



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**



**ESTADO EMOCIONAL DE LAS GESTANTES CURSANTES DEL II TRIMESTRE
CON ANTECEDENTES DE ÓBITO FETAL. ENFOQUE FENOMENOLÓGICO –
HERMENÉUTICO. CONSULTA PRENATAL FEBRERO – OCTUBRE 2021,
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**



**ESTADO EMOCIONAL DE LAS GESTANTES CURSANTES DEL II TRIMESTRE
CON ANTECEDENTES DE ÓBITO FETAL. ENFOQUE FENOMENOLÓGICO –
HERMENÉUTICO. CONSULTA PRENATAL FEBRERO – OCTUBRE 2021,
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”**

Autora: Diana Oropeza

Tutor Clínico: Dr. Gonzalo Medina Aveledo

Valencia, Diciembre 2021



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**



**ESTADO EMOCIONAL DE LAS GESTANTES CURSANTES DEL II TRIMESTRE
CON ANTECEDENTES DE ÓBITO FETAL. ENFOQUE FENOMENOLÓGICO –
HERMENÉUTICO. CONSULTA PRENATAL FEBRERO – OCTUBRE 2021,
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”**

Autora: Diana Oropeza

Tutor Clínico: Dr. Gonzalo Medina Aveledo

Trabajo que se presenta ante la Comisión de la Especialización en Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Carabobo para su aprobación como Tesis de Especialización para optar al título de:

ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Valencia, Diciembre 2021

Universidad de Carabobo



Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud



Dirección de Asuntos Estudiantiles
Sede Carabobo

ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

ESTADO EMOCIONAL DE LAS GESTANTES CURSANTES DEL II TRIMESTRE CON ANTECEDENTE DE ÓBITO FETAL. ENFOQUE FENOMENOLÓGICO-HERMENÉUTICO. CONSULTA PRENATAL FEBRERO-OCTUBRE 2021. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. "ÁNGEL LARRALDE"

Presentado para optar al grado de **Especialista en Obstetricia y Ginecología** por el (la) aspirante:

OROPEZA M., DIANA N.

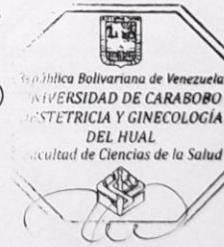
C.I. V – 21653453

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Gonzalo Medina C.I. 4838907, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **21/12/2021**

Prof. José Landaeta
C.I. 7.119.668.
Fecha 21-12-21

Prof. Gonzalo Medina (Pdte)
C.I. 4838907
Fecha 21-12-21



Prof. Marilú Morles
C.I. 1323625
Fecha 21-12-21

TG:71-21

TG-CS: 71-21

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

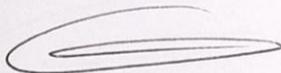
Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"ESTADO EMOCIONAL DE LAS GESTANTES CURSANTES DEL II TRIMESTRE CON ANTECEDENTE DE ÓBITO FETAL. ENFOQUE FENOMENOLÓGICO-HERMENÉUTICO. CONSULTA PRENATAL FEBRERO-OCTUBRE 2021. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. "ÁNGEL LARRALDE"" Presentado por el (la) ciudadano (a): **OROPEZA M., DIANA N.** titular de la cédula de identidad N° **V-21653453**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 20-12-21 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 21-12-21.

RESOLUCIÓN

Aprobado: Fecha: 21-12-21 *Reprobado: Fecha: _____.

Observación: _____



Presidente del Jurado

Nombre: Gonzalo Rueda

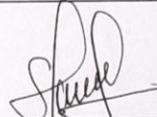
C.I. 4835717



Miembro del Jurado

Nombre: Federico Paredes

C.I. 13236208



Miembro del Jurado

Nombre: Jose Landaeo

C.I. 7.119.668

Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

AVAL DEL TUTOR

Dando cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de Estudio de Postgrado de la Universidad de Carabobo en su Artículo 133, quien suscribe, Dr. GONZALO MEDINA AVELEDO, titular de la cedula de identidad N° V-4.838.907, en mi carácter de Tutor Clínico del Trabajo Especial de grado titulado: **“ESTADO EMOCIONAL DE LAS GESTANTES CURSANTES DEL II TRIMESTRE CON ANTECEDENTE DE ÓBITO FETAL. ENFOQUE FENOMENOLÓGICO-HERMENÉUTICO. CONSULTA PRENATAL FEBRERO-OCTUBRE 2021 HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. “ÁNGEL LARRALDE”**, presentado por el (la) ciudadano (a) **DIANA NATHALY OROPEZA MAESTRE**, titular de la cedula de identidad N° V-21.653.453, para optar al título de ESPECIALISTA en: OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe.

En valencia, a los 27 días del mes de Agosto del año 2021.

Prof. 
Nombre: Gonzalo Medina
C.I.: 48389A

Nota: para la inscripción del citado trabajo, el alumno consignara la relación de las reuniones periódicas durante el desarrollo del mismo, suscrito por ambas partes.

DEDICATORIA

Quiero utilizar este espacio para agradecer a Dios por todas sus bendiciones hacia mí; desde la vida hasta la oportunidad de llegar hasta aquí, a mis Padres que con su ejemplo de trabajo y honradez siempre me han guiado, a mis hermanas por su compañía y ánimo y a mi Esposo Jiomivel por su apoyo y paciencia en este proyecto de estudio.

Finalmente quiero dedicar y expresar mi más grande y sincero agradecimiento a quien en una fecha de septiembre de 1993, hizo posible el hecho de que llegara a este mundo, el Dr. Gonzalo, mi tutor y principal colaborador durante todo este proceso, quien, con su experiencia, conocimiento y enseñanza, permitió el desarrollo de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A mis pacientes, quienes con su amor y paciencia me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, cada una de Uds., afianzan mi compromiso con mi carrera y me motivan a ser mejor Médico, gracias por su colaboración y disposición a la hora de consentir el ser parte de sus vidas, juntas podemos vencer los temores a las adversidades porque somos fuertes, nobles y valientes.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág
Dedicatoria.....	vi
Agradecimientos.....	vii
Índice de Contenido.....	viii
Índice de Figuras.....	xi
Índice de Cuadros.....	xii
Resumen.....	xiii
Abstract.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
ESCENARIO I	
CONTEXTUALIZACIÓN TEMÁTICA.....	3
1.1 Fenómeno propiamente dicho.....	3
1.2 Propósito de la investigación.....	5
1.2.1 Propósito general.....	5
1.2.2 Propósitos específicos.....	5
1.3 Justificación de la investigación.....	6
1.4 Delimitación del estudio.....	6
ESCENARIO II	
APROXIMACIÓN AL REFERENTE TEÓRICO.....	7
2.1 Visión de la realidad desde otras perspectivas.....	7
2.2 Marco teórico referencial.....	8
2.2.1 Emociones.....	9
2.2.2 Gestación y educación prenatal	11
2.2.3 Óbito fetal en el contexto temático.....	12
2.2.4 Duelo.....	13
2.2.4.1 Condicionantes del duelo.....	14
2.2.4.2 Fases del duelo.....	14
2.2.4.3 Tipos de duelo.....	15
2.3 Consideraciones bioéticas.....	16

ESCENARIO III

RECORRIDO METODOLÓGICO.....	18
3.1 Investigación cualitativa.....	18
3.2 Fenomenología.....	18
3.2.1 Fenomenología Hermenéutica.....	18
3.2.2 Etapas del Estudio Fenomenológico.....	19
3.3. Discusión de los Resultados.....	20
3.4 Nivel de Investigación.....	20
3.5 Diseño de la Investigación Cualitativa Fenomenológica.....	20
3.6 Fases de la Investigación.....	21
3.7 Aspectos Fundamentales de la Metódica.....	22
3.7. 1 Informantes.....	22
3.7.2 Entrevistadora.....	23
3.7.3 Criterios de elección de las informantes.....	23
3.8 Técnicas de recolección de información.....	23
3.9 Técnicas de Análisis de los Resultados.....	25
3.9.1 Categorización.....	25
3.9.2 Estructuración.....	26
3.9.3 Triangulación.....	26
3.9.4 Contrastación.....	26
3.9.5 Teorización.....	26
3.15 Confiabilidad de la investigación.....	26

ESCENARIO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS CUALITATIVOS.....	28
4.1 Entrevistas aplicadas a las Informantes.....	29
4.2 Categorización.....	35
4.3 Triangulación.....	37
4.4 Contrastación.....	39
4.5 Teorización.....	41

ESCENARIO V

GRANDES REFLEXIONES.....	43
---------------------------------	-----------

REFERENCIAS.....	45
ANEXOS	49
Consentimiento informado (E1).....	50
Consentimiento informado (E2).....	51
Consentimiento informado (E3).....	52
Entrevista informante 1.....	53
Entrevista informante 2.....	56
Entrevista informante 3.....	58

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pp.
Figura 1. Marco teórico referencial.....	8
Figura 2. Triangulación.....	38

ÍNDICE DE CUADROS

	Pp.
Cuadro N° 1: Registro de Entrevista 1	29
Cuadro N° 2: Registro de Entrevista 2	31
Cuadro N° 3: Registro de Entrevista 3	32
Cuadro N° 4: Categorización de la información	35



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA



Estado emocional de las gestantes cursantes del II trimestre con antecedentes de óbito fetal. Enfoque Fenomenológico –Hermenéutico. Consulta Prenatal Febrero – Octubre 2021, Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”

Autora: Diana Oropeza.

Tutor Clínico: Dr. Gonzalo Medina Avelado.
Valencia, diciembre 2021

RESUMEN

Situación en estudio: Muerte fetal intrauterina ocurrida en un embarazo anterior y emociones en la gestante ante un nuevo embarazo. **Propósito:** Relacionar como el estado emocional de las gestantes es afectado con el antecedente de óbito fetal. **Camino recorrido:** Participaron 3 gestantes (segunda gesta) cursantes del II trimestre del embarazo, en edades entre 20-29 años, que acudieron a la consulta prenatal del Hospital Universitario Dr. “Ángel Larralde”. La metodología utilizada es la Cualitativa y como matriz epistémica la fenomenología hermenéutica; la cual, partiendo de la observación del fenómeno, luego lo interpreta. **Análisis e interpretación de datos cualitativos:** Se realizaron 3 entrevistas fenomenológicas y la observación participante, para posteriormente el tratamiento de la información obtenida, mediante los procesos de categorización, triangulación, contrastación y teorización. Concluyendo con 3 categorías que develan el fenómeno en estudio, que son: Estados emocionales, el rol de la familia y el personal médico. **Grandes reflexiones:** Los estados emocionales provocados durante el embarazo que terminó en óbito fetal, afecta directamente el nuevo embarazo, y aunque las gestantes que formaron parte del estudio se encuentran cursando el II trimestre del embarazo, el cual, generalmente es el periodo con mayor estabilidad emocional, sin embargo, aún persisten con intensidad variable sentimientos de miedo, tristeza y ansiedad. El enfoque para mejorar este fenómeno, radica en el abordaje de éstas gestantes en la consulta prenatal, educándolas y permitiéndoles un espacio donde se sientan en confianza y seguridad de expresar sus sentimientos y ser libre de prejuicios por lo ocurrido en el embarazo anterior.

Palabras clave: Fenomenología-Hermenéutica, Emociones maternas, Óbito fetal, Embarazo.

Línea de Investigación: Perspectiva cualitativa ginecología y obstetricia.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA



Estado emocional de las gestantes cursantes del II trimestre con antecedentes de óbito fetal. Enfoque Fenomenológico –Hermenéutico. Consulta Prenatal Febrero – Octubre 2021, Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”

Autora: Diana Oropeza.

Tutor Clínico: Dr. Gonzalo Medina Avelado.
Valencia, diciembre 2021

ABSTRACT

Situation under study: Intrauterine fetal death occurred in a previous pregnancy and emotions in the pregnant woman before a new pregnancy. **Purpose:** To relate how the emotional state of the pregnant women is affected by the history of fetal death. **Path followed:** Three pregnant women (second gestation) in the second trimester of pregnancy, aged 20-29 years, who attended the prenatal consultation at the University Hospital Dr. "Ángel Larralde", participated in the study. The methodology used is qualitative and the epistemic matrix is hermeneutic phenomenology, which, starting from the observation of the phenomenon, then interprets it. **Analysis and interpretation of qualitative data:** 3 phenomenological interviews and participant observation were carried out, for the subsequent treatment of the information obtained, through the processes of categorization, triangulation, contrasting and theorization. Concluding with 3 categories that reveal the phenomenon under study, which are: Emotional states, the role of the family and the medical staff. **Major reflections:** The emotional states provoked during the pregnancy that ended in fetal death, directly affect the new pregnancy, and although the pregnant women who were part of the study are in the second trimester of pregnancy, which is generally the period with greater emotional stability, however, feelings of fear, sadness and anxiety still persist with varying intensity. The approach to improve this phenomenon lies in the approach to these pregnant women in the prenatal consultation, educating them and allowing them a space where they feel confident and safe to express their feelings and be free of prejudices due to what happened in the previous pregnancy.

Key words: Phenomenology-Hermeneutics, Maternal emotions, Fetal death, Pregnancy.

Research Line: Qualitative perspective gynecology and obstetrics.

INTRODUCCION

“Ningún lenguaje puede expresar el poder, la belleza y el heroísmo del amor de una madre”

Edwin H. Chapin

Cuando hablamos de embarazo o gestación, se entiende como al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos, metabólicos y psicológicos.

Por lo que el embarazo, más que una faceta en la mujer, representa una etapa mágica en su vida, en donde concebir un hijo constituye un proceso complejo que comienza incluso antes de la concepción. La gestante percibe a su bebé intrauterino como parte de ella misma y no como un sujeto separado, ésta simbiosis biológica que experimenta la gestante con su bebé intrauterino confirma su propio valor y esta fusión total representa, de manera idealizada, la mejor parte de ella misma.

Sin embargo, toda gestación está influenciada, por los hábitos, costumbres y antecedentes personales de esa madre. Siendo así, los antecedentes médicos u obstétricos de embarazos previos, de gran valor para estimar y enmarcar el futuro de las próximas gestaciones. Entonces, si una gestante tiene el antecedente de una muerte intrauterina u óbito fetal en su primer embarazo, ¿Cómo puede este suceso, influenciar en las gestaciones posteriores?

Pensando en esto, indagué buscando respuestas y hallé que culturalmente, se nombran con sustantivos a las personas (hombre o mujer) cuya pareja ha fallecido como: viudo o viuda, o al hijo e hija que ha perdido a sus padres como: huérfano o huérfana, pero no encontramos ninguna palabra en nuestra lengua, para designar al padre o madre cuyo hijo o hija ha muerto. Hay lenguas en las que también ocurre lo mismo, no existe tal

palabra, pero sí existen expresiones lexicalizadas. Por ejemplo, en alemán se les llama “verwaiste Eltern” a los padres/madres en esta circunstancia, que literalmente significa “padres huérfanos”. En árabe existen las formas “thakla” para la madre y “thakil” para el padre, que también se pueden entender como “desconsolado”. En griego, existe el adjetivo “χαροκαμμένος” (charokaménos) que literalmente significa “consumido por la muerte”, esta voz se emplea para llamar a los padres/madres cuyo hijo/a ha muerto y se entiende como padres desconsolados. También se puede usar para referirse exclusivamente a la madre: “χαροκαμμένη μάνα” (charokaméni mána), o para el padre: “χαροκαμμένος πατέρας” (charokaménos patéras). Sin embargo, la única lengua en la que sí existe esta palabra y no se trata por tanto de una expresión lexicalizada, es el hebreo. El término “hore shakul” (לויכש הרויה) (hace referencia al padre o madre que ha perdido un hijo o hija. Literalmente significa “padres afligidos” y esta expresión se suele traducir como “padre de hijo fallecido” y es una palabra de origen bíblico.

Entonces, cuando una mujer, que ha sufrido tal dolor y pérdida, experimenta un nuevo embarazo, que representa un nuevo comienzo y una nueva oportunidad, ¿Puede este antecedente, ocasionar alteraciones en la nueva gestación?

A continuación, les invito a conocer las respuestas a estas interrogantes, a lo largo del desarrollo de mi investigación, la cual consta de cinco etapas, que se detallan a continuación:

Escenario I: caracterizado por el fenómeno en estudio, los propósitos, la delimitación y justificación de la investigación.

Escenario II: destaca la visión de la realidad desde la perspectiva de otras investigaciones y detalla los soportes teóricos y los sustentos bioéticos pertinentes al estudio.

Escenario III: Señala el camino transitado mediante el abordaje cualitativo, el método, las participantes, las técnicas de recolección y el procesamiento de la información.

Escenario IV: Muestra los resultados e interpretación de los mismos.

Escenario V: contempla las reflexiones finales de la investigación.

ESCENARIO I

CONTEXTUALIZACIÓN TEMÁTICA

1.1 El fenómeno propiamente dicho

El embarazo es una etapa mágica en la vida de la mujer, en donde concebir un hijo constituye un proceso complejo que comienza incluso antes de la concepción. La gestante percibe a su bebé intrauterino como parte de ella misma y no como un sujeto separado. Esto genera un denominado carácter narcisista ⁽¹⁾ sustrato fundamental en el que se cimienta el vínculo de apego.

Como evento complejo pero maravilloso, el embarazo debe cursar en las mejores condiciones, en este sentido los antecedentes obstétricos que posea la gestante se convierten en el eslabón guía para que el embarazo transcurra de la manera más armónica posible.

Los antecedentes, como definición, se relacionan como la acción, hecho, dicho o circunstancias que se han producido con anterioridad y que normalmente pueden servir para juzgar situaciones o acontecimientos posteriores o bien para comparar hechos pasados con hechos presentes y futuros ⁽²⁾.

Dentro de los antecedentes que interesan conocer en una mujer embarazada, se destacan por su importancia, relevancia, significación e impacto que ocasionan, aquellas complicaciones médicas u obstétricas que pudieron dar origen a pérdidas perinatales o muerte fetal in útero en el embarazo inmediatamente anterior. Una muerte fetal intrauterina constituye un suceso devastador para los padres ⁽³⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽⁴⁾ define al óbito fetal o muerte fetal intrauterina, como aquella que acontece en el producto de la concepción, antes del nacimiento, fundamentalmente a partir de la semana 20 semanas o con un peso mayor de 500 gramos.

La muerte intrauterina se diagnostica cuando un feto no presenta movimientos respiratorios evidenciados por ecografía, ni muestra ninguna otra evidencia de vida, tal como latidos del corazón, pulsación del latido del cordón umbilical por ecografía Doppler o movimientos fetales.

Además, Usandizaga ⁽⁵⁾ reafirma que la muerte intrauterina es la que acontece antes del parto o antes que se produzca la expulsión o extracción total del feto del claustro materno.

Dentro de las principales causas de muerte fetal, la literatura reporta ⁽⁶⁾: infecciones maternas durante el embarazo, hipertensión arterial, diabetes gestacional, restricción del crecimiento fetal y anomalías congénitas

Interesa señalar que la simbiosis biológica que experimenta la gestante con su bebé intrauterino confirma su propio valor ⁽⁷⁾ y esta fusión total representa, de manera idealizada, la mejor parte de ella misma. De allí, una gestante que tenga el antecedente de óbito fetal en el embarazo anterior, pudiera experimentar como repuesta emocional un vacío corporal, con sensación de inadecuación, desamparo, pérdida de la autoestima, y sentimientos derivados de la pérdida de una parte de sí misma.

Es por eso que la muerte fetal además condiciona en la gestante la aparición de síntomas somáticos, además que podría condicionar la alteración de la conducta y sentimientos de culpa, traducido en el duelo materno; que implica un proceso dinámico en el que se sobreponen entre sí, las diferentes fases que lo caracterizan, los cuales deberían tener una relación directa con los cuidados maternos del equipo de salud que la atiende en ese momento crítico para la gestante ⁽⁸⁾.

Al ser el embarazo un momento especial donde se movilizan una serie de emociones, éstas van a estar condicionadas y serán más o menos intensas dependiendo de las características personales e individuales, así como de la interpretación cognitiva que la gestante realice ⁽⁹⁾.

Evidentemente serán más vulnerables aquellas gestantes que presenten patrones de respuestas desadaptativas, con un estilo de afrontamiento inadecuado. Por eso es importante ponderar cómo la gestante valore la asunción de la responsabilidad que supone la maternidad, tanto desde el punto de vista personal como con el desempeño del nuevo rol de madre, visto desde una perspectiva psicosociocultural.

Por todo lo anterior es primordial considerar ¿Puede una muerte fetal intrauterina ocurrida en un embarazo anterior repercutir y generar un cumulo de emociones encontradas en la gestante, ante un nuevo embarazo? ¿Habrá planificado la gestante un nuevo embarazo para reparar la perdida anterior? Las respuestas de estas interrogantes me conducen a plantear los propósitos de esta investigación.

1.2 Propósitos

1.2.1 Propósito General

Relacionar como el estado emocional de las gestantes cursantes del II trimestre es afectado con el antecedente de óbito fetal.

1.2.2 Propósitos Específicos

1. Explorar las emociones que experimentan las gestantes cursantes del II trimestre con antecedente de óbito fetal.

2. Comprender las emociones de las gestantes cursantes del II trimestre con antecedente de óbito fetal.

3. Interpretar las emociones de las gestantes cursantes del II trimestre con antecedente de óbito fetal.

1.3 Justificación de la Investigación

La importancia que justifica este estudio se enmarca en el hecho de brindarle a las gestantes, una atención global o completa, no solo desde el punto de vista médico (obstétrico) sino también a través del abordaje psicosocial, cumpliendo así con el concepto de salud promulgado por que la OMS ⁽¹⁰⁾ cuando la establece como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad.

Una gestante con antecedente de óbito fetal, merece una atención mucho más pormenorizada en su control prenatal en la cual se le proporcionen un conjunto de técnicas y herramientas necesarias para que aborde su nueva gestación sin ningún trauma o conflicto por el desenlace de su anterior embarazo. Un bebé debe nacer desprovisto de sentimientos de culpa o con misiones que no les corresponden al venir a suplantar a un fallecido.

Esta investigación encuentra una valedera justificación además porque pretende concientizar como voz abierta, la necesidad de optimizar el estado emocional de las gestantes ante el nuevo embarazo, minimizando los niveles de ansiedad y preocupación que puedan empañan la nueva gestación, fomentando de este modo un estado de bienestar biopsicosocial entre la madre y el bebe intrauterino.

Para finalizar ante el alto porcentaje de muertes intrauterinas en nuestro país ⁽¹¹⁾, es necesario también preparar a los sistemas sanitarios y profesionales de la salud, para la detección oportuna de las gestantes con este antecedente, mediante abordaje integral y completo, supliendo de este modo, las necesidades e inquietudes que puedan estar presentes en las gestantes que le permitan llevar a final término el nuevo embarazo.

1.4 Delimitación del estudio

La presente investigación es de naturaleza cualitativa, el cual se realizo en las gestantes cursantes del II trimestre con antecedente de óbito fetal en la consulta prenatal del Hospital Universitario Dr. “Ángel Larralde”, Naguanagua, Estado Carabobo, Venezuela.

ESCENARIO II

APROXIMACIÓN AL REFERENTE TEÓRICO

2.1 Visión de la realidad desde otras perspectivas

El proceso investigativo es una actividad que tiene como objetivo principal, evaluar de manera integral todos los elementos que lo conforman. A continuación, procedo a considerar las investigaciones relacionadas con la finalidad de tener un conocimiento de lo realizado por otros autores que sirva como referente orientador a la investigación realizada y permita, además, evaluar los aportes por ellos realizados. Seguidamente muestro un conjunto de referentes teóricos sobre aspectos significativos del fenómeno.

Moreno, Rodríguez y Cros ⁽¹²⁾ en el 2017, realizaron una investigación titulada: “Revisión y actualización de conocimientos sobre la muerte perinatal” la cual tuvo como objetivo es realizar una evaluación de la información disponible sobre la muerte perinatal relacionada a la situación actual y su abordaje. Esta investigación constituye un antecedente pertinente para el estudio que se desarrolló, en vista que la mayoría de las parejas (66%) que tuvieron un óbito fetal, concibieron su siguiente gestación al año posterior del antecedente, además que resaltan el déficit de apoyo psicológico y cuidados emocionales; puntos clave que se tomaron en consideración en el desarrollo de esta investigación.

Por otro lado, Castillo ⁽¹³⁾ en el 2019, realizó una investigación titulada: “Impacto psicoemocional en gestantes con diagnóstico de óbito fetal” y el objetivo de la investigación fue determinar las principales conductas psicoemocionales en gestantes atendidas en Hospital Universitario de Guayaquil, que han sufrido óbito. Por lo que estudio se asemeja con la investigación realizada, al abarcar la esfera psicoemocional de la gestante con diagnóstico de óbito fetal.

En el mismo año, Reyes, Ramírez, y Guerra ⁽¹⁴⁾ en el 2019, realizaron una investigación titulada: “Estrategias de afrontamiento en 6 madres que vivieron pérdida fetal”. El objetivo de la investigación fue describir las estrategias de afrontamiento en algunas madres que han experimentado pérdida fetal, después de identificar que recursos cognitivos y conductuales fueron utilizados tras el suceso y que le pudiesen haber servido

para asumirlo, reconocer algunas estrategias de afrontamiento ante el evento de la pérdida fetal y plantear futuras intervenciones con madres que hayan tenido experiencias similares. Este estudio se relaciona a la investigación que se llevó a cabo, por el enfoque y metodología cualitativa, así como su énfasis en la esfera psicoemocional.

En el 2020, Solís y Martínez ⁽¹⁵⁾, realizaron una investigación titulada: “Factores de riesgo asociados al óbito fetal”. El objetivo principal fue determinar los factores de riesgos asociados al óbito fetal. Con respecto a este estudio, aporta información relevante a la investigación realizada, al tomar en cuenta los factores de riesgos o todas las situaciones que aumentan la posibilidad de desencadenar el desarrollo de un óbito fetal.

Además, Espinoza y Ruales ⁽¹⁶⁾ en el 2020, realizaron una investigación titulada: “Óbito fetal en embarazo adolescente”. Concluyeron que los óbitos fetales fueron en embarazadas de edades predominantemente de 17 a 19 años siendo el 73 % de estas pacientes primerizas y con hábitos tóxicos de consumo como el cigarrillo y uso de drogas. Este antecedente constituye un enlace importante con el estudio desarrollado, en vista del alto porcentaje de óbito fetal en primigestas en edades comprendidas entre 17 y 19 años, pudiendo ser referente al contrastar los resultados que arroje este estudio con gestantes comprendidas entre las edades entre 20 y 29 años.

2.2 Marco teórico referencial



Figura N° 1

Fuente: Elaboración propia (Oropeza. 2021)

Desde que se inicia el embarazo con la unión del óvulo y el espermatozoide, la mujer es madre de un ser humano en gestación, su hijo. Se entiende como segunda gesta, a la mujer que ya tuvo un embarazo anterior y nuevamente está embarazada.

Durante la gestación ocurren una serie de cambios físicos, psíquicos y emocionales que la acompañan en toda su evolución hasta el término del embarazo y que posterior al nacimiento de su bebe, inicia su regresión para volver a su estado previo al embarazo.

Para conocer el mundo de la gestante, es importante conceptualizar algunos términos:

2.2.1 Emociones

La palabra emoción se caracteriza por ser una serie de reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo, que aparecen de manera brusca, en forma de crisis, violentas y pasajeras ^(17, 21).

Según Galimberti ⁽¹⁸⁾, se puede definir como una “reacción afectiva intensa de aparición aguda y de breve duración, determinada por un estímulo ambiental. Su aparición provoca una modificación en el nivel somático, vegetativo y psíquico”.

Desde el punto de vista fisiológico las emociones se originan en el sistema límbico o cerebro medio, caracterizado por un conjunto de estructuras cerebrales que responden a ciertos estímulos ambientales produciendo respuestas emocionales; como: miedo, alegría, enojo o tristeza ⁽¹⁹⁾

El sistema límbico junto con las estructuras de la corteza frontal, procesan los estímulos emocionales y los integran a funciones cerebrales complejas, las cuales incluyen: decisiones racionales, expresión e interpretación de conductas sociales e incluso la generación de juicios morales, entendiéndose estos últimos como los actos mentales que afirman o niegan el valor moral frente a una situación o comportamiento ⁽²⁰⁾.

Las emociones se generan, como respuesta a un acontecimiento que puede ser externo (entorno) o interno. Los acontecimientos que ocurren en el entorno son continuamente captados y percibidos ⁽²¹⁾. Posteriormente la persona realiza una valoración en términos de cómo afectan estos acontecimientos su bienestar en dos niveles: 1.- si el

acontecimiento es positivo o negativo, para lograr algún objetivo, y 2.- si posee los recursos personales para poder afrontar dicho acontecimiento ^(20, 21)

Las emociones serán positivas o negativas, dependiendo si estas proporcionan satisfacción o desagrado al experimentarlas ⁽²¹⁾. Generalmente las emociones consideradas positivas son aquellas que se manifiestan cuando se alcanza el logro de una meta; por tanto, supone un progreso para el bienestar de la persona. Un ejemplo de ellas son la alegría, el amor, la felicidad, o el humor. Por el contrario, las emociones negativas se caracterizan por ser desagradables y se experimentan cuando se bloquea una meta, o representan una amenaza o una pérdida. Supone un retraso que impide el progreso y requiere energía y movilización para afrontar la situación. Algunos ejemplos de emociones negativas son: ira, miedo, tristeza, vergüenza, ansiedad, aversión. Es importante recalcar, que las emociones por se, no son ni buenas ni malas. Estas al ser biología y aprendizaje, van depender del comportamiento que asuma la persona, en este sentido el comportamiento que puede ser adaptativo o no. Las emociones están presentes en el transcurrir de la vida, pero hay periodos donde estas se intensifican, y sin duda uno de ellos, es durante el embarazo ^(21, 23)

El embarazo, como proceso, constituye un momento especial en la gestante, donde se movilizan una serie de emociones tanto positivas como negativas ^(21, 22). Estas emociones pueden ser útiles y adaptativas, cuando preparan el organismo de la gestante para el cambio biopsicosocial que genera el proceso del embarazo o, por lo contrario, puede ocurrir donde estas emociones desempeñen un papel desadaptativo; ambas repercutirán directamente en el bebé intrauterino.

Para poder comprender mejor todos los cambios que se producen durante el embarazo, es vital conocer en qué momento del embarazo hacen su aparición.

Durante el primer trimestre, la gestante experimenta una serie de cambios emocionales y psicológicos que pueden repercutir en su comportamiento haciéndola muy sensible con mucha facilidad para llanto. Entre las emociones que experimentan, encontramos ^(21, 24): Miedo, Confusión, Alegría, Aflicción ó Tristeza. En resumen, estas son las emociones más destacadas, por lo que podríamos decir que el primer trimestre se

caracteriza por un estado emocional de intranquilidad ó inquietud, aunque hacia el final surja la alegría y la tranquilidad de manera relativa ⁽²¹⁾.

El segundo trimestre, es el trimestre de mayor estabilidad psicoemocionalmente hablando ⁽²¹⁾, en donde los temores ante una posible pérdida van siendo cada vez menores. Desaparece el cansancio y el malestar propio de las primeras trece semanas y la gestante comienza a percibir un sentimiento de seguridad que llega al máximo nivel cuando comienza a percibir los movimientos fetales haciendo de su embarazo una verdadera realidad. Los movimientos fetales desencadenan en la gestante un profundo sentimiento de cercanía y unión reforzando el vínculo afectivo con su bebé intrauterino iniciado en el primer trimestre. Entre las emociones que experimentan, encontramos ^(21, 22): Tranquilidad, Sensibilidad, Emotividad, Felicidad, y Aumento del deseo sexual.

El tercer trimestre se caracteriza por sobrecarga emotiva, incrementada por el deseo de conocer al bebé, realidad que se hace muy intensa y a la vez, las gestantes empiezan a sentir ansiedad por el parto y por los cuidados que requerirá su bebé. Generalmente la alegría se mantiene: la ilusión por las compras y los preparativos están en auge al mismo tiempo, que surge el deseo de ver a su hijo, de tenerlo en los brazos. Hacia el final de este periodo puede sentir incomodidad física que dificulte el sueño ó el descanso y la realización de algunas tareas, Nuevamente, hacia el final de este trimestre surge el miedo a la aparición de las primeras contracciones (Braxton Hicks) que le pueden hacer creer la posibilidad de la amenaza de parto prematuro (APP), disminución de los movimientos fetales, el riesgo de la pérdida del bienestar fetal y claro está, al momento del parto, que está próximo ^(21, 24). Entre las emociones que experimentan las gestantes encontramos: Ansiedad, angustia, temor, irritabilidad, perturbación y disminución del deseo sexual.

2.2.2 Gestación y educación prenatal

Desde tiempo inmemorial, algunas madres han intuido y sentido la relevancia de la comunicación con su hijo en gestación. Pudiera decirse que, desde finales del siglo XX, esta intuición va cuajando y generalizándose en la cultura general de nuestra sociedad, aunque su conciencia social sea todavía insuficiente. Desde el punto de vista de las familias, el conocimiento de la educación prenatal y su presencia en la cultura es aún

insuficiente. Lo que más se le aproxima, a juzgar por el contenido de libros y publicaciones periódicas sobre el tema y las consultas requeridas a especialistas, es la información ginecológica, obstétrica y pediátrica ⁽²⁵⁾

En efecto, muchos padres procuran adquirir nociones sobre el embarazo, el parto y los cuidados pediátricos del niño al nacer o que ya ha nacido. En sentido estricto, esta curiosidad o necesidad de conocimiento defensivo o adaptativo no llega al ámbito de la educación prenatal del niño en el periodo de gestación. En síntesis, cada vez son más los padres y madres con hijos gestantes que intuyen la conveniencia de una acción prenatal con su bebé.

En este ámbito, surge la educación prenatal como una disciplina útil en la prevención ciudadana de la salud, considerando que un bebé gestado en armonía, redundará en un ciudadano saludable, equilibrado y empático con su entorno, por eso es vital que la sociedad, los gobiernos, el personal de salud y por supuesto los futuros padres y madres le otorguen la importancia que merece. La educación hace referencia al despertar y al desarrollo de las potencialidades del ser, como base de su relación con el mundo. La base de esta educación es la comunicación necesaria para el desarrollo del conocimiento de los significados (emocionales, cognoscitivos y psicomotrices) sobre la realidad interior o exterior. En el ámbito prenatal esa comunicación educativa está indisolublemente unida al intercambio biológico. Su referente son los procesos naturales del embarazo. En ningún caso, la educación prenatal hace referencia a procesos agresivos, artificiales, ni biológicos. Favorece, en cambio, el desarrollo de las potencialidades del ser humano, pero de forma natural, sin ninguna violencia de la clase que sea. Por ello la educación prenatal es equiparable al concepto educación prenatal natural ⁽²⁶⁾.

2.2.3 Óbito fetal en el contexto temático

Se define óbito fetal o muerte fetal intrauterina ⁽⁴⁾, como aquella que acontece antes de la expulsión o extracción completa de su madre de un producto de la concepción, fundamentalmente a partir de la semana 20 semanas o con un peso mayor de 500 gramos.

La muerte intrauterina se diagnostica cuando un feto no presenta movimientos respiratorios evidenciados por ecografía, ni muestra ninguna otra evidencia de vida, tal

como latidos del corazón, pulsación del latido del cordón umbilical por ecografía Doppler o movimientos fetales.

Entre las causas de óbito fetal se encuentran:

- 1) Causas fetales: tales como el crecimiento intrauterino retardado es decir que impiden el desarrollo y crecimiento normal del feto; alteraciones genéticas y anomalías congénitas. Además, otras de las causas provienen del cordón umbilical, líquido amniótico, así como prolapso, nudo o inserciones, oligohidramnios y polihidramnios.
- 2) Causa placentaria: como son el desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, senectud placentaria, ruptura prematura de membrana. Estas patologías de la placenta causan hemorragias, debido a esto se compromete el aporte de oxígeno y nutrientes lo que conlleva a sufrimiento y/o muerte fetal.
- 3) Causa materna: Enfermedades crónicas, como Hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías, además de infecciones ²⁷⁾ desarrolladas durante el embarazo como es el síndrome de TORCH (Toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpesvirus).
- 4) Otras causas: violencia doméstica, abuso de drogas, estrato socioeconómico bajo, entre otras ⁽²⁸⁾

2.2.4 Duelo

Se trata de una reacción adaptativa normal ante cualquier tipo de pérdida, incluidas las simbólicas, aunque constituye un acontecimiento vital muy estresante cuando se trata del fallecimiento de un ser querido. Más aún si hablamos de la muerte de un hijo/a, pues es considerada junto a la muerte del cónyuge, una de las peores pérdidas que puede sufrir un ser humano. No hablamos de un sentimiento único, sino de un proceso de elaboración y aceptación de la pérdida en el que, de manera compleja, se suceden una serie de sentimientos que requieren un cierto tiempo para ser asimilados. Se trata, por tanto, de modificar los lazos contraídos con la figura perdida y enfrentarse al dolor psíquico consecuente. A esto lo llamamos elaboración del duelo y su resultado puede ser satisfactorio o no. El duelo es un proceso único e irrepetible, dinámico y cambiante de

momento a momento. Podríamos decir que hay tantos duelos como personas en el mundo, pues es variable de una persona a otra, entre familias, culturas, sociedades ⁽²⁹⁾

La elaboración del duelo es más o menos larga y dolorosa, hasta que el doliente consigue adaptarse a la nueva situación. Por todo ello, no podemos concretar su duración e intensidad.

2.2.4.1 Condicionantes del duelo:

- ❖ Factores psicológicos: Personalidad, salud mental, inteligencia, capacidad de afrontamiento ante situaciones altamente estresantes, capacidad de establecer vínculos afectivos.
- ❖ Factores del doliente: Experiencias pasadas de duelo, pérdidas secundarias, otras crisis y estresores concurrentes, percepción de la realización del bebé en la vida, creencias religioso-filosóficas y valores.
- ❖ Factores de la relación con el bebé: Deseos de ser madre o padre y expectativas en el rol.
- ❖ Factores de la muerte: Circunstancias particulares, muerte súbita o esperada, existencia o no de duelo anticipado.
- ❖ Factores sociales: Apoyo social con el que se cuenta, existencia o no de pareja y calidad de la relación, estatus educacional y económico, rituales funerarios.
- ❖ Factores fisiológicos: uso de drogas y sedantes, salud física previa al duelo, nutrición y ejercicios, descanso y sueño.

2.2.4.2 Fases del duelo:

Tradicionalmente, basándose en la teoría de Freud, autores como Bowlby y Kubler-Ross⁽³⁰⁾ refieren una serie de fases o etapas por las que los padres en duelo deberán evolucionar. Los cambios que una persona sufre durante la evolución del proceso de duelo por la muerte de un ser querido, pero insistiendo en que el duelo no debe parcelarse sino verse como un continuo:

1. **Negación y aislamiento:** que es la etapa inicial en que las personas se sienten culpables porque se apodera de ellas un estado de incredulidad frente a la muerte.

2. **Enojo o ira:** proyectando su sentimiento hacia otras personas, expresándola como depresión, ya que culpar a otro es una manera de evitar el dolor, la aflicción y la desesperación de una persona al aceptar que la vida deberá continuar.
3. **Pacto / Negociación:** con el que el enfermo debe ganar tiempo antes de aceptar la realidad, por lo que retrasa la responsabilidad necesaria para liberar emocionalmente la pérdida.
4. **Depresión:** enojo dirigido hacia adentro que incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia.
5. **Aceptación:** el enfermo piensa en sus seres amados, sin sentir o expresar sentimientos intensos de alegría o tristeza cuando los recuerda; vivirá el presente sin adherirse al pasado y sin hacer planes para el futuro.

2.2.4.3 Tipos de duelo:

a) **Duelo resuelto:** Podemos decir que el doliente ha completado el proceso de duelo cuando es capaz de recordar al bebé fallecido sin sentir dolor intenso aunque perdure la tristeza, cuando ha aprendido a vivir sin él o ella, cuando ha dejado de vivir en el pasado y puede invertir de nuevo toda su energía en la vida y en los vivos.

b) **Duelo anticipado:** este término fue usado por Lindnman para indicar aquellas fases anticipatorias de duelo que facilitan el desapego emotivo, antes de que ocurra la muerte. Aparece en los padres, madres y familiares de aquellos bebés a los que se asegura poco tiempo de vida.

c) **Duelo inhibido:** Se muestra en aquellas personas que, en la fase inicial del proceso de duelo, parecen mantener el control de la situación sin dar signos de sufrimiento. Es potencialmente patógena la negación o inhibición del duelo, pues la persona no afronta la realidad de la pérdida.

d) **Duelo patológico o disfuncional:** La causa para no lograr un duelo normal es que aún existen lazos con el bebé fallecido. El duelo está inconcluso. Existen varias

modalidades principales de duelo patológico y ambas implican la no aceptación de la pérdida, que el proceso se ha bloqueado y el dolor no está siendo elaborado:

- ✓ Duelo crónico: se dan respuestas emocionales, signos y síntomas, pero no hay una pena manifiesta. El sujeto sufre, pero no se enfrenta de forma decidida a la situación. Está en un estado de pseudo-depresión crónica que no avanza ni empeora. Se lamenta, es pesimista y surgen elementos neuróticos añadidos: ansiedad, fobias, miedos hipocondríacos, adicciones, etc. La persona mantiene una posición derrotista, no se enfrenta.
- ✓ Ausencia prolongada de aflicción consciente: Típico de personas muy activas, enérgicas (se puede conceptualizar como una defensa maniaca por hiperactividad). La vida sigue organizada, el sujeto se muestra autosuficiente y está orgulloso de ello.
- ✓ Psicosis de duelo: El duelo puede adquirir características extremadamente anormales y cercanas a un episodio psicótico. Se ha llamado psicosis de duelo y los síntomas son propiamente los de un cuadro psicótico reactivo.
- ✓ Duelo complicado: En ocasiones se acentúan los procesos de interiorización, culpabilidad, la somatización y bloqueo del trabajo del duelo durante un tiempo más o menos prolongado ⁽³⁰⁻³¹⁾

2.3 Consideraciones bioéticas

De acuerdo al código de ética para la vida ⁽³²⁾, esta investigación se regió por los siguientes principios bioéticos:

- ✓ Beneficencia.
- ✓ Autonomía.
- ✓ Justicia.

El principio de la beneficencia se basa en el principio hipocrático de la obligación de hacer el bien. Implica que alguien actúe persiguiendo los mejores intereses para la otra parte; es el deseo de promover la salud, el bienestar y el crecimiento de los otros. Es educar a la gestante en el manejo consciente de sus emociones lo cual implica hacer el bien. Es el

compromiso que asume el personal de salud, que está en contacto con la gestante, entre el deber de beneficiar al feto y respetar la autonomía de la mujer embarazada; entre el derecho a la salud de uno y de otro; el derecho a la vida de un nuevo ser y a la calidad de vida de la mujer gestante. El determinar cómo los trastornos emocionales maternos inciden en el bebé intrauterino tiene como finalidad la prevención soportándose en este principio.

El principio de autonomía o de libertad de decisión, es el que crea el consentimiento informado, donde la gestante tiene la libertad de elegir. Justamente, uno de los fines de la investigación es favorecer a través de una información adecuada y de un consentimiento expreso, una actitud libre y responsable de la gestante frente a sus propias decisiones. Cada embarazada es informada de los objetivos y propósitos de la investigación y en qué consistirá su participación y ésta da su consentimiento de forma completamente autónoma.

El principio de justicia, consiste en repartir equitativamente los beneficios y cargas en el bienestar vital brindado por la atención médica. Este principio implica igualdad de oportunidades. Las embarazadas se eligen sin ningún tipo de discriminación, disponiendo todas ellas de la misma igualdad de acceso a los recursos. Del mismo modo, son tratadas con la misma consideración. La justicia se refiere a la equidad de cualquier decisión ética incluso para acceder a los tratamientos, a la salud, y a la vida en su contexto.

ESCENARIO III

RECORRIDO METODOLÓGICO

Este escenario contempla la dimensión metodológica, selección y criterios de selección de las gestantes, así como el método: descripción del fenómeno, esencias, apariencias, constitución, reducción de la fenomenología, la fenomenología hermenéutica, criterios de elección de las informantes, las técnicas de recolección de información, el procesamiento de los datos y finalmente la confiabilidad de la investigación.

3.1 Investigación cualitativa

Es aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable ⁽³³⁾ que es lo que realmente conseguimos al realizar las entrevista y la observación directa a las gestantes que participaron en este estudio.

3.2 Fenomenología

La matriz epistémica de esta investigación es la fenomenología; ciencia rigurosa, fue impulsada por Edmund Husserl, como crítica a la forma de hacer ciencia, basada en el racionalismo newtoniano-cartesiano propio del paradigma empírico-analítico. En esencia bajo este paradigma se estudiaron las realidades cuya naturaleza y estructura puede ser observada y estuvieron basados en hechos ponderados en la experiencia personal ⁽³³⁾. A tal respecto, la fenomenología es un método donde el fenómeno es observado desde adentro del sujeto de estudio, se busca la esencia en su conciencia, es la vuelta al mundo vivido para buscar el significado del fenómeno ⁽³⁴⁾.

3.2.1 Fenomenología Hermenéutica

La hermenéutica está ligada a la fenomenología porque está asociada a las ciencias humanas, en donde según Dilthey ⁽³⁵⁾, la hermenéutica es el arte de interpretar las expresiones de la vida.

En conclusión, la fenomenología hermenéutica es entonces un método cualitativo que partiendo de la observación del fenómeno luego lo interpreta.

3.2.2 Etapas del Estudio Fenomenológico

Etapa Previa: Clarificación de los Presupuestos. De acuerdo con Martínez ⁽³⁶⁾, “una investigación seria, filosófica o científica, sólo puede comenzar después de haber realizado una estricta y cuidadosa descripción que ponga entre paréntesis (en cuanto sea posible) todos los prejuicios”. En este sentido, es preciso que la investigación inicie sin prejuicios, creencias, presentimientos, valores o ideas con respecto al tema, de manera tal que no se desarrollen influencias de acuerdo con los intereses propios del investigador, por lo que el reducir los presupuestos básicos y entrar en el proceso de la epojé constituye un requisito fundamental para el mismo.

Etapa Descriptiva. En esta etapa, según Martínez ⁽³⁶⁾, es fundamental lograr la descripción del fenómeno, de modo que sea completa y libre de prejuicios, donde se reflejen la realidad vivida por cada sujeto, su mundo y situación auténtica. Para ello, es necesario seleccionar la técnica, en este caso la entrevista fenomenológica, la cual debió ser grabada para posteriormente llevar a cabo la observación en múltiples oportunidades y así obtener una buena descripción, lo que constituye una condición sine qua non. En efecto, se logra entonces recolectar los significados a través de los sentidos y posteriormente, se desarrolla la elaboración de los protocolos donde se refleja la realidad tal y como se presentó, sin omisiones y juicios; de esta manera, el fenómeno quedará registrado en el protocolo, mediante el cual se hará entonces el estudio.

Etapa Estructural. Esta etapa permite profundizar y estudiar los protocolos y obtener las descripciones, tal y como expresa Heidegger citado por Martínez ⁽³⁶⁾, "permite ver lo que se muestra (en nuestra conciencia), tal como se muestra por sí mismo y en cuanto se muestra por sí mismo". Así pues, se lleva a cabo la revisión exhaustiva de los protocolos para revivir la realidad y posteriormente reflexionar sobre la situación y poder comprenderla. En consecuencia, en el protocolo se efectúa la delimitación de las unidades temáticas naturales, que no es más que la revisión de la descripción y cavilación de los significados de las partes y el todo, se precisan a su vez las transiciones de significados, las variaciones temáticas y hasta los posibles cambios en la intencionalidad del informante. Dicho esto, y según Heidegger citado por Martínez ⁽³⁶⁾, se obtiene la delimitación de las áreas significativas, y se eliminan las redundancias existentes en cada unidad temática para determinar el tema

central de cada unidad, relacionando una con otra y con el todo; por lo que el investigador, deberá reflexionar sobre el fenómeno y cada tema central, siendo entonces la finalidad de esta etapa la integración en una sola descripción del contenido de las estructuras halladas en los protocolos.

3.3 Discusión de los Resultados

Durante esta etapa se relacionan los resultados con las conclusiones de otros investigadores a los fines de compararlas, comprender las diferencias y crear un cuerpo integrado del conocimiento obtenido, según Martínez ⁽³⁶⁾. Además de ello, para otras investigaciones es menester la existencia de una técnica para medir un fenómeno, mientras que, para el enfoque fenomenológico, el significado es la verdadera medida, en este sentido, la investigación finaliza con el delineando la estructura psicológica general del fenómeno estudiado.

3.4 Nivel de Investigación

De acuerdo con Hernández-Sampieri ⁽³⁷⁾, el nivel de una investigación está definido por la profundidad de su alcance de acuerdo con la metodología utilizada; siendo entonces el caso del estudio fenomenológico determinado como una investigación interpretativa reflexiva, en la cual resulta fundamental la perspectiva y el modo de concebir la realidad de los sujetos, la cual debe ser vista por el investigador, y al propio tiempo desarrollar entre éste y el fenómeno una relación simbiótica que le permita comprender a fondo el hecho que se investiga. Se basa en la interpretación de la experiencia humana en un fenómeno, y el reflexionar sobre este a través del descubrimiento de las categorías, su contrastación y triangulación.

3.5 Diseño de la Investigación Cualitativa Fenomenológica

El diseño de investigación es definido por Hernández-Sampieri ⁽³⁷⁾, como el “plan o estrategia concebida para obtener la información que deseas con el propósito de responder al planteamiento del problema. Sin embargo, en el caso de la investigación cualitativa, el diseño de investigación resulta ser menos estructurado, más flexible y abierto, ya que se adapta a las necesidades fenomenológicas que van surgiendo durante el desarrollo de la

investigación, por lo que se va ajustando no solo a los hechos, sino también al ambiente y a los sujetos. Es importante destacar que, en este tipo de investigaciones pueden tomarse elementos de más de uno de sus diseños para ser complementados entre sí, de allí el origen de su flexibilidad y apertura, por lo que el investigador con el propósito de lograr la comprensión del fenómeno podrá desarrollar un plan investigativo que le permita mayor acercamiento a la realidad que investiga.

3.6 Fases de la Investigación

Fase 1: Conocimiento del Estado emocional de las gestantes cursantes del II trimestre con antecedentes de óbito fetal a partir de un estudio fenomenológico.

Actividades:

- Contactar a los informantes claves y planificar los encuentros necesarios para la investigación.
- Conocer los valores, ideas, pensamientos, presupuestos y conductas que impiden el acceso al mundo de vida de los entrevistados.
- Conocer el universo teórico del conocimiento del estado emocional de las gestantes cursantes del II trimestre con antecedentes de óbito fetal, a través de la revisión bibliográfica y referencias existentes.
- Interiorizar las vivencias.
- Aplicar la técnica seleccionada a las entrevistadas para dar inicio al proceso de registro, bajo un ambiente seguro.
- Observar y registrar mediante grabaciones

Fase 2: Comprensión del estado emocional de las gestantes cursantes del II trimestre con antecedentes de óbito fetal, a partir de un estudio fenomenológico.

Actividades:

- Contrastación con la teorización previamente formada.
- Elaborar y estudiar las descripciones protocolares, reflejando la realidad de las entrevistadas tal y como se presenta.
- Revisar el material protocolar en múltiples oportunidades para reflexionar y comprender.

Fase 3: Interpretación de los significados presentes en las vivencias emocionales de las gestantes cursantes del II trimestre con antecedentes de óbito fetal, a partir de un estudio fenomenológico.

Actividades:

- Contrastación con la teorización previamente formada.
- Elaborar y estudiar las descripciones protocolares, reflejando la realidad de los entrevistados tal y como se presenta.
- Revisar el material protocolar en múltiples oportunidades para reflexionar, e interpretar los significados.

Fase 4: Integración del conocimiento y el material obtenido.

Actividades:

- Formar, construir y delimitar las grandes categorías a partir de los protocolos.
- Codificación de las temáticas centrales pertenecientes a cada categoría.
- Eliminar redundancias, estableciendo así una categoría para cada unidad temática.
- Relacionar las categorías, unas con otras, y posteriormente con el todo.
- Teorización a partir del constructo
- Contrastar con la teorización formada precedentemente y teorizar.
- Integrar en una estructura descriptiva particular.
- Describir el contenido de las estructuras.
- Triangulación a partir de la teoría, informantes claves y la visión de la investigadora.
- Establecer las grandes comprensiones e interpretaciones de la investigación.

3.7 Aspectos Fundamentales de la Metodica

3.7.1 Informantes

Las informantes de esta investigación, estuvo conformada por una muestra intencional de 3 gestantes segunda gesta. El muestreo intencional ⁽³⁸⁾ es una técnica de muestreo en la cual la persona a cargo de realizar la investigación se basa en su propio juicio para elegir a los integrantes que formarán parte del estudio. El muestreo intencional es un método de muestreo no probabilístico, este ocurre cuando “los elementos seleccionados para la muestra son elegidos por el criterio del investigador”.

3.7.2 Entrevistadora

La entrevistadora en este proceso es la médico Diana Oropeza, quien realizo la investigación la como requisito para optar al título especialista en Obstetricia y Ginecología en la Universidad Carabobo; quien al propio tiempo posee una apasionada curiosidad por el fenómeno estudiado.

3.7.3 Criterios de elección de las informantes

Las gestantes-informantes de éste estudio fueron atendidas en la consulta prenatal del Hospital Universitario Dr. “Ángel Larralde”, cursando embarazos entre las 14 y 26 semanas, con edades comprendidas entre 20 y 29 años y con antecedentes de óbito fetal en su embarazo previo.

3.8 Técnicas de recolección de información

En la investigación fenomenológica las técnicas de recolección de información deben permitir que el investigador se sumerja en el fenómeno de estudio por lo tanto tienen que ser flexibles y abiertas ⁽³⁴⁾. Las técnicas que se utilizaron es este estudio fueron la observación participante, la entrevista cualitativa en profundidad o entrevista abierta y la documentación.

*Observación participante: Esta técnica implica la interacción entre el investigador y el grupo estudio. Su objetivo es recoger datos de modo sistemático directamente de los contextos y se fundamenta en el principio de la convivencia personal del investigador con el grupo se investiga. Para llevar a la práctica esta técnica hay que tener presente tres momentos: un primer momento denominado acceso al escenario, en el cual el investigador debe buscar la aceptación del grupo; un segundo momento: estancia en el escenario, donde el investigador involucrado con el grupo realiza el proceso de observación interactiva y un tercer momento: retirada del escenario en el cual el investigador se retira del grupo en forma amigable ⁽³⁴⁾.

*Entrevista abierta: Esta técnica junto con la observación participante es la más usada en la investigación cualitativa. Es llamada también la entrevista en profundidad,

busca encontrar lo más importante y significativo para los informantes sobre los acontecimientos y dimensiones subjetivas. Es un encuentro cara a cara, no estructurado ⁽³⁴⁾.

En esta investigación se realizaron 3 entrevistas, para lo cual hubo una preparación previa comenzando por la documentación y conocimiento del contexto, así como los temas a tratar, los cuales los configuré mediante esquemas que solo existían en mi mente en el momento de realizar la entrevista.

Interesa señalar que antes de las entrevistas, las participantes dieron su consentimiento (Ver anexo 1) para éstas ser grabadas y se utilizó la transcripción de las mismas sólo con los fines propios de esta investigación, manteniendo la confidencialidad de su identidad y el respeto a su dignidad como persona; a medida que vayan transcurriendo las mismas. Sopesé y valoré hasta donde fue posible, las creencias, costumbres, condicionantes físicos o psíquicos, labilidad emocional; manejé la dinámica con cada entrevistada para poder detectar a tiempo áreas que pudieron no resultar agradables o que pudieron causar alguna molestia. Las grabaciones que realice posteriormente fueron transcritas para sus respectivos análisis.

*Documentación: Este aspecto lo conformo, por un lado, las notas de campo, que tome referidas al lenguaje no verbal, a los gestos, actitudes, comportamientos de las gestantes durante las entrevistas. De manera que con esa información obtenida la utilice en el marco de esta investigación, garantizando la confidencialidad de los datos y cumpliendo así con la ética profesional.

Al apreciar y observar las actitudes y comportamientos de las gestantes durante las entrevistas, me permitió contrastarlo con las desgravaciones de las entrevistas reviviendo de este modo las situaciones concretas y particulares de las entrevistadas, lo cual me condujo a asumir una actitud reflexiva que me incentivo a comprender e interpretar el fenómeno particular.

Hice varias revisiones y fui captando aspectos o realidades nuevas, detalles, acentos o matices no vistos con anterioridad o no valorados suficientemente, de este modo las

categorías preliminares fueron brotando como parte de un proceso de codificación, hasta la saturación de las mismas, o sea, hasta que no hubo la emergencia de nuevos datos o significantes y las categorías están bien desarrolladas en términos de propiedades (subcategorías) y dimensiones.

Las citas fueron registradas tal como las expresaron las informantes, para así respaldar la construcción de las categorías y subcategorías. Dichas citas están identificadas con una numeración como la siguiente: E3:56, en donde el número 3 corresponde al informante, el 56 al número de cita.

3.9 Técnicas de Análisis de los Resultados

Una vez recabada la información a través de la entrevista fenomenológica, se pudo obtener el punto de vista de las informantes claves, lo que permitió el acercamiento a la experiencia dentro del fenómeno, y que constituye el punto principal en este paso, por cuanto fueron los significados que éstos otorgan a las vivencias lo que me condujo al camino de la comprensión y análisis de lo obtenido. En este sentido, según Martínez ⁽³⁶⁾, en la investigación fenomenológica, el análisis de los resultados no está supeditado a una técnica en específico, sino que “el significado es la verdadera medida”. En consecuencia, debe llevarse a cabo la relación con el todo para poder comprender y analizar el significado funcional, por lo que el análisis tuvo lugar a través de los diferentes procesos e instrumentos para la interpretación, tales como: la categorización, la estructuración, la contrastación, la triangulación y la teorización.

3.9.1 Categorización

Es la codificación de la información obtenida para su posterior etiquetado, lo que quiere decir que, una vez realizada la revisión exhaustiva de los datos derivados de las entrevistas, a través de la llamada inmersión en el material primario, se procede a la clasificación de aquellos fragmentos del discurso, a la asignación de las categorías, y al diseño del significado de cada dato obtenido.

3.9.2 Estructuración

Consiste en relacionar las unidades categorizadas, por lo que se integran las categorías específicas a categorías más generales, de manera que se pueda lograr la supra categoría o estructura, lo que permite localizar los vínculos y relaciones existentes entre los atributos que surgen de la revisión reiterada de las entrevistas.

3.9.3 Triangulación

Consiste en comparar, analizar y el concatenar la información obtenida, las teorías y la perspectiva del investigador, permitiendo una mayor comprensión del fenómeno minimizando los sesgos personales, por lo que la aplicación de esta técnica resulta fundamental para el esclarecimiento de aquello que se ha observado durante la investigación.

3.9.4 Contrastación

A través de esta técnica se relacionan y comparan los resultados obtenidos con estudios ya existentes relevantes y relacionados con el fenómeno a los fines de obtener otras perspectivas; para ello, se contraponen las conclusiones del estudio realizado con aquellas teorías e investigaciones afines, con el propósito de ampliar o reformular las construcciones ya existentes.

3.9.5 Teorización

Esta técnica pretende generar una teoría fundamentada en los datos a través de un proceso de integración intuitivo y coherente de los resultados obtenidos complementado con las teorías, y las conclusiones, así pues, consiste en obtener una síntesis final que perciba, comprenda, contraste, ordene y establezca nexos entre lo investigado y lo obtenido.

3.10 Confiabilidad de la investigación.

El mecanismo de control de calidad en las investigaciones cualitativas es mediante la triangulación y es entendida como una manera de mejorar los resultados que el investigador

obtiene tras aplicar una técnica concreta a su estudio. En la triangulación se utilizan múltiples líneas de visión dirigidas hacia el mismo punto ⁽³⁹⁾.

En este sentido, la triangulación tiene dos funciones principales. La primera proviene del enriquecimiento (validez interna) que una investigación recibe cuando, a la obtención inicial de datos y su posterior interpretación, se aplican diferentes técnicas, se adopta una distinta perspectiva o se la añaden diferentes datos. La segunda procede del aumento de la confiabilidad (validez externa) que dicha interpretación experimenta cuando las afirmaciones del investigador son corroboradas o por la contrastación empírica con otra serie similar de datos. Las investigaciones trianguladas son consideradas como pluralistas, por la diversidad de enfoques y de perspectivas que se aplican a ellas.

Denzin ⁽⁴⁰⁾ define como triangulación de teorías como el uso de distintas perspectivas teóricas para analizar un mismo grupo de datos. De manera que la triangulación teórica estaría orientada al contraste de hipótesis causales rivales. Es evidente que confrontar distintas teorías en un mismo grupo de datos permite una crítica eficiente coherente con el método científico.

En esta investigación se realizó el enfoque fenomenológico, se partió de una investigación documental para buscar comprender con profundidad la realidad y las problemáticas que puedan presentarse en este estudio. Seguidamente los análisis tuvieron su origen, fundamentalmente en los relatos de vida de las gestantes, que se obtuvieron mediante entrevistas a profundidad.

ESCENARIO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS CUALITATIVOS

En el presente escenario, se presentan los datos recogidos de manera sistemática, así como los procesos de tratamiento y reducción de los datos, para su posterior interpretación a partir de la constatación de los datos obtenidos con relación al entramado teórico previamente construido.

Para el desarrollo de esta fase de la investigación, se realizaron 3 entrevistas fenomenológicas, a gestantes (segunda gesta) cursantes del II trimestre del embarazo que acudieron a la consulta prenatal del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, en edades comprendidas entre los 20-29 años. Previamente, se les informo que debían consentir su participación en la investigación, firmando el consentimiento informado (Ver **Anexo N° 2,3 y 4**).

Con la finalidad de proteger su identidad y la sensibilidad de la información aportada, sus entrevistas fueron presentadas bajo los seudónimos de iniciales de sus nombres, siendo estos seleccionados en alusión a los datos proporcionados en el consentimiento informado.

4.1 Entrevistas Aplicadas a los Informantes

Registro de Entrevista

Cuadro N° 1

Entrevistada N°1: S.V Fecha: 27/09/2021		
Edad: 27 años.		
Entrevistadora: Diana Oropeza(D.O)		
Entrevistada N°1	N°	Sub-categorías
D.O: hola, buenos días. Gracias por aceptar ser parte de mi investigación, vamos a comenzar la entrevista	1	Trabajo de parto pretérmino (6-7,22)
hola, buenos días.	2	
D.O: cuéntame, ¿qué ocurrió en tu primer embarazo?	3	
Mi bebé se murió en la barriga.	4	Antecedente del óbito (8-11)
D.O: ¿Cuántos meses tenías?	5	
Tenía 6 meses.	6	Búsqueda rápida de un nuevo embarazo (8-13)
D.O: Si tenía 6 meses ya estaba grandecito, ¿eso fue hace cuánto tiempo?	7	
En diciembre que pasó.	8	
D.O: ¿En diciembre del año pasado?	9	Diciembre y sus festividades (9-10, 21-22,55-57)
¡Sí!	10	
D.O: ¿Ósea que saliste embarazada rápido después de ese embarazo?	11	Deseo de ser madre (12-15)
¡Sí!	12	
D.O: ¿Por qué?	13	Parto Extrahospitalario (18-19)
Deseaba tener un beb++esito.	14	
D.O: ¿Dónde te atendieron el embarazo anterior?	15	Control prenatal del 1er embarazo (21-22)
Aquí (HUAL).	16	
D.O: ¿Lo pariste?	17	Contacto con él bebe fallecido (25-27)
Sí, es mi casa.	18	
D.O: ¿Cómo así, te dieron dolores y no te dio chance de venir?	19	Causa del fallecimiento del bebe (29-30)
Yo me estaba controlando en la maternidad del Sur, y me tocaba control el 14 de diciembre, entonces me comenzaron unas molestias y después expulse al bebé.	20	
D.O: ¿Allá en tu casa?	21	Sufrimiento de la pareja (34-35)
Aja.	22	
D.O: Ósea te empezaron los dolores y ahí mismo tú lo pujaste, pero porque estaba muerto, ¿no lloró?	23	
No, y el corazón se le puso gordito y se le abombo.	24	
D.O: Ok. ¿Y tú viniste para acá y te atendieron y te revisaron?	25	
Me hicieron el alumbramiento y la doctora me dijo que había muerto porque le dio un infarto.	26	
D.O: Ok, entiendo. ¿Y en ese entonces tú estabas con	27	
	28	
	29	
	30	
	31	
	32	

tu pareja, es el mismo papá de este bebé?	33	Tristeza
¡Sí!	34	(37,55)
D.O: ¿Cómo recibió la noticia tu pareja?	35	Tranquilidad con el
Le afectó bastante(suspiro)	36	embarazo actual
D.O: ¿Pero siguieron juntos a pesar de la pérdida?	37	(39,42)
Si (cara de tristeza).	38	Trombosis venosa
D.O: ¿Cómo ha sido este embarazo, desde que te enteraste?	39	profunda
Tranquilo.	40	(42-43)
D.O: ¿No has tenido ninguna complicación, como sangrado o amenaza de aborto?	41	Felicidad por la
Ahhh no.	42	noticia de un nuevo
D.O: Ha evolucionado tranquilo. ¿Solo esto que te está pasando ahorita de la TVP hace 3 semanas?	43	embarazo
¡Sí!	44	(45-46)
D.O: ¿Cómo fue cuando te enteraste que estabas embarazada de este bebesito?	45	Deseo de ser padre
Feliz (cara de asombro).	46	(47-48)
D.O: ¿Y tu pareja?	47	Indiferencia por el
Igual, él quiere ser papá	48	resto de la familia
D.O: Ok, ¿tú vives sola con él?	49	(51-52)
Con él, sin nuestros padres.	50	Llanto
D.O: ¿Y cómo está la familia con este embarazo?	51	(55)
Normal (cara de decepción).	52	Olvido
D.O: Ah ok, tranquila está bien.	53	(55-57)
D.O: ¿Cómo fue para ti cuando viviste la pérdida de tu bebé?	54	Emoción
Fue muy triste, lloré mucho, pero como fue en diciembre lo olvidé un poco.	55	(57-58)
D.O: ¿Te distrajiste un poco?	56	Incertidumbre por
Si, y después al poco tiempo me embarace de nuevo y fue una emoción porque estaba otra vez embarazada.	57	conocer por cual vía
D.O: Ah ok, ¿y cómo te sientes en este embarazo?	58	nacerá este bebe
Tranquila, pero quisiera saber si con esta (TVP) podré parir o deben hacerme cesárea. (Pregunta ansiosa).	59	(60-63)
Porque me dicen una cosa y luego otra. Por ejemplo, en la maternidad del Sur me iban a ingresar para planificar para cesaría y luego me vieron la pierna y me dijeron que no, que podía parir, venga cuando presente dolores.	60	Atención medica
Aquí si me están atendiendo bien y me están poniendo tratamiento.	61	(64-66)
D.O: Tu puedes parir si hay las condiciones, pero eso no excluye la cesaría si hay alguna eventualidad.	62	
Ah ok Dra., gracias.	63	
D.O: a la orden, bueno terminamos la entrevista.	64	
Muchas gracias por tu tiempo.	65	
	66	
	67	
	68	

Registro de Entrevista
Cuadro N° 2

Entrevistada N°2: M.R Fecha: 11/10/2021		
Edad: 21 años.		
Entrevistadora: Diana Oropeza(D.O)		
Entrevistada N°2	N°	Sub-categorías
D.O: hola, buenos días M.R. Comenzaremos la entrevista.	1	Antecedente del óbito (3-4)
hola, Dra. Ok está bien.	2	
D.O: ¿Cuándo fue embarazo que perdiste?	3	Búsqueda rápida del embarazo (3-4,11-13)
En agosto 2020, era una niña.	4	
D.O: ¿Y este bebé que esperan que es?	5	Deseo de tener una hija (4-8)
Al parecer niña (cara de ilusión).	5	
D.O: ¿Al parecer, es decir que no te han dado seguridad del sexo?	6	Deseo de tener una hija (4-8)
Ahhh si, ella se ve en el eco que abrió las piernitas.	7	
D.O: Ahhh ok.	8	Control del 1er embarazo (7-8,23-24)
Fue en agosto 2020 que quedé embarazada, y la perdí el 25/01/2021.	9	
D.O: ¿Te embarazaste rápido de este nuevo embarazo?	10	Ilusión (15)
Yo antes no podía quedar embarazada rápido porque tenía los quistes en los ovarios. 13. Pero ya en agosto de este año ya estaba embarazada de nuevo.	11	
D.O: Esta bien.	12	Sangrado (20)
En el mismo mes Agosto he tenido los dos embarazos (cara de asombro).	13	
D.O: Ok, ¿el papá de tu bebé actual es el mismo que del anterior?	14	Preocupación de la pareja por la ausencia de los movimientos del bebe (20-21)
Si.	15	
D.O: Ok, cuéntame un poquito de tu experiencia, de cómo te enteraste de que tu bebé había fallecido, cómo te lo dijeron.	16	Negación (21)
Yo había manchado, eso fue un jueves. Para mí ya estaba muerto antes porque ya mi esposo me había dicho que no la sentía, pero yo sí sentía que se me movía (cara de negación). Pero la doctora me dijo cuándo me hicieron el eco aquí que ya no tenía latido cardiaco. ¿Aquí a ella le faltaba mucho liquito? (me está mostrando ecografía del embarazo que perdió poniendo cara de preocupación y de ansiedad). Seguro le bajo el líquido porque yo bajaba mucho las escaleras (cara de culpa).	17	
D.O: ¿Y cuándo te dieron la noticia cómo fue para tí?	18	Diagnóstico de óbito (22-23)
	19	
	20	Culpa (23-25)
	21	
	22	
	23	
	24	
	25	
	26	

Horrible (se puso nerviosa).	27	Terror
D.O: ¿Estabas buscando ese bebé?	28	(26-27)
Sí, porque yo no podía quedar embarazada porque tenía los ovarios llenos de quistes.	29	Deseo de ser madre
D.O: Ahh okey.	30	(28-36)
Y era un dolor horrible cuando me venía el periodo, mi suegra (mi súper suegra con risa picara) me dio una mata de esas caseras que se llama flota-flota, la hirvió toda la raíz y yo me la tome con el periodo y se me limpio uno de los ovarios.	31	Sufrimiento de la
D.O: ¿Y después de eso quedaste embarazada?	32	pareja
Sí, porque si no, no hubiese podido.	33	(37-38)
D.O: ¿Y cómo acepto la noticia tu esposo?	34	Llanto
Mal, el no lloro, pero seguro ese lloro cuando se fue al trabajo.	35	(37-38)
D.O: ¿Y tu familia, vives con ellos?	36	Ausencia del resto de
Vivía con mi mamá y mis 3 hermanas, pero ellas ahorita están fueran del país desde 41. hace como 4 años (cara de tristeza).	37	los familiares
D.O: ¿Y te hicieron legrado, lo pariste?	38	(39-41)
Sí, (me enseñó todos los papeles del egreso del embarazo anterior) preguntándome si las infecciones pueden hacer que pierda el bebé (cara de preocupación y ansiedad).	39	Tristeza
D.O: Las infecciones condicionan a amenaza y prematuridad.	40	(40-41)
Ahhh okey.	41	Parto
D.O: bueno Sra. M.R ya terminamos la entrevista, muchas gracias por su tiempo.	42	(42-43)
	43	Ansiedad
	44	(43-44)
	45	Información sobre
	46	consecuencias de las
	47	infecciones durante el
		embarazo
		(43-45)

Registro de Entrevista

Cuadro N° 3

Entrevistada N°3: K.M Fecha: 25/10/2021		
Edad: 21 años.		
Entrevistadora: Diana Oropeza(D.O)		
Entrevistada N°3	N°	Sub-categorías
D.O: Hola K.M, buenas tardes, gracias por darme un tiempo para conversar sobre mi investigación.	1	Antecedente del óbito
hola Dra, buenas tardes.	2	(4-5)
D.O: bueno vamos a comenzar la entrevista. ¿Hace cuánto fue la perdida que tuviste?	3	Deseo de ser madre
		(8-9)

La pérdida de mi primer embarazo fue hace 2 años y medio.	4	Dificultad (8-10,27)
D.O: ¿Cómo te sentiste con esa experiencia? ¿Qué sentimientos experimentaste?	5	
Fueron muchos factores los que experimente si te soy sincera, porque era mi primer embarazo y desde los 5 meses estaba en el hospital y no fue fácil para mí tener la ilusión de tener un embarazo normal como toda mujer, sino que se me presentaron tantos contras, tantos problemas, tantas amenazas de abortos que vivía con miedo, con miedo de perder al bebé y fueron muchísimas cosas que lo único que hacía era llorar, estar acostada, por la cuestión de que se me hinchaban mucho las piernas.	6 7 8 9 10 11 12	Hospitalizaciones (8,19-20,22,43-44)
D.O: ¿tu pareja y familia, como sobrellevaron la pérdida de tu bebe?	13	Miedo (10-11,42,48,53)
Fueron muchas cosas que me llevaron al límite, me sentía mal porque mi pareja quería un hijo y yo no se lo podía dar, me sentía como abrumada porque no podía darle ese hijo que él quería(frustración). Mi familia lo sobrellevo conmigo sufriendo todo, porque tenían la ilusión, mi papá tenía la ilusión de tener un nieto, mi abuela lloraba y todavía llora, mi esposo fue un gran apoyo para mí en ese momento porque éramos él y yo nada más y todo el tiempo que vivimos en el hospital éramos él y yo nada más y yo lo único que hacía era llorar, pero él se hacia el fuerte mientras estaba conmigo para que yo no lloraran tanto ni me deprimiera; fue mucho tiempo el que pasamos en el hospital porque se me había contaminado la cesárea y ya tenía un mes mientras drenaban la herida.	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	Amenaza de aborto (10,52)
D.O: ¿Fue difícil para ti estar todo ese tiempo en el hospital porque perdiste a tu bebe?	25	Llanto (11,20,25,40,43,48)
Sí, me decían que no podía estar llorando ni estar alterándome, pero por más que lo intentaba era imposible, pero entre los dos él fue un apoyo para mí y supimos sobrellevar todas las cosas que nos pasaron, eran todas malas y lo más triste de todo es que yo no pude ni siquiera ver a mi hija por última vez ni pude despedirme de ella.	26 27 28 29 30	Edema (12)
D.O: me imagino que debió ser una situación muy fuerte para ti, ¿y con este nuevo embarazo que expectativas tienes?	31	Frustración (14-16)
Si te soy sincera con este embarazo vivo con miedo y pienso en lo peor.	32	Deseo de ser padre (15)
D.O: ¿pero deseas a este bebe?	33	Apoyo familiar (17)
Lo que más quiero es tenerlo en mis brazos.	34	Ilusión por los familiares (17-18)
		Llanto (18)
		Apoyo mutuo (18-20,26-27)
		Cesárea (22-23)
		Infección de sitio quirúrgico de herida operatoria (22-23)
		Consejo para manejo de emociones

D.O: ¿y porque piensas tan negativo?	35	(24-25)
Porque el medico que me trataba antes, me dijo que todos mis embarazos iban a hacer iguales porque según él, tengo Lupus y me dijo que todos los embarazos iban a hacer exactamente iguales y que posiblemente yo nunca iba a poder tener hijos y eso es lo que tengo en la cabeza.	36	Duelo materno (27-28)
D.O: ¿Y ahora que estas embarazada de nuevo, que piensas?	37	Negatividad y pesimismo (31,34-41)
Cuando me entere que estaba embarazada otra vez lo único que yo hacía era llorar porque pienso que me iba a pasar lo mismo, que se va volver a repetir la historia, vivo con miedo y ahora me empezaron a aparecer unas las manchas, lo único que yo hago es llorar y llorar porque me aterra el hecho de tener que volver a pasar lo mismo, que tenga que volver a ir a hospitales y estar hospitalizada.	38	Esperanza (33)
D.O: puedo entender que estés experimentando esos sentimientos, ¿no has pensado en buscar ayuda para el manejo de esas emociones?	39	Información sobre el 1er embarazo (35-38)
bueno, el Doctor que empezó a controlarme este embarazo me dice que no tenga miedo y que no lllore porque todos esos sentimientos se los traspaso al bebé, pero fue imposible porque los primeros 3 meses del embarazo marcharon excelente, no presente ningún síntoma, no presente nada y al 4to mes empezaron a aparecer las manchas nuevamente con este embarazo, aparecieron los dolores en todas las articulaciones, apareció la fiebre, aparecieron los dolores de vientre, aparecieron las amenazas de aborto y otra vez volvió el miedo con este embarazo.	40	Incertidumbre (43-44)
D.O: K.M, ¿entonces cuáles son las expectativas que tienes con este embarazo?	41	Terror (43-44)
Bueno, este embarazo ha sido más tranquilo a comparación del primer embarazo. Y a pesar de todo, me siento un poquito menos preocupada y estresada, aunque he presentado todos los síntomas como en el 1er embarazo, las manchas en este embarazo han sido muy pocas y en pocas ocasiones, más que todo aparecen si estoy mucho tiempo de pie o si estoy mucho tiempo sentada.	42	Información sobre el embarazo actual (47-48)
D.O: bueno K.M, sigue tus controles rutinarios por la consulta prenatal, y cualquier duda o pregunta, estamos a la orden. Muchas gracias por contarme tu experiencia.	43	Sintomatología (50-52,57-59)
	44	Tranquilidad (54-55)
	45	Menos preocupación y estrés (56)
	46	
	47	
	48	
	49	
	50	
	51	
	52	
	53	
	54	
	55	
	56	
	57	
	58	
	59	
	60	
	61	

4.2 Categorización

Una vez recogida la información correspondiente a las entrevistas, resulto necesario realizar el tratamiento de las mismas. Este procedimiento, pretende reducir sistemáticamente la cantidad de información, transformándolos en unidades concretas de información, que representen un conglomerado mucho más amplio de significados. La reducción de estos datos, apunta a hacer una transición entre lo descriptivo y concreto, a lo explicativo y abstracto, según Huberman ⁽⁴¹⁾.

Este proceso inicia con la construcción del cuadro de las grandes categorías, para compilar las subcategorías previamente presentadas, estas subcategorías que emergieron, en el relato de las 3 entrevistas fenomenológicas realizadas a las gestantes (segunda gesta) cursantes del II trimestre del embarazo con antecedente de óbito fetal, que acudieron a la consulta prenatal del Hospital Universitario Dr. “Ángel Larralde”.

En el desarrollo de las categorías, las subcategorías donde se presentaron similitudes o semejanzas en el relato entre una entrevistada a otra se agrupan en una sola gran categoría; por repetirse la misma información, además se asigna un código o cita, que representa a la entrevistada (E1, E2 y E3) siendo E1 la entrevistada 1 y así secuencialmente y los números, por ejemplo: 8-10, las líneas de la entrevista donde se encuentra la información registrada en dicha subcategoría.

Cuadro N° 4

Categorización de la información

Gran Categoría	Sub-categorías	Códigos
Estados emocionales	Tristeza	E1: 37,55 E2: 40-41
	Felicidad por la noticia de un nuevo embarazo	E1: 45-46
	Llanto	E1: 55 E3:11,20,25,40,43,48
	Olvido	E1: 55-57
	Emoción	E1: 57-58
	Negación	E2: 21

	Culpa	E2: 23-25
	Terror	E2: 26-27
	Ilusión	E2: 15
	Miedo	E3: 10-11,31,42,48,53
	duelo	E3: 27-28
	Negatividad y pesimismo	E3: 31,34-41
	Esperanza	E3: 33
Rol de la Pareja	sufrimiento	E1:34-35 E2: 37-38
	Deseo de ser padre	E1: 47-48 E3: 15
	Preocupación por la ausencia de movimientos del bebe	E2: 20-21
	Apoyo Mutuo	E3: 18-20,26-27
	llanto	E2: 37-38
Rol de la Familia	Indiferencia	E1: 51-52
	Ausentes	E2: 39-41
	Apoyo familiar	E3: 17
	Ilusión	E3:17-18
	Llanto	E3: 18
Personal Medico	Causa del fallecimiento del bebe	E1: 29-30
	Diagnóstico de óbito	E2: 22-23
	Información sobre complicaciones por infección durante el embarazo	E2: 43-45
	Información sobre el embarazo	E3: 35-38
	Consejo para manejo de emociones	E3: 24-25
Expectativas en el 1er embarazo	Deseo de ser madre	E2: 28,36 E3: 8-9
Condicionantes del 1er embarazo	Antecedente de obito	E1: 8-11 E2: 3-4 E3: 4-5
	Dificultades	E3: 8-10,27
	Control prenatal	E1:21-22 E2: 7-8,23-24
	Resolución del embarazo (PARTO)	E1: 18-19 E2: 42-43
	Resolucion del embarazo (Cesarea)	E3: 22-23
	Contacto con él bebe fallecido (Parto extrahospitalario)	E1: 25-27
Complicaciones médicas durante el 1er embarazo	Trabajo de parto pretermino	E1: 6-7,22
	Sangrado	E2: 20
	edema	E3: 12
	Amenaza de aborto	E3: 10
	Infección del sitio quirúrgico de herida	E3: 22-23

	operatoria	
	Hospitalizaciones	E3: 8, 19-22, 43-44
Expectativas en el embarazo actual	Búsqueda rápida del embarazo	E1: 8-13 E2: 3-4,11-13
	Deseo de ser madre	E1: 12-15
	Tranquilidad	E1: 39,42 E3: 54-55
	Incertidumbre por conocer por cual vía nacerá este bebe	E1: 60-63
	Deseo de tener una hija	E2: 4-8
	Menos preocupación y estrés	E3: 56
Complicaciones durante el embarazo actual	Trombosis venosa profunda(TVP)	E1: 42-43
	Sintomatología	E3: 50-52, 57-59
	Amenaza de aborto	E3: 52
Costumbre	Festividades decembrinas	E1: 9-10, 21-22, 55-57

4.3 Triangulación

Este proceso, consiste en una revisión de la información, de acuerdo a la forma que han adquirido los datos, para permitir obtener una concreción que tanto contraste, como permita establecer similitudes entre las posturas traídas a contrastar, lo que permite reconocer y disminuir los sesgos del proceso. A su vez, representa otra forma de continuar reduciendo los datos, dando lugar a una nueva Gran Categoría, que representa el encuentro entre lo vivencial de las 3 informantes, Martínez ⁽³⁶⁾.

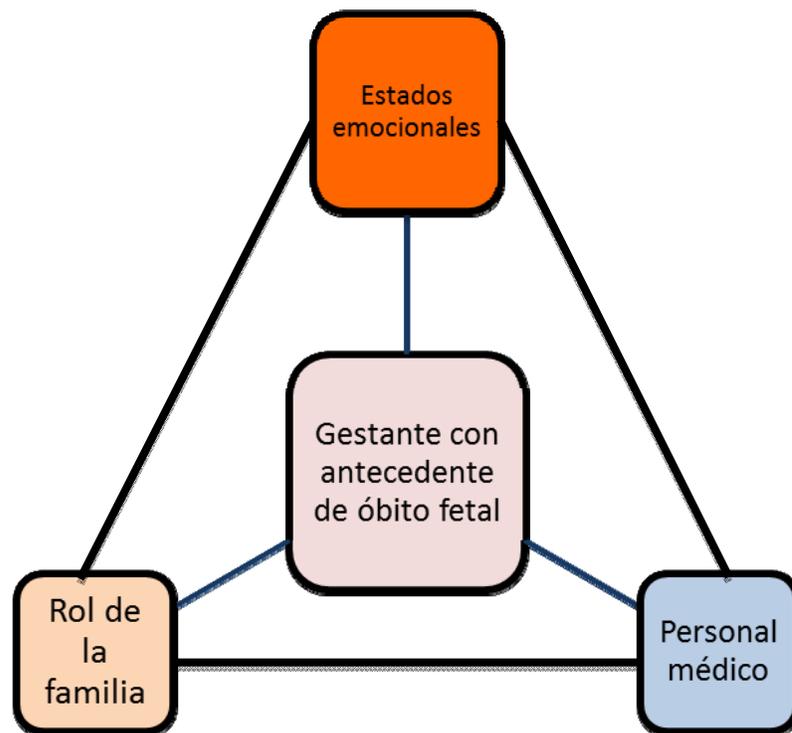
De todas las categorías que emergieron de la investigación, las más representativas que contribuyen a develar el fenómeno de estudio fueron:

1. Estados emocionales que experimentan estas gestantes con antecedente de óbito y que pueden condicionan a alteraciones en las emociones ante el nuevo embarazo y él bebe in útero, es importante recordar que durante el embarazo se movilizan una serie de emociones tanto positivas como negativas ^(21, 22). Estas emociones pueden ser útiles y adaptativas, cuando preparan el organismo de la gestante para el cambio biopsicosocial que genera el proceso del embarazo o, por lo contrario, puede ocurrir donde estas emociones desempeñen un papel desadaptativo; ambas repercutirán directamente en el bebé intrauterino. Se puede observar en el relato de las

entrevistadas, que la gran mayoría de las emociones que las embargan son negativas, estas se caracterizan por ser desagradables y se experimentan cuando se bloquea una meta, o representan una amenaza o una pérdida. Supone un retraso que impide el progreso y requiere energía y movilización para afrontar la situación.

2. El rol de la familia, como base fundamental de las relaciones interpersonales y el desenvolvimiento de las emociones y conductas.
3. El personal médico, como el principal contacto de la gestante durante el desarrollo del embarazo.

Figura N° 2



Fuente: Elaboración propia (Oropeza. 2021)

4.4 Contrastación

A través de esta técnica se relacionaron y compararon los resultados obtenidos con estudios ya existentes relevantes y relacionados con el fenómeno de estudio, a los fines de obtener otras perspectivas; para ello, se contraponen las conclusiones del estudio realizado con aquellas teorías e investigaciones afines, con el propósito de ampliar o reformular las construcciones ya existentes.

La investigación de castillo ⁽¹³⁾ sobre el impacto psicoemocional en gestantes frente al óbito fetal, Concluyen que la depresión es una de las principales emociones producidas después de recibir la noticia, seguido de negación y culpabilidad, por lo cual después de una pérdida es necesario que se sepa canalizar la ayuda para este tipo de pacientes. Además observaron que en la caracterización sociodemográfico, estaban ocurriendo mayoritariamente los óbitos fetales en gestantes entre 24 y < de 30 años, lo cual ocasiono preocupación, debido que es a este grupo etario donde las mayorías de las mujeres se encuentra realizada profesionalmente y le es más conveniente tener un hijo; lo particular es que del grupo encuestado existió un porcentaje considerable que consumía alguna sustancia tóxica que pudo afectar su embarazo y/o recibió algún tipo de maltrato. Refieren que se debe tener en consideración que las pacientes requieren una atención psicológica para poder superar el impacto emocional que están viviendo, además es importante recalcar que la atención de estas pacientes debe de ser de forma diferenciada en comparación a las pacientes con fetos y recién nacido vivos, ya que no solo se trata de un diagnóstico clínico sino también de afectación psicológica.

En contraste, con el estudio realizado que se enfoca en gestantes (segunda gesta) en edades entre 20-29años con antecedente de óbito fetal en el primer embarazo, todas las entrevistadas manifiestan un impacto emocional negativo ante la noticia de la pérdida de su primer bebe, y el caso más representativo es K.M, quien en reiteradas oportunidades resalta que los sentimientos de su embarazo anterior empañan el desarrollo de la gestación actual con pensamientos de miedo y dolor.

Por otro lado, la investigación de Moreno, Rodríguez y Cros ⁽¹²⁾ sobre revisión y actualización sobre la muerte perinatal, concluyen que el duelo de la muerte fetal perinatal

supone un duelo no reconocido, aunque el seguimiento clínico de los padres en la situación de muerte perinatal está establecido, existe un importante déficit con respecto al apoyo psicológico y cuidados emocionales. Además, resaltan el hecho de que la muerte perinatal no solo afecta a la situación en sí misma, sino que repercute en gestaciones posteriores y a la forma de concebir la paternidad y maternidad futuras. El apoyo y los cuidados emocionales deben prolongarse el tiempo suficiente, con especial atención ante las demandas surgidas en las siguientes gestaciones. Establecen que hay una clara evidencia de que es necesario desarrollar programas de intervención centrados en aumentar la comprensión y la conciencia de la muerte fetal de forma que se pueda abordar ese duelo no legitimizado. Por lo que se necesitan más investigaciones para evaluar los programas existentes y centrarse en el desarrollo de nuevos programas.

El estudio realizado, se enfoca en explorar las emociones en la gestante con antecedente de óbito fetal y si estas repercuten en el desenvolvimiento de la gestación actual, de nuestras entrevistadas 2 de 3 buscaron el nuevo embarazo en el primer año después de la pérdida y aún persisten las emociones negativas pasadas sobre el actual embarazo. El fin del estudio, persigue motivar al personal de salud, a sensibilizarte ante este tema y poder brindarles a nuestras gestantes un adecuado abordaje biopsicosocial.

Considerando además la investigación de Reyes, Ramírez Y Guerra⁽¹⁴⁾ sobre estrategias de afrontamiento en 6 madres que vivieron pérdida fetal, los resultados fueron obtenidos a partir de los relatos de vida de las participantes de la investigación y concluyeron que existieron tres momentos durante el proceso (embarazo, pérdida fetal y estrategias de afrontamiento) acompañadas de recursos cognitivos, conductuales y afectivos, resumidos en el significado individual de las pérdidas fetales como un constructo en el cual la madre involucra criterios subjetivos sobre el manejo de la situación e interpreta un significado que debe concluir en la elaboración de su proceso de duelo. La investigación que se llevó a cabo resalta la posición tomada por la gestante y el entorno que la rodea, con respecto a la pérdida del bebe, además que se pudo percibir las actitudes corporales de las entrevistadas con respecto a este tema.

4.5 Teorización

Esta técnica pretende generar una teoría fundamentada en los datos a través de un proceso de integración intuitivo y coherente de los resultados obtenidos complementado con las teorías, y las conclusiones, así pues, consiste en obtener una síntesis final que perciba, comprenda, contraste, ordene y establezca nexos entre lo investigado y lo obtenido.

Una vez realizada la triangulación donde se seleccionaron las tres grandes categorías, las cuales brindaron información suficiente para dar respuesta a las interrogantes planteadas en este estudio y se procedió a realizar unas aproximaciones conclusivas a partir de la información obtenida.

Una mujer que desea ser madre, puede sobrepasar experiencias negativas para volver a intentar un embarazo y así sentirse realizada, culturalmente una mujer debe ser madre para aprender a amar de verdad y conocer el sacrificio verdadero, por lo cual, una mujer que sufre una pérdida, experimenta frustración y ansiedad por no cumplir ese rol de grandeza, además, cuando una madre pierde un hijo antes de nacer, desarrolla una serie de emociones y sentimientos ante la pérdida que son afrontados de acuerdo a su capacidad cognitiva-conductual.

Durante el embarazo, como proceso, constituye un momento especial en la gestante, donde se movilizan una serie de emociones positivas y negativas, estas emociones pueden ser útiles y adaptativas, cuando preparan el organismo de la gestante para el cambio biopsicosocial que genera el proceso del embarazo o, por lo contrario, puede ocurrir donde estas emociones desempeñen un papel desadaptativo; sin embargo, ambas repercutirán directamente en el bebé intrauterino.

En este caso, las gestantes con antecedente de óbito fetal, traspolan los sentimientos y experiencias del embarazo anterior al actual embarazo, buscando sustituir al bebe fallecido con un nuevo embarazo, pero presentando complicaciones en la esfera clínica, como: Amenazas de aborto, Trombosis venosas profundas, entre otras; y en la esfera psicológicas como: miedo, terror, tristeza. Además, cabe destacar el rol que ejerce la familia, donde se debería proporcionar comprensión, apoyo y acompañamiento a la

gestante para sobreponerse ante esos estados emocionales negativos, sin embargo, se pudo evidenciar que la familia que las rodea se muestran indiferentes y ausentes de la situación; lo que pudo acentuar los estados de ánimos negativos en las gestantes y finalmente el rol del personal médico, por un lado, solo abarco brindar información referente a diagnósticos y complicaciones clínicas, por lo que estas gestantes no obtuvieron el abordaje integral para poder superar la pérdida y vivir un nuevo embarazo con expectativas saludables desprovistos de culpabilidad o pesimismo, por lo que es de suma importancia recordar que una gestante con antecedente de un óbito fetal en el embarazo anterior no solo debe ser vista como un binomio materno-fetal desde el punto de vista clínico, sino en la esfera psicológica, para que pueda liberarse de los temores y miedo que puedan empañar su maternidad.

ESCENARIO V

GRANDES REFLEXIONES

Llegar a este escenario, me lleva a recordar las preguntas que me impulsaron a realizar este trabajo de investigación: ¿Podrá una muerte fetal intrauterina ocurrida en un embarazo anterior repercutir y generar un cumulo de emociones encontradas en la gestante, ante un nuevo embarazo? ¿Habría planificado la gestante un nuevo embarazo para reparar la perdida anterior?

En el transcurrir de los 3 años de la especialidad de obstetricia y ginecología, me ha tocado ver muchas gestantes en las diferentes etapas del embarazo; cuando se le da la noticia de que será madre, o cuando el crecimiento y desarrollo del bebe está bien o planificarla para hacer un estudio especial de ecografía o pelvimetría, el momento en que empieza a experimentar los primeros dolores del trabajo de parto, o el punto clímax del periodo expulsivo y su cara de alivio y satisfacción cuando nace su bebe y lo escuchan llorar por primera vez. Para eso estudiamos y nos preparamos para ser excelente obstetras, pero no todo es alegría y esperanza cuando hablamos de un embarazo, también es tristeza y dolor cuando el hijo(a) que tanto anhelaban una pareja fallece antes de nacer. Las primeras veces que me enfrente a esta realidad, ver llorar a la paciente junto a su familia, escuchar decir a la madre que si siente que su bebe se mueve y no creer en el diagnóstico del médico, ese escenario me conmovía y me motivaba a buscar la manera de cómo ayudar a esa madre que ha tenido una pérdida, también, conocí gestantes que tenían como antecedente un óbito fetal y note como se desarrollaba el embarazo con un estigma distinto, por lo que empecé a pulsar la sensibilidad de las gestantes y así me permitió dibujar el fenómeno en estudio.

Después de haber transitado por el proceso de reflexión e interpretación crítica sobre los emergentes que develaron cada una de las informantes, se observó con claridad que los estados emocionales provocados durante el embarazo que terminó en óbito fetal, afecta directamente el nuevo embarazo, y aunque las gestantes que formaron parte del estudio se encuentran cursando el II trimestre del embarazo, donde generalmente es el periodo del embarazo donde se alcanza estabilidad emocional y hormonal, en nuestras entrevistadas, aún persisten con intensidad variable sentimientos de miedo, tristeza, ansiedad y terror, además 2 de las informantes refieren el antecedente de óbito ocurrió en un lapso menor a

l año, señalando el gran anhelo de ser madre y ese ser el motor que las motivo a buscar un nuevo embarazo.

El Rol de la pareja en la mayoría de las informantes, contaron con el apoyo incondicional de sus parejas por éstas tener deseo de ser padres, sufriendo también la pérdida y acompañando a la madre en todo el proceso. Sin embargo, se observó el contraste con respecto al rol de la familia, donde en la mayoría de las entrevistadas, sus familiares son indiferentes o están ausentes de los episodios de la pérdida y la nueva gestación, por lo que no contaron con el acompañamiento y consuelo de sus seres queridos, lo que ocasiono mayor énfasis en los estados emocionales negativos, somatizando los conflictos internos de la ausencia o desinterés de la familia.

El personal médico por mucho tiempo ha tomado la posición de tratar enfermedades y no personas, olvidando que cada afección clínica produce una alteración emocional o viceversa y que debemos ver a los pacientes como un ente biopsicosocial para poder brindar un abordaje integral para lograr su bienestar, y en este estudio no hay excepción en este punto, se evidencia con claridad como en la mayoría de los relatos de vida, la participación de los médicos, se basó en diagnosticar el óbito fetal, complicaciones médicas e información general sobre infecciones durante el embarazo, solo en una oportunidad se ve reflejado el consejo de manejo de emociones durante el embarazo en el caso de la entrevistada K.M, y la consecuente fase de mayor tranquilidad y menor preocupación por parte de la gestante ante su nueva gestación.

Por lo que mi mayor satisfacción al culminar este estudio, es que encontré la manera de poder ayudar a estas gestantes, y el enfoque radica en el abordaje de estas gestantes en la consulta prenatal, educándolas sobre el tema de óbito fetal y las emociones, aclarando sus dudas e inquietudes y permitiéndole un espacio donde se sientan en confianza y seguridad de expresar sus sentimientos y ser libre de prejuicios que las hacen sentir culpable con lo ocurrido en el embarazo anterior. Por lo que se amerita que el personal médico, sea entrenado y capacitado para abordar estos temas y se permita incluir el abordaje de la esfera psicológica de la paciente en la rutina de la evaluación de la gestante.

REFERENCIAS

1. Oviedo S, Urdaneta E, Parra F, Marquina M. **Duelo materno por muerte perinatal**. Revista mexicana de pediatría. Volumen 76, número 5, Disponible en: www.medigraphic.org.mx. 2009. Consultado el: 15/3/2021.
2. Diccionario digital, Significados: **descubrir lo que significa, conceptos y definiciones**, Disponible en: <https://www.significados.com/antecedentes/>. Consultado el: 20/3/2021.
3. **Tasa de fertilidad total** (nacimientos por cada mujer), Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>. Consultado el: 22/3/2021.
4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. **Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud**. Washington (DC): CIE-10; 1995.
5. Usandizaga J, De La Fuente Pedro. Obstetricia y Ginecología. Tomo 1: Obstetricia. 4º edición. Capítulo 9 **Patología fetal**: Páginas: 437 – 443: muerte fetal anteparto. 2011.
6. Flenady V, Middleton P, Smith G, Duke W, Erwich JJ, et al. **Muerte fetal intrauterina: el camino a seguir en los países de ingresos altos**. 2011.
7. Sigmund F. 33º Conferencia: La feminidad”. **En Nuevas Conferencia de Introducción al psicoanálisis**. Buenos Aires: Amorrortu, vol. XXII, 1933.
8. Copado Salido, Silvia. **Muerte fetal intrauterina**. Servicio de Obstetricia y Ginecología – Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.
9. Medina A, G. **Emociones Maternas y Psiquismo Fetal**. Pag 28-29. Valencia. 2021.
10. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud. **Conferencia Sanitaria Internacional**, Nueva York, Junio de 1946; Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100). 1948.
11. Tinedo M, Santander P, Alonso F, Herrera A, Colombo C y Díaz M. **Muerte fetal: caracterización epidemiológica**. Departamento Clínico Integral de Sur. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Departamento de Ginecología y

- Obstetricia de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Valencia, Venezuela. 2016.
12. **Moreno, Rodríguez y Cros. Revisión y actualización de conocimientos sobre la muerte perinatal.** Editorial Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física relacionada a la salud. Volumen III. Pag 269-273. 2017.
 13. Castillo E. **Impacto psicoemocional en gestantes con diagnostico de óbito fetal.** Guayaquil. 2019.
 14. Reyes, Ramírez, y Guerra. **Estrategias de afrontamiento en 6 madres que vivieron perdida fetal.** Antioquia – Chocó. Corporación Universitaria Minuto de Dios. 2019.
 15. Solís y Martínez. **Factores de riesgo asociados al óbito fetal.** Ecuador. Universidad estatal de milagro facultad de salud y servicios sociales. 2020.
 16. Espinoza y Ruales. **Óbito fetal en embarazo adolescente.** Guayaquil. Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas. 2020.
 17. Barrezueta R, Chacón J, Gadñay L. **Factores psicológicos asociados a la depresión en las adolescentes embarazadas.** Ecuador: Universidad Técnica de Machala. 2012.
 18. Galimberti, U. **Diccionario de psicología.** Argentina. Editorial Siglo veintiuno editores. 2002.
 19. Lopez, Valdovinos, Mendez, Mendoza. **El Sistema Límbico y las Emociones.** Mexico. Psicología Iberoamericana. 2009.
 20. Kandel, E. Principles of Neural science. New York, USA: McGraw Hill. Korb S., Grandjean, D. & Scherer, K. (2008). **Motor Commands of Facial Expressions: The Bereitschafts potential of Posed Smiles.** Brain topography, 20, 232–238. 2000.
 21. Medina A, G. **El útero la primera escuela bajo el enfoque integral holónico.** Valencia. Universidad de Carabobo, Facultad de ciencias de la salud. 2018.

22. Castello M. **Vivencia Emocional en el Embarazo, Parto y Puerperio**. Matrona Hospital “Luís Alcañíz”. Escuela de Psicología Humanista. 2006.
23. Daneri F. **Psicobiología del estrés**. Buenos Aires. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf. Consultado 13-05-21. 2012. Consultado el: 8/4/2021.
24. Dragonetti P. **El cerebro emocional y los Neurotransmisores**. Argentina. Disponible en: <http://www.uncaminoconmeniere.com/el-meniereel-cerebro-emocional-ylos-neurotransmisores>. 2013. Consultado el: 14-04-2021.
25. Gascon A. **Educación prenatal y Pedagogía prenatal**. España. Universidad Autónoma de Madrid. 2015.
26. Bertin, M.-A. **La educación prenatal natural: Una esperanza para el niño, la familia y la sociedad**. Madrid: Mandala Ediciones. 2006.
27. Hernández-Trejo, M. **Infección bacteriana y óbito**. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2009/ip094c.pdf>. 2015. Consultado el: 20/4/2021.
28. Pérez-Rodríguez, D. M. **Violencia contra la mujer embarazada**. 2014.
29. Yañez A. **Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad**. Merida. 2015.
30. López C, Galea T y Campos R. Guía Clínica. **Seguimiento del duelo en Cuidados Paliativos**. 1ª ed. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (Junta de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud - FundeSalud). 2010.
31. López M. **Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio**. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatria, 2011.
32. Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y la Tecnología. **Código de ética para la vida**. República Bolivariana de Venezuela. 2011.
33. Ritzer, G. **Teoría sociológica clásica**. Traducción María Teresa Casado Rodríguez. Universidad de Maryland. Mexico. MG GRAW HILL. 1993.

34. Leal, J. **La autonomía del sujeto investigador y la metodología de investigación**. Cuarta edición mejorada. Valencia. 2017.
35. Dilthey, W. Obras VII. **El mundo histórico**. FCE. México. 1978.
36. Martínez, M. **Epistemología y Metodología Cualitativa**. Trillas. 2008.
37. Hernández-Sampieri, R. **Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa Cualitativa y Mixta**. McGraw-Hill Interamericana. 2018.
38. Hammersley M, y Atkinson P. “**El diseño de la investigación; problemas, casos y muestras**”. Etnografía. En: Hammersley M, y Atkinson P. Métodos de investigación. Barcelona: Paidós; p. 40-68. 2001.
39. Mancillas, C. **La construcción de la intimidad, la identidad y los roles de género en parejas del valle de Chalco**. México: Universidad Iberoamericana (Tesis de Doctorado en Desarrollo Humano). 2004.
40. Denzin, N. K. **Sociological Methods: a Source Book**. Chicago: Aldine Publishing Company. 1970.
41. Huberman, A. y Miles, M. **Método para el Manejo y Análisis de Datos**. En: Denman C. y Haro, J., Por los Rincones: Antología de Métodos Cualitativos en la Investigación Social (pp. 253-301). El Colegio de Sonora. 2000

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIO

El propósito de este consentimiento es proveer a las participantes de esta investigación, titulada:

Estado emocional de las gestantes cursantes del II trimestre con antecedentes de óbito fetal. Enfoque Fenomenológico –Hermenéutico. Consulta Prenatal Febrero – octubre 2021, Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”

Una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante. La presente investigación, es conducida por la Med. Diana Oropeza, Residente de 3er año del Postgrado de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. La meta de este estudio es relacionar como el estado emocional es afectado con el antecedente de óbito fetal en las gestantes cursantes del II trimestre que acuden al control prenatal en nuestro Hospital. Si usted accede a participar en este estudio, se conversará con usted por espacio de 30 minutos de su tiempo sobre asuntos emocionales y el desarrollo del actual embarazo. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se recolecte será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, lo conversado con usted será anónimo, si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él, igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma, si alguna de las preguntas le parecen incómodas o incomprensibles, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Luego de recibir y entender las explicaciones:

Yo....., Edad.... años, Cedula N°....., Acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesta a responder todas las preguntas dando por hecho que los resultados son confidenciales, no recibiré ni otorgare ningún rubro por la información otorgada y que mi identidad no será revelada. Al firmar este documento doy mi consentimiento de participar en este estudio.

Firma de la participante.....

Número de Cédula.....

Firma:

Fecha: __/__/__

ANEXO N° 2

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIO

El propósito de este consentimiento es proveer a las participantes de esta investigación, titulada:

Estado emocional de las gestantes cursantes del II trimestre con antecedentes de óbito fetal. Enfoque Fenomenológico –Hermenéutico. Consulta Prenatal Febrero – Octubre 2021, Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”

Una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante. La presente investigación, es conducida por la Med. Diana Oropeza, Residente de 3er año del Postgrado de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. La meta de este estudio es relacionar como el estado emocional es afectado con el antecedente de óbito fetal en las gestantes cursantes del II trimestre que acuden al control prenatal en nuestro Hospital. Si usted accede a participar en este estudio, se conversará con usted por espacio de 30 minutos de su tiempo sobre asuntos emocionales y el desarrollo del actual embarazo. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se recolecte será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, lo conversado con usted será anónimo, si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él, igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma, si alguna de las preguntas le parecen incómodas o incomprensibles, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Luego de recibir y entender las explicaciones:

Yo Shila Vásquez....., Edad 27 años, Cedula N° 23649382 Acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesta a responder todas las preguntas dando por hecho que los resultados son confidenciales, no recibiré ni otorgaré ningún rubro por la información otorgada y que mi identidad no será revelada. Al firmar este documento doy mi consentimiento de participar en este estudio.

Firma de la participante Shila Vásquez.....

Número de Cédula 23.649.382.....

Firma: Shila Vásquez.....

Fecha: 27/07/2021

ANEXO N° 3

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIO

El propósito de este consentimiento es proveer a las participantes de esta investigación, titulada:

Estado emocional de las gestantes cursantes del II trimestre con antecedentes de óbito fetal. Enfoque Fenomenológico –Hermenéutico. Consulta Prenatal Febrero – Octubre 2021, Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”

Una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante. La presente investigación, es conducida por la Med. Diana Oropeza, Residente de 3er año del Postgrado de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. La meta de este estudio es relacionar como el estado emocional es afectado con el antecedente de óbito fetal en las gestantes cursantes del II trimestre que acuden al control prenatal en nuestro Hospital. Si usted accede a participar en este estudio, se conversará con usted por espacio de 30 minutos de su tiempo sobre asuntos emocionales y el desarrollo del actual embarazo. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se recolecte será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, lo conversado con usted será anónimo, si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él, igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma, si alguna de las preguntas le parecen incómodas o incomprensibles, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Luego de recibir y entender las explicaciones:

Yo, Marxuri Ramos....., Edad 21 años, Cedula N° 28240130 Acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesta a responder todas las preguntas dando por hecho que los resultados son confidenciales, no recibiré ni otorgare ningún rubro por la información otorgada y que mi identidad no será revelada. Al firmar este documento doy mi consentimiento de participar en este estudio.

Firma de la participante Marxuri Ramos.....

Número de Cédula 28240130.....

Firma: [Firma].....

Fecha: 11/10/2021

ANEXO N° 4

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIO

El propósito de este consentimiento es proveer a las participantes de esta investigación, titulada:

Estado emocional de las gestantes cursantes del II trimestre con antecedentes de óbito fetal. Enfoque Fenomenológico –Hermenéutico. Consulta Prenatal Febrero – Octubre 2021, Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”

Una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante. La presente investigación, es conducida por la Med. Diana Oropeza, Residente de 3er año del Postgrado de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. La meta de este estudio es relacionar como el estado emocional es afectado con el antecedente de óbito fetal en las gestantes cursantes del II trimestre que acuden al control prenatal en nuestro Hospital. Si usted accede a participar en este estudio, se conversará con usted por espacio de 30 minutos de su tiempo sobre asuntos emocionales y el desarrollo del actual embarazo. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria, la información que se recolecte será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, lo conversado con usted será anónimo, si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él, igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma, si alguna de las preguntas le parecen incómodas o incomprensibles, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Luego de recibir y entender las explicaciones:

Yo... KARISBEL MORENO....., Edad 21 años, Cedula N° 28035837 Acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesta a responder todas las preguntas dando por hecho que los resultados son confidenciales, no recibiré ni otorgare ningún rubro por la información otorgada y que mi identidad no será revelada. Al firmar este documento doy mi consentimiento de participar en este estudio.

Firma de la participante... KARISBEL MORENO.....

Número de Cédula... 28035837.....

Firma: KARISBEL M.....

Fecha: 25/10/2021

ANEXO N° 5

Entrevista 1

Pseudónimo: S.V (26semanas de embarazo)

- Expresiones que observe: Tristeza / dolor.

D.O: hola, buenos días. Gracias por aceptar ser parte de mi investigación, vamos a comenzar la entrevista

S.V: hola, buenos días.

D.O: cuéntame, ¿qué ocurrió en tu primer embarazo?

S.V: Mi bebé se murió en la barriga.

D.O: ¿Cuántos meses tenías?

S.V: Tenía 6 meses.

D.O: Si tenía 6 meses ya estaba grandecito, ¿eso fue hace cuánto tiempo?

S.V: En diciembre que pasó.

D.O: ¿En diciembre del año pasado?

S.V: ¡Sí!

D.O: ¿Ósea que saliste embarazada rápido después de ese embarazo?

S.V: ¡Sí!

D.O: ¿Por qué?

S.V: Deseaba tener un bebesito.

D.O: ¿Dónde te atendieron el embarazo anterior?

S.V: Aquí (HUAL).

D.O: ¿Lo pariste?

S.V: Si, es mi casa.

D.O: ¿Cómo así, te dieron dolores y no te dio chance de venir?

S.V: Yo me estaba controlando en la maternidad del Sur, y me tocaba control el 14 de diciembre, entonces me comenzaron unas molestias y después expulse al bebé.

D.O: ¿Allá en tu casa?

S.V: Aja.

D.O: Ósea te empezaron los dolores y ahí mismo tú lo pujaste, pero porque estaba muerto, ¿no lloró?

S.V: No, y el corazón se le puso gordito y se le abombo.

D.O: Ok. ¿Y tú viniste para acá y te atendieron y te revisaron?

S.V: Me hicieron el alumbramiento y la doctora me dijo que había muerto porque le dio un infarto.

D.O: Ok, entiendo. ¿Y en ese entonces tú estabas con tu pareja, es el mismo papá de este bebé?

S.V: ¡Sí!

D.O: ¿Cómo recibió la noticia tu pareja?

S.V: Le afectó bastante.

D.O: ¿Pero siguieron juntos a pesar de la pérdida?

S.V: Si (puso cara de tristeza).

D.O: ¿Cómo ha sido este embarazo, desde que te enteraste?

S.V: Tranquilo.

D.O: ¿No has tenido ninguna complicación, como sangrado o amenaza de aborto?

S.V: Ah no.

D.O: Ha evolucionado tranquilo. ¿Solo esto que te está pasando ahorita de la TVP hace 3 semanas?

S.V: ¡Sí!

D.O: ¿Cómo fue cuando te enteraste que estabas embarazada de este bebesito?

S.V: Feliz (cara de asombro).

D.O: ¿Y tu pareja?

S.V: Igual, él quiere ser papá

D.O: Ok, ¿tú vives sola con él?

S.V: Con él, sin nuestros padres.

D.O: ¿Y cómo está la familia con este embarazo?

S.V: Normal (puso cara de decepción).

D.O: Ah ok, tranquila está bien.

D.O: ¿Cómo fue para ti cuando viviste la pérdida de tu bebé?

S.V: Fue muy triste, lloré mucho, pero como fue en diciembre lo olvidé un poco.

D.O: ¿Te distrajiste un poco?

S.V: Si, y después al poco tiempo me embarace de nuevo y fue una emoción porque estaba otra vez embarazada.

D.O: Ah ok, ¿y cómo te sientes en este embarazo?

S.V: Tranquila, pero quisiera saber si con esta (TVP) podré parir o deben hacerme cesárea. (Pregunta ansiosa). Porque me dicen una cosa y luego otra. Por ejemplo, en la maternidad del Sur me iban a ingresar para planificar para cesaría y luego me vieron la pierna y me dijeron que no, que podía parir, venga cuando presente dolores.

Aquí si me están atendiendo bien y me están poniendo tratamiento.

D.O: Tu puedes parir si hay las condiciones, pero eso no excluye la cesaría si hay alguna eventualidad.

S.V: Ah ok Dra, gracias.

D.O: a la orden, bueno terminamos la entrevista. Muchas gracias por tu tiempo.

ANEXO N° 6

Entrevista 2

Pseudónimo: M.R (14 semanas de embarazo)

- Expresiones que observe: Tristeza / ansiedad.

D.O: hola, buenos días M.R. Comenzaremos la entrevista.

M.R: hola, Dra. Ok está bien.

D.O: ¿Cuándo fue embarazo que perdiste?

M.R: En agosto 2020, era una niña.

D.O: ¿Y este bebé que esperan que es?

M.R: Al parecer niña (cara de ilusión).

D.O: ¿Al parecer, es decir que no te han dado seguridad del sexo?

M.R: Ah sí, ella se ve en el eco que abrió las piernitas.

D.O: Ah ok.

M.R: Fue en agosto 2020 que quedé embarazada, y la perdí el 25/01/2021.

D.O: ¿Te embarazaste rápido de este nuevo embarazo?

M.R: Yo antes no podía quedar embarazada rápido porque tenía los quistes en los ovarios. Pero ya en agosto de este año ya estaba embarazada de nuevo.

D.O: Esta bien.

M.R: En el mismo mes Agosto he tenido los dos embarazos (cara de asombro).

D.O: Ok, ¿el papá de tu bebé actual es el mismo que del anterior?

M.R: Si.

D.O: Ok, cuéntame un poquito de tu experiencia, de cómo te enteraste de que tu bebé había fallecido, cómo te lo dijeron.

M.R: Yo había manchado, eso fue un jueves. Para mí ya estaba muerto antes porque ya mi esposo me había dicho que no la sentía, pero yo sí sentía que se me movía (cara de negación). Pero la doctora me dijo cuándo me hicieron el eco aquí que ya no tenía latido cardiaco. ¿Aquí a ella le faltaba mucho liquito? (me está mostrando ecografía del embarazo que perdió poniendo cara de preocupación y de ansiedad). Seguro le bajo el líquido porque yo bajaba mucho las escaleras (cara de culpa).

D.O: ¿Y cuándo te dieron la noticia cómo fue para ti?

M.R: Horrible (risa nerviosa).

D.O: ¿Estabas buscando ese bebé?

M.R: Si, porque yo no podía quedar embarazada porque tenía los ovarios llenos de quistes.

D.O: Ah okey.

M.R: Y era un dolor horrible cuando me venía el periodo, mi suegra (mi súper suegra con risa picara) me dio una mata de esas caseras que se llama flota-flota, la hirvió toda la raíz y yo me la tome con el periodo y se me limpio uno de los ovarios.

D.O: ¿Y después de eso quedaste embarazada?

M.R: Si, porque sino no hubiese podido.

D.O: ¿Y cómo acepto la noticia tu esposo?

M.R: Mal, el no lloro, pero seguro ese lloro cuando se fue al trabajo.

D.O: ¿Y tu familia, vives con ellos?

M.R: Vivía con mi mamá y mis 3 hermanas, pero ellas ahorita están fueran del país desde hace como 4 años (cara de tristeza).

D.O: ¿Y te hicieron legrado, lo pariste?

M.R: Si (me enseñó todos los papeles del egreso del embarazo anterior) preguntándome si las infecciones pueden hacer que pierda el bebé (cara de preocupación y ansiedad).

D.O: Las infecciones condicionan a amenaza y prematuridad.

M.R: Ah okey.

D.O: bueno Sra. M.R ya terminamos la entrevista, muchas gracias por su tiempo.

ANEXO N° 7

Entrevista 3

Pseudónimo: K.M (26semanas de embarazo)

D.O: Hola K.M, buenas tardes, gracias por darme un tiempo para conversar sobre mi investigación.

K.M: hola Dra, buenas tardes.

D.O: bueno vamos a comenzar la entrevista. ¿Hace cuánto fue la perdida que tuviste?

K.M: La pérdida de mi primer embarazo fue hace 2 años y medio.

D.O: ¿Cómo te sentiste con esa experiencia? ¿Qué sentimientos experimentaste?

K.M: Fueron muchos factores los que experimente si te soy sincera, porque era mi primer embarazo y desde los 5 meses estaba en el hospital y no fue fácil para mí tener la ilusión de tener un embarazo normal como toda mujer, sino que se me presentaron tantos contras, tantos problemas, tantas amenazas de abortos que vivía con miedo, con miedo de perder al bebé y fueron muchísimas cosas que lo único que hacía era llorar, estar acostada, por la cuestión de que se me hinchaban mucho las piernas.

D.O: ¿tu pareja y familia, como sobrellevaron la perdida de tu bebe?

K.M: Fueron muchas cosas que me llevaron al límite, me sentía mal porque mi pareja quería un hijo y yo no se lo podía dar, me sentía como abrumada porque no podía darle ese hijo que él quería (frustración). Mi familia lo sobrellevo conmigo sufriendo todo, porque tenían la ilusión, mi papá tenía la ilusión de tener un nieto, mi abuela lloraba y todavía llora, mi esposo fue un gran apoyo para mí en ese momento porque éramos él y yo nada más y todo el tiempo que vivimos en el hospital éramos él y yo nada más y yo lo único que hacía era llorar, pero él se hacia el fuerte mientras estaba conmigo para que yo no lloraran tanto ni me deprimiera; fue mucho tiempo el que pasamos en el hospital porque se me había contaminado la cesárea ya tenía un mes mientras drenaban la herida.

D.O: ¿Fue difícil para ti estar todo ese tiempo en el hospital porque perdiste a tu bebe?

K.M: Si, me decían que no podía estar llorando ni estar alterándome, pero por más que lo intentaba era imposible, pero entre los dos él fue un apoyo para mí y supimos sobrellevar todas las cosas que nos pasaron, eran todas malas y lo más triste de todo es que yo no pude ni siquiera ver a mi hija por última vez ni pude despedirme de ella.

D.O: me imagino que debió ser una situación muy fuerte para ti, ¿y con este nuevo embarazo que expectativas tienes?

K.M: Si te soy sincera con este embarazo vivo con miedo y pienso en lo peor.

D.O: ¿pero deseas a este bebe?

K.M: Lo que más quiero es tenerlo en mis brazos.

D.O: ¿y porque piensas tan negativo?

K.M: porque el médico que me trataba antes, me dijo que todos mis embarazos iban a hacer iguales porque según él, tengo Lupus y me dijo que todos los embarazos iban a hacer exactamente iguales y que posiblemente yo nunca iba a poder tener hijos y eso es lo que tengo en la cabeza.

D.O: ¿Y ahora que estas embarazada de nuevo, que piensas?

K.M: Cuando me entere que estaba embarazada otra vez lo único que yo hacía era llorar porque pienso que me iba a pasar lo mismo, que se va volver a repetir la historia, vivo con miedo y ahora me empezaron a aparecer unas las manchas, lo único que yo hago es llorar y llorar porque me aterra el hecho de tener que volver a pasar lo mismo, que tenga que volver a ir a hospitales y estar hospitalizada.

D.O: puedo entender que estés experimentando esos sentimientos, ¿no has pensado en buscar ayuda para el manejo de esas emociones?

K.M: bueno, el Doctor que empezó a controlarme este embarazo me dice que no tenga miedo y que no llore porque todos esos sentimientos se los traspaso al bebé, pero fue imposible porque los primeros 3 meses del embarazo marcharon excelente, no presente ningún síntoma, no presente nada y al 4to mes empezaron a aparecer las manchas nuevamente con este embarazo, aparecieron los dolores en todas las articulaciones, apareció la fiebre, aparecieron los dolores de vientre, aparecieron las amenazas de aborto y otra vez volvió el miedo con este embarazo.

D.O: K.M, ¿entonces cuáles son las expectativas que tienes con este embarazo?

K.M: Bueno, este embarazo ha sido más tranquilo a comparación del primer embarazo. Y a pesar de todo, me siento un poquito menos preocupada y estresada, aunque he presentado todos los síntomas como en el 1er embarazo, las manchas en este embarazo han sido muy pocas y en pocas ocasiones, más que todo aparecen si estoy mucho tiempo de pie o si estoy mucho tiempo sentada.

D.O: bueno K.M, sigue tus controles rutinarios por la consulta prenatal, y cualquier duda o pregunta, estamos a la orden. Muchas gracias por contarme tu experiencia.