



ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LOS PROBLEMAS REPRODUCTIVOS



ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS PROBLEMAS REPRODUCTIVOS

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS PROBLEMAS REPRODUCTIVOS



Editorial

Aspectos psicológicos de los problemas reproductivos es una publicación editada por la Universidad Tecnocientífica del Pacífico, S.C. Calle Morelos, 377, Col. Centro, C.P. 63000. Tepic, Nayarit, México. Tel (311)373-9787.

<http://www.tecnocientifica.com.mx>,

http://tecnocientifica.com.mx/editorial_tecnocie/index.php/editorialutp/index

Registro RENIECYT: 1701267

Derechos Reservados © Mayo 2022. Primera Edición digital

ISBN

978-607-8759-30-9

Queda prohibida la reproducción total o parcial del contenido de la publicación sin previa autorización de la Universidad Tecnocientífica del Pacífico.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS PROBLEMAS REPRODUCTIVOS

Dra. Cecilia Mota González (Compiladora)
Instituto Nacional de Perinatología

Dra. María Eugenia Gómez López
Instituto Nacional de Perinatología

Dr. Jorge Carreño Meléndez
Instituto Nacional de Perinatología

Dra. Claudia Sánchez Bravo
Instituto Nacional de Perinatología

Índice

Presentación	VI
Capítulo I. <i>Salud emocional de la mujer embarazada frente a la pandemia por COVID-19</i>	10
<i>Dra. María Eugenia Gómez López</i>	
Panorama general de la COVID-19.....	10
COVID-19 y embarazo	16
Impacto emocional de la mujer durante el embarazo por la pandemia de COVID-19.....	18
Impacto emocional en el posparto	24
Reflexiones finales.....	26
Referencias.....	29
Capítulo II. <i>Satisfacción marital, poder y violencia en parejas infértiles</i>.....	36
<i>Dra. Claudia Sánchez-Bravo</i>	
Introducción	36
Método.....	42
Análisis de Datos	45
Resultados	45
Referencias.....	55
Capítulo III. <i>La Psicología Clínica en un Instituto Nacional de Salud</i>	60
<i>Dr. Jorge Carreño Meléndez</i>	
La Esterilidad y Reproducción Asistida.....	60
La Salud Psicológica.....	70
¿Por Qué se Desea un Hijo?	71
Algunas Consideraciones Sobre la Reproducción Asistida.....	72
La Psicoterapia	75
Una Aproximación a la Opinión Pública Sobre Reproducción Asistida.....	77
Método.....	80
Resultados	81
Discusión	84
Conclusiones	87
Referencias.....	90
Capítulo IV. <i>La pérdida perinatal, un duelo incomprensido</i>	93
<i>Dra. Cecilia Mota González</i>	
Conceptos fundamentales	93
Particularidades del Duelo por muerte perinatal	96

Entendiendo el duelo perinatal.....	98
Necesidades de los padres en Duelo.....	101
Intervención Psicológica en el duelo perinatal	102
Los profesionales de la salud ante el duelo perinatal.....	104
Referencias.....	106

Presentación

La Psicología desde su surgimiento como disciplina científica se ha hecho necesaria en casi todos los campos de conocimiento y en cada una de las etapas de la vida de las personas, la etapa de la reproducción no ha sido la excepción. De aquí que la *Psicología de la Reproducción* surge como un nuevo campo de actuación para el psicólogo de la salud.

Este nuevo campo de acción, está enfocado en el estudio de los procesos psicológicos que intervienen o son producto de la función reproductiva de los seres humanos, desde esta perspectiva el profesional de la psicología está encargado de tratar y prevenir cualquier alteración psicológica que se relacione con esta función que abarca desde la pubertad hasta la vejez.

La etapa reproductiva en sus diferentes facetas impacta de una manera directa o indirecta tanto la vida psíquica como muchas esferas de los individuos (personal, familiar, de pareja, laboral, social, etc.). El tener un hijo supone un cambio de grandes dimensiones tanto para las mujeres como para los hombres y pone en juego sus recursos psicológicos; de igual manera, no poder tenerlo o perderlo pone a prueba la estructura psíquica y la forma de afrontarlo.

En el primer trabajo se abordan los aspectos psicológicos que se presentan en el embarazo de alto riesgo dentro de la actual emergencia sanitaria. La pandemia por COVID-19 que afecta al mundo desde hace dos años, ha sido un parteaguas en la vida de las personas, orillándolas a cambiar su estilo de vida, las formas de comunicarse, de trabajar, de estudiar, de brindar atención médica y psicológica, entre muchas otras, lo que ha producido también la necesidad de investigar los aspectos relacionados con el virus, su transmisión y su control. A lo largo de este tiempo se han generado nuevos conocimientos en diferentes áreas que han brindado una mayor comprensión acerca de esta enfermedad y se han encontrado algunas soluciones para su control. Dentro de este contexto, la salud mental de la población frente a la pandemia ocupa un papel fundamental en la atención de la enfermedad y sus implicaciones.

Por otra parte, algunas preocupaciones por parte de la comunidad científica ante la enfermedad, son aquellas relacionadas con su impacto sobre las poblaciones vulnerables, en mayor riesgo de contagiarse y de sufrir complicaciones, entre ellas, las mujeres embarazadas,

ya que se les considera un grupo de alto riesgo, razón por la que se le ha prestado especial atención a su salud mental durante la pandemia.

Con la intención de explicar la enfermedad, su contexto y repercusiones, a lo largo de este capítulo se ofrece una revisión acerca del COVID-19, de sus síntomas, tratamientos, vacunas, del impacto psicológico del confinamiento, y también se explican conceptos como las olas pandémicas y la sindemia. Posteriormente se aborda el impacto emocional que ha tenido la pandemia en las mujeres embarazadas y en el posparto, buscando ofrecer un panorama amplio de la investigación que se ha desarrollado en salud mental perinatal durante la emergencia sanitaria en distintas áreas geográficas (Asia, Europa, Estados Unidos, Canadá y Latinoamérica), de acuerdo con la diseminación del virus por el mundo, así como en las diferentes olas pandémicas, tomándose en cuenta si las mujeres evaluadas habían padecido o no la enfermedad. De manera particular, se analizó el impacto de la depresión y la ansiedad perinatal, y finalmente se plantean algunas reflexiones sobre el tema.

Otros de los aspectos psicológicos en los que el profesional de la psicología ha incursionado y dado respuestas son los que se presentan en las parejas con algún riesgo reproductivo, específicamente la infertilidad lo cual es un duro golpe para aquellas parejas que han planeado tener familia y que para lograrlo tienen que someterse a estudios y procedimientos desgastantes sin que con ello se garantice que logren un embarazo. Por ello, en el segundo trabajo se identifican algunos conflictos psicológicos que presentan las parejas con infertilidad, dilucidando si esto es producto de la misma o tiene que ver más con una insatisfacción marital vivida previa al problema reproductivo y que pueden complicarse o intensificarse al enfrentar este factor externo.

Se presentan los resultados de 48 parejas (96 participantes) que ingresaron al Instituto Nacional de Perinatología (INPer), que es un centro de salud reproductiva de atención a la mujer y a la pareja en la Ciudad de México, donde se estudió la relación entre la satisfacción o insatisfacción marital y las estrategias y estilos de poder utilizados en la relación, así como la presencia o no de varios tipos de violencia. Esta línea de investigación sobre los problemas de pareja, tiene la finalidad de generar modelos de intervención psicológica, en este caso a parejas con infertilidad, que presentan de manera paralela o reactiva al problema reproductivo, problemas psicológicos y/o de pareja, los cuales deben ser detectados y

abordados desde que ingresan a la institución, siendo el médico, con el que la pareja infértil tiene el primer contacto, el que al detectar indicadores de conflicto psicológico, y dentro de un plan integral de tratamiento contemple su envío al servicio de psicología.

Siguiendo con la línea de la infertilidad, En el tercer trabajo se tocan aspectos psicológicos y algunas reflexiones éticas sobre la reproducción asistida y la complejidad para aprobar reglamentos que regulen estos procedimientos médicos complejos, así mismo se muestra una aproximación de la opinión pública con respecto a estos procedimientos que en muchas instituciones se vuelven cotidianos.

Tratar un problema como la esterilidad o infertilidad que se manejan como sinónimos, y argumentar sobre sus causas puede resultar difícil tanto en los profesionales como en la población abierta, pues existe la creencia que lograr el embarazo bajo el diagnóstico de infertilidad, solo es cuestión de voluntad. La psicología clínica institucional ofrece alternativas para el tratamiento de las personas que requieren atención médica para lograr el embarazo retomando los preceptos de la psicología clínica tradicional donde se parte del concepto del psiquismo. Las reacciones psicológicas más comunes a la esterilidad son las expresiones depresivas y ansiosas, múltiples sentimientos que se verbalizan como baja autoestima, bajo autoconcepto incremento de la ansiedad, prolongados estados de tristeza y vergüenza que viven las personas que no pueden reproducirse. A pesar del avance y desarrollo de la ciencia en el siglo XXI se mantienen el pensamiento fantasioso y las creencias populares que parten de la premisa que la mujer no logra el embarazo por estar estresada; esta creencia es un factor de riesgo ya que son ellas las que más recurren a los remedios caseros y tratamientos de la psicología positiva. Mediante la investigación se ha establecido que frente a la esterilidad existen diversas formas de reaccionar que vulneran la vida emocional y la forma de disminuir esta vulnerabilidad es mediante la psicoterapia partiendo de la orientación clínica tradicional que se ha desarrollado por años proponiendo teorías que disminuyen la sensación de dolor por no tener hijos.

Finalmente, en el cuarto trabajo se abordan los mecanismos psicológicos que subyacen a la muerte y al duelo perinatal, eventos devastadores para cualquier persona, ya que va en contra de la lógica de lo natural.

La muerte perinatal no solo implica la pérdida física del bebé, sino también una serie de pérdidas simbólicas importantes que complejizan el duelo. A pesar de ello, en muchos países incluyendo México, es aún una muerte poco entendida por la sociedad y por los profesionales de salud, por lo consiguiente no existen guías de atención ni normas que permitan brindar un acompañamiento emocional adecuado a los padres durante su proceso de duelo.

Corresponde pues a la psicología la tarea de explicar los componentes psíquicos implicados en la dinámica del duelo perinatal a fin de poder por un lado, brindar intervenciones efectivas que ayuden a los padres a la asimilación, integración y resolución del evento y por otro lado sensibilizar al personal de salud y proporcionar las herramientas necesarias para que puedan dar una atención adecuada, empática y profesional que coadyube al desarrollo de un duelo sano en los padres.

Por ello en este trabajo se abordan los conceptos generales necesarios para la comprensión de este tipo de duelo, así como el impacto psicológico que sufren los padres y la intervención psicológica necesaria para afrontar de una manera más adaptativa este desafortunado evento.

Presentamos este conjunto de trabajos esperando mostrar la experiencia recabada en más de 20 años de trabajo e investigación clínica psicológica, que de mayor explicación de la dinámica de estos problemas reproductivos.

Capítulo I.

Salud emocional de la mujer embarazada frente a la pandemia por COVID-19

Dra. María Eugenia Gómez López
Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”
eugeniagomez2712@yahoo.com.mx
<https://orcid.org/0000-0002-1928-7561>

Panorama general de la COVID-19

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde finales de 2019 en Wuhan, China se reportaron una serie de casos de neumonía causados por un nuevo coronavirus. Entre enero y marzo del 2020, la atención de la OMS y de los científicos de todo el mundo se centró en este nuevo virus y comenzó a evaluarse su riesgo, a detectarse los casos y además se propusieron recomendaciones y medidas de salud pública para enfrentar esta nueva enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2020a).

Con base en la experiencia tenida en 2002 y 2003 con la epidemia por el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), y posteriormente, en 2013, con el Síndrome Respiratorio del Oriente Medio (MERS) (Ramos, 2020), la OMS publicó algunas recomendaciones para la prevención y control de infecciones por el nuevo coronavirus (2019-nCov) entre el personal médico.

Aunque al principio los contagios no se extendieron de manera rápida, para finales de enero de 2020 se dieron los primeros casos fuera de China y la OMS declaró al brote por el nuevo coronavirus (2019-nCov) como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII); (Organización Mundial de la Salud, 2020a). Esta declaración permitió brindarle apoyo logístico y operativo a China y al resto de los países en donde fue surgiendo la enfermedad (Ramos, 2020).

Sin embargo, el 11 de marzo del 2020, dados los niveles alarmantes de preocupación por este virus, la OMS declaró oficialmente una pandemia (Organización Mundial de la Salud, 2020^a). Y a partir de esta fecha, el mundo entero se convulsionó ya que había muchas

dudas y pocas certezas acerca de este nuevo virus, de su comportamiento y de la forma de controlarlo.

Para empezar a dar respuesta a la emergencia sanitaria, la OMS elaboró un plan estratégico de preparación y respuesta, con los objetivos de: 1) reducir la transmisión; 2) ofrecer asistencia óptima a todos los pacientes y 3) reducir al mínimo el impacto de la pandemia sobre los sistemas de salud, los servicios sociales y la economía. Paralelamente, la OMS en conjunto con la comunidad científica empezó a realizar diversos ensayos clínicos para establecer cuáles eran las intervenciones más eficaces para establecer la práctica clínica (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En México, al inicio de la pandemia se planteó que para contener, prevenir y controlar la epidemia era necesario implementar medidas de inteligencia epidemiológica (como estrategias de vigilancia centinela y basada en eventos); medidas de mitigación y propagación de la epidemia (como distanciamiento social e higiene, lavado de manos, uso de cubrebocas, entre otras); medidas de la supresión de la transmisión (confinamiento en casa); fortalecimiento de la atención médica de los sistemas y se establecieron tres fases de contingencia y nivel de propagación de la enfermedad y desarrollo de vacunas profilácticas contra Covid-19 (Lazcano-Ponce & Alpuche-Aranda, 2020).

A lo largo de este tiempo, el manejo clínico de la COVID-19 se ha ido modificando y enriqueciendo con la experiencia de la comunidad científica mundial y de los resultados que se han ido obteniendo en búsqueda de un tratamiento, así como de las vacunas que protejan a la población al inducir la inmunidad, reducir el riesgo de los síntomas y las consecuencias sobre la salud (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Actualmente, según The Institute for Health Metrics and Evaluation (2022), en el mundo existen más de 35 millones de personas que se han infectado de COVID-19, así como más de seis millones 800 mil muertes durante la pandemia. En cuanto a México, el acumulado de personas contagiadas es de más de cinco millones 600 mil y casi 330 mil muertes (Gobierno de México, 2022).

Síntomas de COVID-19

Los síntomas más comunes de la enfermedad son: fiebre de diferente intensidad, tos persistente, fatiga, dificultades para respirar, dolor muscular, producción de esputo, cefalea, dolor de garganta, congestión nasal, diarrea, náuseas, vómito, anosmia y ageusia (Onyeaka *et al.*, 2021).

Tratamientos para la COVID-19

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2021), los tratamientos indicados para la enfermedad dependen de su gravedad, por lo que los divide en COVID-19 leve, moderado y grave.

1. COVID-19 leve - sintomático: aislamiento en casa, analgésicos y antipiréticos, vigilancia de la pulsioximetría y una buena alimentación e hidratación.
2. COVID-19 moderado - tratamiento de la neumonía: aislamiento en casa u hospital, vigilancia de la pulsioximetría y de los síntomas de complicaciones.
3. COVID-19 grave – neumonía grave: hospitalización, oxigenoterapia, desobstrucción de vías respiratorias para eliminar las secreciones, detectar signos de deterioro clínico. En casos críticos puede requerirse la intubación.

Onyeaka *et al.* (2021) mencionan que aunque no hay fármacos antivirales aprobados de manera global, las estrategias para manejar la enfermedad incluyen una combinación de medicamentos antivirales, entre ellos: oseltamivir, lopinavir, ganciclovir, ritonavir, terapia de inmunoglobulina y corticoesteroides, entre otros.

En México, los medicamentos recomendados para el tratamiento de la COVID-19 son: heparina no fraccionada/enoxaparina, dexametasona u otros corticoesteroides, remdesivir, tocimizumab, azitromicina, ciclosporina, entre otros (Gobierno de México, 2021).

Vacunas contra la COVID-19

La primera vacuna autorizada por la OMS para ser utilizada durante la emergencia sanitaria en población general fue la Pfizer-BioNTech (BNT162b2), debido a que mostró su seguridad, eficacia y calidad, y comenzó a aplicarse a finales de diciembre de 2020 (Organización Mundial de la salud, 2020b). Hasta la fecha existen nueve vacunas autorizadas

y varias más en progreso de aprobación (Organización Mundial de la Salud, 2022). Así mismo, de acuerdo con el The Institute for Health Metrics and Evaluation (2022), 55% de la población mundial está completamente vacunada y 63% al menos tiene una dosis de la vacuna. En cuanto a México, 65% de la población se ha aplicado al menos una dosis de la vacuna y 61% está totalmente vacunada.

COVID-19: una sindemia

Aunque por sus características epidemiológicas la COVID-19 fue declarada oficialmente una pandemia, ya que cumplía con los criterios de que el brote epidémico estaba afectando a más de un continente y que los casos de cada país ya no eran importados sino provocados por transmisión comunitaria (Gaceta médica, 2020); por el impacto biopsicosocial, cultural, político, económico, educativo, sin precedentes, que esta emergencia sanitaria ha estado representando para el mundo, se le considera también una sindemia. Esto significa, de acuerdo con Singer (1996, 2009, como se citó en de Almeida-Filho, 2021), que los determinantes ambientales y socioculturales pueden contribuir al aumento del riesgo de condiciones comórbidas.

Desde esta perspectiva, de Almeida-Filho (2021) plantea que la superposición de enfermedades implica diversas formas de sufrimiento social en la salud individual y colectiva, a través de la interacción de procesos biológicos y sociales. En este mismo sentido, Horton (2020) explica que la sindemia se caracteriza por interacciones biológicas y sociales, entre enfermedades y estados, las cuales aumentan la susceptibilidad de las personas al daño o empeoramiento de sus resultados de salud, y que la búsqueda de una solución puramente biomédica para la COVID-19 podría fracasar.

De acuerdo con Horton (2020) atender a la COVID-19 y sus complicaciones implica necesariamente atender a las enfermedades no transmisibles (ENT) como diabetes, hipertensión, obesidad, enfermedades cardiovasculares y respiratorias y cáncer, así como a los daños asociados, los cuales están relacionados con la pobreza y las desigualdades sociales y raciales preexistentes que exacerbaban el sufrimiento por estas enfermedades (de Almeida-Filho, 2021).

Analizar y abordar la COVID-19 desde un enfoque de sindemia permite proporcionar una orientación diferente a la medicina clínica y a la salud pública, ya que un enfoque

integrador para la comprensión y el tratamiento de las enfermedades sería más exitoso que el simple control epidémico de la enfermedad o el tratamiento individual de las personas (Singer, 2017, como se citó en Horton, 2020). Y de acuerdo con de Almeida-Filho (2021), la teoría de la sindemia también podría considerarse una fuente de soluciones innovadoras para enfrentar las emergencias humanitarias complejas, evitando la interacción de resultados negativos en los indicadores relevantes de protección y promoción de la salud.

Desde esta perspectiva, el impacto de la enfermedad en el mundo, su manejo, el acceso a las vacunas, las olas pandémicas, son conceptos que deben analizarse a la luz de cada país, de sus antecedentes de salud, de su economía y del manejo político que cada uno ha hecho de la enfermedad y sus implicaciones.

Confinamiento

De acuerdo con Lazcano-Ponce y Alpuche-Aranda (2020), el confinamiento es una medida de supresión de la transmisión, la cual se caracteriza por medidas drásticas de encierro en los hogares y la prohibición de circulación en las calles, la cual debe mantenerse al menos de manera intermitente mientras el virus circule entre la población o hasta que haya una vacuna disponible.

Sin embargo, el impacto del confinamiento ha sido significativo tanto en la vida diaria de las personas como en otras esferas como la seguridad alimentaria, la economía global, el turismo, el impacto ambiental, el cuidado de la salud y, de manera muy destacada, sobre la salud mental (Onyeaka *et al.*, 2021). Hasta la fecha se siguen evaluando los efectos de la pandemia sobre las diferentes áreas de la vida personal y colectiva en todo el mundo, pero para los propósitos de este capítulo, a continuación, se hablará específicamente del impacto en la salud mental de las personas.

Impacto psicológico del confinamiento por la COVID-19. Aunque el confinamiento es la medida más adecuada para detener los contagios, el costo emocional para la población puede ser alto. Depresión, ansiedad, estrés son los problemas reportados de manera más frecuente, aunados al miedo a contagiarse o a morir, la incertidumbre de cuánto podría durar el encierro, el aislamiento, el aburrimiento por no poder realizar actividades fuera de casa, la desinformación, son algunas de las manifestaciones emocionales más frecuentes dada la situación.

Uno de los grupos de la población más afectados por esta emergencia sanitaria es el personal médico que ha estado al frente de la atención de los pacientes más graves. De acuerdo con diversos estudios (Molero *et al.*, 2020; Onyeaka *et al.*, 2021), el personal sanitario ha presentado problemas de estrés emocional severo, síntomas ansiosos y depresivos, desgaste, cansancio, así como problemas a nivel físico, emocional y social. De igual manera, Lima *et al.* (2020) mencionan que otras poblaciones vulnerables a padecer un mayor malestar son los adultos mayores y las personas con trastornos mentales previos.

Por su parte, Every-Palmer *et al.* (2020) analizaron el bienestar psicológico de las personas en Nueva Zelanda durante el confinamiento y encontraron que 30% de las personas encuestadas reportaron un malestar psicológico de moderado a severo, 16% padecían niveles de ansiedad de moderados a elevados y esto empeoraba en aquellas personas que habían perdido su empleo o este se había reducido, en quienes tenían problemas de salud o antecedentes de trastorno mental.

En México, en un estudio similar realizado por Mota González *et al.* (2021), encontraron que el bienestar subjetivo durante el confinamiento es predicho por los factores de fortaleza espiritual y capacidad de disfrute, tanto en mujeres como en hombres, lo que les da entereza y un sentido de vida para enfrentar la emergencia sanitaria.

Olas pandémicas

En la revisión que hace Ovidia (2021) acerca del concepto de olas pandémicas, menciona que este es un modelo de transmisión infecciosa basado en datos históricos, que data de hace dos siglos, y aunque su fundamento no es del todo claro, ha sido una de las formas de explicar la actual pandemia por COVID-19, e incluso esta perspectiva influye en su percepción pública y en las posturas políticas.

Según Maragakis (2021), en lo que va de la pandemia se han encontrado varios factores que han tenido un impacto en el aumento o la disminución de los nuevos casos de COVID-19 en determinados lugares. Estos factores incluyen la eficacia de las vacunas, el comportamiento humano, las políticas de prevención de infecciones, los cambios en el propio coronavirus y la cantidad de personas que siguen siendo vulnerables debido a que aún no han desarrollado cierta inmunidad, ya sea por infección natural o por vacunación.

De acuerdo con la OMS, lo que define una nueva ola es el aumento sostenido de casos (Ovadia, 2021); sin embargo, Fisayo y Tsukagoshi (2020) explican que la primer ola está directamente relacionada con la COVID-19, además de las muertes ocasionadas por esta, debido a que muchas personas contagiadas viven con las secuelas duraderas del síndrome respiratorio agudo severo, lo cual puede debilitarlos por meses. La segunda ola se refiere a aquellas personas que sufren de manera moderada debido a las medidas tomadas para contener la transmisión de la enfermedad, como pueden ser los individuos que se tardaron en buscar ayuda médica para la COVID-19, o aquellos con enfermedades progresivas que tuvieron que reprogramar sus consultas médicas debido a la pandemia o que perdieron sus revisiones de rutina. Y la tercera ola se presenta como el efecto del virus en los determinantes sociales de la salud, ya que este coronavirus empeoró y puso en evidencia las desigualdades debido al daño en la economía de los países. Y esta sería parte de la explicación para comprender por qué algunos países han tenido varias olas pandémicas desde que se impusieron las medidas de supresión de la transmisión, y que en este mismo sentido, no se puede hablar de las olas pandémicas en general, sino que habría que referirse a un país en específico y considerar el impacto socioeconómico que la pandemia le ha causado.

En la actualidad, y a dos años del inicio de esta emergencia sanitaria, comienza a hablarse de que la COVID-19 podría convertirse en una endemia, es decir, en una infección con un comportamiento dentro de un umbral para una región y periodo específicos, esto es, con un comportamiento estacional (La salud es para todos Minsalud, 2021). Estos debido a los avances en la vacunación de la población mundial. No obstante, el Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Antonio Guterres afirmó que mientras no sea posible lograr que todos los países del mundo puedan tener acceso a la vacuna contra la COVID-19, a las pruebas y a los tratamientos y se logren cerrar las brechas de inequidad al respecto, entonces podría acabarse con la pandemia a corto plazo (Naciones Unidas México, 2022).

COVID-19 y embarazo

Las mujeres embarazadas son consideradas un grupo de alto riesgo para la COVID-19, debido a que por los cambios hormonales que tienen durante la gestación, pueden llegar a sufrir inmunosupresión parcial y con ello ser más susceptibles a las infecciones respiratorias virales. A comienzos de la pandemia, la posibilidad de que la mujer embarazada se contagiara

de COVID-19 generó gran preocupación entre la comunidad médica, pues era necesario conocer si la enfermedad podía transmitirse de manera vertical al feto y si habría consecuencias en la salud tanto de la madre como del bebé, dado que existía poca información al respecto (Yupa *et al.*, 2020).

En los primeros estudios de caso de mujeres embarazadas contagiadas de COVID-19 (Govind *et al.*, 2020; Chen *et al.*, 2020), se encontró que cuando las mujeres estudiadas ingresaron al hospital para resolver su embarazo, en su mayoría por cesárea, ya fuera de emergencia (en caso de preeclampsia, y sufrimiento fetal) o electiva (cesáreas previas), muchas presentaron síntomas leves como fiebre, tos, mialgia, malestar, dolor de garganta y anosmia, los cuales no requerían hospitalización, aunque algunas tuvieron neumonía y problemas respiratorios. Así mismo, se reporta que al nacer, los bebés fueron aislados de sus madres y solo uno resultó positivo a COVID-19. Las complicaciones del embarazo que aparecieron después del comienzo de la infección por COVID-19 fueron sufrimiento fetal y ruptura prematura de membranas y, por ende, el parto prematuro; de igual manera, no se encontró evidencia de transmisión vertical de la infección. Los bebés nacidos de las madres estudiadas tuvieron puntuaciones de Apgar de 8-9 al minuto y de 9-10 a los cinco minutos. Estos datos son similares a los obtenidos por revisiones sistemáticas realizadas al principio de la pandemia y por estudios llevados a cabo en Latinoamérica (Della Gatta *et al.*, 2020; Sola *et al.*, 2020).

Aunque en algunos estudios (Govind *et al.*, 2020; Chen *et al.*, 2020; Della Gatta *et al.*, 2020; Sola *et al.*, 2020) se refiere que las mujeres embarazadas estudiadas no padecían alguna comorbilidad previa que complicara la infección por COVID-19, otros trabajos (Jafari *et al.*, 2020) mencionan que una de cada tres mujeres presenta comorbilidades y las más comunes son la diabetes, la coinfección bacteriana y la obesidad; esto indicaría la probabilidad de que jueguen un papel importante en la adquisición de la infección y en el desarrollo de complicaciones. En cuanto a la diabetes gestacional, Cotarelo *et al.* (2020) señalan que el coronavirus puede prosperar en un entorno de glucosa elevada en sangre y que cuando las personas desarrollan una infección viral, esta puede ser más difícil de tratar debido a las variaciones de la glucosa y esto puede provocar otros problemas.

Con respecto a las complicaciones del embarazo relacionadas con la COVID-19, Jafari *et al.* (2020) mencionan que las más frecuentes son: la hemorragia posparto, la cesárea y el parto pretérmino. En tanto que las dificultades que pueden presentar los bebés al nacer son: bajo peso (en los casos de parto prematuro) y dificultades leves y transitorias (en aquellos que se contagiaron del virus); (Sola *et al.* 2020; Jafari *et al.*, 2020).

Impacto emocional de la mujer durante el embarazo por la pandemia de COVID-19

La salud mental perinatal es un área de estudio surgida hace más de 30 años con la intención de establecer el impacto adverso que pueden tener los trastornos mentales que la mujer pudiera padecer durante la gestación, sobre su hijo y su desarrollo (Gómez-López & Berenzon-Gorn, 2011).

De acuerdo con Austin (2003), el impacto de la maternidad / paternidad sobre la salud mental de hombres y mujeres; el impacto del trastorno mental sobre la capacidad de las personas para asumir la maternidad y paternidad; el impacto del trastorno mental de alguno de los padres sobre el apego del hijo y de su desarrollo y la detección e intervención perinatal tempranas para evitar que los hijos se vean afectados por los trastornos mentales que padecen los padres, son aspectos clínicos clave dentro de la atención de las pacientes en periodo perinatal.

Desde este enfoque predominantemente biomédico, se ha enfatizado que la gestación es una etapa de cambios de vida para la mujer, y por tanto, se le considera un periodo de vulnerabilidad emocional, lo que la pone en riesgo de desarrollar trastornos mentales como depresión y ansiedad, principalmente. Así mismo se suele considerar al embarazo como un evento negativo y detonador de crisis que pueden provocar trastornos mentales, lo que ha producido su sobrediagnóstico (Gómez-López *et al.*, 2016). Es por esta razón que la mayoría de la investigación en salud mental perinatal se ha enfocado en estos temas.

No obstante, existen otras posturas que pueden abordar el tema desde otra perspectiva. Ejemplo de ello sería el enfoque biopsicosocial, el cual al ser más crítico e interpretativo, busca profundizar en la experiencia subjetiva de las mujeres embarazadas alrededor de sus vivencias, sentimientos y percepciones frente a la gestación. Además explica las reacciones emocionales de las mujeres asociadas a este evento reproductivo como un malestar psicológico, entendido como manifestaciones emocionales transitorias de diversa índole que

se presentan en respuesta a distintas situaciones de la vida, del contexto social, pero que no reúnen los criterios diagnósticos para un trastorno mental (Gómez-López *et al.*, 2016).

Desde este enfoque biopsicosocial podría explicarse el impacto emocional que la pandemia por COVID-19 ha tenido en las mujeres embarazadas, debido a los cambios que esto ha implicado no sólo en sus vidas sino en las demás personas, lo que ha aumentado su preocupación por su propia salud y la de su bebé, pero también por el distanciamiento social y el contexto socioeconómico en el que viven, los cuales pueden provocarles alteraciones emocionales.

No obstante, al revisar la vasta literatura mundial sobre salud mental perinatal durante la emergencia sanitaria, la cual ha surgido de manera vertiginosa al tiempo que la pandemia avanza, se pueden encontrar un sinnúmero de trabajos al respecto, que buscan estudiar las condiciones que en que las mujeres han vivido su gestación y el impacto emocional que esto les ha causado.

A continuación, se presentarán los temas de salud mental perinatal más investigados en esta pandemia, como son la depresión y la ansiedad, y se buscará contrastar los resultados obtenidos por ellos con la zona geográfica en la que se realizaron, así como con la ola pandémica a la que corresponden, pero además se tomará en consideración si se llevaron a cabo con población que padecía COVID-19 o si no, y se revisarán otros factores relacionados, con la intención de tener un panorama más amplio sobre el tema.

Depresión perinatal

De acuerdo con Rollé *et al.* (2020), el embarazo constituye un un evento psicossomático que enriquece y gratifica pero que también es estresante, debido a los cambios físicos, fisiológicos y psicológicos que implica, los cuales requieren que tanto la mujer como su pareja reorganicen su experiencia interna y además realicen los ajustes necesarios para asumir sus nuevas responsabilidades y roles como padres. Estos pueden conllevar también preocupaciones tanto por la salud y desarrollo del bebé, como por las expectativas hacia este y hacia al vínculo que se establecerá. Todo esto puede provocar la aparición de síntomas depresivos en ambos padres.

En general, la prevalencia de depresión perinatal en países con ingresos altos oscilaba entre 5% y 25% antes a la pandemia, y este rango tan amplio se debe a problemas

metodológicos en el proceso de investigación (ejemplo de esto es el uso de instrumentos de tamiz y no de tipo clínico para establecer un diagnóstico); (Rollé *et al.*, 2020; Gómez-López & Berenzon-Gorn, 2011, p. 229).

Sin embargo, es evidente que la declaración de la pandemia por COVID-19, en marzo de 2020, provocó un gran impacto emocional en la población mundial (Wang *et al.*, 2020) y en particular en las mujeres embarazadas, tal y como lo señalaron Thapa y colaboradores (2020); quienes cuestionaban cuáles serían las repercusiones psicológicas del brote de esta enfermedad en la salud materna y si los trastornos mentales perinatales serían una carga inevitable de esta pandemia, dado que al comienzo poco se sabía de las consecuencias de la enfermedad tanto para la madre como para su hijo.

Siguiendo el avance y diseminación que tuvo la pandemia con una trayectoria desde Asia hacia Europa y posteriormente hacia América, enseguida se analizará lo que sucedió con la manifestación de síntomas depresivos en mujeres embarazadas en diferentes países de estos continentes y qué factores se relacionaron con ello.

Dado que fue en China donde se inició la pandemia por COVID-19, uno de los primeros estudios realizados con mujeres embarazadas (Wu *et al.*, 2020) encontró que al declararse la pandemia, 26% de las gestantes presentaron síntomas depresivos y tres semanas después, este porcentaje se incrementó a 29.6%; esta elevación se explicaba por el número de casos sospechosos y confirmados de la enfermedad. Algunos de los factores de riesgo relacionados con la depresión en el embarazo fueron el bajo nivel educativo y de ingresos económicos, tener un trabajo parcial, vivir en un espacio reducido y poco apoyo familiar, entre otros.

Estudios similares al de Wu *et al.* (2020) en China y otros países de Asia, reportaron una prevalencia de síntomas depresivos en las mujeres gestantes, sin COVID-19, durante la primera ola pandémica, que iba de 19.5 a 44.6%, de intensidad de moderada a severa y cuya manifestación se asociaba principalmente con factores sociodemográficos (edad, educación, ocupación, lugar de residencia), factores obstétricos (semanas y número de gestación, complicaciones) y factores relacionados con la pandemia (confinamiento, aislamiento, apoyo social, acceso a los servicios prenatales, información obtenida en redes sociales, número de ola pandémica); sin embargo, todos estos estudios coincidieron en que se había incrementado

la sintomatología depresiva a partir del inicio de la pandemia y del establecimiento de las medidas drásticas de supresión del contagio (Yang *et al.*, 2021; Farrell *et al.*, 2020; Patabendige *et al.*, 2022).

De los pocos estudios realizados durante la segunda o tercera ola pandémica, Patabendige *et al.* (2022) encontraron que la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres embarazadas de Sri Lanka se incrementó de 19.5 a 27%, conforme la pandemia y el confinamiento se fueron extendiendo.

En este mismo sentido, en Europa la prevalencia de síntomas depresivos durante la gestación en mujeres sin COVID-19, durante la primera ola pandémica, osciló entre 11 y 28.6%, con una intensidad leve, la cual estaba relacionada con factores sociodemográficos (desempleo, nivel educativo); antecedentes de salud (trastornos mentales previos); factores obstétricos (embarazo no planeado); factores relacionados con la pandemia (medidas estrictas del confinamiento, falta de apoyo y acompañamiento, acceso limitado a servicios de salud, soledad, miedo al contagio, estrés percibido (Ravaldi *et al.*, 2020; Romero-Gonzalez *et al.*, 2020; Ayaz *et al.*, 2020).

En cuanto a estudios con mujeres embarazadas enfermas de COVID-19 en esta parte del mundo, los hallazgos indican la presencia de puntuaciones leves de depresión, las cuales disminuyeron en la población estudiada 11 semanas después, y esto se atribuye a la presencia de factores protectores como un mayor acceso a información seria sobre la enfermedad, apoyo en redes sociales y por parte del personal de salud, los cuales amortiguaron el impacto emocional de la pandemia en esta población (Kotabagi *et al.*, 2020).

Con respecto a la segunda y tercera olas pándemicas en Europa, algunos resultados muestran que hubo una disminución de la prevalencia de síntomas depresivos en mujeres embarazadas (15%), cuya intensidad era mínima en 34.6% de la población evaluada y que la búsqueda de apoyo espiritual se constituía como un factor protector (Ceulemans *et al.*, 2021; Durmuş *et al.*, 2021).

Por otra parte, la situación que las mujeres embarazadas estaban viviendo en el continente americano frente al COVID-19, en Estados Unidos y Canadá, estudios realizados con mujeres embarazadas no contagiadas de la enfermedad, durante la primera ola

pandémica, reportaron una prevalencia de sintomatología depresiva entre 31 y 37%, relacionada principalmente con factores asociados a la pandemia (aislamiento social, no tener los cuidados prenatales necesarios, falta de acompañamiento durante el parto, malestar psicológico elevado); (Lebel *et al.*, 2020; Basu *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2021).

En países de Latinoamérica se reportan porcentajes de sintomatología depresiva en mujeres embarazadas sin COVID-19, que van desde 12.7% hasta 45.7% y con un 77% de riesgo de desarrollarla, relacionados con factores sociodemográficos (edad materna mayor a 35 años, nivel educativo bajo, no tener pareja, número de personas con las que cohabita) y con factores asociados con la pandemia (aislamiento y distanciamiento social, cambios extremos en la vida diaria, interrupción de los cuidados prenatales, no trabajar fuera de casa en cuarentena, poca información acerca del virus); (Nunton *et al.*, 2020; Machado *et al.*, 2021; Parra-Saavedra *et al.*, 2020).

Por otra parte, López-Morales *et al.* (2021), en su estudio evaluaron la sintomatología depresiva en las mujeres embarazadas sin COVID-19 durante las cuatro olas pandémicas, y encontró una prevalencia de 12.7% a 25.7% de depresión ligera y un incremento de la depresión moderada a 22.9% en la cuarta ola. Además sus hallazgos muestran que hubo un incremento progresivo de esta sintomatología en los primeros 50 días de confinamiento y una ligera disminución después de 150 días.

Ansiedad perinatal

De acuerdo con Harrison y Alderdice (2020) muchas mujeres pueden experimentar ansiedad en el periodo perinatal, ya que esta es una respuesta emocional común, la cual en algunos casos es racional y benéfica para enfrentar situaciones como la adaptación a la maternidad, asumir un rol de mayor responsabilidad y llevar a cabo los cuidados del bebé; no obstante, cuando esta llega a ser extrema o persistente, puede indicar la presencia de un trastorno. Asimismo, su manifestación puede asociarse con factores como la falta de sueño, cambios hormonales y experimentar transiciones de vida importantes (Kirby *et al.*, 2018).

La prevalencia de ansiedad perinatal antes de la pandemia era de 10 a 15% (Harrison & Alderdice, 2020), aunque Grigoriadis *et al.* (2019) precisan que 15.2% de las mujeres embarazadas pueden llegar a desarrollar un trastorno de ansiedad y 22.9% sintomatología ansiosa.

El impacto inicial que representó la emergencia sanitaria mundial debida a la COVID-19 en la población, generó la manifestación de sintomatología depresiva y ansiosa y altos niveles de estrés ante el desconcierto, el miedo al contagio, la falta de conocimiento e información, la imposición de medidas drásticas para la supresión de la transmisión y la preocupación por la suspensión de las actividades económicas en la mayor parte del mundo. De acuerdo con Wang *et al.* (2020) la prevalencia de sintomatología ansiosa en la población china al principio de la pandemia fue de 28.8%, con una intensidad de moderada a severa.

Con respecto a la población gestante sin COVID-19, el impacto por la situación sanitaria no fue menor que en la población general. En China, se presentó sintomatología ansiosa, de moderada a severa en 29.2% de las mujeres estudiadas debido al confinamiento obligado, la restricción de los servicios de cuidado prenatal y la falta de información sobre la enfermedad (Yang *et al.*, 2021).

En otros países de Asia, la prevalencia de sintomatología ansiosa fue entre 9% y 34.4%, dependiendo de factores obstétricos (semanas y trimestre de gestación, complicaciones, número de gestas) y factores relacionados con la pandemia (miedo a infectarse o a infectar a otros, consecuencias de la enfermedad, preocupación por el virus, uso de las redes sociales para obtener información); (Farell *et al.*, 2020; Salehi *et al.*, 2020; Saadati *et al.*, 2021). Asimismo, Patabendige *et al.* (2022) menciona que durante la segunda ola pandémica la ansiedad en las mujeres en gestación se mantuvo casi igual que en durante la primera ola (17%).

En Europa, la presencia de sintomatología ansiosa durante la gestación oscila entre 11% y 68%, dependiendo de factores obstétricos (embarazo no planeado, pérdida perinatal, miedo al daño fetal o muerte); factores emocionales (antecedentes de trastorno mental, soledad, angustia, preocupación excesiva, amenaza a su bienestar, estrés percibido, problemas en la relación de pareja) y factores asociados con la pandemia (miedo al contagio y a que sus familiares enfermen, acceso limitado a los servicios de salud, desempleo, reducción de ingresos, miedo a dar a luz sola, poco acceso a la información sobre el virus, hacinamiento, vivir en lugares pequeños).

Con respecto a las mujeres gestantes que padecieron COVID-19, Kotabagi *et al.* (2020) refirió en su estudio que solo presentaron ansiedad leve. Por otra parte, durante la

segunda ola pandémica, Nowacka *et al.* (2021) hallaron que 48% de las mujeres embarazadas infectadas por COVID-19 y 35% sin infección tenían la probabilidad de desarrollar ansiedad generalizada; de igual modo, dos terceras partes de las mujeres estudiadas presentaban gran preocupación por el bienestar de su bebé.

En Estados Unidos y Canadá, la sintomatología ansiosa durante el embarazo se presentó en 31% a 56.6% de las mujeres embarazadas, relacionada con factores emocionales (padecer un trastorno mental previo, preocupación por el cuidado de los hijos, problemas de pareja) y factores asociados con la pandemia (preocupación por lo que el COVID-19 representaba para la salud de la madre-hijo, no tener los cuidados prenatales necesarios, aislamiento social, imposibilidad de ser visitada por la familia durante el parto; que el bebé se contagiara, falta de apoyo de una persona durante el parto, cambio de planes para el parto por la pandemia, perder una cita médica); (Lebel *et al.*, 2020); Basu *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2021).

En Latinoamérica, 14% de las mujeres embarazadas sin COVID-19 presentaron sintomatología ansiosa leve, 76% moderada y 9% alta, relacionada con factores asociados con la pandemia (incertidumbre, miedo al contagio, poca información sobre la enfermedad, ideas erróneas acerca de la muerte fetal, deseo de terminar el embarazo); (Vara & Miranda, 2021; Parra-Saavedra *et al.*, 2020). Por su parte, López-Morales *et al.* (2021) en su estudio encontraron que durante la tercera ola pandémica hubo un incremento en la sintomatología ansiosa de las mujeres en gestación, la cual disminuyó ligeramente durante la cuarta ola.

Impacto emocional en el posparto

El periodo de posparto, el cual comprende las primeras 12 semanas después del parto, es una etapa crítica en la vida de la madre y de su hijo, ya que puede haber riesgo de complicaciones o incluso de muerte, pero además se deben tomar en cuenta los padecimientos que pueden implicar un riesgo de salud en el futuro, como pueden ser las hemorragias, enfermedades tromboembólicas, trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, así como la probabilidad de desarrollar depresión posparto o estar viviendo situaciones de violencia intrafamiliar (Paladine *et al.*, 2019).

La transición a la maternidad representa para la mujer una serie de cambios de tipo fisiológico, emocional y social a los cuales debe adaptarse, pero que a veces constituyen

dificultades que debe resolver, aunque no siempre cuenta con las posibilidades de hacerlo, lo que la pone en una condición de vulnerabilidad para su salud mental (Coo *et al.*, 2021).

De acuerdo con Coo *et al.* (2021), uno de los factores de riesgo para desarrollar sintomatología ansiosa y depresiva durante el posparto es la falta de apoyo social para la madre por parte de su red social para brindarle apoyo emocional e instrumental.

Como ya se mencionó, el impacto que la pandemia por COVID-19 ha tenido en la vida de las personas, y de manera específica en las mujeres embarazadas, ha representado cambios en el estilo de vida, en la atención médica y en los cuidados que estas deben recibir, pero además ha afectado la provisión de apoyo y acompañamiento durante el embarazo y el parto. Asimismo, ha puesto al personal del salud al frente de la provisión de atención y apoyo emocional a las mujeres durante la resolución del embarazo y su estancia hospitalaria, para que puedan afrontarlo de la mejor manera frente a las nuevas circunstancias.

La prevalencia de sintomatología depresiva en el posparto durante la pandemia por COVID-19 es de 13 a 34% (Ceulemans *et al.*, 2021; Guvenc *et al.*, 2020), mientras que 10 a 27.5% de las mujeres en este periodo pueden desarrollar sintomatología ansiosa (Ceulemans *et al.*, 2021; Fernandes *et al.*, 2021). No obstante, puede observarse que los factores relacionados con esta sintomatología son aquellos directamente asociados con la pandemia como la preocupación por el impacto de la enfermedad sobre el nacimiento del bebé, así como el riesgo de contagio en la pareja y la familia, además de un miedo al futuro; por otra parte, el miedo al nacimiento del bebé se relaciona con emociones como tristeza, soledad, angustia, incapacidad, aislamiento y restricción (Zanardo *et al.*, 2020; Ravaldi *et al.*, 2020; Guvenc *et al.*, 2020).

La situación emocional de las mujeres en el posparto durante la pandemia, así como la excesiva preocupación por la enfermedad y el miedo al contagio y al daño, han impactado en su capacidad para establecer un vínculo con su bebé, al presentar una menor conciencia emocional para brindar los cuidados y proveer sus necesidades, ya que las madres durante la pandemia se han enfocado más en el temor y el daño de esta enfermedad nueva y desconocida, así como de sus consecuencias (Fernandes *et al.*, 2021).

De igual modo, Ravaldi *et al.* (2020) afirman que en muchos lugares del mundo, la pandemia ha alterado el cuidado de las mujeres y los niños de manera drástica, al separar a aquellas que son sospechosas/confirmadas de COVID-19 de sus bebés y evitar la lactancia materna, contrario a lo establecido por la OMS en sus pautas para su manejo durante la pandemia; el impacto y las consecuencias de estas medidas se verán a mediano y largo plazo.

Reflexiones finales

Es innegable el impacto y la afectación que la pandemia por COVID-19 ha provocado a nivel mundial. Su surgimiento a finales de 2019 y la declaratoria de emergencia sanitaria en marzo de 2020, han representado la transformación del mundo en diversos ámbitos y de las formas de vida, y gracias a la tecnología ha sido posible salvar las fronteras y la distancia, obligando a las personas a tratar de continuar con sus actividades cotidianas, confinadas en sus casas y alertas a la información sobre la enfermedad y su avance, con la esperanza de que pudiera ser contenida rápidamente. Sin embargo, a dos años de distancia, a pesar de que ya se cuenta con vacunas que han contribuido a detener la transmisión, aún no se sabe con exactitud las repercusiones que esta enfermedad y las medidas para su supresión tendrán para el mundo.

En el campo de la salud mental, el impacto que la pandemia ha causado sobre las personas y sus vidas se ha convertido en uno de los puntos más relevantes de la atención mundial, debido tanto a las prevalencias de depresión, ansiedad y estrés reportadas por múltiples estudios; a la gran cantidad de pérdidas de vidas a consecuencia de la enfermedad que ha provocado que las personas vivan procesos de duelo a veces complicados, como también por el desgaste que el personal de salud estuvo viviendo en un inicio por atender las emergencias.

Lo anterior obligó a que las autoridades encargadas de la salud mundial volteraran a ver estos problemas para buscar darles una solución inmediata, a pesar de las limitaciones. Dado que, de acuerdo con Tausch *et al.* (2022), la pandemia puso en evidencia la falta de recursos financieros y humanos, inversiones en servicios de salud mental, así como las políticas para abordar la brecha existente en esta materia desde antes de la pandemia, sobre todo en países en desarrollo, todo lo cual contribuyó a una crisis.

Sin embargo, como ya se mencionó, es evidente también que desde la visión biomédica de la salud mental, los datos que esta pandemia ha arrojado hacen pensar que se ha desatado de manera simultánea una pandemia de trastornos mentales. No obstante, vale la pena hacer algunas consideraciones al respecto.

1. Es importante cuestionarse si en realidad esta emergencia sanitaria provocó un aumento exorbitante de depresión y ansiedad como las estadísticas lo muestran o si solamente las nuevas nuevas condiciones en las que las personas han vivido durante varios meses exacerbaron los problemas de salud mental en la población que ya los padecía, como se mencionó previamente.

2. Con respecto a la salud mental perinatal es pertinente destacar lo que se dijo anteriormente con respecto a la existencia de un sobrediagnóstico de trastornos mentales entre las mujeres gestantes. Este tema se ha abordado en trabajos previos (Gómez-López & Berenzon-Gorn, 2011; Gómez-López, 2018), pero hoy toma relevancia a la luz del aparente súbito incremento de la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en las mujeres embarazadas debido a la pandemia.

3. Al analizar los datos presentados se puede ver que aunque es esperado que esta emergencia sanitaria provoque reacciones emocionales, no solo en las gestantes sino en toda la población, debido a la incertidumbre y temor que la enfermedad representa, así como por la inestabilidad del contexto socioeconómico a raíz del confinamiento impuesto en muchas partes del mundo; en realidad, si se ven desde un enfoque biopsicosocial, todas estas manifestaciones emocionales en respuesta a las circunstancias son en muchos casos de intensidad leve, además de que son transitorias y están relacionadas con las circunstancias del momento (las cuales es evidente también que cambian de un continente a otro), lo cual puede verse en su variación dependiendo de la ola pandémica en la que se obtuvieron los datos, aunque también dependen de factores sociales como las condiciones socioeconómicas y políticas de cada país, del acceso a la atención médica prenatal, así como de las medidas tomadas para contener el contagio.

4. Es importante observar también que en su mayoría la sintomatología ansiosa y depresiva se relacionó de manera directa con los factores asociados con la pandemia más con otro tipo de factores (como los sociodemográficos y obstétricos, por ejemplo), lo cual

confirmaría su carácter transitorio, ya que dichos factores se han ido modificando al paso del tiempo, y por tanto, sería esperado que la salud mental de las personas afectadas también sufra cambios.

5. A nivel metodológico, es necesario destacar que en la mayoría de los estudios revisados se utilizaron instrumentos de tamiz (para establecer quién puede padecer cierta enfermedad y quién no) y no clínicos (para realizar un diagnóstico) para determinar la presencia de la sintomatología ansiosa y/o depresiva en las poblaciones evaluadas. Aquí vale la pena retomar las afirmaciones de Harrison y Alderdice (2020), quienes plantean que es un desafío interpretar de manera aislada cuestionarios de autorreporte para evaluar los síntomas, ya que estos no necesariamente consideran todos los componentes que constituiría una entrevista clínica estructurada, lo cual sería necesario tanto para alcanzar un diagnóstico, como para establecer el inicio, el curso y la duración de los síntomas o la medida en que estos síntomas impactan en la vida diaria, por tanto estos instrumentos solo proporcionan una “foto instantánea” de la salud de las personas. Y esto es justamente lo que están obteniendo los estudios revisados.

6. Una aportación relevante de estos estudios sería que realmente pudiera identificarse de manera temprana a aquellas mujeres que ya padecen un trastorno mental, para darles el acompañamiento emocional de manera oportuna durante todo el embarazo, mas que sobrediagnosticarlas y “etiquetarlas” con una condición que no padecen, pero que sí las pone en desventaja.

7. Para las mujeres embarazadas que no padecen un trastorno mental, sería necesario que el personal especialista en salud mental generara información seria sobre la COVID-19 y sobre el cuidado de su salud emocional, así como estrategias para el manejo de las emociones que pudieran surgir por la emergencia sanitaria; pero también sería importante establecer líneas de ayuda telefónica o por Internet que brindaran a las gestantes un espacio para expresar sus temores y sus dudas y evitar con ello el surgimiento de crisis.

Referencias

- Austin, M.-P. (2003). Perinatal Mental Health: Opportunities and Challenges for Psychiatry. *Australasian Psychiatry*, 11(4), 399-403. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1665.2003.02027.x>
- Ayaz, R., Hocaoglu, M., Günay, T., Yardımcı, O., Turgut, A., & Karateke, A. (2020). Anxiety and depression symptoms in the same pregnant women before and during the COVID-19. *Journal of Perinatal Medicine*, 48(9), 965-970. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0380>
- Basu, A., Kim, H., Basaldua, R., Choi, K., Charron, L., Kelsall, N., Hernandez-Diaz, S., Wyszinsky, D. F., & Koenen, K. (2021). A cross-national study of factors associated with women's perinatal mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic. *Plos One*, 16(4), e0249780. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249780>
- Ceulemans, M., Foulon, V., Ngo, E., Panchaud, A., Winterfeld, U., Pomar, L., Lambelet, V., Cleary, B., O'Shaughnessy, F., Passier, A., Richardson, J. L., Hompes, T., & Nordeng, H. (2021). Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic—A multinational cross-sectional study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100, 1-11. <https://doi.org/10.1111/aogs.14092>
- Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., Li, J., Zhao, D., Xu, D., Gong, Q., Liao, J., Yang, H., Hou, W., & Zhang, Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet*, 395, 809-815. [doi:https://doi.org/10.1016/](https://doi.org/10.1016/)
- Coo C., S., Mira O., A., García V., M., & Zamudio B., P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes Pediatrica*, 92(5). [10.32641/andespediatr.v92i5.3519](https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i5.3519)
- Cotarelo P., A. K., Reynoso V., J., Solano P., C., Hernández C., M., & Ruvalcaba L., J. (2020). Impacto del COVID-19 en las emociones de mujeres embarazadas con diabetes gestacional. *Journal of negative & no positive results*, 5(8), 891-904. [doi:10.19230/jonnpr.3765](https://doi.org/10.19230/jonnpr.3765)
- de Almeida-Filho, N. (4 de noviembre de 2021). Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una epidemiología de enfermedades emergentes. *Salud colectiva*, 17. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3748>
- Della Gatta, A. N., Rizzo, R., Pilu, G., & Simonazzi, G. (2020). Coronavirus disease 2019 during pregnancy: A systematic review of reported cases. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(1), 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.013>

- Durmuş, M., Öztürk, Z., Şener, N., & Eren, S. (2021). The Relationship between the Fear of Covid-19, Depression, and Spiritual Well-Being in Pregnant Women. *Journal of Religion and Health, 61*, 798-810. doi:<https://doi.org/10.1007/s10943-021-01448-7>
- Every-Palmer, S., Jenkins, M., Gendall, P., Hoek, J., Beaglehole, B., Bell, C., Williman, J., Rapsey, C., & Stanley, J. (2020). Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *Plos One, 15*(11), e0241658. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241658>
- Farell, T., Reagu, S., Mohan, S., Elmidany, R., Qaddoura, F., Ahmed, E., Corbett, G., Lindow, S., Abuyaqoub, S. M., & Alabdulla, M. A. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the perinatal mental health of women. *Journal of Perinatal Medicine, 48*(9), 971–976. doi:<https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0415>
- Fernandes, D. V., Canavarro, M., & Moreira, H. (2021). Postpartum during COVID-19 pandemic: Portuguese mothers' mental health, mindful parenting, and mother–infant bonding. *Journal of Clinical Psychology, 1-14*. doi:DOI: 10.1002/jclp.23130
- Fisayo, T., & Tsukagoshi, S. (2020). Three waves of the COVID-19 pandemic. *Postgraduate Medical Journal, 97*(1147), 332–332. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138564>
- Gaceta médica. (2020, marzo 12). *¿Cuál es la diferencia entre brote, epidemia y pandemia?* <https://bit.ly/3I8T7Wf>
- Gobierno de México. (2021). *Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México*. México, México.https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/08/GuiaTx_COVID19_ConsensoInterinstitucional_2021.08.03.pdf
- Gobierno de México. (2022, febrero 22). *Covid-19 México*. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Gómez-López, M. E. (2018). Guía de atención psicológica de la mujer con complicaciones obstétricas. *Perinatología y reproducción Humana, 32*(2), 85-92. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.06.003>
- Gómez-López, M. E., & Berenzon-Gorn, S. (2011). Avances de la investigación de la salud mental perinatal en Latinoamérica. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 57*(3), 226-234. Obtenido de <https://bit.ly/3IaxDbp>
- Gómez-López, M. E., Berenzon-Gorn, S., Lara, M., & Ito Sugiyama, M. (2016). Malestar psicológico en mujeres con embarazo de alto riesgo. *Summa Psicológica UST, 13*(1), 89-100. doi:doi:10.18774/summa-vol13.num1-277
- Govind, A., Essien, S., Karthikeyan, A., Fakokunde, A., Janga, D., Yoong, W., & Nakhosteen, A. (2020). Novel Coronavirus COVID-19 in late pregnancy: Outcomes

- of first nine cases in an inner city London hospital. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 251, 272-274. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.05.004>
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., Dennis, C.-L., Steiner, M., Brown, C., Cheung, A., Dawson, H., Rector, N. A., Guenette, M., & Richter, M. (2018). A systematic review and meta-analysis of the effects of antenatal anxiety on postpartum outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 22(5), 543–556. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0930-2>
- Guvenc, G., Yesilcinar, İ., Ozkececi, F., Öksüz, E., Ozkececi, C. F., Konukbay, D., Kok, G., & Karasahin, K. E. (2020). Anxiety, depression, and knowledge level in postpartum women during the COVID-19 pandemic. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(3), 1449–1458. <https://doi.org/10.1111/ppc.12711>
- Harrison, S., & Alderdice, F. (2020). Challenges of defining and measuring perinatal anxiety. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(1), 1-2. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1703526>
- Harrison, S., & Alderdice, F. (2020). Challenges of defining and measuring perinatal anxiety. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(1), 1-2. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1703526>
- Horton, R. (2020, September 26). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*(396), 874. Obtenido de <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>
- Jafari, M., Pormohammad, A., Sheikh Neshin, S. A., Ghorbani, S., Bose, D., Alimohammadi, S., Basirjafari, S., Mohammadi, M., Rasmussen-Ivey, C., Razizadeh, M. H., Nouri-Vaskeh, M., & Zarei, M. (2021). Clinical characteristics and outcomes of pregnant women with Covid-19 and comparison with Control Patients: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Medical Virology*, 31(5), 1–16. <https://doi.org/10.1002/rmv.2208>
- Kirby, P. L., Reynolds, K., Walker, J., Furer, P., & Pryor, T. (2018). Evaluating the quality of perinatal anxiety information available online. *Archives of Women's Mental Health*, 21, 813-820. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0875-5>
- Kotabagi, P., Fortune, L., Essien, S., Nauta, M., & Yoong, W. (2020). Anxiety and depression levels among pregnant women with COVID-19. *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica*, 99, 953-954. 10.1111/aogs.13928
- La salud es para todos Minsalud. (2021, octubre 7). *Pasar de pandemia a endemia de covid-19 requiere combinación de factores*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Pasar-de-pandemia-a-endemia-de-covid-19-requiere-combinacion-de-factores.aspx>

- Lazcano-Ponce, E., & Alpuche-Aranda, C. (2020). Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por Covid-19. *Salud Pública de México*, 62, 331-340. <https://doi.org/10.21149/11408>
- Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., & Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>
- Lima, C. K., Carvalho, P. M., Lima, I. de, Nunes, J. V., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., da Silva, C. G., & Neto, M. L. (2020). The emotional impact of coronavirus 2019-ncov (new coronavirus disease). *Psychiatry Research*, 287, 112915. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>
- Liu, C. H., Hyun, S., Erdei, C., & Mittal, L. (2021). Prenatal distress during the COVID-19 pandemic: clinical and research implications. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1007/s00404-021-06286-2>
- López-Morales, H., del-Valle, M., Andrés, M., Gelpi Trudo, R., Canet-Juric, L., & Urquijo, S. (2021). Longitudinal study on prenatal depression and anxiety during the COVID-19 pandemic. *Archives of Women's Mental Health*, 24, 1027-1036. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01152-1>
- Machado, M. M., Rocha, H. A., Castro, M. C., Sampaio, E. G., Oliveira, F. A., Silva, J. P., Aquino, C. M., Sousa, L. de, Carvalho, F. H., Altafim, E. R., & Correia, L. L. (2021). Covid-19 and mental health of pregnant women in Ceará, Brazil. *Revista De Saúde Pública*, 55, 37. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003225>
- Maragakis, L. (2021, October 21). *Coronavirus Second Wave, Third Wave and Beyond: What Causes a COVID Surge*. Obtenido de Johns Hopkins: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/first-and-second-waves-of-coronavirus>
- Molero, M. d., Pérez-Fuentes, M., Soriano, J., Oropesa, N., Simón, M., Sisto, M., & Gázquez, J. (2020). Factores psicológicos en situaciones de cuarentena: una revisión sistemática. *European Journal of Health Research*, 6(1), 109-120. [10.30552/ejhr.v6i1.206](https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i1.206)
- Mota González, C., Calleja, N., Sánchez Bravo, C., Gómez López, M., & Carreño Meléndez, J. (2021). Subjective well-being in men and women during the COVID-19 lockdown: A structural model. *Salud Mental*, 44(4), 201-209. [10.17711/SM.0185-3325.2021.026](https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.026)
- Naciones Unidas México. (2022, febrero 9). *COVID-19 Respuesta*. Obtenido de Hasta que podamos garantizar el acceso a vacunas, la pandemia no desaparecerá: Guterres: <https://bit.ly/3IaWQCP>

- Nowacka, U., Kozłowski, S., Januszewski, M., Sierdzinski, J., Jakimiuk, A., & Issat, T. (2021). COVID-19 Pandemic-Related Anxiety in Pregnant Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 7221. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147221>
- Nunton M., J., Alvarado R., V., & Pérez L., A. (2020). Impacto psicológico de la pandemia del COVID-19, en gestantes de un establecimiento de salud nivel III-2, Lima 2020. *Revista de Investigación Científica Ágora*, 7(2), 94-100. <http://dx.doi.org/10.21679/arc.v7i2.174>
- Onyeaka, H., Anumudu, C. K., Al-Sharif, Z. T., Egele-Godswill, E., & Mbaegbu, P. (2021). COVID-19 pandemic: A review of the global lockdown and its far-reaching effects. *Science Progress*, 104(2), 1-18. 10.1177/00368504211019854
- Organización Mundial de la salud. (2020b , diciembre 31). La OMS publica su primera validación para uso en emergencias de una vacuna contra la COVID-19 y hace hincapié en la necesidad de un acceso mundial equitativo [comunicado de prensa]. <https://bit.ly/37iNN5O>
- Organización Mundial de la Salud. (2020a , Abril 27). *COVID-19: Cronología de la actuación de la OMS*. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline--covid-19>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Manejo clínico de la Covid-19. Orientaciones evolutivas*. Organización Mundial de la salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2022, enero 24). *Enfermedad por el coronavirus (COVID-19): Vacunas*. <https://bit.ly/3MLEcop>
- Ovadía, D. (2021, July 29). Covid-19: ¿Cómo se define una ola pandémica? Medscape. https://espanol.medscape.com/verarticulo/5907437_print
- Paladine, H. L., Blenning, C., & Strangas, Y. (2019). Postpartum Care: An Approach to the Fourth Trimester. *American Family Physician*, 100(8), 485-491. <https://www.aafp.org/afp/2019/1015/afp20191015p485.pdf>
- Parra-Saavedra, M., Villa-Villa, I., Pérez-Olivo, J., Guzman-Polania, L., Galvis-Centurion, P., Cumplido-Romero, Á., . . . Miranda, J. (2020). Attitudes and collateral psychological effects of COVID-19 in pregnant women in Colombia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 1-6. 10.1002/ijgo.13348
- Patabendige, M., Wanniarachchi, D., Weerasinghe, M., Ruwanpathirana, P., Jayasundara, D., & Jayawardane, A. (2022). The sustained adverse impact of COVID-19 pandemic on mental health among pregnant women in Sri Lanka: a reassessment during the second wave. *BMC Research Notes*, 15(3), 2-5. <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05893-1>

- Ramos, C. (2020). Covid-19: la nueva enfermedad causada por un coronavirus. *Salud Pública de México*, 62(2), 225-227. doi:<https://doi.org/10.21149/11276>
- Ravaldi, C., Wilson, A., Ricca, V., Homer, C., & Vannacci, A. (2020). Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. *Women and birth*, 34(4), 335-343. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.07.002>
- Rollé, L., Giordano, M., Santoniccolo, F., & Trombetta, T. (2020). Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2644), 2644. 10.3390/ijerph17082644
- Romero-Gonzalez, B., Puertas-Gonzalez, J. A., Mariño-Narvaez, C., & Peralta-Ramirez, M. I. (2020). Variables del confinamiento por COVID-19 predictoras de sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres embarazadas. *Medicina clinica*, 156(4), 172-176. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.10.002>
- Saadati, N., Afshari, P., Boostani, H., Beheshtinasab, M., Abedi, P., & Maraghi, E. (2021). Health anxiety and related factors among pregnant women during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study from Iran. *BMC Psychiatry*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03092-7>
- Salehi, L., Rahimzadeh, M., Molaei, E., Zaheri, H., & Esmaelzadeh-Saeieh, S. (2020). The relationship among fear and anxiety of COVID-19, pregnancy experience, and mental health disorder in pregnant women: A structural equation model. *Brain and Behavior*, 10. <https://doi.org/10.1002/brb3.1835>
- Sola, A., Rodríguez, S., Cardetti, M., & Dávila, C. (2020). COVID-19 perinatal en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 44e-47. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.47>
- Tausch, A., Oliveira e Souza, R., Martinez Viciano, C., Cayetano, C., Barbosa, J., & Hennis, A. (2022). Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *The Lancet*, 5, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j>.
- Thapa, S. B., Mainali, A., Schwank, S., & Acharya, G. (2020). Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic. *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica*, 99, 817-818. 10.1111/aogs.13894
- The Institute for Health Metrics and Evaluation. (2022, february 17). *IHME*. COVID-19 Projections: <https://covid19.healthdata.org/global?view=cumulative-deaths&tab=trend>
- Vara T., L., & Miranda, F. (2021). Evaluación de la ansiedad en gestantes en tiempos del COVID-19, en un hospital del Callao. *Revista de Investigación Científica Ágora*, 8(1), 17-22. <https://doi.org/10.21679/arc.v8i1.202>

- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C., & Ho, R. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1729), 1729. doi:10.3390/ijerph17051729
- Wu, Y., Zhang, C., Liu, H., Duan, C., Li, C., Fan, J., Li, H., Chen, L., Xu, H., Li, X., Guo, Y., Wang, Y., Li, X., Li, J., Zhang, T., You, Y., Li, H., Yang, S., Tao, X., ... Huang, H.-feng. (2020). Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(2), e240. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.009>
- Yang, X., Song, B., Wu, A., Mo, P. K., Di, J., Wang, Q., Lau, J. T., & Wang, L. (2021). Social, cognitive, and eHealth mechanisms of COVID-19–related lockdown and mandatory quarantine that potentially affect the mental health of pregnant women in China: Cross-sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1). <https://doi.org/10.2196/24495>
- Yupa P., A. E., Vásquez B., K., & Serdán R., D. (2020). La condición de la embarazada ante una nueva realidad llamada COVID-19. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 24(105), 79-84. doi:10.47460/uct.v24i105.384
- Zanardo, V., Manghina, V., Giliberti, L., Vettore, M., Severino, L., & Straface, G. (2020). Psychological impact of COVID-19 quarantine measures in northeastern Italy on mothers in the immediate postpartum period. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150 (2) 184-188. doi:<https://doi.org/10.1002/ijgo.13249>

Capítulo II.

Satisfacción marital, poder y violencia en parejas infértiles

Dra. Claudia Sánchez-Bravo

Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”

clausanbra@yahoo.com

<https://orcid.org/0000-0002-5953-8265>

Introducción

Para una pareja el hecho de enfrentar problemas de infertilidad es algo difícil, doloroso y desgastante, por lo que en una institución que atiende problemas de salud reproductiva es importante ofrecer a las parejas que sufren infertilidad una atención integral, contemplando tanto los aspectos médicos como los psicológicos. En el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), que es un centro de salud reproductiva de atención a la mujer y a la pareja en la Ciudad de México, se trabaja una línea de investigación sobre los problemas de pareja con la finalidad de generar modelos de intervención psicológica, en este caso a parejas con infertilidad, que presentan de manera paralela o reactiva al problema reproductivo, problemas psicológicos y/o de pareja, los cuales deben ser detectados y abordados desde que ingresan a la institución, siendo el médico, con el que la pareja infértil tiene el primer contacto, el que al detectar indicadores de conflicto psicológico, y dentro de un plan integral de tratamiento contemple su envío al servicio de psicología. La Organización Mundial de la Salud (por sus siglas OMS) (2018), refiere que la infertilidad es una enfermedad del sistema reproductivo masculino o femenino definida por la imposibilidad de lograr un embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales sin protección. De acuerdo a las estimaciones, alrededor de 48 millones de parejas y aproximadamente 186 millones de personas se ven afectadas por este trastorno en todo el mundo (Mascarenhas *et al.*, 2012). El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (por sus siglas INEGI) (2021), estima que entre 4 y 5 millones de parejas sufren problemas de infertilidad con una tendencia a aumentar cada año, lo que ha aumentado el aumento de tratamientos de reproducción asistida.

En este trabajo se presentan los resultados de 48 parejas (96 participantes) que ingresaron al INPer por problema de infertilidad donde se estudió la relación entre la

satisfacción o insatisfacción marital y las estrategias y estilos de poder utilizados en la relación, así como la presencia o no de varios tipos de violencia.

La relación de pareja satisfactoria se considera como la relación interpersonal que puede proporcionar mayor sensación de bienestar psicológico (Arias-Galicia, 2003; Armenta *et al.*, 2012; Jones & Fletcher, 1996), en cambio cuando es insatisfactoria aumenta el riesgo de presentar violencia familiar (Tenorio *et al.*, 2015) alcoholismo, fármaco dependencia, compromete el bienestar y la calidad de vida (Manrique, 2002). Considerando que si va combinada con un problema de salud reproductiva como la infertilidad, la situación de pareja se torna más complicada.

Por la importancia que tiene la satisfacción o insatisfacción en relación de pareja y los conflictos que de ello se derivan, se han construido instrumentos confiables para poder medir y ubicar estos conflictos de pareja, como el que se desarrolló en Puerto Rico por Gonzáles-Rivera (2020) para medir la intimidad emocional en la pareja, con el fundamento teórico de la importancia de dos dimensiones: la cercanía emocional que se refiere a los sentimientos en la interacción de pareja que promueven el acercamiento, como la escucha atenta y la empatía, y la distancia emocional que son los sentimientos que promueven el alejamiento, la desconexión y el descuido emocional.

En cuanto al poder, este es considerado como cualquier tipo de conducta que se ejerce para lograr que los otros hagan lo que una persona quiere (Díaz-Guerrero & Díaz-Loving, 1988). Las conductas para ejercer el poder están presentes en toda acción humana, lo importante es que sea ejercido con la autoridad ganada por el desarrollo de habilidades y sin la intención de destruir sino de construir. La pareja no está exenta de ello, de ahí la importancia del estudio de las distintas combinaciones del manejo del poder en la relación de pareja, pues pueden ser fuente de desequilibrio, de conflicto e insatisfacción, de ahí que las acciones deben estar equilibradas para su sano funcionamiento (Manrique, 2002). Se define como el grado en el cual un miembro de la pareja controla los actos conductuales que se dan en la relación, pues en la construcción de la pareja se establecen reglas, normas y negociaciones que son expresiones de poder y que, al tener combinaciones diversas, van a marcar el tipo de funcionamiento de la pareja. Es importante observar en el manejo del poder, si éste es ejercido sin tomar la opinión del otro(a), o si las decisiones son unilaterales, lo cual

sería una imposición, o si son equilibradas y repartidas entre sus miembros, pues el poder no es atributo de un solo cónyuge y debe ir acompañado de derechos y obligaciones, con una dinámica de evolución y cambio, pues la diferencia puede ser sutil pero determinante (Rivera & Díaz-Loving, 2002). Hay estudios de la relación entre satisfacción marital y el ejercicio de poder en la pareja, donde encontraron que las tácticas severas de uno sobre el otro, para atacarlo u obtener un beneficio personal, impactan negativamente a la pareja y al sistema familiar, pues lleva al abuso de poder (Sánchez-Bravo & Hernández, 2018). Pero cuando se utiliza en beneficio de la pareja, con la toma compartida de decisiones, hay crecimiento de todo el sistema familiar por la distribución basada en las habilidades de cada uno (Miranda & Ávila, 2008).

El ejercicio de poder se divide en dos: las estrategias y los estilos de poder. Las estrategias de poder son definidas como el contenido en las acciones utilizadas por las personas para influenciar a otros, o a la pareja, en un proceso activo de poder que está siendo ejercitado y se dividen en positivas y negativas. Los estilos de poder se refieren a la forma en la que el sujeto pide que se haga lo que él quiere, incluyendo a la pareja, el tono en la que se dicen las cosas y en cómo afecta la relación (Rivera & Díaz Loving, 2002; Boulding, 1994). En un estudio sobre el ejercicio de poder y la negociación en parejas yucatecas encontraron que cuando hay un ejercicio de poder igualitario se utilizan estrategias conciliadoras, afectivas y comprensivas y los estilos de negociación para resolver el conflicto son de colaboración y equidad tratan de resolver sus conflictos de manera equilibrada, en cambio en parejas donde el ejercicio de poder es de uno sobre el otro predominan los estilos apáticos y autoritarios donde predominan los estilos impositivos, manipuladores y violentos (Flores *et al.*, 2005)

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (por sus siglas OPS) (2002), define a la violencia como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que tenga muchas posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (p. 5)

Cuando se restringe a las relaciones interpersonales se divide en dos categorías: violencia familiar o violencia de pareja y se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales y suele acontecer principalmente en el hogar (OPS, 2002); Cueva, (2015) destaca la importancia de analizar la naturaleza consciente e intencional del maltrato pues esto implica el reconocimiento de la responsabilidad individual del agresor o victimario en el comportamiento de maltrato, pues es su capacidad de decidir, pues él decide golpear, insultar etc... Por su lado, Torres (2005) la define como:

Un comportamiento, bien sea un acto u omisión, cuyo propósito sea ocasionar un daño o lesionar a otra persona, y en el que la acción transgreda el derecho de otro individuo, se trata de un comportamiento intencional: si el acto o la omisión fueran involuntarios de ninguna manera podría hablarse de violencia.
(p. 29)

Hay estudios donde la violencia es denominada de género que dan por sentado que es ejercida del hombre hacia la mujer, sin embargo, la violencia también puede ser ejercida por la mujer contra el hombre (Díaz-Loving & Rivera, 2010; Echeburúa, 2019).

En el Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población (García, 2002), se reportaron las consecuencias identificadas como causa de la violencia en la pareja, con alteraciones emocionales: trastorno por estrés postraumático, depresión, ansiedad, desesperanza, poca confianza de sus capacidades, desconfianza, incapacidad para cambiar la situación, intentos de suicidio, y alteraciones físicas: palpitaciones, gastritis, colitis, alcoholismo, cefaleas, y la violencia psicológica que, aunque no es tan evidente como la física, provoca daños muy severos, y es la forma de violencia más común, y se refiere a cualquier conducta (activa o pasiva) que atenta contra la integridad emocional de la víctima en un proceso continuo y sistemático, con la finalidad de producir intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento (Blásquez-Alonso *et al.*, 2012; Juárez *et al.*, 2005; Ramos & Saltijeral, 2008).

La presencia de violencia en la vida familiar, por su gravedad, ha sido objeto de múltiples estudios en distintas poblaciones para identificar factores asociados que predisponen o promueven la violencia. En Colombia estudiaron a 275 mujeres en edad fértil encontrando que la prevalencia de sufrir violencia marital fue del 22.9% y la mayor

frecuencia se da en mujeres de entre 25 y 29 años, encontrando maltrato físico, consumo de alcohol en los dos cónyuges y consumo de sustancias psicoactivas en el esposo, pobres ingresos mensuales y disfunción familiar (Tuesca & Borda, 2003).

En cuanto a la identificación de la presencia de violencia doméstica a mujeres infértiles se realizó un estudio en Minia, Egipto en el Hospital Materno Infantil con el objetivo de evaluar la frecuencia, el tipo y los indicadores de la violencia contra las mujeres infértiles, encontraron que de las 201 mujeres que aceptaron participar en el estudio con una edad media de $23,9 \pm 6,2$ años, la violencia verbal era el más común así como la reacción de las mujeres de no responder a la violencia, y los factores asociados fueron que era un matrimonio de segundas nupcias y la duración de la infertilidad. El tipo de infertilidad no es un factor de riesgo para la violencia, y su conclusión fue que las mujeres infértiles son susceptibles a la violencia por lo que propusieron que todas las mujeres que asisten a las clínicas de infertilidad deben someterse a pruebas de detección de violencia (Reham, 2018).

En otro estudio realizado en jóvenes con el objetivo de construir un instrumento para detectar tipos y frecuencia de violencia, midieron 5 dimensiones: maltrato emocional, maltrato físico y psicológico, desvalorización personal control social y económico y abuso sexual (González-Gijón & Soriano-Díaz, 2021), encontrando que es el maltrato psicológico seguido del maltrato físico el más frecuente en parejas adolescentes y jóvenes, manifestadas en discusiones y peleas físicas. Momeñe *et al.* (2017), identificó una correlación positiva entre la dependencia emocional, la regulación emocional y el abuso psicológico, de las cuales las dos primeras son predictoras del abuso psicológico, concluyendo que a medida que aumenta el maltrato psicológico mayor será la dependencia emocional hacia la pareja.

En Irán estudiaron a 245 mujeres con infertilidad primaria (sin ningún embarazo), en un centro para atención de la infertilidad, donde encontraron una relación entre la presencia de violencia hacia ellas y la duración del matrimonio, la edad de las parejas, la relación familiar entre parejas, el matrimonio involuntario y el número de intentos de tratamientos de infertilidad, y aunque no hay resultados concluyentes recomiendan la atención psicológica obligatoria a esta parejas para prevenir la escalada de violencia (Omidi *et al.*, 2021). En una revisión sistemática en estudios publicados en el año 2020, en revistas inglesas y persas, sobre la prevalencia de violencia doméstica en mujeres infértiles, encontraron presencia de

violencia psicológica y emocional, y concluyen que los factores asociados fueron las diferencias culturales, pues se revisaron artículos de Irán, Turquía, Egipto, India, Nigeria, E.U., Ruanda y Pakistán, con una mayor prevalencia en Irán, aunque con mucha variación en la frecuencia entre un país y otro y con factores de riesgo como la edad temprana, la duración del matrimonio y los años de infertilidad sin lograr un embarazo (Sharifi *et al.*, 2021). En otro estudio a 246 mujeres infértiles en un hospital del Cairo, Egipto, sobre violencia ejercida por su pareja, encontraron que la violencia psicológica es el tipo más común de violencia denunciada contra mujeres infértiles seguida de violencia sexual y física, y se relacionó significativamente con la edad de la mujer, la clase social, la enfermedad crónica del marido, la duración del matrimonio y de los tratamientos para la infertilidad (Mansour & Abdel, 2018). Rahebi *et al.* (2019), estudió a 400 mujeres, 200 eran infértiles y 200 fértiles en un hospital de la República Islámica de Irán para identificar la presencia de violencia doméstica en su relación de pareja, concluyendo que las mujeres infértiles tienen un mayor riesgo de sufrir violencia física, psicológica y sexual.

En cuanto a los estudios realizados en mujeres y hombres con insatisfacción marital y factores de riesgo asociados, Sánchez-Bravo y Hernández (2018), encontraron estrategias y estilos de poder similares en ambos sexos. En estudios sobre la violencia ejercida de la mujer hacia el hombre en la relación de pareja aunque hay menos estudios realizados, hay indicadores de como los hombres también sufren violencia de parte de sus esposas, Trujano *et al.* (2010), encontraron en dos muestras de hombres, en relación de noviazgo y casados, en ambos grupos los hombres percibían de su pareja violencia psicológica, social y sexual.

Con base en las consideraciones teóricas y los resultados de los estudios señalados, el objetivo de este estudio fue identificar en mujeres y hombres infértiles con y sin satisfacción marital, las diferencias en las estrategias y estilos de poder y la presencia de violencia percibida de la pareja, bajo la hipótesis de que existen diferencias en la intensidad y cantidad de factores de riesgo psicológico en parejas infértiles con y sin satisfacción marital.

Método

Estudio no experimental, de campo, retrospectivo y transversal, con un diseño comparativo, correlacional-multivariado, de cuatro muestras no probabilísticas por cuota y de observaciones independientes.

Participantes

La muestra, constituida por 96 participantes, 48 parejas que ingresaron al INPer por problema de infertilidad. Fueron capturados, en un término de 12 meses, después de haber sido aceptados en la institución y antes de cualquier procedimiento médico o psicológico. Se conformaron cuatro grupos: un grupo de mujeres con satisfacción marital y otro con insatisfacción marital, un grupo de hombres con satisfacción marital y otro con insatisfacción marital, los grupos se trabajaron de manera independiente con los siguientes criterios de inclusión: parejas sin límite de edad, con un año mínimo de relación de pareja y que por sus características y los criterios institucionales, el motivo de ingreso a la institución es el de infertilidad (de causa desconocida), sin diagnóstico previo de trastorno mental y con estudios mínimos de educación primaria. Los factores socio demográficos controlados fueron: 1. *Edad*; 2. *Estado civil*; 3. *Escolaridad*.

Procedimiento

A cada pareja que cumplió con los criterios de inclusión se le capturó inmediatamente después de haber sido aceptadas en el INPer y antes de cualquier procedimiento médico o psicológico. Se realizó una ficha de identificación y la aplicación de los instrumentos en una sola sesión, con una duración de 45 minutos, la evaluación fue realizada por psicólogos previamente entrenados, se les canalizó al servicio de psicología, en caso de ameritarlo, como parte de su tratamiento integral.

Aspectos Éticos

A cada participante se le dio la carta de consentimiento informado, aprobada por el Comité de Ética de la institución, en donde se le explicó con detalle el tipo de investigación que se está realizando, quién es el investigador responsable y el compromiso de confidencialidad, la participación fue voluntaria y los resultados estuvieron a su disposición en caso de solicitarlos. Y si en algún momento deseó abandonar su participación en la

investigación se respetó su decisión, la cual que es independiente de la atención integral la cual no se vio afectada en lo absoluto.

Clasificación de los Grupos. Además de la infertilidad, los grupos se clasificaron por: 1. Sexo y 2. Satisfacción o insatisfacción marital (Rivera, 2000).

Variables Intervenientes

1. Estrategias de poder. Contenido en las acciones utilizadas por las personas para influenciar a otros, describen un proceso activo del poder que está siendo ejercitado. (Díaz-Loving *et al.*, 2012).

2. Estilos de poder. Forma en la que el sujeto pide que se haga lo que quiere (Díaz-Loving *et al.*, 2012).

3. Violencia de pareja. Comportamiento, sea un acto u omisión, cuyo propósito sea ocasionar daño o lesionar a otra persona, y transgreda el derecho de otro individuo, se trata de un comportamiento intencional (Torres, 2005).

Instrumentos

Inventario Multifacético de Satisfacción Marital. Diseñado para la evaluación que hacen los cónyuges de aspectos de su vida matrimonial, consta de 85 afirmaciones tipo Likert, validada en población mexicana; para establecer la validez de constructo se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal de tipo varimax, encontrando 18 factores distribuidos en tres subescalas, la primera con 32 reactivos mide satisfacción/actitudes; la segunda con 28 reactivos mide satisfacción/gusto y la tercera satisfacción/frecuencia con 25 afirmaciones, estableciendo una consistencia interna con el alfa de Cronbach de .58 a .97 (Cañetas *et al.*, 2000).

Escala de Estrategias de Poder (ESPO). Evalúa las estrategias de poder utilizadas en población mexicana, constituida de 14 factores que explican el 50.3% de la varianza que representan las estrategias positivas o integradoras y negativas o destructivas para la relación y en cómo se ejerce el poder. Los datos se analizaron con un análisis factorial de componentes principales y relación ortogonal, para cada sexo, encontrando resultados similares, con 126 reactivos, agrupados en los siguientes factores: *Autoritarismo*: desaprobación a su pareja, enojo, gritos, exigencias. *Afecto positivo*: amable, cariñoso(a), regalos, reconocimiento.

Equidad-reciprocidad: intercambio en términos benéficos, justicia, tolerancia, apoyo. *Directo racional*: convence con argumentos racionales, expone, sugiere, analiza, explica. *Imposición manipulación*: se dirige en forma represiva, inflexible, prohíbe, restringe, reprime, condena. *Descalificar*: actúa de forma hostil, si no es gratificado, perjudica, humilla, devalúa. *Afecto negativo*: utiliza emociones afectivas dolorosas, hirientes, para lastimar si no es gratificado(a), castiga, atemoriza. *Coerción*: uso de la fuerza física y de la amenaza para lograr sus fines, ordena, impone. *Agresión pasiva*: actúa contrario a lo que su pareja desea o valora, descalifica, no colabora, es indiferente, rechaza. *Chantaje*: se justifica para responsabilizar al otro y culparlo, indefenso, incapacitado, temeroso, triste. *Afecto petición*: respetuoso(a) y halagador(a) para que atienda sus deseos, comprensivo, da atención y apoyo. *Autoafirmación*: directo, decidido, informativo. *Sexual*: dividido en afecto sexual positivo, cuando uno de los integrantes de la pareja emplea el aspecto sexual y amoroso para complacer al otro y obtener su meta y el autoritario sexual donde retira afectos sexuales y emotivos si no cumple sus deseos, evita acercamientos sexuales. *Dominio*: es punitivo, directo sobre lo que le molesta, antipático, descalificador, violento (Rivera, 2000).

Escala de Estilos de Poder (ESPO). Evalúa los estilos de poder negativos y positivos, agrupados en 8 factores, que reflejan la forma en la que se dirige a su pareja, validada en población mexicana, los datos se analizaron a través de un análisis factorial con rotación ortogonal, los cuales explican el 51.4% de la varianza, consta de 92 reactivos, cuyos factores son: *Autoritario*: hace uso de conductas directas, auto afirmativas, tiranas, controladoras, inflexibles y violentas, intenta someter al otro. *Afectuoso*: se dirige a su pareja con comportamientos aceptables, amables, respetuosos, cariñosos, cordiales y expresivos. *Democrático*: hay compromiso con la pareja con beneficios mutuos, seguro, directo, comunicativo, equitativo. *Tranquilo-conciliador*: manera sublime de manejar la situación, sin que se perciba la influencia o control sobre el otro, amable, accesible, flexible, paciente, conciliador. *Negociador*: pide a la pareja que decidan los dos, recíproco, controlado, empático, tolerante, negociante. *Agresivo-evitante*: ejerce el poder a través del distanciamiento, actitud evasiva, negligente, superficial, irresponsable e inaccesible. *Laissez-faire*: otorga libertad, permisivo, liberador, comprometido, abierto. *Sumiso*: hay pasividad, descuido, desgano, necedad, olvido, distraído, desordenado, indirecto y sin enfrentamientos (Rivera & Díaz-Loving, 2002).

Escala de Violencia. Mide 8 tipos de violencia percibidos de la pareja: *Física:* trata de someter a la pareja por medio de la fuerza, con agresiones acompañadas de amenazas, daño, puede llegar al homicidio. *Económica:* utilización de recursos monetarios para controlar a la pareja, fomentar la dependencia, intimidación, con conductas para atemorizar a la pareja. *Intimidación:* conductas verbales y no verbales que tienen como fin atemorizar a la pareja. *Psicológica:* conductas que buscan deteriorar la autoestima del otro(a). *Control:* conductas que limitan el desarrollo social de la pareja a través de prohibiciones, pretende manejar la relación y aprobar toda acción del otro(a). *Humillación-devaluación:* acciones que tratan de demostrar que la pareja tiene un estatus inferior que el del agresor. *Chantaje:* agresiones dirigidas a la pareja frente a otros para someterla(o). *Sexual:* conductas sexuales que por acción u omisión atentan contra el bienestar de la pareja (Cienfuegos, 2004). Validada en población mexicana, la muestra estuvo conformada por 398 sujetos (295 mujeres y 103 hombres), los reactivos fueron sometidos a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal Varimax, que explican el 72.5 de la varianza con una confiabilidad de .97, y consta de 39 reactivos (Cienfuegos, 2004).

Análisis de Datos

Se aplicaron medidas de tendencia central para la descripción de los factores socio demográficos controlados y se utilizó estadística inferencial, para la comparación y para la correlación de cada una de ellas, con una prueba t de student y una Correlación producto-momento de Pearson, en los grupos de mujeres con y sin satisfacción marital y en los grupos de hombres con y sin satisfacción marital, para la identificación de los factores de mayor peso.

Resultados

Descripción de las Muestras

De las 48 mujeres, 22 de ellas (45.8%), tienen satisfacción marital (grupo 1) y 26 (54.2%), tienen insatisfacción marital (grupo 2). El grupo de mujeres con satisfacción marital presentan una edad promedio de 33.8 ± 3.7 , una media de 12.7 ± 3.1 años de escolaridad, 17 son casadas y 5 viven en unión libre. Las mujeres con insatisfacción marital presentan una edad promedio de 31.5 ± 3.9 una media de 12.0 ± 3.4 años de escolaridad, 17 son casadas y 9 viven en unión libre. De los 48 hombres, el 54.2% presentan satisfacción marital y 45.8% insatisfacción marital, los hombres con satisfacción marital tienen una edad

promedio 35.2 ± 7.3 , una media de 13.9 ± 3.1 años de escolaridad, 19 son casados y 7 viven en unión libre; los hombres con insatisfacción marital tienen una edad promedio de 34.6 ± 6.4 , una media de 12.6 ± 3.5 años de escolaridad, 15 son casados y 7 viven en unión libre.

Mujeres

Diferencias entre Mujeres Infértiles con y sin Satisfacción Marital. a) Estrategias y Estilos de Poder. En el grupo con insatisfacción marital, las estrategias de poder utilizadas son: la agresión pasiva, el dominio y la descalificación, esto indica que ejercen el poder descalificando, no colaborando y rechazando lo que su pareja valora, con indiferencia, hostilidad, humillación y tiranía cuando sus peticiones no son gratificadas. En el grupo con satisfacción marital predomina la equidad y reciprocidad, con afecto positivo y sexual, el ejercicio de poder tiene un beneficio mutuo, apoyo, tolerancia, cariño y reconocimiento del otro y desarrollo de la sexualidad Tabla 1.

Tabla 1

Diferencias de las estrategias de poder

Estrategias de poder	Mujeres con satisfacción marital n=22 M±DE	Mujeres con insatisfacción marital n=26 M±DE	t de student	sig.
Autoritarismo	1.61±.40	2.29±.64	-4.289	.000***
Afecto positivo	3.86±.33	3.39±.57	3.500	.002**
Equidad- reciprocidad	4.15±.57	3.39±.57	4.566	.000***
Imposición- manipulación	1.91±.28	2.24±.56	1.136	.016*
Descalificar	1.17±.24	1.83±.66	-4.692	.000***
Afecto negativo	1.17±.18	1.58±.54	-3.557	.002**
Coerción	1.33±.44	1.80±.56	-3.145	.003**
Agresión pasiva	1.31±.34	2.04±.55	-5.572	.000***
Chantaje	1.79±.37	2.41±.64	-4.148	.000***
Autoafirmación	1.61±.57	2.14±.71	-2.778	.008**

Sexual	3.24±.39	2.75±.66	3.029	.003**
Dominio	1.10±.29	1.87±.74	-4.856	.000***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .000$

En cuanto a los estilos de poder y la insatisfacción marital predomina la forma agresivo-evitante en que ejercen el poder, con distanciamiento, evasión y negligencia hacia su pareja; seguido del estilo autoritario que se traduce en intolerancia, control, inflexibilidad y tiranía como una forma de sometimiento al otro. En la satisfacción marital el factor de mayor peso es el estilo Laissez-faire que se traduce en ser permisiva, comprometida y abierta, seguido del estilo democrático donde hay compromiso con la pareja con beneficios mutuos pues es comunicativa, directa y equitativa y del estilo tranquilo-conciliador, es amable, accesible, flexible, paciente, conciliadora, sin que la pareja perciba la influencia y el control ejercido Tabla 2.

Tabla 2

Diferencias de los estilos de poder

Estilos de poder	Mujeres con satisfacción marital n=22 M±DE	Mujeres con insatisfacción marital n=26 M±DE	t de student	sig.
Autoritario	1.83±.60	2.64±1.0	-3.335	.002**
Afectuoso	5.95±.96	5.04±1.4	2.578	.013*
Democrático	5.60±1.1	4.68±1.1	2.695	.010*
Tranquilo-conciliador	5.83±1.1	4.78±1.5	2.598	.013*
Agresivo- evitante	1.13±.22	2.26±1.1	-5.098	.000**
Laissez-faire	5.78±.90	4.62±1.1	3.772	.000**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .000$

b) Violencia Percibida de la Pareja. Los puntajes mayores en la insatisfacción marital son el percibir violencia chantaje seguida de violencia psicológica lo que se traduce en percibir agresiones de la pareja frente a otros para someterla con conductas que buscan deteriorar su autoestima Tabla 3.

Tabla 3

Diferencias de la violencia percibida de la pareja

Violencia percibida	Mujeres con satisfacción marital n=22 M±DE	Mujeres con insatisfacción marital n=26 M±DE	t de student	sig.
Económica	1.10±.24	1.55±.86	-1.224	.018*
Intimidación	1.01±.05	1.34±.59	-2.808	.009**
Psicológica	1.04±.08	1.71±.91	-3.703	.001**
Control	1.08±.21	1.67±1.0	-2.843	.008**
Humillación-devaluación	.982±.05	1.34±.66	-2.795	.010*
Chantaje	1.02±.09	1.64±.82	-3.854	.001**
Sexual	1.10±.22	1.57±.94	-2.504	.018*

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .000$

Hombres

Diferencias entre hombres infértiles con y sin satisfacción marital. a) Estrategias y Estilos de Poder. Las estrategias más utilizadas en el grupo con insatisfacción marital son: la agresión pasiva y el dominio, coincidiendo con las mujeres insatisfechas, lo que habla de la similitud de las estrategias preferentemente utilizadas cuando hay insatisfacción marital, y a diferencia de las mujeres que también utilizan la descalificación, los hombres utilizan el autoritarismo, cuyos indicadores son enojo, gritos, críticas, exigencia y desaprobación hacia su pareja cuando hay oposición a sus deseos. En la satisfacción marital predomina el afecto positivo, seguido de la equidad-reciprocidad y el desarrollo sexual, lo que indica una mayor tendencia al intercambio afectivo que tendrá un beneficio mutuo, con apoyo, tolerancia, cariño y reconocimiento de la pareja. Cabe señalar que tanto en mujeres como en hombres satisfechos predominan estas tres estrategias de poder Tabla 4.

Tabla 4

Diferencias de las estrategias de poder

Estrategias de poder	Hombres con satisfacción marital n=26 M ± DE	Hombres con insatisfacción marital n=22 M ± DE	t student	de sig.
Autoritarismo	1.70±.41	2.16±.54	-3.356	.002**
Afecto positivo	3.76±.37	3.17±.64	3.956	.000**
Equidad- reciprocidad	4.14±.59	3.42±.67	3.931	.000**
Afecto negativo	1.28±.30	1.58±.48	-2.658	.011*
Coerción	1.26±.31	1.64±.71	-2.275	.020*
Agresión pasiva	1.47±.42	2.08±.45	-4.814	.000**
Sexual	3.38±.42	2.90±.56	3.407	.001**
Dominio	1.17±.21	1.70±.64	-3.911	.001**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .000$

En los estilos de poder en el grupo con insatisfacción marital es el estilo autoritario el que predomina, que es la forma violenta, brusca, explosiva y estricta que utiliza con su pareja, cuando ésta no cumple sus deseos; en la satisfacción marital es el estilo afectuoso el que predomina, que se traduce en comportamientos cariñosos, tiernos, comprensivos, respetuosos, seguido del estilo tranquilo-conciliador que es la forma amable, accesible, flexible y conciliadora, sin que la pareja perciba la influencia y el control ejercido Tabla 5.

Tabla 5

Diferencias de los estilos de poder

Estilos de poder	Hombres con satisfacción marital n=26 M±DE	Hombres con insatisfacción marital n=22 M±DE	t de student	sig.
Autoritario	1.85±.65	2.63±1.1	-2.834	.008**
Afectuoso	5.84±.62	4.65±1.3	3.902	.001**
Democrático	5.55±.80	4.71±1.1	2.822	.008**
Tranquilo-conciliador	5.89±.85	4.55±1.4	3.745	.001**
Laissez-faire	5.71±.98	4.63±1.0	3.639	.001**

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .000$

b) Violencia Percibida de la Pareja. En la insatisfacción marital, predominan el control y el chantaje, con la percepción de que su pareja lo limita con prohibiciones en su desarrollo social, pues necesita la aprobación previa de sus acciones, con agresiones frente a otros para someterlo Tabla 6.

Tabla 6

Diferencias de la violencia percibida de la pareja

Violencia percibida	Hombres con satisfacción marital n=26 M±DE	Hombres con insatisfacción marital n=22 M±DE	t de student	sig.
Económica	1.24±.46	1.82±.90	-2.861	.006**
Control	1.23±.33	2.22±1.0	-4.101	.000**
Chantaje	1.15±.37	1.83±.97	-3.086	.005**
Sexual	1.07±.23	1.47±.77	-2.322	.029*

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .000$

Discusión

En cuanto al objetivo de estudio que fue el de identificar en mujeres y hombres infértiles con y sin satisfacción marital las diferencias en las estrategias y estilos de poder y la presencia de violencia percibida de la pareja, bajo la hipótesis de que existen diferencias en la intensidad y cantidad de factores de riesgo psicológico en parejas infértiles con y sin satisfacción marital los resultados mostraron los siguientes indicadores: Hay un porcentaje mayor (8.2%) de mujeres insatisfechas que de hombres insatisfechos, lo que habla de una diferencia de género con una desventaja para las mujeres.

Los indicadores encontrados en los grupos con insatisfacción marital son:

Primer Indicador

Estrategias de poder: De las similitudes encontradas entre mujeres y hombres con insatisfacción marital las dos estrategias del poder más utilizadas son: agresión-pasiva y dominio, la primera es aquella donde la agresión al otro es pasiva, descalifica, no colabora, es indiferente; la segunda es aquella que ejerce el poder con estrategias punitivas, llegando ambos a la violencia cuando no se cumplen sus deseos. En la tercera estrategia utilizada se encontraron diferencias, pues las mujeres tienden más a la descalificación, humillando y devaluando al otro y los hombres son más autoritarios con conductas de enojo, gritos y exigencias. Ahora bien, en cuanto a las estrategias relacionadas con la satisfacción marital, también ambos sexos utilizan las mismas estrategias, combinando las expresiones de afecto y cariño traducido en amabilidad, atenciones, reconocimiento de lo que el otro(a) es y hace, de apoyo tolerancia con un intercambio justo, donde los dos se benefician y se apoyan empleando el aspecto sexual y amoroso para complacer al otro(a). La utilización de unas sobre otras es lo que va a determinar el curso de la relación.

Segundo Indicador

Estilos de poder: se puede observar que en las mujeres con insatisfacción marital predomina el estilo donde se ejerce el poder a través de la distancia, escapa y evade a su pareja, aunque también, en menor grado, utilizan el estilo autoritario, que en el hombre es el estilo preferente, que se traduce en ejercer el poder a través del control y la tiranía. En relación a los estilos que se relacionan con la satisfacción marital, en las mujeres predomina el que da

libertad a su pareja buscando un beneficio mutuo, en cambio los hombres tienden más al estilo afectuoso tranquilo y conciliador.

Tercer Indicador

Violencia: en este trabajo, hay diferencias significativas en varios tipos de violencia percibida. En las mujeres insatisfechas, el factor de mayor peso, es el percibir que su pareja ejerce chantaje hacia ellas, seguido de violencia psicológica; en los hombres insatisfechos el hecho de percibir que la mujer ejerce control hacia ellos, seguido de chantajes. Los resultados muestran que tanto las mujeres como los hombres perciben violencia de su pareja, lo que coincide con Moral & Rosales (2011), quienes refieren que cuando los conflictos se enfrentan de manera inadecuada, éstos se cronifican, lo que lleva a peleas, distanciamiento, desamor y finalmente a la violencia y que esto es inherente tanto a mujeres como a hombres (Almendros *et al.*, 2009).

Lo anterior muestra que las investigaciones no deben partir del supuesto de que es únicamente el hombre el que ejerce la violencia hacia la mujer, siendo su víctima (Castro & Casique, 2005; Cervantes *et al.*, 2004; Ramos & Saltijeral, 2008, Echeburúa, 2019), lo cual proporciona solo un aspecto del problema, por lo que es importante la investigación en ambos sexos, y en distintos contextos, para tener una visión más amplia de un problema tan importante por las repercusiones que tiene (Sánchez-Bravo, 2021). Un estudio realizado a 427 jóvenes estudiantes universitarios de ambos sexos en Chile, sobre violencia de pareja, encontraron que 57% reportó haber vivido violencia psicológica y 26% violencia física, pero un hallazgo fue que la frecuencia de ejercer la violencia era levemente mayor en las mujeres (Vizcarra & Póo, 2011).

Cabe señalar que en este trabajo, la población estudiada surge de la población general, no es un centro especializado en víctimas de violencia, en el cual se encontrarían otros perfiles, como lo muestra un estudio realizado en España a 76 hombres en prisión, condenados por un delito de violencia grave contra su pareja, para tener un conocimiento más preciso del perfil del hombre maltratador, encontrando que 86.8% presentaba un trastorno de personalidad, siendo el de mayor porcentaje el trastorno obsesivo-compulsivo, seguido del dependiente y del paranoico (Fernández & Echeburúa, 2008).

Las mujeres insatisfechas utilizan estrategias que tienden más a agredir a la pareja de manera pasiva, en cambio, en el hombre, hay una mayor tendencia a la utilización de estrategias donde imponen, dominan y exigen de manera abierta a su pareja.

En cuanto a la relación entre la insatisfacción marital y aumento de violencia en las parejas infértiles por esta condición, no hay estudios concluyentes, pues hay presencia de violencia en parejas con insatisfacción marital que no tienen ese factor de riesgo en su salud, y la escalada de violencia es similar, así como la utilización desequilibrada de las estrategias y estilos de poder (Rivera & Díaz-Loving, 2002; Manrique, 2002; Sánchez-Bravo & Hernández, 2018; González-Gijón & Soriano-Díaz, 2021).

Limitaciones. La población estudiada, aunque surge de la población general, presenta un problema de salud reproductiva específico, son parejas infértiles, lo que limita el trabajo en esta población. El estudio de poblaciones que no tengan un problema específico de salud, por un lado, y por otro, estudiar poblaciones específicas con otros factores de riesgo reproductivo, proporcionaría un mapa más completo, así como el realizar estudios con otras variables de clasificación.

Otra limitante es que solo se aislaron algunos indicadores que dan pautas de intervención psicológica a las parejas en conflicto con un problema de salud reproductiva, y en cuanto al estudio de la violencia de pareja es necesario estratificar los grados y el tipo de violencia en distintas poblaciones, por la complejidad que su estudio representa (Echeburúa *et al.*, 2010). Es importante tener perfiles definidos para evitar las generalizaciones y los estigmas, pues hay estudios donde los hombres reportan una mayor frecuencia de recibir violencia de las mujeres, lo que refuta un modelo de victimización femenina y perpetrador masculino (Amor *et al.*, 2009; Moral & Rosales, 2014).

Para concluir se observa cómo se van entrelazando los factores de riesgo en las mujeres y los hombres con insatisfacción marital, así como en las mujeres y hombres con satisfacción marital, lo cual genera perfiles que permiten tener una mayor comprensión de la compleja dinámica de pareja, corroborado también, por las similitud con otras poblaciones que no presentan infertilidad (Sánchez-Bravo *et al.*, 2016), que es la insatisfacción marital, con los indicadores asociados lo que pone en riesgo la integridad de la relación y no el problema de infertilidad, por lo que el trabajo psicológico debe ser parte de un tratamiento

integral en las instituciones de salud, pues si bien los conflictos de pareja son paralelos a la infertilidad o a otro problema de salud, si pueden complicar o retrasar a la pareja en cuanto al cuidado de su salud y por lo tanto al éxito de los tratamientos.

Los indicadores encontrados permiten tener una mejor dirección en la intervención, como lo refiere Santelices *et al.* (2011), que el desarrollo del conocimiento de diferentes líneas de investigación, permitirá generar modelos de intervención, para focalizar el manejo de los conflictos de pareja, y evitar un deterioro mayor.

Este trabajo es una incursión en la dinámica de las parejas en conflicto, donde se aislaron algunos factores explicativos, y solo pretende centrarse en estos elementos, el explorar otros aspectos, contribuirá a un mayor entendimiento de la compleja dinámica de pareja.

Referencias

- Almendros, C., Gámez-Guadix, M., Carroble, J. A., Rodríguez-Carballeira, Á. & Porrúa, C. (2009). Abuso psicológico en la pareja: aportaciones recientes, concepto y medición. *Psicología Conductual*, 17 (3), 433-451.
- Amor, P., Echeburúa, E. & Loinaz, I. (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (3), 519-539.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33712030010>
- Arias-Galicia, F. (2003). La escala de satisfacción marital: Análisis de su confiabilidad y validez en una muestra de supervisores mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 37 (1), 67-92. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28437105>
- Armenta, C., Sánchez-Aragón, R. & Díaz-Loving, R. (2012). ¿De qué manera el contexto afecta la satisfacción con la pareja? *Suma Psicológica*, 19 (2), 51-62. <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi2012.1230>
- Blásquez-Alonso, M., Moreno-Manzo, J.M., García-Baamonde, M.E. & Guerrero-Barona, E. (2012). La competencia emocional como recurso inhibitorio para la perpetración del maltrato psicológico en la pareja. *Salud Mental*, 35 (4), 287-296.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58224380004>
- Boulding, K.E. (1994). *Las tres caras del poder*. Paidós.
- Cañetas, Y., Rivera, S. & Díaz Loving, R. (2000). Desarrollo de un instrumento de satisfacción marital (IMUSA). En R. Díaz-Loving & S. Rivera (Eds.), *La Psicología Social en México, VIII*, (pp. 266-274). AMEPSO.
- Castro, R. & Casique, I. (2005). Violencia de pareja contra las mujeres en México: una comparación entre encuestas recientes, en CEPAL (eds.), *Notas de Población vol 87* (pp. 35-61). Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias De la Universidad Nacional Autónoma de México (U.N.A.M.)
- Cervantes, C., Ramos, L. & Saltijeral, M. (2004). Frecuencia y dimensiones de la violencia emocional contra la mujer por parte del compañero íntimo. En M. Torres (Ed), *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales* (pp. 239-270). El Colegio de México/Interdisciplinary Program of Women's Studies.
- Cienfuegos, J. (2004). *Evaluación del conflicto satisfacción marital y apoyo social en mujeres violentadas: Un estudio comparativo* [Tesis de licenciatura Universidad Nacional Autónoma de México]. Facultad de Psicología.
<https://repositorio.unam.mx/contenidos/168753>

- Cueva, M.E. (2015). Aproximación a la comprensión del maltrato. En Marueta, M.E. y Orozco, M. (Eds.), *Psicología de la violencia. Causas, prevención y afrontamiento*. (2a ed., Tomo 1) (p. 63-74.) Editorial El Manual Moderno.
- Díaz-Guerrero R. & Díaz-Loving R. (1988). El amor y el poder en México. En R. Díaz-Loving & S. Rivera (Eds.), *La Psicología Social en México 2*, (153-159). AMEPSO.
- Díaz-Loving, R. & Rivera, S. (2010). Relaciones sustentables: el papel del amor y otras especias en la promoción de parejas positivas. En R. Díaz-Loving & S. Rivera (Eds.), *Antología psicosocial de la pareja*, (pp.737-761). Miguel Ángel Porrúa.
- Díaz-Loving, R., Rivera, S., Verde, A., Villanueva, G. & López, C. (2012). Valores y manejo del conflicto como determinantes del funcionamiento familiar. En R. Díaz-Loving & S. Rivera, (eds.) *La Psicología Social en México XIV* (725-731). AMEPSO.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Loinaz, I. & De Corral, P. (2010). Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja (EPV). *Psicothema*, 22 (4), 1054-1060.
- Echeburúa, E. (2019). Sobre el papel de Género en la Violencia de Pareja contra la Mujer. Comentarios a Ferrer-Pérez & Bosch-Fiol. *Anuario de Psicología Jurídica*, 29 (1), 77-79. <https://doi.org/10.5093/apj2019a4>
- Fernández, J. & Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20 (2), 193-198. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8641>
- Flores, M.M., Díaz-Loving, R., Rivera-Aragón, S. & Chi, A.L. (2005). Poder y negociación del conflicto en diferentes tipos de matrimonio. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (2), 337-353. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29210209>
- García, M. (2002). *Una visión cultural de las dimensiones y correlatos de la violencia en la relación de pareja* [Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México] Facultad de Psicología. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/131365>
- González-Gijón, G. & Soriano-Díaz, A. (2021). Análisis psicométrico de una escala para la detección de la violencia en las relaciones de pareja en jóvenes. *RELIEVE. Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 27 (1), art.4. <http://doi.org/10.30827/relieve.v27i1.21060>
- González-Rivera, J.A. (2020). Desarrollo y validación de un instrumento para medir intimidad emocional en relaciones de pareja. *Informes psicológicos*, 20 (2), 11-22. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a1>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021, 2 de junio). *Entre 4 y 5 millones de parejas sufren problemas de infertilidad*. <https://consultorsalud.com/infertilidad-en-mexico/>
- Jones, F. & Fletcher, B. (1996). Taking work home: a study of daily fluctuations in work stressors, effects on moods and impacts on marital partners. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 69 (1), 521-537. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1996.tb00602.x>
- Juárez, C., Valdez, R. & Hernández D. (2005). La percepción del apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal. *Salud Mental*, 28 (4), 66-73. <http://www.redalyc.org./articulo.oa?id=582428>
- Manrique, R. (2002). El amor y la consulta. Relaciones amorosas y problemas médicos. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 12 (10), 641-645. <http://dx.doi.org/10.4321/S1131-57682002001000005>
- Mansour, F. & Mohdy, H.A. (2018). Intimate Partner Violence among Women with Female Infertility. *American Journal of Nursing Research*, 6 (5), 309-316. <http://dx.doi.org/10.12691/ajnr-6-5-13>
- Mascarenhas, MN., Flaxman, SR., Boerma, T., Vanderpoel, S. & Stevens, G. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PlosMed*, 9 (12), e1001356. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356>
- Miranda, P. & Ávila, R. (2008). Estimación de la magnitud de la satisfacción marital en función de los años de matrimonio. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (2), 57-77. <http://www.redalyc.org.articulo.oa?id=80212387004>
- Moral, J. & Rosales, F. (2014). Measurement and Relation between Received and Exerted Violence against Partner. *Revista Internacional de Psicología*, 13 (2), 1-50. <https://doi.org/10.33670/18181023.v13i02.96>
- Momeñe, J., Jáuregui, P. & Estévez, A. (2017). El papel predictor de abuso psicológico y la regulación emocional en la dependencia emocional. *Behavioral Psychology*, 25 (1), 65-78. <https://link.gale.com/apps/doc/A523394188/IFME?u=googlescholar&sid=bookmark-IFME&xid=5f386f34>
- Omidi Kh., Pakseresht S., Niknami M., Kazemnezhad-Leili E. & Salimi Kivi M. (2021). Violence and Its Related Factors in Infertile Women Attending Infertility Centers: A Cross-Sectional Study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 9 (4), 3023-3033. [10.22038/jmrh.2021.58462.1708](https://doi.org/10.22038/jmrh.2021.58462.1708)

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión* (CIE-11), OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Rahebi, S.M., Rahnavardi, M., Rezaie-Chamani, S., Nazari, M & Sabeghadam, S. (2019). Relationship between domestic violence and infertility. *East Mediterr Health J*, 25 (8), 537-542. <https://doi.org/10.26719/emhj.19.001>
- Ramos, L. & Saltijeral, M. (2008). ¿Violencia episódica o terrorismo íntimo? Una propuesta exploratoria para clasificar la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. *Salud Mental*, 31, 469-478. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212099007>
- Reham, E. (2018). Domestic violence against infertile woman. *Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Minia University, Minia Egypt*, 8 (1), 138-141. 10.21608/ebwhj.2018.5639
- Rivera, A.S. (2000). *Conceptualización, medición y correlatos de poder y pareja: Una aproximación etnopsicológica*. [Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México]. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/73070>
- Rivera, S. & Díaz-Loving, R. (2002). *La cultura del poder en la pareja*. Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Sánchez-Bravo, C. (2021). Psicodinamia de la pareja disfuncional. En Textos Mexicanos (Ed.), *Emociones y Reproducción: Aspectos psicodinámicos* (1a ed., pp.1-36). Editores de Textos Mexicanos.
- Sánchez-Bravo, C. & Hernández, R.M. (2018). La satisfacción marital y el manejo del poder en la pareja: prevención para la salud. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27 (1), 72-82. DOI: 10.24205/03276716.2018.1048
- Sánchez-Bravo, C., Carreño, J., Belmont, I., Meza, M.P. & Badillo, G. (2016). Estudio comparativo de factores psicológicos de la pareja ante un embarazo de alto riesgo. En R. Díaz-Loving & S. Rivera (Eds.), *La Psicología Social en México* 16, 325-331. AMEPSO.
- Santelices, M., Guzmán, M. & Garrido, L. (2011). Apego y psicopatología: estudio comparativo de los estilos de apego en adultos con y sin sintomatología ansioso-depresivo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20 (1), 49-55. <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921807004.pdf>

- Sharifi, F., Jamali, J., Larki, M. & Roudsari, R. (2022). Domestic Violence against Infertile Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sultan Qaboos Univ Med J*, 22 (1), 14-27. DOI: <https://doi.org/10.18295/squmj.5.2021.075>
- Tenorio, B., Jacobo, M., Vázquez, I. & Manzo, M.C. (2015). Efectos de la violencia en la subjetividad infantil. En Marueta, M.E. & Orozco, M. (Ed.), *Psicología de la violencia. Causas, prevención y afrontamiento*. (2a ed., Tomo 1, pp.133-142.) Editorial El Manual Moderno.
- Torres, F.M. (2005). *La violencia en casa*. Paidós.
- Trujano, P., Martínez, A.E. & Camacho, S.I. (2010). Varones víctima de violencia doméstica: un estudio exploratorio acerca de su percepción y aceptación. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6 (2), 339-354. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2010.0002.09>
- Tuesca, R. & Borda, M. (2003) Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Gac Sanit*, 17(4), 302-308. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000400008&lng=es&nrm=iso
- Vizcarra, B. & Póo, M. (2011). Violencia de pareja en estudiantes universitarios del sur de Chile. *Universitas Psychologica*, 10(1), 89-98. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64719284008>

Capítulo III.

La Psicología Clínica en un Instituto Nacional de Salud

Dr. Jorge Carreño Meléndez

Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes

jocame2003@gmail.com

https://0000/-0001-6264-7350

La Esterilidad y Reproducción Asistida

El padecimiento de esterilidad tanto masculina como femenina es lo que sigue dando la posibilidad de investigar en torno al psiquismo, sus cambios, sus conflictos, sus modificaciones, y su conocimiento es posible mediante el aislamiento de variables que permitan construir explicaciones para una mayor comprensión y conocimiento de cómo se desenvuelven las personas en condiciones de normalidad o de alteración. Podría parecer insustancial si no tiene una aplicación práctica. Con cada nueva investigación se está en la búsqueda de las variables que tengan la mayor posibilidad para adecuar un tratamiento psicoterapéutico, de tal manera que puedan revertir las alteraciones que presentan las personas con problemas reproductivos; sin embargo, no se puede perder el objetivo de mejorar la calidad de vida de las paciente y su pareja, principalmente cuando no logran tener un hijo biológico, ya que el sufrimiento es una condición crónica que vulnera la calidad de las relaciones interpersonales, de pareja y sociales, de una manera sutil modifica la percepción de los acontecimientos. Por lo general, se mueven en los extremos subestimándolos o sobreinterpretándolos, moldeando los filtros de la interpretación de la realidad, propiciando una forma particular de interpretar el mundo, y, por tanto, se establecen alteraciones de la salud psicológica con fuertes conflictos en la vida cotidiana.

La probabilidad de lograr un embarazo en las parejas de población abierta con un promedio de edad de entre 25 a 30 años es la siguiente: durante el primer mes el 63 por ciento; a los seis meses del 80 por ciento; entre los nueve y doce el 85 por ciento (Soriano, Ortega *et al.*, 2017).

Pasado ese periodo se puede concluir que existe un problema de infertilidad. Aunque no todos los diagnósticos de esterilidad son definitivos, algunos casos acuden a un tratamiento médico o quirúrgico. De esta prevalencia, el 75 por ciento aproximadamente de

las parejas podrán tener un hijo biológico; el restante 35 por ciento no, debido a una condicionante biológica, pero también económica.

Es por eso, que la investigación de los procesos psicológicos que se presentan durante la fase de tratamiento de la esterilidad pasan por un debate en torno al cuál es el método adecuado para entender el estudio de los fenómenos psicológicos; con tres componentes, uno como ciencia social, otro como ciencia natural, y también como una ciencia reflexiva, por tanto, el método específico será aquel que permita la mayor explicación de la pregunta que se formuló para la investigación y partiendo que a la psicología solo le corresponde dar respuesta de lo que sucede en la vida psíquica, subjetiva, entendida como la incorporación de los preceptos sociales, culturales, ideológicos, articulada por la historia de vida en cada una de las personas, investida por afectos, con significados diferenciados, dando paso a individuos únicos en la forma de percibir el mundo real y simbólico a partir de sus representaciones psicológicas.

El contenido del mundo psíquico está constituido por la historización de la vida de los afectos de cada individuo, de los preceptos de la ideología, de la ética y de la moral imperante de una sociedad, todos estos elementos son investidos por el afecto; al suceder esto, es que se convierte en un fenómeno psicológico y ha de ser entendido por aquellas manifestaciones que se van mostrando en la vida y se presentan en forma individual o colectiva, convirtiéndose en una representación del mundo, para un grupo, para un individuo, que hace las representaciones colectivas e individuales a lo largo de la vida.

Dado que no existen instrumentos psicológicos que permitan describir todo el mundo subjetivo, en su expresión más tangible, la estructura de personalidad, una forma de conocer y explicar ese mundo subjetivo es mediante la formulación de preguntas de investigación que proporcionen respuestas parciales, por el grado de complejidad de los fenómenos que abarca la disciplina. Por eso, se tienen que construir modelos que más se asemejen a la realidad, con la aplicación del método clínico cuantitativo, cualitativo y reflexivo, lo cual permite cumplir con el objetivo de explicar la conducta y la vida emocional de las personas sanas, y de aquellas que requieren de una intervención o tratamiento psicológico, en sus distintos niveles; la orientación, la prevención, y el tratamiento, desde un enfoque clínico.

La psicología clínica como especialidad actualmente goza de desprestigio por los excesos que en su nombre se cometieron por años, ya que lo que atendía, la subjetividad, fue un concepto manejado equivocadamente que permitió todo tipo de especulaciones o interpretaciones que llevaron a vulgarizar el quehacer de la psicología clínica como disciplina, siendo que la subjetividad es realmente el concepto mas claro para especificar lo psíquico, todo aquello que ocurre dentro del individuo, que pudiera llamarse el lenguaje interno, mundo interno, pensamiento o autoreflexión que no está a la vista del mundo exterior, solo es asequible cuando se pone en el exterior mediante el lenguaje, es la forma en que puede conocerse esa subjetividad, en la psicología, no es equivalente a especulación o interpretación sin relación con la realidad que puede provenir de la inferencia teórica de lo que una persona piensa, perciba o haga. La intervención desde lo institucional se hace desde dos posturas antagónicas; psicología de la salud, con las modalidades de autoayuda (Cornejo, *et al.* 2019) y otra aproximación con fundamentos estadísticos, solo que bajo estas modalidades la mayoría son paliativos para la salud psicológica.

La subjetividad, como concepto equivocado se empleó por años para explicar muchos de los fenómenos psicológicos y como fundamento de la psicología clínica, sobre todo en aquellos sin formación como especialistas en la clínica que hacían “intervenciones” a partir de un concepto errático, esto no permitió mostrar su función en las instituciones, por lo que la psicología de la salud tomó su lugar particularmente, en las instituciones de salud pública. Los excesos en las interpretaciones tenían su origen en la falta de investigación sistematizada que partiera de problemas reales a resolver dentro del centro hospitalario. En principio, en los Institutos Nacionales de Salud la psicología institucional fue vista como una disciplina innecesaria ya que para el área médica no solucionaba problemas, pero, tampoco en los pacientes que asistían a consulta por problemas de salud agudos o crónicos, y que complicaban su manejo por falta de adherencia terapéutica y por las reacciones de tipo psicológicas con sus variantes -de leves a severos- que podían generar los diagnósticos y los tratamientos necesarios para recobrar la salud, sobre todo no incidieron en la conceptualización para el manejo eficaz mediante el autocuidado de los padecimientos crónicos y los crónicos degenerativos.

Es por eso, que en los últimos años en las instituciones, la especialidad de psicología de la salud, inicialmente se muestra con el enfoque cognitivo-conductual, como una variante de la psicología clínica, se tiene que reconocer que fue esta teoría la que posicionó a la disciplina como una especialidad interconsultante de todas las especialidades médicas, aunque, al paso del tiempo, esta visión no desarrolló ni probó nuevos paradigmas, se vició con sus propias observaciones al proporcionar las mismas explicaciones para todos los fenómenos observados, no construyeron nuevas hipótesis que pudieran resultar más efectivas para el manejo en pacientes con problemas de salud específicos. Posteriormente, se apropió de la psicología positiva en todos los niveles de actuación, convirtiendo la intervención en una tarea de todo el personal de salud con o sin formación en psicología, ya que partía de lugares comunes con una simpleza que no requirió conceptualizar, era el mismo remedio para todos los males, fuerzan términos como; estrés, resiliencia, empatía, empoderamiento, entre otras, proponiendo diferentes modalidades de tratamientos psicológicos y de salud, como la meditación, por poner un ejemplo, impartidos tanto por psicólogos como por otros profesionistas del sector salud sin especialidad en psicología, recomendado para todo tipo de problemas, personales o de salud. Lo ridículo de estas intervenciones es que, para modificar la conducta, se proponen el entrenamiento para aprender a respirar, al ser un acto natural no requieren de aprendizaje, extendiendo esta estrategia sirve para quitar malestares, síntomas, reacciones y psicopatologías que van desde el estrés hasta depresiones mayores. Desde esta perspectiva todo lo vivido y lo sentido lo reducen a una supuesta enfermedad de la vida diaria el “estrés”, término que explica todo, desde los problemas de relaciones interpersonales, los problemas de salud, y como una explicación por no lograr el embarazo. La base para iniciar este pensamiento mágico fue hacer una “teoría” sobre la energía psíquica, y que está es capaz primero de enfermar y luego sanar, entonces todas las personas especialistas o legos hablan sobre los beneficios de convertir la energía negativa en positiva para generar la felicidad y una armonía espiritual para ser una persona sana y feliz mediante la vivencia de lo inmediato.

En la práctica clínica con frecuencia se ha observado a los damnificados de la positividad, al enfrentar problemas reales mediante el discurso evitativo de lo positivo puesto que no funciona porque la vida psíquica no sabe de la lógica formal. La psicología positiva no es una teoría, es una propuesta explicativa con características de silogismo, ya que no tiene ninguna base teórica para su sustento. Una teoría para mantener su vigencia debe estar

generando nuevos paradigmas, que puedan enriquecer el cuerpo de conocimiento ya estructurado o bien incrementar o reemplazar paradigmas que por su longevidad no resultan útiles para explicar los problemas actuales en torno a la salud. Para la psicología una teoría se puede designar con tal vocablo solo si ésta contiene una técnica, una teoría de la técnica, y genera y comprueba hipótesis, que las explicaciones no sean circulares, dentro de sus propios principios, y que sus hallazgos puedan ampliarse para otras corrientes de la disciplina como principios básicos de explicación del fenómeno psicológico en permanente enriquecimiento como producto de los hallazgos de la investigación. Para implementar el tratamiento y reconociendo que la esfera afectiva, relacional y conductual se altera por una enfermedad, por lo que se tiene que ampliar la atención psicológica de una forma integral para generar conductas de autocuidado que tengan repercusión no solo en la salud física sino también en la psicológica, pues con el sufrimiento la vida psíquica se desorganiza, se modifica, reacciona y la psicología clínica es la respuesta en las instituciones de salud.

Como resultado de la investigación con otro enfoque que parte principalmente de la explicación del mundo psíquico y el papel que juegan los conceptos como la autoestima, el autoconcepto, los síntomas reactivos, la ansiedad, la depresión, como determinantes para la forma de relacionarse con el mundo real y los problemas de salud.

Con fundamento en la investigación, el seguimiento y el tratamiento con psicoterapia, en una institución de tercer nivel de atención, se ha confirmado que una gran variedad de personas no presenta trastornos mentales, los cambios son por manifestaciones reactivas, cambios emocionales o psicológicos. En el ámbito hospitalario los porcentajes de los trastornos mentales son los mismos que en la población abierta cercano al 1.5 por ciento, la población hospitalaria que es atendida por enfermedades o padecimientos son de curso temporal, otros crónicos debido al diagnóstico, pronóstico y tratamiento, aunque, reportan una elevada sintomatología requieren de tratamiento psicológico ya que nadie está preparado para enfrentar una enfermedad o padecimiento, sobre todo si no cuenta con los recursos psicológicos y redes de apoyo necesarias para una enfermedad o padecimiento de larga evolución.

En términos generales, los Institutos Nacionales de Salud atienden casos extremos de una variedad importante de enfermedades y padecimientos, son referencia nacional, es por

eso por lo que un elevado porcentaje de los casos que atienden son extremos o complejos y algunos pueden comprometer la vida de los pacientes y, por tanto, se ve al psiquismo en situaciones límite, cuando emerge su naturaleza.

Hablando de la esterilidad en mujeres y en hombres su origen se ubica con 45 por ciento femenino y 45 por ciento masculino, el diez por ciento restante está asociado a factores como el posponer la reproducción para después de los treinta años, cuando la fertilidad fisiológica en ambos sexos empieza a declinar, otros factores asociados son el aumento de enfermedades de transmisión sexual, la automedicación, los trastornos de la alimentación, y el sobrepeso que afecta principalmente a la población joven en etapas reproductivas (Soriano-Ortega *et al.*, 2017)

Las reacciones psicológicas más comunes a la esterilidad son las expresiones depresivas y ansiosas, múltiples sentimientos que se verbalizan como baja autoestima, bajo autoconcepto, incremento de ansiedad, prolongados estados de tristeza y vergüenza por esa condición.

No obstante, el avance y desarrollo de la ciencia en el siglo XXI se sigue manteniendo un pensamiento fantasioso, las creencias populares parten de la premisa que la mujer no logra el embarazo por estrés; esta creencia es un factor de riesgo ya que son ellas las que más recurren a los remedios caseros y *tratamientos de la positividad*, (Peredo, 2012), dejando secuelas importantes en la salud.

Quizá, la esterilidad femenina es uno de los padecimientos que con mayor frecuencia desatan la especulación en relación con su origen. Por un sesgo derivado de las neurociencias, algunas investigaciones intentan mostrar que en especial la mujer va a estar determinada tan solo por los ciclos hormonales, y la salud mental va a depender muchas veces de los ciclos menstruales, si bien los estrógenos tienen un impacto en las reacciones fisiológicas de la mujer, sí hay alteraciones, estas se presentan como una sensación de malestar físico difuso, la cesación de algunas hormonas en algunas mujeres resulta incapacitante por el grado de modificación con el que se presentan, solo las enfermedades o el mal funcionamiento de algunas glándulas de secreción interna, externa o mixtas han de presentar manifestaciones muy concretas, con las alteraciones de la tiroides; por ejemplo, se presentan cambios de

conductas y estado de ánimo, por lo que se convierte en un problema médico, teniendo sus correlatos con el comportamiento, pero, su origen es físico.

Con el inicio del neoliberalismo se fue gestando una visión de lo cotidiano, esto es, se cambió el termino de ansiedad por estrés, tristeza por estrés, enojo por estrés, conflictos de pareja por estrés, entre muchas más. La enfermedad de estrés se encuentra en todos los ámbitos de la vida, una fundamentación con carencia de argumentos sobre la teoría del cortisol empieza a tomar forma, al ser una hormona que circula por todo el cuerpo, entonces es la responsable. El estrés es un término tomado de la física de la resistencia de los materiales aplicado a la psicología de la salud. Otro concepto tomado de la ecología y aplicado como una forzada a la vida emocional es la resiliencia, hasta se proporcionan cursos para aprender a ser resiliente, sin mencionar, que cuando un organismo esta en una fase de resiliencia termina por colapsar, principio básico de la ecología, por pervivir. (Martínez, & (Medina, 2016)

Las neurociencias, y la psicología positiva retomada por la psicología de la salud parten del supuesto que toda enfermedad inicia con el incremento del cortisol y su expresión en la sintomatología es el estrés, concepto aún no definido por la Asociación Americana de Psicología (APA), pero todas las personas la padecen; entonces para la ansiedad, tristeza, enojo, soledad, dolor, problemas de pareja y de salud; todo es estrés y la solución para alcanzar la salud y el equilibrio es mediante la meditación para modificar el cortisol, sin probarlo con exámenes de laboratorio, dicen que el cortisol baja.

Al revisar la mayoría de las revistas especializadas en psicología se puede observar que los editores, en su mayoría, son producto de la psicología positiva y sus variantes, lo que provoca no generar conocimiento sino una repetición constante de variables, métodos y resultados. El tratamiento general para todo aquello que se manifiesta como estrés es la meditación como cura, una expresión del budismo, aunque sin el contexto de su filosofía, (Béjar, 2018) la propuesta fundamental es que el ser humano tiene que ser espiritual, es por eso que la disciplina de la psicología se encuentra difundiendo y practicando musicoterapia, tanatología, espiritualidad, alejándose cada vez más de la psicología científica que está lejos de ser la explicación estadística que la mayoría de las revistas exigen para dar la idea que es

la única forma de entender la ciencia, y se convierte en una ideología sin posibilidad de modificar.

Olvidando que las teorías de la psicología que han trascendido no requirieron de la matematización de la vida psicológica de las personas, el método clínico y la argumentación Aristotélica son capaces de establecer una explicación científica que pueda perdurar por años.

De maneras sutiles se va construyendo un discurso ligando lo espiritual y lo psicológico, es por eso por lo que proponen alternativas como la musicoterapia, pues al alimentar el “espíritu” se logra la salud. No obstante, entonces mencionan que la solución para la salud tiene una serie de pasos; ejercicio, pensamientos positivos, reconocimiento de las personas tóxicas o vitaminas, mindfulness y consumir omega 3. Es la nueva religión del Yo, para el siglo XXI.

Con el objetivo de revertir o limpiar el organismo de cortisol se recomienda la meditación, otros dicen que se puede lograr mediante la reflexión. La reflexión es un proceso creativo, y se tiene que hacer, no consumirla hecha, como lo proponen locutores de radio y televisión a diario, dejan para su auditorio un cúmulo de supuestas reflexiones y recomendaciones para ser feliz sin importar qué está sucediendo en el entorno y en la vida. También proponen que tener relaciones sexuales dos veces por semana, sobre todo durante la pandemia incrementa los niveles de anticuerpos y evita enfermedades, aunque no dicen como lo comprobaron.

La estética de lo inmediato se observa cuando desde distintas disciplinas con una coraza de ciencia se menciona que ya explicó los fenómenos del amor, felicidad, relaciones de pareja, crianza, aprendizaje o sea todo el quehacer humano, y quedan muchos huecos de conocimiento, en la vida diaria no se vive de esa manera, no se cubren los espacios del conocimiento sobre el tema, quedan muchas dudas, si en realidad así como dicen es que funciona la vida afectiva, pero como no es tan cierto, se regresa a la especulación como una necesidad humana al no quedar satisfecho. La única forma de cubrir esos huecos de conocimiento es mediante lo esotérico y lo mágico; en la vida diaria se ha colonizado el lenguaje, las personas usan los mismos términos, se observa casi en su totalidad en las estaciones de radio y la televisión, en su programación hacen recomendaciones para la felicidad, sección de psicología positiva, espiritualidad, horóscopos, brujería, lectura de tarot,

meditación; en ocasiones separado o en otras juntas, las personas que conducen estos programas le dan un aire de solemnidad y cientificidad que parecería que es cierto que la vida emocional así funciona, lo malo es que en ocasiones sus invitados son psicólogos que se dedican a consulta como psicólogos clínicos. Lo que tienen en común es la negación del dolor para remplazarlo por placer y esto es el hedonismo, aunque para la psique no funciona de esta manera.

En la misma línea de argumentación, sobre todo los artículos de neurociencias afirman que los conflictos psicológicos o los problemas emocionales y psicológicos producen infertilidad, pues suponen que hay un incremento en los niveles de cortisol; sin embargo, sería más fácil prescribir medicamentos para disminuir estos niveles en vez de montar la parafernalia que por lo general no resulta para tratar lo que se pretende.

Mediante la investigación se ha establecido que frente a la esterilidad existen diversas formas de reaccionar con base en el énfasis de uno u otro estilo personal que puede vulnerar la vida emocional.

Las explicaciones lineales para los fenómenos psicológicos aun se presentan con frecuencia, postura que han abandonado en parte las ciencias sociales, la física, la química y la biología, al proponer que muchos de los fenómenos que ocurren en las distintas áreas de conocimiento están determinadas por el contexto donde se presentan; no obstante, en el estudio de la esterilidad no ha permeado esta visión, continuando su abordaje desde la perspectiva causa-efecto. Investigaciones que se han publicado por varias décadas muestran que los problemas de esterilidad impactan en la salud mental, generando trastornos de depresión mayor, rasgos de esquizofrenia, distimia, trastornos de ansiedad y hasta trastornos bipolares. Para los hombres no sucede lo mismo, ellos solo pueden presentar “estrés” reactivo a la esterilidad.

Pocos son los estudios que han abordado a la mujer y al hombre desde una perspectiva de la normalidad de la vida psíquica y emocional, por no ser de esta manera, el origen de algunos resultados tienen una visión sesgada, sobre lo normal y lo patológico, al abandonar los conceptos de salud-enfermedad ahora todo parece relativo, pues han dividido y parcializado al mundo académico y las relaciones sociales que han influido a sectores de la sociedad sobre las diferencias de los afectos entre hombres y mujeres. Tan solo por el hecho

de ser seres humanos con un mismo origen la expresión afectiva tiene más de similitudes que de diferencias.

La revisión de los trabajos sobre tratamiento que pretenden ser terapias muestran que las intervenciones con esos métodos, no proporcionan el cuidado necesario sobre todo, para algunos trastornos, si partimos del supuesto, que la gran mayoría de trastornos mentales tienen un sustrato fisiológico, lo indicado es el tratamiento farmacológico y no únicamente de sugestión, teóricamente la fisiología de los neurotransmisores es la que determina la conducta, y no la conducta la que determina a la fisiología, como es el caso de las enfermedades mentales. El abordaje médico no se puede cuestionar, la necesidad de los psicofármacos para lograr el control de la enfermedad mental, el tratamiento desde la psicología clínica será con el objetivo de incrementar la adherencia terapéutica y generar la responsabilidad del paciente para su tratamiento mediante estrategias de autocuidado.

De una manera hipotética, no probada, se explica que los neurotransmisores debido al estrés o de forma abstracta que el intenso deseo que interfiere con la reproducción al provocar la disminución de los hormonas que intervienen en la reproducción o las vuelve ineficientes en de su función, aunque nunca lo han demostrado con pruebas de laboratorio; las investigaciones no han demostrado el puente que explique el cómo la afectividad pueda inhibir la función reproductora, lo que más llama la atención es que en esta explicación de los factores emocionales no se incluya a los hombres, la asociación solo es la respuesta para la fertilidad de la mujer, nunca se ha propuesto que la historia de vida de los hombres que han sufrido algún tipo de maltrato durante la infancia tengan como consecuencia un bajo recuento espermático o un bajo nivel de movilidad para lograr el embarazo. No se sabe, si los niveles de cortisol provocan bajo autoconcepto, la insatisfacción marital, la ansiedad y, los periodos prolongados de tristeza.

Afirmar que los conflictos psicológicos o los problemas emocionales producen infertilidad es contraproducente para las parejas, mantener esta afirmación las expone a que se incrementen sus reacciones psicológicas, reforzando la culpa como si la pareja hubiera elegido esta condición.

Los filtros de interpretación de la realidad están determinados por el nivel de autoestima, el autoconcepto, la integración de la personalidad, la salud física, los mandatos

sociales y también el cómo se incorpora la condición de la reproducción y se hace una representación psicológica.

Los contenidos de la vida psíquica se ponen en evidencia a partir de las experiencias vitales de los hombres y las mujeres, ya que son las características de personalidad que van a interactuar con la vida cotidiana.

La Salud Psicológica

Como todo modelo que intente explicar la salud psicológica, necesariamente tiene que partir de una definición y una concepción epistemológica; se tendrá que cuestionar el objeto de estudio de la psicología: ¿las sociedades, la cultura o el individuo? Si se parte de la premisa de que el objeto de estudio de la psicología es el individuo, inmerso en una sociedad que determina su forma de pensar, sentir y vivir dentro de una cultura, cuando un contenido social o cultural se incorpora a la vida cotidiana, se transforma en un modo particular de pensar. Esos contenidos perderán su calidad de ser un comportamiento social o estrictamente cultural, al investirlos de afecto, por ese hecho, se convierte en un producto estrictamente psicológico.

Al definir un concepto tan amplio como la salud psicológica se tiene la tarea de retomar la idea que se ha manejado desde una perspectiva tradicional, la construcción de la psique del individuo se produce por el entramado de hechos históricos; sin embargo, ésta va siendo una incorporación historizada, por lo que la construcción del mundo psíquico no puede ser lineal. Las vivencias en cada individuo se van metabolizando de una manera distinta en relación con su entorno, es decir, se van matizando a partir de vicisitudes y significados diferenciados para cada persona, un ejemplo: los padres introyectados son diferentes para cada uno de los hermanos, según el lugar que ocupen dentro de la familia.

La representación mental del embarazo y maternidad para las mujeres con esterilidad y sus parejas pueden generar cambios de la vida afectiva cuando no logran el embarazo, estos cambios por lo general no comprometen la salud mental; si no hay antecedentes, las manifestaciones reactivas requieren atención psicológica ya que se presentan expresiones como tristeza, manifestaciones de ansiedad y de tipo depresivo, conflictos de pareja, sentimientos de autoestima y autoconcepto bajos, así como alteraciones de la vida sexual, culpa, vergüenza y aislamiento. Su tratamiento debe partir de la psicología clínica con marcos

de referencia distintos a la psiquiatría, ya que la culpa, vergüenza, baja autoestima y autoconcepto, es sufrimiento psíquico y no una enfermedad, aunque van a minar la salud psicológica.

En el caso de la psicoterapia en la infertilidad, para su análisis tiene que iniciar cuestionando cómo se incorpora la reproducción a la vida de las personas, reconocer cómo es el proceso para quedar incorporada en la vida emocional como una representación psicológica; la cuestión a resolver para explicar cómo se integra a la subjetividad, como un valor que marca el rumbo de la vida psíquica, que está en constante alimentación del mundo exterior, se desarrollan y ponen en evidencia a partir de las experiencias vitales de los hombres y las mujeres y éstas van a funcionar como las características de personalidad, que a su vez, van a interactuar con la vida cotidiana y toman forma de una representación.

¿Por Qué se Desea un Hijo?

Es en la reproducción donde se observa con mayor precisión la articulación de lo biológico, psicológico y social, cuando hay esterilidad las especulaciones en torno al psiquismo se vuelven territorio de la ideología, de la cultura y de lo cotidiano. En todas las culturas, desde hace muchos siglos, una gran parte de la vida en pareja se centra en la procreación, la maternidad-paternidad y la edificación de la familia, algunos son mandatos sociales, otros son necesidades de ser responsable de una crianza ya que ninguna otra actividad humana puede suplirla, o bien para algunas personas lo toman como una forma de poder trascender a su propia existencia y perpetuar su paso por el mundo.

Conforme pasa el tiempo, cuando las posibilidades de tener un hijo propio se van reduciendo, en la medida en que se ha intentado un gran número de procedimientos (casi todos fallidos) y el reloj biológico llega a su límite, cuando el deseo del hijo se hace crónico, es cuando inician cambios en estilo de vida de la pareja, por lo que sentirán que el entorno se vuelve agresivo: experimentan cambios similares al duelo que inicia con agresiones por los múltiples intentos fallidos, los tratamientos de esterilidad que no sólo dejarán a la pareja desesperanzada sino confundida con cargas importantes de ansiedad y tristeza, las sensaciones percibidas por lo común son descargadas en la pareja sin que en realidad les corresponda los afectos depositados; las mujeres se vuelven constantes observadoras de la conducta del esposo, y a la inversa del entorno social se toman y se atribuyen los comentarios

o descalificaciones de la familia política o de origen como una forma de justificar sus sensaciones de malestar. El hombre asume conductas de hermetismo sobre lo que siente como si estuviera enojado con la pareja, se comunican de una manera poco clara, solo dejan espacio para la especulación, en ella cabe todo lo que se quiera interpretar, inicia el desencuentro por las constantes inferencias que se hace sobre las conductas del otro, sin aclarar qué es lo que siente, toman acciones que acentúan el conflicto. Una vez establecido, hay una intención de dañar al otro, por lo común, condicionan la asistencia, el pago de consultas y el tratamiento, en el cambio del comportamiento se observan demandas interminables de un lado y de otro, se cuestiona el valor como personas, se altera la vida sexual, disminuye la satisfacción marital con frecuentes amenazas de ruptura, se hacen presentes las manifestaciones reactivas que impactan la salud psicológica por estar en constante alerta a las conductas y demandas del cónyuge.

Con la esterilidad se inicia una crisis psicológica que, en muchos casos, amenaza la estabilidad marital y las habilidades para manejar la propia vida; las relaciones interpersonales se alteran en forma adversa y permanente; en ocasiones hasta la propia salud física se pone en riesgo. Se tendrá que establecer si la esterilidad es una enfermedad o un padecimiento; independientemente de lo que sea, lo que es seguro es que una forma de revertirla para algunas parejas es la reproducción asistida.

La discusión de carácter ético se presenta en torno a cuantas ocasiones una mujer debe de someterse a estos procedimientos médicos de reproducción asistida, hasta que edad es recomendable continuar, se busca generar normas y procedimientos de carácter internacional que van a regir los procedimientos por criterio clínico.

Algunas Consideraciones Sobre la Reproducción Asistida

En todo el mundo han pasado más de cuarenta años de haber iniciado la aplicación de las técnicas de reproducción asistida, y aún sin legislar en la mayoría de los países, en algunos está reglamentada sin que sea ley, su aplicación con las recomendaciones terapéuticas para cada caso y que requieren de la biotecnología para solucionar la esterilidad. Partiendo de estas premisas se abre otro espacio de reflexión y discusión al irse generar una gran serie de aplicaciones; con esperma y óvulos donados, con matriz subrogada, con la compra de óvulos y espermatozoides en los portales de la Internet. El debate sobre la aplicación bajo estos

parámetros se ha incrementado en la medida que se aplican con todas sus variantes. Cuando se han realizado prohibiciones con alguna modalidad de la reproducción asistida, surge otro, se reglamenta sobre la inseminación asistida homóloga, surge la heteróloga, una vez acotada sobre este tipo de inseminación, surge otra modalidad, la matriz subrogada, parecería una carrera sin fin. Junto con las distintas modalidades se van presentando nuevos cuestionamientos. Al adquirir óvulos mediante la subasta en la red, ¿quién es la madre, quién el padre? Hasta muy poco tiempo existían dos formas de conceptualizar a la familia, por lazos consanguíneos y otros por la adopción; en la actualidad hay nuevas formas de reproducirse donde una persona proporciona el óvulo, otra el espermatozoide y una mujer distinta lleva a cabo la gestación, por altruismo o mediante el pago de un servicio. En términos jurídicos, cuando existe una relación mediante un contrato y un pago de por medio, se está realizando un negocio, una transacción ¿puede ser una forma disfrazada de venta de seres humanos? Como ninguna legislación lo permite, se está cuestionado sobre dónde inicia los derechos de un nonato, a partir de qué momento se debe considerar vida; este es el motivo por el cual en México todos los intentos de legislar se han detenido en esta fase de la discusión al no poder coincidir sobre el establecimiento de inicio de vida desde una visión laica y no religiosa, legislar sobre el asunto tiene que ver con las técnicas, la medicina, la ética, la filosofía, la psicología y el derecho. Las interrogantes son más que las respuestas, ya que ninguna legislación puede satisfacer plenamente a todos los involucrados.

A partir de la década de los setenta con el nacimiento de Louise Brown se inaugura una nueva era en la biotecnología, la reproducción asistida, la primera muestra de que el material genético es factible de manipular, es un avance tecnológico fundamental del siglo pasado; en la actualidad pone al alcance de la gran mayoría de las parejas con esterilidad un recurso tecnológico de vanguardia.

La técnica de inyección citoplasmática genera amplias expectativas para las parejas que desean un hijo biológico. Con estos avances vertiginosos de la biotecnología, se está rezagando la discusión sobre los nuevos dilemas éticos, nuevos cuestionamientos, cuando las parejas tienen que recurrir a recursos como la inseminación artificial con óvulo o espermatozoide donado, (pagado) o matriz subrogada, la clonación de seres humanos es factible, no obstante, aún no se realiza con fines terapéuticos o comerciales.

Una de las condiciones tecnológicas del mundo globalizado fundamental es la velocidad de la comunicación mediante la Internet. En la red podemos encontrar subastas de espermatozoides, óvulos del actor o actriz de moda, así como la oferta de matrices para la gestación, puestas a disposición del mejor postor. Frente a esto, se dibuja la idea que la reproducción se ha constituido en servicio, de lógica consumista. Los nuevos cuestionamientos éticos, nos colocan en una encrucijada; guiarse por criterios estrictamente médico-técnicos, criterios sociales o comerciales.

Otro problema que se presenta con el desarrollo de nuevas tecnologías de reproducción asistida es el destino de los embriones reproducidos y criopreservados para su posterior implantación, qué derechos los protegen, no se ha investigado si existe riesgo al momento la descongelación. En los tribunales se está debatiendo sobre esto y otros asuntos en torno la reproducción asistida y surge otro cuestionamiento social, cómo incorporar las neoparentalidades se están desarrollando personas solteras, y toda la diversidad de nuevas expresiones de la vida en pareja, están solicitando se les realice algún procedimiento de reproducción asistida.

El dilema ético se presenta, por un lado, el cuerpo médico y por otro los solicitantes del procedimiento, a quién otorgarle el servicio y en qué condiciones. En la lógica de la globalización, el individuo se reconoce como consumidor, y la reproducción asistida, por tanto, se vende como un bien o servicio, al convertirse la salud en una mercancía, entonces todos tienen derecho, siempre y cuando puedan pagar.

Con las neoparentalidades la identidad se vuelve compleja, el problema de la identidad es un problema básico tanto en lo individual como en lo colectivo, las personas sienten según el entorno social. Hoy lo particular, lo local y lo nacional coexisten con lo universal y lo global, la carrera de la biotecnología está más adelante que las discusiones éticas que por cuestiones económicas, religiosas y de interés no se han abordado.

El aspecto más común que se juega en la reproducción es el deseo fundamental de la continuidad genética y la consanguinidad para generar filiación y parentalidad, con las nuevas formas de reproducirse, ¿cómo se estarán presentando estos nuevos vínculos familiares en Latinoamérica?

Con la tecnología reproductiva los hijos se pueden diseñar genéticamente, comprar en forma de óvulo o espermatozoide en la red o por encargo mediante la renta de úteros, con estos fenómenos nos enfrentamos a la ruptura de lazos de la filiación y parentalidad reconocidos, y el establecimiento de una filiación sustitutiva. En todas las épocas la parentalidad había respondido a dos modelos conocidos, por nacimiento o por adopción, la biología y la medicina proponen nuevas formas de reproducirse, por lo tanto, nuevas formas de parentalidad, madres solteras, parejas de homosexuales, donde muchos de estos productos desconocen su origen, con la elección de tener un hijo bajo distintas condiciones, se están abriendo nuevos espacios de libertad, pero también, de responsabilidad.

(Al modificarse el origen tradicional de la familia, tal como se están presentando las nuevas visiones de la reproducción, se tendrán que flexibilizar las formas de conceptualizar a los hijos y la parentalidad. Cuestionar desde la ética la manipulación de embriones y genes, es probable que se esté frente a una de las grandes utopías de la mitad del siglo pasado, la creación de la “Raza” perfecta.

Solo queda una pregunta desde la psicología, ¿cómo se organizará la psique de las familias que se constituyen a partir de las neoparentalidades?

La Psicoterapia

La psicoterapia de grupo es el método por excelencia para las instituciones de salud pública que proporcionan tratamiento de reproducción asistida; casi todas las instituciones públicas de salud han abandonado la investigación y tratamiento para esta población, lo dejaron a los grupos privados al ser tratamientos altamente rentables. El método se basa en el uso de la palabra como un elemento terapéutico, teniendo como base métodos y técnicas derivadas de la teoría de la psicología, en oposición a todas las aproximaciones que no derivan de la teoría psicológica; inteligencia emocional, psicología positiva, coaching emocional, tanatología y las neurociencias; en sus premisas básicas proponen que el sufrimiento no es un problema psicológico sino una enfermedad moral, y las emociones son las causantes de enfermedades, principalmente el “estrés”, el cual provoca infertilidad, inhibición de la ovulación y mal pronóstico de éxito en la reproducción asistida.

No se puede compartir la visión de que los problemas de salud son originados en los pensamientos negativos, desde cáncer hasta enfermedades degenerativas, infecciosas y

muchas más. La curación es modificar los pensamientos negativos a positivos, o bien leer libros de autoayuda. En la práctica clínica estas recomendaciones se constituyen en verdaderos atentados contra la salud, al no promover el autocuidado, el estilo basado en el hedonismo investido de legitimidad científica, esa inmediatez anula al Yo al proponer que los efectos son de carácter infantil, por ejemplo, frente la pérdida, sea real o simbólica, que en la reproducción asistida se presenta con frecuencia al fracasar los tratamientos, es la oportunidad de mostrar la fortaleza espiritual, solo el Yo disminuido siente dolor. Estos conceptos son derivados de la neurociencia y la psicología positiva que han colonizado el lenguaje en todos los ámbitos de la vida social. La recomendación de pensar positivo y meditar por lo general se presenta desde una posición de privilegio, no es lo mismo meditar en un balcón o jardín de zona residencial de alta plusvalía que en una sala o recámara de una casa de interés social o de zona marginada, a lo mejor viviendo en una posición privilegiada sí se puede pensar “positivo”.

Para que la intervención psicológica cumpla su objetivo se tiene que partir de la elaboración de preguntas de investigación que surgen del quehacer cotidiano dentro del espacio psicoterapéutico, que sin la mediación de la investigación no se podría responder. Los estudios nacen de las interrogantes que se van presentando durante las sesiones de psicoterapia. Por la dinámica y la conceptualización de la psicoterapia las respuestas a las interrogantes tienen que generar modelos explicativos y someter los resultados a la reflexión para proponer explicaciones del porqué de esas reacciones, que se van describiendo durante las narraciones de pacientes, tanto en hombres como en mujeres.

La cantidad de resultados recabados de la investigación ha permitido despejar algunas interrogantes y plantearse otras, la importancia de despejar incógnitas mediante métodos de investigación que mantengan la rigurosidad metodológica con un alto grado de certidumbre de los hallazgos, que a su vez, permiten regresarlos a la clínica para solucionar las dificultades que se observan en el trabajo de la psicoterapia grupal y realizar de manera eficiente y puntual no solo la psicoterapia de grupo, sino también para proponer recomendaciones para su manejo en el consultorio médico, y estos datos son una herramienta para conceptualizar el fenómeno reproductivo para el manejo integral de las parejas con infertilidad. Esta puede ser una de las tantas aportaciones de la disciplina de la psicología clínica dentro de las

instituciones de salud de tercer nivel, factibles para el trabajo clínico psicológico, para las instituciones del primer y segundo nivel de atención, para un manejo eficiente y puntual de las personas que buscan un embarazo.

La principal modalidad, actualmente abandonada, de intervención en las instituciones de salud pública es la psicoterapia de grupo donde se trabaja con un enfoque dinámico (Sánchez, *et al.* 2021) funciona como grupo abierto con un promedio de permanencia de las pacientes de doce sesiones, una vez por semana, por dos horas. Los objetivos son limitados ya que el tratamiento focaliza la disminución de los síntomas, como un primer paso. Como un segundo paso se va analizando la idealización del hijo que consiste en generar la fantasía que teniendo un hijo su vida cambiará de una forma radical; todo aquello que pospusieron o dejaron de atender por el problema de la infertilidad lo retomarán cuando se embaracen, cosa que no sucede, también se trabaja con la fantasía de que la relación de pareja va a ser más satisfactoria con la llegada del hijo, en un último paso se trabaja con el sentimiento de valía de las personas, revisando el rol de género y el ajuste de la autoestima o el autoconcepto según cuál de los componentes se encuentra afectado, ya que la autoestima es una cuestión de crianza, que puede o no verse afectada por la esterilidad. El autoconcepto tiene una modificación relativamente a corto plazo ya que su ajuste tiene que ver con la realidad (Carreño, *et al.*, 2011).

Una Aproximación a la Opinión Pública Sobre Reproducción Asistida

Al menos en las últimas cinco legislaturas federales se han quedado estancadas las iniciativas de ley por no ponerse de acuerdo en qué momento inicia la vida humana y en qué momento el embrión es sujeto de derecho; esta interrogante no solo es para la sociedad mexicana, se da en todo el mundo, solamente como inicio de los debates, para posteriormente cuestionar sobre las parejas del mismo sexo, las triejas, personas solteras, padres legales y biológicos, congelación de embriones, óvulos y espermias, hibridación de seres humanos y recombinación, selección del sexo, reproducción de seres idénticos, óvulos y espermias comprados y la clonación terapéutica o reproductiva. Si se observa en todo lo que se tienen que poner de acuerdo los legisladores parecería imposible que llegara a concretarse una ley sobre la reproducción asistida. Los representantes de algunos sectores de la población

manifiestan que, en México, al menos, la población por ser religiosa no está de acuerdo en los métodos de reproducción asistida.

En los últimos 44 años la reproducción asistida se ha desarrollado de una manera vertiginosa y ha permitido tratamientos con éxito para revertir la infertilidad. Al final de la década de los ochenta en México nace el primer bebé producto de la reproducción asistida en un instituto de salud pública, ya para mediados de la siguiente década se establecen a nivel nacional varios centros de reproducción asistida del sector salud, poniendo a disposición de la población diferentes procedimientos para lograr un embarazo con técnicas de laboratorio; la primera es mediante la inseminación artificial, la cual consiste en tomar los espermatozoides, darles una capacitación e implantarlos en la trompa de Falopio para facilitar la fertilización, los ovarios previamente estimulados para lograr una mayor número de ovocitos puedan fertilizarse. Las parejas sometidas a la inseminación artificial habitualmente cuentan con una historia de búsqueda de soluciones, tanto mágicas como científicas, por lo que los sentimientos de frustración y de fracaso se encuentran presentes.

Otra de las técnicas cuando se han intentado al menos tres inseminaciones sin resultado, o cuando no hay diagnóstico claro del origen de la esterilidad, se recurre a la fertilización *in-vitro*. Esta técnica en su forma más simple consiste en la capacitación del óvulo y el espermatozoide y su fertilización fuera del útero, cuando la división celular se ha realizado, se implantan en el útero de dos a tres embriones para que continúen su desarrollo en un ambiente natural. Este procedimiento está indicado hasta en tres ocasiones. Cuando no se logra el embarazo, existe una técnica novedosa implementada en los últimos quince años con mayores tasas de éxito; la inyección intracitoplasmática, donde se toma un espermatozoide y se introduce mediante una microinyección directamente en el óvulo, una vez fecundado se implanta en el útero para continuar su proceso. Para estas tres técnicas de reproducción asistida no se lleva a cabo ninguna manipulación genética.

Por esto se realizó una investigación para acercarse y conocer qué piensa un sector de la población mexicana en torno a la tecnología reproductiva, ya que se tiene la creencia que a la población no le gusta tocar temas de esa naturaleza.

Fue hasta el año de 2012 con el Consenso Nacional Mexicano de reproducción asistida (Kably-Ambe *et al.*, 2012) cuando se fijaron lineamientos sobre las diferentes

modalidades de la tecnología reproductiva y la recomendación sobre el manejo técnico, clínico y legal de los factores que intervienen, no obstante, también se esbozan aspectos éticos para lograr una autorregulación de los profesionales que trabajan tanto en el ámbito público como privado. Esta reunión ha permitido normar en cierta medida los procedimientos y sus alcances de una manera organizada a falta de una ley local y federal que regule estos métodos reproductivos por ser complejos. Si bien existe la ley de salud con recomendaciones que dejan de lado lineamientos técnicos sobre la reproducción asistida, no resulta fácil consensuar las diferentes visiones al estar matizadas desde la política, la biología, la medicina, la ética, la religión, el derecho, y la psicología.

Con mayor frecuencia en los medios de información como en la opinión pública se escucha temas relacionados con la reproducción asistida que abarca un número importante de asuntos que incluyen: fertilización in-vitro, transferencia de embriones, inyección citoplasmática de espermatozoides (ICSI) selección de espermatozoides competentes funcionales (PICSY), no será extraño que en los próximos años el trasplante de útero (Baumgaerther, 2018) sea algo ordinario dentro del espacio comunicativo de los especialistas y de la opinión pública a escala mundial y nacional. Todos estos métodos reconocidos como procedimientos de alta complejidad de la biotecnología permiten a parejas incrementar la probabilidad de tener un hijo. Aunque, la donación de óvulos, espermatozoides, embriones, la criopreservación, y el concepto de matriz subrogada, son conceptos que están presentes en el espacio público. Es por eso, que los conceptos de la reproducción asistida son palabras que se han transformado y se convierten en símbolos de la comunicación cotidiana, no hace falta que los términos se conozcan con precisión y cada persona va a dar la interpretación que sus recursos le permitan (Trounson, & Mohr, 1983).

Las encuestas de opinión deben servir para reconocer los temas álgidos en la sociedad y a partir de resultados proponer normas, reglamentos y leyes que impacten las políticas públicas en reproducción, es por eso, que las instituciones de salud de manera conjunta con los expertos (Álvarez, 2005) regulan su actuación con base en los criterios médicos, éticos, legales y técnicos a falta de una legislación que regule su actuación.

Un obstáculo para legislar tiene que ver con la discusión centrada en el momento qué se puede considerar vida humana o si el embrión es sujeto de derecho (Zegers-Hochschild *et*

al., 2014; Calise-Santiago, 2011) la implementación clínica se convierte en un dilema y es parte integral de la salud reproductiva (Herrera, *et al.*,2013). El argumento reperido al momento de aprobar leyes de reporducción asitida (Sánchez, 2018), los legisladores mencionan que el objetivo es proteger la vida humana y a las personas al no aprobar una ley de reproducción asitida, aunque, no existe una encuesta de opinión pública que refleje lo que piensan las personas que tratan de acceder a un tratamineto reproductivo en una institución pública de tercer nivel.

Con el objetivo de explorar la opinión en población de una institución de tercer nivel de atención, donde se realizan procedimientos reproductivos de baja y alta complejidad, establecer una aproximación de la opinión pública en población mexicana, para lo cual se realizó una encuesta sobre temas de reproducción asistida.

Método

Tipo de estudio. Mediante un diseño exploratorio con un muestreo intencional por cuota, se estableció mediante un parámetro de estimación general de muestras con una confiabilidad de .05 y un intervalo de confianza de 95%.

Muestra

El un parámetro de estimación se aplicó en una población de 1,200 consultas anuales para procedimientos de reproducción asistida, con el objetivo de tener un mayor grado de certidumbre se duplicó la estimación obtenida que inicialmente fue de 294. Quedando finalmente una muestra de 600.

Instrumentos

Los reactivos de la encuesta se construyeron de los antecedentes de la literatura latinoamericana sobre el tema en revistas especializadas buscado los conceptos que generan mayor discusión en los ámbitos académicos y de opinión pública, aunque, también son los que con mayor frecuencia se escuchan en medios de información.

Inicialmente se construyó una encuesta breve de 20 preguntas, después del piloteo con 70 participantes se depuro y quedó un cuestionario con 13 preguntas, en la segunda fase de aplicación 600 cuestionarios.

Procedimiento

Todas las aplicaciones se realizaron en las áreas de consulta externa, una vez aceptado y firmado el consentimiento informado se procedió a aplicar la encuesta diseñada para dicho fin. Se aplicó la encuesta a personas que eran tanto pacientes como acompañantes de manera incidental a las personas que quisieran responder sin distinción de género, solo si estaban dispuestos a participar. Una vez terminada la aplicación se ofrecía el servicio de psicología y en caso de necesitarlo, por participar, no tenía costo.

Resultados

Las respuestas a las preguntas de datos sociodemográficos son autoreportadas y el total de participantes fue de 600, de las cuales 551 eran mujeres y 49 hombres con una edad promedio de 31.4 (± 6.99), con una edad mínima de 19 años y 58 como máxima. Con una media de años de escolaridad de 12.53 (± 2.91) la mayoría obtuvo el nivel de bachillerato siendo el mínimo seis años y el máximo 18 con posgrado. El tiempo de vivir en pareja tuvo una media de 6.27 (± 5.49) el 12.0 % declaró no vivir en pareja (tabla 1).

Tabla 1

Descripción de las participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	49	8.2
Mujeres	551	91.8
Total	600	100
Estado civil		
Casada	297	49.5
Unión libre	176	29.3
Soltera	127	21.2
Total	600	100
Tiempo de vivir en pareja		
Sin vivir juntos	72	12.0
1 a 5 años	227	37.8
6 a 10 años	202	33.7
11 y mas	99	16.5
Edad		
19 a 25 años	119	19.8
26 a 32 años	226	37.7
33 a 39 años	194	32.3
40 años y mas	61	10.2
Escolaridad		
Primaria	30	5.0
Secundaria	130	21.7
Bachillerato	267	44.5
Licenciatura	163	27.2
Posgrado	10	1.7
Religión		
Católica	490	81.7
Cristiana	49	8.2
Evangélica	8	1.3
Ninguna	29	4.8
Otra	24	4.0
Motivo de atención médica		
Esterilidad	278	46.3
Problemas ginecológicos	145	24.2
Embarazo	135	22.5
Pérdida gestacional	42	7.0

La clasificación del nivel socioeconómico es asignada por el departamento de trabajo social de los cuales quedo integrada por 7.3 % (44) del nivel 1, el 43.5% (261) del 2, el 32.5% (195) del tres, 5. % (30) del 4, 1.8 % (11) pertenecen al 5, al seis .7% (4), al 7 .2% (1) y

finalmente 9.0 % (54) al ocho. La mayoría de los encuestados 83.3 % (500) se concentran en los tres primeros niveles, es decir con un nivel socioeconómico bajo.

Sobre el conocimiento de origen de la esterilidad las entrevistadas mencionaron que es de origen mixto 41.8 % (251), en segundo la mujer 38.3% (230), no sabe el 15.8 % y las que mencionan que es de origen masculino fue bajo solo el 4.0% (24). Por otro lado, la mayoría recurriría a la adopción como una forma de tener un hijo, el 39% (179) no lo haría.

Cuando se pregunta sobre la opinión que se tiene con respecto a la condición de los embriones humanos se menciona que son vida celular en el 56.8% (341). Aunque en otra pregunta solo 2.8% (17) consideran que son vida humana.

A la pregunta hipotética qué haría con respecto a los embriones restantes de un procedimiento la mayoría optaría por someterlos a criopreservación 76.8% y un porcentaje amplio podría donarlos para la experimentación para obtener células madre.

En cuanto a la aceptación para que les donaran material genético en la modalidad de óvulos, espermatozoides y embriones la mayoría de las mujeres cree que es una buena opción, no obstante, en la medida que las alternativas se van ampliando la aceptación va disminuyendo, como es el caso de la matriz subrogada, la aceptación disminuye a menos de la mitad de los encuestados (tabla 2).

Tabla 2

Frecuencia y Porcentaje de opinión sobre reproducción asistida

	Buscar tratamiento	%	Dejarlo así	%
1 Si no puede embarazarse que haría	Si		No	
	518	86.3	82	13.7
2 Se sometería a reproducción asistida	Si	%	No	%
	527	87.8	73	12.2
3 Recurriría a la adopción	Si	%	No	%
	421	70.2	179	29.8
4 Los embriones son vida celular	Si	%	No	%
	341	56.8	259	43.2
5 Los embriones son vida humana	Si	%	No	%
	17	2.8	583	97.2
6 Los embriones restantes los congelaría	Si	%	No	%
	461	76.8	139	23.2
7 Los embriones sobrantes los descartaría	Si	%	No	%
	128	21.3	448	74.7
8 Donaría embriones a otra pareja	Si	%	No	%
	412	68.7	188	31.3
9 Los donaría para obtener células madre	Si	%	No	%
	460	76.7	140	23.3
10 Aceptaría que le donaran Óvulos	Si	%	No	%
	401	66.8	199	33.2
11 Aceptaría que le donaran espermatozoides	Si	%	No	%
	341	56.8	259	43.2
12 Aceptaría que le donaran embriones	Si	%	No	%
	328	54.7	272	45.3
13 Aceptaría Matriz subrogada	Si	%	No	%
	258	43.0	342	57.0

Discusión

La reproducción no es solo un acto biológico ya que tiene componentes sociales y culturales y desde luego psicológicos, es por eso, que ponerse de acuerdo para emitir leyes o reglamentos sería casi imposible sino se parte de la ética, ya que es la única ciencia que puede tender un puente entre las diferentes disciplinas tanto humanísticas como en las ciencias experimentales. Desde hace siglos se sabe que los problemas éticos no son individuales, con

el neoliberalismo se genera crisis de valores al poner énfasis en lo individual y menospreciar lo colectivo, por eso es que el evento de reproducción asistida deja de ser un evento privado para dejarlo solo a los intereses de mercado, ya que en situaciones indefinidas y límite la ética se descompone, existe un vacío en el conocimiento sobre el manejo de la genética y los debates sobre la biotecnología son irreversibles, mediante la ética se hace posible un orden personal, conlleva a un orden público para hacerla un comportamiento de la vida cotidiana y no puede ser destruida por la causalidad.

Los datos obtenidos permiten reconocer que las opiniones con respecto a las tecnologías reproductivas no difieren en las distintas poblaciones donde se han desarrollado encuestas y el nivel de conocimiento es similar para las encuestas en población Latinoamericana y México en particular no difieren en cuanto a la aceptación de los métodos reproductivos (Herrera, *et al.*, 2013; Campos, 2012; Luna, 2001). Con independencia de la orientación religiosa es sabido que la mayoría de las religiones prohíben la reproducción asistida y puede tener impacto en la decisión con respecto a la salud reproductiva.

Una condición es que las técnicas de reproducción asistida han logrado la jerarquía de procedimientos de carácter mundial (Farnós, 2010), cada país según su economía va a dictar lineamientos sobre cómo se tienen que proporcionar estas tecnologías reproductivas; para algunos será como una política de salud pública, para otros es la oportunidad de hacer negocios alrededor de la reproducción. Un problema es que no existe en ningún país una legislación completa con respecto a las implicaciones legales para cada uno de los procedimientos, existen lineamientos sobre el manejo pero que no tienen constancia legal por provenir de consensos académicos y no legislativos (Salazar, 2014). Esta misma tendencia prevalece en los países de Latinoamérica (Álvarez, 2014) en la medida que no existen legislaciones que permitan la organización de los procedimientos de una manera legal, médica y ética contemplando la población a la que pueda tener acceso como una política pública complica su aplicación como uno de los aspectos de la salud reproductiva.

Un segundo aspecto es que las personas en su mayoría están dispuestas a recurrir a una adopción como una última instancia para lograr un hijo, lo ven como una alternativa de consolución ya que recurrirían a esto solo porque la reproducción asistida fracasó.

En cuanto a la opinión de qué tipo de vida son los embriones (Álvarez, 2009) argumentan que un embrión es vida celular debido a la unión de células que hay entre el ovulo y el espermatozoide, se opina que la vida humana inicia hasta que hay latidos de corazón. Sin embargo, consideran que la vida humana es desde la concepción (Montes, 2004), es el origen del ser humano. Estas opiniones que pueden ser encontradas no solamente en la opinión pública en los ámbitos académicos y legales por lo que ha detenido la posibilidad de legislar en una parte importante de los países Latinoamericanos (Álvarez, 2012) por no consensar el inicio de la vida humana.

La opinión de qué hacer con los embriones sobrantes (Kletnicki, 2014; Kushner, 2010) de un procedimiento aceptara congelar los embriones debido a una posibilidad de volver a ser padres o de volver a intentarlo si no lograron embarazarse.

La gran mayoría de las personas encuestadas aceptaría donar embriones a otras parejas, por un acto altruista. A su vez, la gran mayoría aceptaría donarlos para obtener células madre debido a los beneficios que obtendrían como curar enfermedades (Calise-Santiago, 2011).

En caso de que las personas encuestadas tuvieran la necesidad de aceptar óvulos donados, existe una gran apertura, el objetivo principal es lograr el embarazo y aceptarían cualquier situación para ser madres.

Respecto a aceptar espermatozoides, las encuestas arrojan una disminución en la aceptación de este método, debido a que es una decisión de pareja, que les prefieren que sea de su pareja o que su pareja no estaría de acuerdo en que a la mujer le donen espermatozoides de alguien más. En cuanto a la matriz subrogada (Rodríguez & Martínez, 2012) la mitad no aceptaría debido al argumento que existe un lazo afectivo entre la madre biológica y el bebé que es muy difícil de romper que se da mediante el proceso de embarazo y les gustaría vivir la experiencia de estar embarazada, sus síntomas y las sensaciones que hay durante la gestación. Sin embargo, reportan que sería el último método que utilizarían para lograr tener un hijo.

Una parte de la población encuestada argumenta que no aceptaría la donación de óvulos, espermatozoides, embriones y tampoco la matriz subrogada, debido a que desean que

sea únicamente con los genes de ella y de su pareja. Y un porcentaje mínimo, no aceptaría por cuestiones religiosas (Álvarez, 2012) que harían que todo el proceso estuviera fuera de las reglas que su religión les pide.

Conclusiones

La psicología clínica tiene que descolonizar el lenguaje que permita diferenciarse de las recomendaciones profesionales de que las se realizan desde lugares comunes, sobre todo dejar de hablar de la positividad vs. la negatividad, resiliencia como una descripción sana, empoderamiento, frente al sufrimiento ver guerreros y el perdón como un acto moral, es un acto psicológico, como forma de rescatar la especialidad que puede contribuir a recobrar la salud a las poblaciones que tienen problemas de salud prevenibles que por esta estructura de pensamiento se han incrementado por relativizar todo, lo sano y lo enfermo.

Las cámaras de diputados y de senadores de las actuales legislaturas al igual que las pasadas, se niegan a legislar en torno al tema, al argumentar que es por la protección a la población (Sánchez, 2018) no obstante, no se ha indagado qué piensa la población mexicana sobre el tema. El incremento de los procedimientos de reproducción asistida en el sector privado y público en los últimos años requiere no solo de una regulación alcanzada por los profesionales sino una normatividad con carácter de ley que puntualice sobre cada uno de los aspectos que giran en torno a la medicina reproductiva. Para la estructuración de la ley de salud en medicina reproductiva se tendrá que partir de los consensos alcanzados por los especialistas y así poder establecer una política pública que beneficie a la mayoría de las parejas que requieren de la intervención de la medicina para lograr un embarazo. Independientemente de la orientación religiosa de la población, hay un alto grado de aceptación por lo que es relevante una ley desde una perspectiva laica que permita una adecuada promoción de la salud reproductiva en la población mexicana.

Han pasado más de cuarenta años que se han aplicado las técnicas de reproducción asistida, aún siguen sin regularse la aplicación y las recomendaciones terapéuticas para los casos más recomendables de esterilidad. Se abre otro espacio de discusión al irse generado una gran serie de aplicaciones; con espermatozoides y óvulos donados, con matriz subrogada, con la compra de óvulos y espermatozoides en los portales de la Internet. El debate sobre la aplicación bajo estos parámetros se ha incrementado en la medida que se aplican con todas

sus variantes. En algunos países se ha reglamentado desde una postura religiosa y no legal o ética, que prohíben algunas modalidades de la reproducción asistida, cuando se legisla sobre la inseminación asistida homóloga, surge la heteróloga, una vez acotada con nuevas leyes sobre este tipo de inseminación, surge otra modalidad, la matriz subrogada, parecería una carrera sin fin. Junto con las distintas modalidades se van presentando nuevos cuestionamientos. Al adquirir óvulos mediante la subasta en la red, quién es la medre, quién el padre, dos formas de conceptualizar la familia, es por lazos consanguíneos y otros por la adopción, frente a esta expresión en la forma de reproducirse donde una persona proporciona el óvulo, otra el espermatozoide y una mujer distinta lleva a cabo la gestación, por altruismo o mediante el pago de un servicio. En términos jurídicos cuando existe una relación mediante un contrato y un pago de por medio, se está realizando un negocio, una transacción ¿Puede ser una forma disfrazada de venta de seres humanos? Las interrogantes son aún más que las respuestas, ninguna legislación puede satisfacer plenamente a todos los involucrados.

En los tribunales se está debatiendo sobre esto y otros asuntos en torno a la reproducción asistida y surge otro cuestionamiento social, cómo incorporar las neoparentalidades que se están desarrollando cuando mujeres solteras, parejas homosexuales y toda la diversidad de nuevas expresiones de la vida en pareja, que están solicitando se les realice algún procedimiento de reproducción asistida. En algunos países se ha otorgado el derecho a tener hijos, algunas opiniones en contra siguen que los hijos deberán nacer dentro de un modelo de familia tradicional, otros, reclaman la libertad de elegir el tener hijos o no.

La política científica de las de la reproducción asistida está condicionada por los excesos del mercado, sus patrocinadores, inversionistas privados determinan el rumbo de la aplicación de estos avances.

En la actualidad se genera biotecnología para el desarrollo de vacunas, medicamentos, prótesis y reproducción asistida mediante la tecnología médica. Mediante esta lógica del mercado se vislumbra que puede ser el culto de sí mismo y mediante la clonación, niños diseñados genéticamente, creación in vitro de espermatozoides, turismo reproductivo, la crisis dispara la donación de óvulos. En fechas recientes una clínica de EU ofrece niños a la carta.

El dilema ético se presenta, por un lado, el cuerpo médico y por otro los solicitantes del procedimiento, a quién otorgarle el servicio y en qué condiciones; en la lógica de la globalización, el individuo se reconoce como consumidor, y por tanto se vende un bien o servicio, al convertirse la salud en una mercancía, entonces todos tienen derecho. Con la neoparentalidad la identidad se vuelve compleja, el problema de la identidad es un problema básico tanto en lo individual como colectivo, las personas sienten según el entorno social. Hoy lo particular, lo local y lo nacional coexisten con lo universal y lo global, la carrera de la biotecnología está más adelante que las discusiones éticas que por cuestiones económicas, religiosas y de interés no se han abordado.

Para la población abierta generar la reflexión en torno a los derechos, todos reclaman derechos y no hablan de obligaciones, una forma simplista es reducir las cosas con la explicación de derecho humano, en ocasiones es quitar el concepto de legalidad y poder de reglamentación en situaciones que son de la vida diaria y no un derecho humano.

Los Institutos Nacionales de Salud por su naturaleza son los que dictan normas y procedimientos para la atención sobre cómo tiene que ser un procedimiento quirúrgico, un tratamiento para una enfermedad o padecimiento y también dicta lineamientos para la prevención de la salud según sea su especialidad, no sucede lo mismo en el área de la psicología institucional a pesar del número de casos que se atienden e investigan anualmente para proporcionar a la población que asiste a diversos centros del sector salud, una atención de alta especialidad con carácter público. Bajo esta premisa en el área de la psicología en infertilidad se ha desarrollado, por casi tres décadas, una línea de investigación sobre las mujeres y sus parejas que por diversos motivos no logran el embarazo, se pueden hacer propuestas desde la investigación que se realiza con un enfoque de la psicología clínica por psicólogos especializados en psicoterapia y formados como investigadores clínicos.

Referencias

- Álvarez, D. A. (2005). Políticas públicas e investigación en embriones humanos. *Rev Fac Med UNAM*, 48(6), p.242-247. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2005/un056e.pdf>
- Álvarez, D. A. (2009). Sobre la posibilidad de la donación de embriones en Hispanoamérica. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(2), 135-142. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v70i2.963>
- Álvarez, D. A. (2012). Ética de mínimos y máximos en el tema de los embriones criopreservados. *Problemas de salud UAM-Xochimilco*, 6 (12) 53-71.
- Álvarez, D. A (2014). Aspectos sociales y legales de la fecundación in vitro. *Perinatología y reproducción humana*, 28 (2), 79-90. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000200003&lng=es&nrm=iso
- Baumgaerther, E. (2018). Primer trasplante de útero exitoso en latinoamerica. *The New York Times* <https://www.nytimes.com/es/2018/12/07/bebe-trasplante-utero/>
- Béjar, H. (2018). El código espiritualista de la autoayuda: la felicidad negativa. *Athenea Digital*, 18(3), e2339. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2339>
- Calise-Santiago G. (2011). El Derecho observando a los embriones: El caso argentino. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences* 29(1) <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18118941016>
- Campos, V. G. (2012). Implicaciones éticas, legales, religiosas y socioeconómicas de la fecundación in vitro en la salud reproductiva en Costa Rica. *Enfermería Actual en Costa Rica*. 22;1-14 <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3566/3467>
- Cornejo, V., Martín, A., Borja; E. R. & Blázquez, R. (2019). El giro saludable: sacrificio, sanación, bienestar y su relación con la espiritualidad contemporánea. *Athenea Digital*, 19(2), e2125. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2125>
- Carreño, M. J. Henales, A.C. & Sánchez, B.C. (2011) La autoestima y el autoconcepto en la mujer con esterilidad. *Perinatología y reproducción Humanan*. 25, (1) 29-38 <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip111f.pdf>
- Farnós, A. E. (2010). European Society of Human Reproductios and Embriología 26th Annual Meeting. *InDert Revista para el análisis del Derecho*. 5-17 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5996225>
- Herrera, F., Teitelbom, B., Salas, S. & Zegers, HF. (2013). Encuesta de opinión pública sobre reproducción humana y usos de tecnología de reproducción asistida en habitantes de Santiago, Chile. *Revista médica de Chile*, 141(7), 853-860. https://prepre.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2019/08/encuesta_reproduccion2012.pdf

- Kably-Ambe, A., Salazar-Lopez, C., Servier-Zaragoza C., Velázquez- Cornejo, G., Pérez-Peña, E., Sato-Haliscack, R., Luna- Rojas, Marta., Valerio- Emilio., Santana, Hector., & Gaviño-Gaviño, F. (2012) Consenso nacional mexicano de reproducción asistida. *Ginecología y Obstetricia de México*, 80 (9), 581-624. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom129c.pdf>
- Kletnicki, A. (2014). El embrión como objeto extracorpóreo. Octubre 2018, de *Acta académica*: <http://www.aacademica.org/000-035/34>
- Kushner, D. L.(2010). La fertilización in vitro: beneficios, riesgos y futuro. *Revista Científica Ciencia Médica*. 13 (2), 77-80.
- Luna, F. (2001). Reproducción asistida y “sabor local”: contexto y mujer en Latinoamérica. *Revista Bioética*. 9 (2), 83-98. https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/247
- Martinez, G. A. & Medina, C. (2016) La felicidad como tecnología del gobierno en el contexto neoliberal: una exploración a los discursos felicitarios en tres ámbitos. *Revista Somepso*,1 (2) 61-91. <https://revistasomepso.org/index.php/revistasomepso/article/view/71/140>
- Montes, G. (2004). Bioética y Técnicas de Reproducción Asistida. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 12(1), 71-78. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592004000100008&lng=en&tlng=es
- Peredo, M. M. (2012). En busca de la felicidad. Los libros de autoayuda. *Intersticios Sociales*. (4), 1-31. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421739496004>
- Rodríguez, Y. C. & Martínez. M. K. (2012). El contrato de maternidad subrogada: La experiencia estadounidense. *Revista de derecho* (Valdivia), 25(2), 59-81. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-09502012000200003>
- Sánchez, B. C., Carreño, M., J. & Mota, G. C. (2021). Indicadores psicológicos y de pareja relacionados con la insatisfacción marital: estrategias de intervención. *Psicología y Salud*, 31(1), 81-92. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2678>.
- Sánchez, C. (2018). Proyecto de decreto de la Ley General de Reproducción Asistida. Noviembre de 2019, de la *Gaceta del Senado*, web: https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/86270
- Salazar, L. (2014). La reproducción asistida en México. *Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción*, 7 (2), 63-65.
- Soriano-Ortega, KP, Carballo-Mondragón, E, Roque-Sánchez, AM, Durán-Monterrosas, L, & Kably-Ambe, A. (2017). Percepción de la fertilidad en mujeres en edad reproductiva, según su edad. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(6), 364-373. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000600364&lng=es&tlng=es.

- Trounson, A., Mohr, L. (1983). Embarazo humano después de la criopreservación, descongelación y transferencia de un embrión de ocho células. *Naturaleza* 305, 707–709. <https://doi.org/10.1038/305707a0>
- Zegers-Hochschild., F., Crosby-Javier. & Salas-Ibarra, S. (2014). Fundamentos biomédicos y éticos de la criopreservación de embriones. *Revista Médica de Chile*, 142 (7), 896-902. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000700010>

Capítulo IV.

La pérdida perinatal, un duelo incomprendido.

Dra. Cecilia Mota González

Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes

motaceci@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6466-4004>

Se dice que el duelo producto de la muerte de un hijo durante el periodo perinatal, el cual abarca desde el inicio de la gestación hasta 28 días después del nacimiento, es uno de los duelos más devastadores y complicados de resolver y sin embargo, también es de los menos comprendidos por la sociedad.

Un gran número de investigadores desde hace varias décadas han dedicado sus esfuerzos al estudio de este duelo, describiendo las características del impacto emocional en las familias que lo viven (Badenhorst & Hughes, 2007; Bennett *et al*, 2005; Hutti, *et al*, 2017), así como enfocándose en la medición de su intensidad (Hutti *et al*, 2013; Toedter *et al*, 1988). Estudios más recientes se han abocado a conocer los mecanismos psicológicos subyacentes y a elaborar modelos predictivos (Cacciatore & Thieleman, 2019; Lafarge *et al*, 2020; Mota *et al*, 2020), a pesar de las numerosas investigaciones sobre el tema, el duelo perinatal sigue siendo poco visible y /o minimizado tanto en las instituciones de salud como en la sociedad en general. De aquí que el objetivo del presente trabajo fue dar a conocer los aspectos más importantes a fin de apoyar al conocimiento y la comprensión del mismo.

Conceptos fundamentales

Muerte perinatal

Según la Organización Mundial de la Salud (2006), la muerte perinatal se presenta a partir de la semana 22 de gestación hasta la primera semana de vida extrauterina, sin embargo, la mayoría de los autores en sus investigaciones sobre el tema, contemplan el periodo perinatal desde el momento de la concepción hasta el primer mes de vida después del nacimiento, abarcando el aborto espontáneo, óbito fetal, muerte intraparto, muerte transparto y muerte neonatal.

A nivel mundial, cada año se producen 2.6 millones de muertes fetales y 2.9 millones de muertes neonatales (Aiyelaagbe *et al.*, 2017), sin embargo autores como Cassidy (2018)

mencionan que hay un sub-registro de estas muertes debido a que existen en algunos países sistemas deficientes de registro, y es que el 98% de los nacidos muertos se encuentra distribuido entre los países de bajos y medianos recursos (Cruz *et al.*, 2018); en México por ejemplo, tan solo la tasa de muerte fetal tardía, se reporta con rangos entre el 18.5 y 20.8 por cada 1000 nacidos vivos debido a factores de riesgo tales como baja escolaridad, obesidad, tabaquismo y antecedentes de muerte fetal previa (Huerta *et al.*, 2017). Cruz *et al.* (2018) señalan que en nuestro país las principales causas de estos tipos de muerte son complicaciones maternas, del embarazo y del trabajo de parto entre las que destacan anomalías de la placenta así como compresión del cordón umbilical.

Maternidad.

No se puede entender lo traumático que resulta la pérdida perinatal sin tomar en cuenta el significado que tiene la maternidad para las mujeres en la mayoría de las sociedades, ya que la decisión consciente o inconsciente de ser madre implica no solo un proceso biológico sino también emocional y afectivo que involucra cambios a nivel fisiológico y psíquico además, de estar investida de significados culturales que varían dependiendo del contexto socio-histórico que determina las diversas prácticas en torno a ella.

Independientemente de la evolución que ha tenido a lo largo de la historia el concepto de maternidad, esta posee un alto valor en la mayoría de las culturas y es que, la conceptualización surgida en la segunda mitad del siglo XVIII que se liga principalmente a la identidad femenina y al “instinto maternal” se ha transmitido de generación en generación y suele estar vigente en algunas expresiones, que como lo mencionan García y Díaz (2010) traen consigo la imagen de la “buena madre”.

Si bien a partir del ensayo de Simon de Beauvoir *El segundo sexo* en 1949, la maternidad paso a ser vista como una condición sujeta a la decisión de las mujeres y no como una situación innata, sigue siendo considerada por muchas de ellas como una forma de realización, de autodefinición y de lograr un lugar en el espacio tanto público como privado (Mota *et al.*, 2018), además de que se sigue sosteniendo la idea del amor maternal como único e insustituible convirtiendo a las madres en las responsables de todas las consecuencias de la vida de sus hijos (Kassalian, 2019).

Desde este marco de ideas, en la actualidad y en la mayoría de las mujeres, el embarazo haya sido planeado o no, es un acontecimiento plagado de proyectos, emociones positivas y expectativas, ya que lleva implícito la creación de una nueva vida, lejos de pensar que puede traer sufrimiento, dolor e incluso muerte; además, el desarrollo tecnológico y los avances en el campo de la medicina refuerzan las expectativas (Robinson *et al.*, 2010).

Apego y Duelo

Para explicar el impacto psicológico de la muerte perinatal, algunas investigaciones han centrado sus estudios en el tema de la formación del vínculo materno-infantil durante la gestación, por ejemplo, Robinson *et al.* (2010) señalan que la sensación de los movimientos fetales constituyen el tiempo de mayor apego entre el feto y su madre, sin embargo se sabe que la planeación y confirmación del embarazo así como el considerar al hijo como un individuo desde su etapa fetal son elementos que contribuyen a generar el vínculo afectivo con el bebé desde las etapas más tempranas del embarazo (Peppers & Knapp, 1980), en este sentido, ya desde la década de los 70 Rubin (1975) habla de que el vínculo tan estrecho que existe inmediatamente al nacimiento entre la madre y su hijo se desarrolla y estructura desde la gestación, pues desde este periodo las madres son capaces de conceptualizar a su bebé y proyectar la manera en que la presencia de él contribuirá a la vida familiar, por ello, la madre tiene la sensación de conocer bien a su hijo desde el momento del nacimiento (Robinson *et al.*, 2010).

En este mismo sentido, algunos investigadores han señalado que es en el curso de la gestación que las parejas a través de la fantasías anticipan la llegada de su hijo visualizándose en el rol de padres, cargando y cuidando a su hijo e imaginando su color, tamaño y fisonomía, por lo que su pérdida puede ser una experiencia devastadora y traumática (Simpson *et al.*, 2015); incluso, Brazelton y Nugent (1995) señalaron que esta representación del hijo se inicia antes de la concepción, significando la prehistoria de ese vínculo.

El vínculo emocional tan estrecho que une a la madre con su hijo en gestación aunado a que el bebé representa la esperanza de la felicidad, de la trascendencia, así como de una vida mejor, hacen que su muerte durante el periodo perinatal provoque en los padres (principalmente en las mujeres) un duelo traumático difícil de resolver.

Particularidades del Duelo por muerte perinatal

En párrafos anteriores se ha mencionado que la pérdida que causa mayor sufrimiento psicológico de todas las experiencias de muerte que una mujer puede experimentar es quizá la de un hijo que muere en cualquier momento del periodo perinatal. La mayoría de las investigaciones concuerdan en que este tipo de pérdida genera un proceso de duelo con características diferentes de otros (Calderer *et al.*, 2018; Fernández-Ordoñez *et al.*, 2021; Furtado-Eraso *et al.*, 2021), una de las diferencias estriba en que cuando muere un bebé durante la gestación, no se tiene la oportunidad de formar recuerdos tangibles, y que probablemente la muerte ocurre sin que haya un periodo anticipado de dolor (Aiyelaagbe *et al.* 2017).

También, a diferencia de otros tipos de duelo en los que el afecto que se tenía por la persona fallecida progresivamente se vuelve a invertir sobre otra figura, en el caso del feto muerto no hay en donde reubicarlo (Morer *et al.*, 2017). Otro aspecto que marca la diferencia en el duelo perinatal es el hecho de que tampoco existen rituales religiosos que legitimen y reconforten a los padres (Ridaura *et al.*, 2015) y debido a que no existe reconocimiento social para esta muerte, no hay un significante universal, un saber social, ni tampoco un ritual específico; es decir, es un suceso íntimo del que no se habla y que por lo tanto dificulta la simbolización, que es un elemento importante para la resolución del duelo. En este sentido, el estudio de Farrales *et al.* (2020) sobre las experiencias de duelo en madres y padres con pérdida perinatal, destaca que uno de los aspectos más importantes para estos padres es que el duelo sea reconocido por sus familiares y amigos, así como por el personal de salud que los atiende. Lang *et al.* (2011) mencionan tres aspectos en los que los padres experimentan una especie de marginación de su duelo: 1) en su relación de pareja, pues por estigmas en los roles de género, los hombres suelen enmascarar la expresión del duelo para poder desempeñar de una manera “efectiva” el papel de apoyo de su compañera 2) en la relación con los profesionales de la salud, debido a que suelen enfocarse a la atención fisiológica del evento dejando a un lado el aspecto emocional; y 3) cuando interactúan con miembros de la familia extensa y otras personas dentro de su comunidad, quienes también suelen (la mayoría de las veces de manera inconsciente) minimizar el proceso de duelo de los padres.

Un aspecto más que hace tan particular este duelo tiene que ver con que al mismo tiempo que la madre experimenta el dolor de la pérdida también vive el enojo de tener que

sustituir un acontecimiento alegre por uno traumático como lo es un funeral y en algunos casos, también tienen que lidiar con la envidia sentida hacia otras mujeres que han conseguido llegar a término con su embarazo y parir un hijo vivo (Calderer *et al.*, 2018).

Por otro lado, como todo duelo genera síntomas depresivos y ansiosos sin embargo, en el duelo perinatal además las madres suelen experimentar estrés postraumático, pensamientos de muerte, vergüenza, culpa, disminución de la calidad de vida, así como problemas de apego en futuros embarazos. Algunas investigaciones concuerdan en que puede deberse a que este tipo de muerte impacta en la identidad y en la autoestima de ambos padres, pero principalmente en el de la madre (Cacciatore *et al.*, 2013; Wonch, *et al.* 2017).

Se sabe que la sintomatología aguda en la mayoría de los duelos por muerte de personas significativas disminuye con el tiempo, de tal forma que se resuelve entre seis y 12 meses después del fallecimiento; sin embargo, estudios demuestran que en el duelo perinatal la resolución demora hasta cinco años (; Gravensteen *et al.*, 2012; Gravensteen *et al.*, 2018). El trabajo de Kokou-Kpolou *et al.* (2018) referente a explorar el papel de los pensamientos disfuncionales en la sintomatología depresiva después de 10 años de la pérdida perinatal, destaca que las mujeres que sufrieron abortos espontáneos u óbitos suelen presentar síntomas depresivos de mayor intensidad y creencias negativas sobre sí mismas, mientras que quienes sufrieron la pérdida después del nacimiento suelen referir creencias negativas referentes al mundo, lo cual sugiere, a diferencia de lo que se suele creer, que la muerte perinatal temprana genera en las mujeres un impacto psicológico mayor que la muerte tardía.

Algunos síntomas tales como: tristeza profunda, estado de ánimo depresivo, irritabilidad, preocupación, ansiedad, así como los cambios en la alimentación y en los patrones de sueño son considerados parte de la respuesta normal al dolor de la pérdida (Koopmans *et al.*, 2013). El estudio de De Montingy *et al.* (2020) con mujeres canadienses que habían experimentado aborto espontáneo, mostraron altos niveles de depresión en aquellas que no tenían hijos vivos comparadas con las que sí los tenían, por el contrario, los niveles bajos en depresión se presentaron en mujeres que tenían una buena calidad en su relación de pareja, así como una adecuada atención en los servicios de salud. Además, se han encontrado otros factores de riesgo tales como, antecedentes de padecimientos psiquiátricos,

causa desconocida de la muerte perinatal, falta de apoyo social (Davoudian *et al.*, 2021), historia de infertilidad, así como edad materna avanzada (Kishimoto *et al.*, 2021).

Se ha visto que algunas madres y padres están en mayor riesgo de desarrollar duelos complicados o trastornos psiquiátricos como el trastorno por estrés postraumático o el trastorno por estrés agudo (Radestad, 2009 citado en Koopmans *et al.*, 2013), además son comunes el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad (Davoudian *et al.*, 2021).

Existen otras manifestaciones del duelo complicado, tales como dificultad marcada para aceptar la pérdida, fuertes sentimientos de culpa, rabia, abandono del sí mismo, alteraciones o detención del curso biográfico y cambios emocionales bruscos (Bermejo *et al.*, 2011). Algunos investigadores han encontrado en sus muestras hasta el 43% de madres que cumplen criterios para duelo complicado (Inati *et al.*, 2018) sobre todo en aquellas que se encuentran en etapas más avanzadas del embarazo y en aquellas en las que la pérdida es muy reciente (Horesh *et al.*, 2018).

La complejidad del duelo perinatal estriba no solo en que se pierde físicamente al hijo(a), sino que alrededor de este tienen lugar una multitud de pérdidas simbólicas secundarias como las esperanzas, expectativas, proyectos y roles. Jaaniste *et al.* (2017) mencionan que los factores que intervienen en la forma en que los padres viven el duelo tienen que ver con: estresores relacionados con la pérdida (circunstancias de la muerte), factores interpersonales (relación de pareja y apoyo social), factores intrapersonales (rasgos neuróticos y estilo de vinculación), y afrontamiento.

Entendiendo el duelo perinatal.

El embarazo, suele marcar un momento importante en la vida de las mujeres, generalmente está rodeado de expectativas y emociones positivas. Tal atmósfera se rompe cuando durante la gestación de manera inesperada sobreviene la pérdida del bebé y entonces la felicidad se transforma en incredulidad, tristeza, desesperanza y culpa; emociones que marcan el inicio del proceso de duelo.

Hutti *et al.* (2017) encontraron tres factores que influyen de manera importante en la intensidad del duelo perinatal:

1) la realidad percibida del embarazo y del feto como una persona real, con características propias que está dentro del útero de la mujer.

2) la congruencia entre la experiencia real de la pérdida y el ideal percibido por la mujer con respecto de cómo debió haberse desarrollado esa experiencia.

3) la habilidad de enfrentar a los demás, es decir, su capacidad para tomar decisiones o llevar a cabo acciones que aumenten esa congruencia.

De acuerdo con estos aspectos, la percepción que tiene una madre de la realidad de su embarazo y del bebé por nacer, será la representación mental del embarazo y del hijo al momento de la pérdida.

Este tipo de duelo también se ha tratado de comprender a través del papel que juegan los pensamientos rumiativos. La rumia se ha relacionado con una predisposición de la personalidad (como rasgo) o con un evento particular (evento traumático) como es el caso de la muerte de un hijo en la etapa perinatal y se puede dividir en dos categorías: la rumia intrusiva, que corresponde a pensamientos repetitivos negativos y no deseados sobre el evento, los cuales generan niveles altos de ansiedad, y la rumia deliberada que contempla los pensamientos repetitivos y enfocados en componentes específicos del evento y que puede dar lugar a cambios positivos (Allbaugh *et al.* 2016; Cann *et al.*, 2011).

En el caso del duelo por muerte perinatal los resultados de algunas investigaciones en mujeres a quienes se les interrumpió el embarazo debido a anomalías congénitas en el feto presentaron los dos tipos de rumia al mismo tiempo, sin embargo la rumiación intrusiva sustituyó a la rumia deliberada a lo largo del tiempo (Lafarge *et al.*, 2020).

El estudio sobre la rumia relacionada al proceso de duelo forma parte del modelo del proceso dual del duelo (Stroebe & Schut, 1999). Este modelo postula que luego de la pérdida de un ser querido, las personas oscilan entre actividades de afrontamiento y procesos cognitivos orientados tanto a la pérdida como a la restauración.

Los procesos orientados a la pérdida corresponden a los intentos de lidiar con los factores estresantes relacionados con la muerte misma y pueden involucrar pensamientos intrusivos, por ejemplo, en el caso de las mujeres con pérdida perinatal el anhelo por el bebé puede estar acompañado de pensamientos y sentimientos de culpa y responsabilidad de la pérdida. Por el

contrario, la orientación a la restauración tiene que ver con lidiar con las consecuencias de la muerte, sean estas materiales (por ejemplo, adaptar el espacio y las cosas destinadas al bebé) o psicológicas, como, construir una identidad diferente a la del maternaje, lo cual va más de acuerdo con la rumia deliberada (Stroebe & Schut, 2010). Estos autores mencionan que la fluctuación entre la orientación a la pérdida y la restauración, permite el ajuste psicológico al duelo al propiciar que las personas enfrenten la realidad de la muerte y al mismo tiempo atiendan los problemas relacionados con su nueva situación evitando por momentos el dolor causado por el fallecimiento de su ser querido, es decir, este modelo explica la “montaña rusa” de emociones que se experimentan dentro del proceso de duelo perinatal (Perry, 2020).

Otro de los modelos teóricos que ayuda a entender cómo enfrentan los padres el proceso de duelo, es el basado en la teoría del apego y la continuidad del vínculo (Field *et al.*, 2005). Dicho modelo señala que ante la imposibilidad de tener cercanía física con su hijo recién nacido, ellos buscan la forma de mantener una cercanía psicológica mientras asimilan la pérdida y reorganizan otra vez su vida. A menudo dicha conexión emocional es facilitada por recuerdos y objetos relacionados con el bebé, dichos objetos les sirven para conectarles con su hijo no vivo. Sin embargo, no hay que perder de vista que los lazos de apego a un feto en desarrollo varían ampliamente entre las mujeres embarazadas y sus parejas y están matizados por creencias personales, sociales y culturales (Perry, 2020).

Otra explicación teórica que ayuda a entender las reacciones de los padres frente a la muerte de su bebé en gestación es la que contempla la pérdida del mundo esperado. Esta involucra la creencia de que el mundo funciona de manera ordenada y predecible y a partir de ello las personas organizan su propia realidad (Parkes, 1971). Desde esta perspectiva, el embarazo para los futuros padres es un acontecimiento biológico que dura aproximadamente 40 semanas y que culmina con el nacimiento de un bebé sano. En esta concepción del mundo no cabe la posibilidad de que algo en el transcurso de la gestación cambie el rumbo de lo esperado e impida la vida del bebé, por lo que la muerte gestacional significa la pérdida de ese mundo predecible y es vivida como un evento traumático difícil de superar, pues esta muerte es no acorde a la lógica de la vida en la que se espera que sean los padres los que mueran primero que los hijos.

Necesidades de los padres en Duelo

Mucho se ha investigado acerca de las necesidades psicosociales de los padres y madres que experimentan la muerte de su hijo antes o a las pocas semanas después del nacimiento para que puedan afrontar de una mejor manera el evento, así como evitar complicaciones psicológicas durante su proceso de duelo; esto involucra, desde la actuación de los equipos de salud en las instituciones hasta las actitudes de sus familiares y de su grupo social.

Se sabe que una de las principales necesidades de los padres en duelo es la del reconocimiento y validación de su dolor y el reconocimiento del feto como un individuo, sin importar la edad gestacional al momento de su muerte, pues a pesar de que los avances tecnológicos y médicos han facilitado la inclusión del bebé no-nato al mundo social de sus padres, parecería que la muerte perinatal coloca a estos bebés en una especie de limbo social, no encajando fácilmente en el imaginario común (Cassidy, 2017) y provocando que sus padres vivan en silencio y en aislamiento su pérdida.

Por otro lado algunas investigaciones (Calderer, 2018; Ferrales *et al.*, 2020) subrayan la necesidad de los padres de tener acceso a una adecuada información por parte del personal socio-sanitario encargado de atenderles en las instituciones de salud en cada uno de los procedimientos que tienen lugar antes, durante y después del nacimiento de su hijo muerto, dicha información debe ser adaptada a las características socioculturales, creencias religiosas y principios de cada pareja, pues esto permite que tengan mayor claridad sobre lo que deseen hacer con el cuerpo de su hijo y la forma de proceder en diferentes aspectos y circunstancias tales como, visitas, solicitud de espacios de privacidad y de tiempo de estar con el bebé después de su muerte, así como de las gestiones administrativas para los servicios funerarios o el egreso hospitalario de la madre.

Actualmente en algunos países existen diferentes protocolos de actuación y atención a la muerte perinatal dentro de los hospitales y clínicas, basados en las necesidades de los padres en duelo (Boyle *et al.*, 2020; Duran-Flores & Casallas-Murillo, 2018) la mayoría de ellos contemplan:

- Animar a los padres a ponerle un nombre a su hijo/a con el objetivo de personalizarlo y crearle un lugar dentro de la familia apoyando así la validación de la pérdida.
- Permitir las expresiones espirituales de acuerdo a las creencias religiosas de cada familia para dar relevancia a la muerte del bebé.
- Permitir la realización de rituales funerarios que promuevan el apoyo social y que ayude a los padres a tener la sensación de que están cumpliendo con su rol.
- La creación de recuerdos que consiste en permitirles tiempo para estar con su bebé cargarlo y abrazarlo, tomar fotografías de él/ella, realizar una impresión de las huellas de pies y manos, conservar la pulsera de identificación y hacer un certificado de nacimiento, entre otras cosas.

Sin embargo, a pesar de que en diversos trabajos se hace referencia a que las llamadas cajas de recuerdos junto con las demás acciones mencionadas facilitan el proceso de duelo en los padres, no existe evidencia sólida de sus resultados ni explicación de los mecanismos psicológicos que las respalden.

El argumento es que todas estas acciones junto con una comunicación clara y empática por parte del equipo de salud favorecen que el duelo perinatal deje de ser un duelo desautorizado y tenga un curso normal. No se puede perder de vista que existen factores de riesgo para que algunos padres desarrollen duelos complicados que pueden disparar o agudizar los trastornos psicopatológicos subyacentes.

En estos casos se hace necesaria una intervención psicológica formal; al respecto, diversos estudios muestran la efectividad de las intervenciones psicosociales, así como la psicoterapia de apoyo en el proceso de duelo, para la reducción de la depresión, ansiedad y la intensidad del duelo perinatal (Corno *et al.*, 2020; Shaohua & Shorey, 2021).

Intervención Psicológica en el duelo perinatal

La psicoterapia puede mejorar el estado emocional de las mujeres y sus parejas y/o familias cuando después de experimentar una pérdida perinatal presentan dificultades para el desarrollo del duelo. Se ha visto que tiene un impacto positivo en los niveles de depresión, ansiedad, estrés postraumático, trastornos de alimentación, preocupación excesiva por la

muerte del bebé y los trastornos del sueño presentes en aquellos padres que presentan dificultades con el afrontamiento de la muerte de sus hijos.

La literatura menciona diferentes tipos de intervención psicoterapéutica tales como la psicoterapia con orientación psicodinámica, terapia cognitivo conductual, psicoterapia interpersonal, consejería para el duelo, terapia de duelo, etc., sin embargo, no existen suficientes investigaciones que evalúen cuál de ellas tiene mayor efectividad en el tratamiento del duelo por pérdida perinatal (Charrois *et al.*, 2020) pero, se ha comprobado que el apoyo psicológico es un instrumento eficaz para facilitar la resolución del duelo, desarrollar nuevos estilos de afrontamiento y minimizar las complicaciones psicofisiológicas. Kirby *et al.* (2017) condujeron un meta-análisis en el cual concluyen que existen diferencias entre los padres que reciben apoyo psicoterapéutico y quienes no en los niveles de auto compasión, depresión, ansiedad, distrés y bienestar reportados por los participantes.

Una de las modalidades de intervención psicológica más utilizada para la atención del duelo perinatal es la psicoterapia de grupo, debido a que brinda a los padres la oportunidad de expresar sus sentimientos y hablar de su pérdida en un ambiente de apoyo seguro, en el que no van a ser juzgados, además, genera redes de apoyo, reconocimiento y validación del duelo. El espacio grupal terapéutico facilita la transferencia horizontal que se refiere al intercambio de relatos y vivencias entre sus miembros y sumado a las intervenciones del terapeuta propician cambios en el ver, sentir y pensar sus experiencias de duelo.

A pesar de que cada historia de vida es única se da el proceso de identificación que favorece la elaboración, en la dinámica producida por la interacción de los miembros del grupo terapéutico, aparecen similitudes en los diferentes relatos que permiten mostrar maneras diferentes de percibir las y/o resolverlas, en este sentido los integrantes del grupo se ayudan a visibilizar entre sí las fortalezas y limitaciones de cada uno, al mismo tiempo al escuchar y entender las expresiones del duelo en su pareja validan el dolor del otro evitando la sobre interpretación que puede complicar el proceso de duelo y poner en riesgo la estructura de la pareja; además la sensación de ser entendidos, la capacidad de ayudar a otros y al mismo tiempo, aprender de estos otros, refuerza la autoestima y disminuye su sintomatología emocional.

Díaz (2011) menciona que dentro de los principales factores que se generan en un proceso terapéutico grupal con personas en duelo que mejoran el estado emocional están: altruismo, cohesión grupal, universalidad, aprendizaje interpersonal, exteriorización, orientación, verbalización, identificación, reactivación de la experiencia de duelo, comprensión de sí mismo, estimulación recíproca y conciencia de la propia realidad, condiciones que generan que mediante la verbalización el afecto se someta a desgaste y se procese.

Los profesionales de la salud ante el duelo perinatal

Los equipos de salud encargados de la atención a la muerte perinatal desempeñan un papel clave en el apoyo a los padres que pasan por ella, ya que requieren brindar información clara sobre las causas de la muerte, los procedimientos médicos a los que serán sometidos tanto los padres como el bebé fallecido, consecuencias del evento a nivel fisiológico y psicológico, futuro reproductivo, proceso de duelo, trámites legales y logísticos, así como soporte futuro, todo ello dentro de una atmósfera cálida de respeto y empatía.

La muerte perinatal genera un impacto psicológico considerable en los profesionales de la salud; se han observado manifestaciones tales como estrés, ansiedad, distanciamiento social, trauma, culpa y depresión entre otros (Valenzuela *et al.*, 2020).

Estos autores mencionan que al igual que los padres los profesionales de la salud, principalmente médicos y enfermeras, esperan que el embarazo culmine con el nacimiento de un niño/a sano, por lo que la muerte les desequilibra, mostrando dificultad para integrar el evento. Ello provoca que generalicen las necesidades de los padres, presenten conductas de resistencia, estilos poco adaptativos de afrontamiento y centren su quehacer en los aspectos puramente fisiológicos tomando distancia emocional de los padres en duelo.

Es bien sabido que la actuación del equipo de salud a lo largo de la gestación, en el momento del parto, durante la estancia hospitalaria de los padres, así como en el seguimiento posterior aporta elementos para facilitar o complicar el desarrollo de duelo en los padres, por lo que la capacitación es un elemento de suma importancia para los profesionales de salud. Se ha comprobado que la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas sobre el manejo del proceso de duelo perinatal a lo largo de la formación académica y durante su labor profesional repercuten en la calidad de la atención trayendo beneficios a los padres,

pero también generando un bienestar físico y psicológico en los profesionales de la salud (Martínez, 2018; Ravaldi *et al.*, 2018). De aquí la importancia del rol que juega el psicólogo dentro del equipo de salud, por un lado apoyando a que los padres y familiares asimilen la experiencia de la muerte y por otro apoyando a los profesionales de la salud en el manejo e integración de la experiencia de muerte perinatal.

Además, es importante que las instituciones de salud cuenten con protocolos unificados de atención y acompañamiento emocional derivados de los manuales de normas y procedimientos apegados a la ética y ajustados por criterios de intervenciones emocionales puntuales delineadas por los profesionales de la salud mental con el fin de facilitar las intervenciones de los profesionales de la salud tanto a los padres como a los médicos y enfermeras, pues el acompañamiento en el duelo perinatal no debe ser un acto improvisado a partir de lugares comunes y conducido solamente por el sentido común, sino por el contrario deben ser acciones basadas en conocimientos sólidos sobre los procesos psicológicos.

Por otro lado las instituciones de salud deben realizar los cambios necesarios para poder ofrecer a los padres en duelo una atención de alta calidad y brindarles los ambientes adecuados (espacios con privacidad y comodidad), así como unidades de cuidados paliativos con personal capacitado que les apoyen en el tránsito de esta etapa dolorosa de una manera menos traumática.

En conclusión, se puede decir que la muerte de un bebé en su etapa perinatal, es de las pérdidas más dolorosas que una familia puede experimentar y el duelo que se genera para asimilarla es un proceso psicológico complejo que implica entender la formación del vínculo gestacional y el significado que tiene para los padres el embarazo, que no solo afecta a los padres y familia nuclear sino también repercute en los equipos de salud, así como en las instituciones. Por lo que se vuelve necesario tomar conciencia de esta problemática y hacerla visible para que los órganos encargados de dictar las líneas de atención en salud establezcan una norma nacional que guíe los protocolos de atención a los padres en duelo perinatal.

Referencias

- Aiyelaagbe E, Scott RE, Holmes V, Lane E, Heazell AEP (2017). Assessing the quality of bereavement care after perinatal death: development and piloting of a questionnaire to assess parents' experiences. *Journal of Obstetric and Gynaecology*. 37(7), 931-936. <https://doi.org/10.1080/01443615.2017.1316710>
- Allbaugh, L. J., Wright, M. O. D., & Folger, S. F. (2016). The role of repetitive thought in determining posttraumatic growth and distress following interpersonal trauma. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29, 21-37. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1015422>.
- Badenhorst, W. & Hughes, P. (2007) Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 249-259. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004>
- Bermejo, J. C., Magaña, M., Villacieros, M., Carabias, R., & Serrano, I. (2011). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista De Psicoterapia*, 22(88), 85-95. <https://doi.org/10.33898/rdp.v22i88.636>
- Brazelton, T. B., & Nugent, J. K. (1995). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. University Press
- Bennett, S. M., Litz, B. T., Lee, B. S., & Maguen, S. (2005). The Scope and Impact of Perinatal Loss: Current Status and Future Directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(2), 180–187. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.2.180>
- Boyle, M., Horey, D., Middleton, P., & Flenady, V. (2020) Clinical practice guidelines for perinatal bereavement care — An overview. *Women and Birth*, 33(2), 107-110 <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.008>.
- Cacciatore, J. & Thieleman, K. (2019) Normal Complications and Abnormal Assumptions After Perinatal Death, MCN, *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44 (1), 6-12. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000486>
- Calderer, A., Obregón, N., Cobo, J., & Goberna, J. (2018) .Muerte perinatal: acompañamiento a mujeres y parejas. (2018) *Matronas Profesión*. 19(3), 41-47. https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/10/RevBiblio_Muerte-perinatal.pdf
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24, 137-156. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.529901>.
- Cassidy, P. R. (2018). Estadísticas y tasas de mortalidad intrauterina, neonatal y perinatal en España. *Revista Muerte y Duelo Perinatal*, 6, 23–34. <http://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/06/Muerte-y-Duelo-Perinatal-Numero-4.pdf#page=25>
- Cassidy, P. R. (2017) La vida social del bebé no-nato: la comprensión de la naturaleza del duelo perinatal. *Revista Muerte y Duelo Perinatal*, 2, 29-36

- https://www.researchgate.net/profile/Paul-Cassidy-9/publication/325810426_La_vida_social_del_bebe_no-nato/links/5b263ae3aca272277fb5e6a0/La-vida-social-del-bebe-no-nato.pdf
- Charrois, E., Bright, K., Wajid, A., Mughal, M., Hayden, K. & Kingston, D. (2020) Effectiveness of psychotherapeutic interventions on psychological distress in women who have experienced perinatal loss: a systematic review protocol. *Systematic Reviews* 9(1), 2-8 <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01387-6>
- Corno, G., Bouchard, S., Baños, R. M., Rivard, M. C., Verdon, C., & de Montigny, F. (2020). Providing Psychological and Emotional Support After Perinatal Loss: Protocol for a Virtual Reality-Based Intervention. *Frontiers in psychology*, 11, 1262. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01262>
- Cruz, A. L. R., Lara, L. E., & Castillo, C. J. A. (2018) Comparación de causas de muerte fetal en el estado de guanajuato durante 2016. *Jóvenes en la Ciencia*, 4(1), 334-338. <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/2374>
- Davoudian, T., Gibbins, K., & Cirino, N. (2021) Perinatal Loss: The Impact on Maternal Mental Health, *Obstetrical & Gynecological Survey*, 76 (4), 223-233 <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000874>
- De Montigny, F., Verdon, C., Meunier, S., Gervais, C., & Coté, I. (2020). Protective and risk factors for women's mental health after a spontaneous abortion. *Revista Latinoamericana De Enfermagem*, 28, 1-11 <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3382>.
- Díaz C., J. (2011). Estudio de variables asociadas a la psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 93-107. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100007&lng=es&tlng=pt.
- Durán-Flórez, M. E., & Casallas-Murillo, D. M.. (2018). Evaluación del cumplimiento de la guía en salud mental para atención de duelo perinatal en el ámbito hospitalario. *Psicología Y Salud*, 29(1), 91-102. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i1.2571>
- Farralles, L., Cacciatore, J., Jonas-Simpson, C., Dharamsi, S., Ascher, J., & Klein, M. (2020) What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study. *BMC, Psychology*, 8(1), 1-8 <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0385-x>
- Fernández-Ordoñez, E., González-Cano, C. M, Guerra-Marmolejo, C. Fernández-Fernández, E., & García-Gámez, M. (2021) Perinatal Grief and Post-Traumatic Stress Disorder in Pregnancy after Perinatal Loss: A Longitudinal Study Protocol. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*. 18 (6), 2874. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062874>
- Field NP, Gao B, Paderna L. (2005) Continuing bonds in bereavement: an attachment theory based perspective. *Death Studies*, 29(4),277-299. <https://doi.org/10.1080/07481180590923689>

- Furtado-Eraso, S., Escalada-Hernández, P., & Marín-Fernández, B. (2021). Integrative Review of Emotional Care Following Perinatal Loss. *Western Journal of Nursing Research*, 43(5), 489–504. <https://doi.org/10.1177/0193945920954448>
- García, D. y Díaz, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36 (4), 330-342. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400007&lng=es&tlng=es.
- Gravensteen, I. K., Jacobsen, E. M., Sandset, P. M., Helgadóttir, L. B., Radestad, I., Sandvik, E. (2018) Healthcare utilisation, induced labour and caesarean section in the pregnancy after stillbirth: a prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* . 125(2), 202-210. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14750>
- Gravensteen, I. K., Helgadóttir, L. B., Jacobsen, E.-M., Sandset, P. M., & Ekeberg, Ø.. (2012). Long-term impact of intrauterine fetal death on quality of life and depression: a case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 43. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-43>
- Horesh, D., Nukrian, M., & Bialik, Y. (2018) To lose an unborn child: Post-traumatic stress disorder and major depressive disorder following pregnancy loss among Israeli women, *General Hospital Psychiatry*, 53, 95-100 <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.02.003>.
- Huerta, J.O., Pérez, S.S., De Jesús, G.A., Jiménez, B. M. V., & Sandoval, J. L. (2017) Factores asociados con muerte fetal en un hospital de segundo nivel de atención en Cancún, Quintana Roo. *Revista CONAMED*. 22(1), 5-10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con171b.pdf>
- Hutti, M., Armstrong, D., & Myers, J. (2013) Evaluation of the Perinatal Grief Intensity Scale in the Subsequent Pregnancy After Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(6), 697-706 <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12249>.
- Hutti, M., Myers, J., Hall, L., Polivka, B., White, S., Hill, J., Kloenne, E., Hayden, & McGrew Grisanti, M. (2017) Predicting grief intensity after recent perinatal loss. *Journal of Psychosomatic Research*, 101, 128-134 <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.07.016>.
- Inati, V., Matic, M., Phillips, C., Maconachie, N., Vanderhook, F., & Kent, A. L. (2018). A survey of the experiences of families with bereavement support services following a perinatal loss. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 58(1), 54-63. <https://doi.org/10.1111/ajo.12661>
- Jaaniste, T., Coombs, S., Donnelly, T.J., Kelk, N., & Beston, D. (2017) Risk and resilience factors related to parental bereavement following the death of a child with a life-limiting condition. *Children (Basel)*. 4 (96), 2-22. <https://doi.org/10.3390/children4110096>
- Kassalian, A. (2019) *La idealización de la maternidad y su impacto en el psiquismo ante la muerte perinatal*. [Tesis de licenciatura, Universidad de la República] Repositorio de

la Universidad de la República de Uruguay
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/22998>

- Kirby, J. N., Tellegen, C., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behaviour Therapy*, 48(6), 778–792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Kishimoto, M., Yamaguchi, A., Niimura, M., Mizumoto, M., Hikitsuchi, T., Ogawa, K., Ozawa, N., & Tachibana, Y. (2021). Factors affecting the grieving process after perinatal loss. *BMC Women's Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01457-4>
- Kokou-Kpolou, C., Menick, D., Moukouta, C. & Ngameni, E. (2018). Association between mourning, depression and somatic symptoms. Results from a sample of west african immigrants in Europe. *Revue européenne des migrations internationales*, 34, 159-186. <https://doi.org/10.4000/remi.10930>
- Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., & Flenady, V.. (2013). Support for mothers, fathers, and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 6, 1-19 <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000452.pub3>
- Lafarge, C., Usher, L., Mitchell, K., & Fox, P. (2020). The role of rumination in adjusting to termination of pregnancy for fetal abnormality: Rumination as a predictor and mediator of posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 101–109. <https://doi.org/10.1037/tra0000440>
- Lang, A., Fleiszer, A.R., Duhamel, F., Sword, W., Gilbert, K.R., & Corsini-Munt, S. (2011). Perinatal loss and parental grief: The challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *Omega: Journal of Death and Dying*, 63(2), 183–196. <https://doi.org/10.2190/OM.63.2.e>
- Martínez C. (2018) El profesional de enfermería ante el duelo por muerte perinatal. *Enferm Investiga*, 3(1), 10–15. <https://doi.org/10.29033/ei.v3n1.2018.03>
- Morer B. B., Ayala, C.B., Boullón, G.A., Burillo, G.M., & Gracia, R.MJ. (2017). El duelo perinatal por la muerte gestacional tardía. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. 63, 85-90 <https://www.seypna.com/documentos/articulos/psiquiatria-63/07-morer-et-al.pdf>
- Mota, G. C., Calleja, B., Sánchez, B. C., & Carreño, M. J. (2019) Escala de creencias sobre la maternidad: Construcción y Validación en Mujeres Mexicanas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*. 50(1), 163-172 <https://doi.org/10.21865/RIDEP50.1.13>
- Parkes CM. Psycho-social transition: a field of study (1971) *Social Science & Medicine*, 5(2),101-115. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(71\)90091-6](https://doi.org/10.1016/0037-7856(71)90091-6)
- Peppers, L. G., & Knapp, R.J. (1980). *Motherhood and mourning: Perinatal death*. Praeger Publishers.

- Perry, B. B. (2020) Stillbirth at Term: Grief Theories for Care of Bereaved Women and Families in Intrapartum Settings. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(3), 316-322. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13108>
- Ravaldi, C., Levi, M., Angeli, E., Romeo, G., Biffino, M., Bonaiuti, R., & Vannacci, A. (2018). Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs?. *Midwifery*, 64, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.008>
- Ridaura, I., Penelo, E., & Raich, R. (2017) Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*, 29(1), 43-48 <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.151>
- Robinson, M., Baker, L., & Nackerud, L. (2010) The relationship of attachment theory and perinatal loss. *Death Studies*, 23 (3), 257-270 <http://dx.doi.org/10.1080/074811899201073>
- Rubin, R. (1975) Maternal tasks in pregnancy. *Maternal Child Nursing*, 4, 143–153. <https://doi.org/101111/j.1365-2648.1976.tb00921.x>
- Shaohua, L. & Shorey, S. (2021) Psychosocial interventions on psychological outcomes of parents with perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 117, 103871. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103871>
- Simpson, C, Lee, P, & Lionel, J. (2015) The Effect of Bereavement Counseling on Women with Psychological Problems Associated with Late Pregnancy Loss. *Journal of Asian Midwives*, 2(2), 5–20. <https://ecommons.aku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1025&context=jam>
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death studies*, 23(3), 197–224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 61(4), 273–289. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>
- Toedter, L.J., Lasker, J.N. and Alhadeff, J.M. (1988), The perinatal grief scale: Development and Initial Validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 435-449. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1988.tb01604.x>
- Valenzuela, M. T., Bernales, M., & Jaña, P. (2020). Duelo perinatal: Perspectivas de los Profesionales de la Salud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(3), 281-305. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000300281>
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43444>

Aspectos Psicológicos de los problemas reproductivos
*es un libro editado y publicado por la editorial UTP en
presentación electrónica de descarga libre, publicado el 24 de
mayo del 2022.*