido inaudible\* porque el principio pues no lo recibí como debía, pero ahora estoy tranquila porque sé que estoy haciendo todo por él. entonces solamente esperar hasta el

momento en que tú decidas, te estoy esperando. Si tú decides mañana, pasado o en 2 semanas yo te voy a esperar, yo ya estoy lista para cuando tú llegues pase lo que pase yo te voy a estar esperando. Este proceso ha sido muy bendecido por la gente, por mi familia, los doctores que han sido una parte muy importante para mí porque no importa si es día festivo o si es domingo, sí ya salieron de sus horarios ellos han estado al pendiente de mí entonces tengo mucho que agradecer. Me decía una de mis hermanas que M ya es muy importante porque mueve a muchas personas, mueve a todo el hospital porque no es solamente un doctor el que está haciendo el estudio, hay más personas, que lo escuchan, que lo ven. Es muy importante para muchas personas, no solamente para mí o para mi familia, para mis hijas, mi esposo, en este caso X, que me ofreció apoyo sin recibir nada a cambio. y también los doctores porque no es su trabajo marcarme fuera de los horarios, no es trabajo tratar de tranquilizarme, no es su trabajo darme esa seguridad para que esté tranquila. Han sido muchas emociones las que he trabajado y por eso ahora puedo estar más tranquila y más consciente, no sé hasta qué etapa este yo así, tal vez en el último momento flaqueo, no lo sé, pero quiero que mi hijo me vea fuerte y me vea bien. Y eso me ha dado mucha fortaleza, el ver que es está luchando me hace decir por qué yo no, porque yo no voy a luchar.

Ha sido un apoyo muy grande, tanto de X, como de mi familia, de los doctores y también de dios, me he tomado de la mano de él. En la mañana platicaba con él y le decía diosito lo que tu digas, si vamos a estar bien va a ser por tu voluntad y si no pues hoy por hoy te pongo a mi hijo y a mi salud en tus manos, tú sabes qué hacer con ello. A nadie más me puedo encomendar.

Le digo a X que quisiera meterme a la pancita y desenredarle el cordón quisiera meterme y cambiar muchas cosas en mi para que él esté bien y no lo puedo hacer. Hay cosas que ni siquiera vendiéndolas. En este caso si me dijeran vende tu casa o vende tu carro, tus aparatos electrónicos y con eso vas a poder sanar a tu hijo pues lo haría sin pensarlo, pero hay cosas que no puedes comprar con eso. y lo único que le puedo dar es el amor que ya lo tiene y él que yo voy a estar con él pase lo que pase. Y ya solamente estamos en espera de ... le decía a su papá por qué aguantas Y yo le decía



que no me sentía mal no me dolía la cabeza ni veía puntitos de colores, aunque los doctores me dicen que eso también era delicado porque mi cuerpo no me estaba avisando que la presión está alta, entonces eso también es de preocuparse. Pero a mí me preocupa más porque me encantaría llegar a las 32 semanas y le pido mucho a Dios que lleguemos a las 32 semanas Sé que es más posibilidad para que M crezca y se desarrolle lo más que pueda, para que esté más fuerte. Hoy por hoy pido por su piel, por sus órganos porque sé que cada parte que le van a poner los tubitos y la mascarilla Y eso lo puede lastimar. Por eso cada vez mis oraciones son más grandes porque pido que cada parte de su cuerpo esté bien, que yo esté bien, que mis hijas estén bien y que no sienta la ausencia mientras yo esté aquí. Los demás días mi hija la más pequeña me decía, ven, te quiero oler, y me olía, la abrazaba y a partir del 15 para acá casi no quiere estar conmigo. no sé qué pasó en este tercer día que no quiere estar conmigo \* sonido inaudible \* y le están dando ese cariño que tal vez ahorita no puedo darle.

Ya tengo preparadas mis cosas, mi maleta, todo para ver si el domingo o el lunes ya ... solamente me queda esperar, eso es todo...

## **Conversación 2**

K: ... y así fue como quedamos, posteriormente en marzo, me da Covid, mi esposo fue sintomático, me dio principios de neumonía, los síntomas, los cansancios... y mi esposo casi no presentó síntomas. Él se sentía cansado y la taquicardia, pero la tos, la gripa y toda la onda. Pero a mí me dio tos muy fuerte, pues me ahogaba, yo sentía que se me desbarataban mis pulmones de tanto toser y toser.

En abril me dieron de alta de Covid, porque me hicieron la prueba y me dijeron: ya no tienes Covid ya estás bien, ya todo, pero quince días después me sentía mal, pero como... pues con sueño, con cansancio, me sentía cansada, me empecé a debilitar. Y si decía es que me siento muy cansada, yo quiero dormir y dormir, y me decía oye, es que ya es mucho ¿no? Y yo le decía es que en verdad me siento mal. Y el me decía es que te has deber despertado con sueño y le decía no, es que yo no soy así de todo el

día. Yo me apuro a mis cosas y ya después descanso, pero así que todo el día quisiera estar dormida, ese cansancio, me sentía sin energía.

Entonces cuando fui con el médico, le dije, es que no me va a creer, pero me siento así y así. Él me decía que es muy raro pero que podría ser por tanto medicamento que tomaste, es que yo tomaba cerca de 17 pastillas diarias, entonces me dijo que a lo mejor eso me pudo haber alterado hormonalmente, entonces me dijo que hay que esperar un poco más, porque era muy pronto. Entonces pasó una semana más y yo igual me sentía fatal. Entonces le dije a mi esposo, no sabes que, primero me voy a ir por una prueba, y me dijo, si, esta bien. La prueba me sale positiva y dije, ay no es cierto. Después le llamé al doctor y el me dijo que esa pues no era tan segura, dije bueno, el caso es que me mandó hacer una de sangre. Y dije, ¿para qué una de sangre? Mejor ya me aviento el ultrasonido y me hago un ultrasonido y resulta que ya tengo dos meses, dos meses y medio mas o menos. Entré en shock y yo no sabía, me dio miedo por todo el medicamento que ya había tomado. Desde ahí mi cabeza comenzó a dar vueltas y vueltas, de que ¿cómo? Posteriormente después de un mes sin trabajar, salgo a lavar mi negocio, y me caigo, yo no sabía que estaba embarazada, me levanté me reí y me caí. Pero cuando ya empiezas a ver una cosa, que pasa una y pasa otra, es ahí cuando ya... entonces mas o menos dos meses y medio para que me atendieran en el hospital, tardé como uno o dos meses para que me atendieran en el hospital ya tenía cuatro meses porque por la pandemia no estaban dando tan cerca las consultas, entonces cuando me comencé a tratar yo ya tenía 4 meses. Y no te creas ya después yo pienso que eso también alteró mis emociones, yo no me sentía la 100. Yo al inicio decía yo no me siento al 100% yo decía al inicio es que a mi nadie me preguntó... si quería un bebé, y ya ahí empezaron muchos malestares, el vómito, el vómito y el vómito. Y también la situación yo decía es que yo no ISSTE, ni seguro, pues nada mas cuando me dio el COVID, yo me atendí en un particular, entonces quedé muy gastada, muy desequilibrada en mi casa y con una nueva responsabilidad no entendía como yo... como íbamos ... y solo ... \* sonido inaudible \* en llorar, en llorar y en llorar, me sentía con esos sentimientos, porque yo no me sentía como en mis otros embarazos, así como de ah, si, no hay problema, yo

trabajo, yo saco las cosas ... pues no ... me ganaron las cosas, me ganaron las cosas, después del COVID me debilitaron mucho.

X: te dijeron por qué quedaste embarazada si te hicieron la salpingoclasia, ...

K: me dijeron que probablemente me hicieron... se me pasó la palabra, como que se regeneró, porque hasta ellos se sorprenden porque dijeron que lo mejor en 10 años se pudo haber regenerado muy rápido. Ósea ni los 3 años. Yo cumplía los 3 años en junio porque me embaracé en ... obviamente no se explican que fue lo que pasó porque dicen que hubo corte pero se volvió a regenerar. Dijeron que es la posibilidad de 1 de 100,

No es que yo no quería tener, sino que me dio miedo por la enfermedad, por el momento que estamos pasando y todas esas cosas, que obviamente que yo veo a mi hijo y digo... es algo que no puedo creer. Yo e decía a mi mamá ... \* sonido inaudible \* yo le decía oye me voy a ir con mis hijas, no voy a ir de fiestas, ... \* sonido inaudible \* ... y ahora si no me importa lo que tenga que hacer ... \* sonido inaudible \* si en lo que va del año ya está bien. Pasaron muchas cosas, entonces obviamente como que si nos movió. Hace rato estaba yo platicando con mi esposo y el estaba muy sensible, pero pues porque me voy y siento feo dejarlo... \* sonido inaudible \*... por qué está muy chiquito y digo es que está muy chiquito y que esté pasando por todo esto ... me duele \*sonidos de llanto\* pero verlo tan pequeñito, tan indefenso, llegó a mi casa y veo a mis dos hijas, las abrazo y las beso... y pensar eso. Si me bajoneo mucho, se me está haciendo muy difícil...

Y me dan ganas de llorar, todavía no me siento tranquila, a pesar de que está bien, aun no me siento bien, a pesar de que sé que está bien atendido y demás... estoy en mi casa, y tengo que ser otra persona...

### **Conversación 3**

K: Mi hijo tuvo restricción de crecimiento. Tipo 3. Haz de cuenta que dejó de crecer, como que ya no tuvo el crecimiento normal como cualquier bebé. Ya no empezó a subir

de peso, cuando me dijeron pesaba 600 G era muy bajo, eso me dijeron cuando tenía 26 semanas. Su peso era muy bajo y su crecimiento muy reducido, cuando un bebé llega a término pesa casi 3 K mi bebé pesó 1K 100G y midió 37 cm. eso quiere decir que se estacionó en su crecimiento. Afortunadamente lo que ponen en sus papeles es que un bebé de 31 semanas de gestación con restricción de crecimiento y es prematuro. Ahorita ya le hicieron el dictamen, le hicieron exámenes del corazón, de sus riñones y hasta ahorita va bien, pero hace falta hacer uno de su cabecita, pero aun no es apropiado hacérselo porque como deben hacerlo una unidad a otra y el movimiento de la incubadora no le ayuda porque su cabecita está muy blandita, todavía no lo consideran propio. Y hasta ahorita no me han dado ningún diagnóstico. Ahorita en el tamiz pues arrojé algo, aun no sabemos. Y falta el de su cerebro, pero ahorita se ha mantenido estable, no he atendido gravedad o algo, gracias a Dios. Me habían dicho que lo iba a intubar, pero no lo necesitó mucho tiempo. Entonces digo, está respondiendo, aunque aún no sé que tipo de secuelas pueda tener.

X: habías comentado que tu placenta estaba enferma...

K: Así es, ayer estaba buscando al doctor porque me dijo que la quería recibir, yo quería saber qué fue lo que salió obviamente me mandaron fotos y es feo, parece un hígado muy feo. Pero yo le preguntaba al doctor ¿por qué aun no tengo sangrado? Y me decían no, porque tu placenta estuvo muy chica, estuvo muy chica tu placenta, entonces dije Ok. Ahorita dentro de lo que cabe, no me siento mal, me siento bien, me puedo mover, no me han quitado los puntos, me los quitan hasta el lunes ya me espero.

Todavía tengo la preclamsia, no se me ha quitado, no saben si me quede con la preclamsia, así hasta que tenga que tomar pastillas así de por vida y obviamente la preclamsia puede que me afecte mucho el riñón porque me he hinchado de mis pies, el lunes me harán un estudio para ver que no esté afectado el riñón. Aún no sabemos qué fue lo que pasó. Comentaba que no sabía que el padre era el que inserta la placenta... yo les decía ¿es enserio? Y me decían que sí. Entonces yo quiero pensar que por la enfermedad fue que la placenta se quede así porque la verdad es que con mis dos hijas no tuve complicaciones, ni preclamsia, ni diabetes ni nada por el estilo.

De hecho las grande fue por parto natural y la chiquita también iba a eso pero giró, giró, y giró entonces a la mera hora quedó sentadita.

Cuando llegué muy alterada en la primer consulta por eso, porque no me daban muchas esperanzas de vida, en cualquier momento podía dejar de respirar, ... \* sonido inaudible\* mi bebé estaba teniendo alteraciones, eso podía ser malformaciones, algo así como que podía afectar su cerebro por falta de oxigenación, porque mi placenta no le estaba dando vida. Y en cualquier momento podía dejar de vivir. Se puede decir que todo fue por la placenta, obviamente si no se oxigenaba bien.

Si no se oxigenaba bien podía tener el riesgo de morir como para que se desarrollara alguna enfermedad, así como parálisis o retraso o no sé. Entonces ahorita tienen el oxígeno, no está muy fuerte, ósea aún necesita oxígeno, no se lo han quitado porque como fue prematuro, entonces ... \* sonido inaudible \* ...

Solamente cuando, con mis ultrasonidos, nunca me dieron una hoja así, solo en el ultrasonido venía el percentil, me dijeron que estaba en percentil tal ... una tabla que ellos manejan, una restricción de crecimiento tipo 3 que es lo que manejan ellos, y hasta decía que no presentaba alteraciones al momento del estudio, pero que nada que no se pudiera ver en el último trimestre y en la hoja de alta ahí dice que presenté diabetes, preclamsia.

X: habías comentado que el hospital tiene apoyo psicológico...

K: así es, pero me daban la cita hasta finales de septiembre porque salió de vacaciones la psicóloga. Y la que me tocaba había salido de vacaciones. Me mandaron a salud mental también, pero está muy saturado por el COVID, que maneja la ansiedad y todo eso. Entonces no me daban cita hasta el siguiente año. Y dije no, pues no...

El 12 de octubre tengo cita de nutrición, pero ahorita todo esta muy saturado porque hasta veo pasillos cerrados, por COVID, hay mucha gente en espera de cirugías, de camas, pero el doctor que me atendió ... \* sonido inaudible \*.

Ahorita estoy en el hospital de lunes a viernes toda la mañana, los sábados y domingos paso a la cita, ponle que llego a las 10:30 y a las 12:30 ya estoy afuera porque no hay

banco de leche y como sea salgo más rápido. Pero de lunes a viernes me quedo toda la mañana. El lunes tengo que estar ahí a las 6 am para que me hagan un estudio y de ahí ya tengo que pasar para que me quiten los puntos, de ahí paso al banco de leche, luego a la visita...

Mi esposo me ayuda, ... \* sonido inaudible \* cuando puedo yo las llevo a la escuela, cuando no puedo mis hermanos las llevan, van por ellas y como tengo un negocio fuera de casa me ayudan con las compras, pero ya con la preparada, los clientes son bien, así como... ay, no está su hermanita, son como muy celosos. Y como que no es lo mismo. Me ayudan a hacer de comer. Mi esposo me ayuda, antes nos íbamos los dos juntos porque la tenía que hacer unos trámites de terapia intensiva de M, el era el que subía, bajaba, iba por copias, y yo lo esperaba sentada esperando los informes. Esta semana hemos estado los dos. Y le dije que mejor me dejara a mí y que el adelantar a otras cosas porque lo que hacemos solamente es esperar, y le digo que hay que adelantar cosas, como ir por las niñas, la mercancía. Me ayudaba mucho mi hermana con mis hijas, ella me dicha que me fuera al hospital y ella se encargaba de todo, pero ya se tuvo que ir a su casa. La verdad es que ahorita tengo a mi mamá también que pobrecita, anda bien apurada... ..