



## Percepciones sobre maternidad, riesgo obstétrico y planificación familiar en mujeres con enfermedad crónica que fueron madres

### Perceptions of motherhood, obstetric risk and family planning in women with chronic illness who were mothers

### Percepções da maternidade, risco obstétrico e planejamento familiar em mulheres com doenças crônicas que eram mães

Yesica Yolanda Rangel Flores<sup>1\*</sup>, Lendy Lorena Martínez Hernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Doctora en Ciencias Sociales. Coordinadora de la Maestría en Salud Pública. Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5673-6891>; correo electrónico: yesica.rangel@uaslp.mx

<sup>2</sup> Licenciada en Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3573-0532>; correo electrónico: lendymh21@gmail.com

\*Correspondencia: Av. Niño Artillero #130, Zona Universitaria. CP 78240. San Luis Potosí, S.L.P. México. Teléfono (555) 4448262300 ext. 5083

Cómo citar este artículo: Rangel- Flores, Y.Y., & Martínez-Hernández, L.L. (2022). Percepciones sobre maternidad, riesgo obstétrico y planificación familiar en mujeres con enfermedad crónica que fueron madres. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 26(64). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022.64.04>

Received: 24/07/2022  
Accepted: 12/09/2022



Copyright: © 2022. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

**Abstract:** Objective: To analyze the perceptions that a group of women have about maternity, obstetric risk and family planning who, knowing that they were diagnosed with chronic diseases, assumed the experience of pregnancy and childbirth. Methodology: Qualitative study. The informants were summoned through convenience sampling and “snowballing”. Individual semi-structured interviews were applied to nine women who recognized themselves as having a chronic non-communicable disease. The data analysis was carried out with the Grounded Theory proposal with emergent design. Results: Motherhood is considered an unavoidable event in the life project of women, even those who have been informed of the risk. There is little awareness of the impact the disease can have on your reproductive life. Family planning is seen as a strategy for procreation, classifying it as a general option for all people, without being able to elucidate its relevance for their individual situation. There is also a late identification of risk pregnancies and a delayed prenatal control. Conclusions: The communication of reproductive risk is ineffective because it is constructed outside the social imaginary of women, family planning is seen as an imposition and not as a human right of women.



**Keywords:** Reproductive risk; chronic diseases; reproductive health; family planning; maternal health.

**Resumen:** Objetivo: Analizar las percepciones que sobre maternidad, riesgo obstétrico y planificación familiar tiene un grupo de mujeres que sabiéndose diagnosticadas con enfermedades crónicas, asumieron la experiencia del embarazo y parto. Metodología: Estudio cualitativo. Se convocó a las informantes mediante muestreo por conveniencia y “bola de nieve”. Se aplicaron entrevistas semi-estructuradas individuales a nueve mujeres que se reconocían diagnosticadas con una enfermedad crónica no transmisible. El análisis de datos se realizó con la propuesta de Teoría Fundamentada con diseño emergente. Resultados: La maternidad es considerada como un evento ineludible en el proyecto de vida de las mujeres, aun de aquellas que han sido informadas del riesgo. Existe poca consciencia del impacto que la enfermedad puede tener sobre su vida reproductiva. La planificación familiar es vista como una estrategia para la procreación, catalogándola como una opción general para todas las personas, sin alcanzar a dilucidar la relevancia que tiene para su situación individual. Existe además una identificación tardía de embarazos de riesgo y un control prenatal retrasado. Conclusiones: La comunicación del riesgo reproductivo es inefectiva porque se construye ajena a los imaginarios sociales de las mujeres, la planificación familiar es vista como una imposición y no como un derecho humano de las mujeres.

**Palabras clave:** Riesgo reproductivo; enfermedades crónicas; salud reproductiva; planificación familiar; salud materna.

**Resumo:** Objetivo: Analisar as percepções que um grupo de mulheres tem sobre a maternidade, o risco obstétrico e o planejamento familiar que, sabendo ser diagnosticadas com doenças crônicas, assumiram a experiência da gravidez e do parto. Metodologia: Estudo qualitativo. Os informantes foram convocados por amostragem de conveniência e “bola de neve”. Entrevistas individuais semiestruturadas foram aplicadas a nove mulheres que se reconheciam portadoras de doença crônica não transmissível. A análise dos dados foi realizada com a proposta da Teoria Fundamentada nos Dados com desenho emergente. Resultados: a maternidade é considerada um evento inevitável no projeto de vida das mulheres, mesmo aquelas que foram informadas do risco. Há pouca consciência do impacto que a doença pode ter em sua vida reproductiva. O planejamento familiar é visto como uma estratégia de procriação, classificando-o como uma opção geral para todas as pessoas, sem poder elucidar sua relevância para sua situação individual. Há também identificação tardia de gestações de risco e controle pré-natal tardio. Conclusões: A comunicação do risco reproductivo é ineficaz porque é construída fora do imaginário social da mulher, o planejamento familiar é visto como uma imposição e não como um direito humano das mulheres.

**Palavras-chave:** Risco reproductivo; doenças crônicas; saúde reproductiva; planejamento familiar; saúde materna.



## INTRODUCCIÓN

Entre el 70 y 75% de las muertes maternas son atribuidas a factores de riesgo preconceptionales, uno de los más citados es el cursar una Enfermedad Crónica no Transmisible (ECNT). En México una proporción importante de las muertes maternas ocurren de manera indirecta, es decir, asociadas a condiciones de enfermedad previas a la gestación, pero que derivado de las demandas fisiológicas que embarazo y parto conllevan, desencadenan complicaciones y evolucionan a la muerte (OMS, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la incidencia de las ECNT en mujeres en etapa reproductiva muestra incremento, destacando entre estas las enfermedades de tipo cardiovascular, crónicas respiratorias, diabetes y cáncer (OMS, 2019). Aunque las ECNT son más frecuentes en grupos etarios avanzados, 15 millones de las muertes atribuidas al desarrollo de este tipo de enfermedades se producen entre los 30 y 69 años, y más del 85% de estas muertes prematuras ocurren en países de bajos y medianos ingresos (OMS, 2019). Además, las ECNT tienen un efecto negativo considerable sobre la salud materna (OMS, 2020).

La Planificación Familiar (PF) constituye la herramienta más importante para hacer frente al riesgo reproductivo, amén de constituir un derecho humano y sexual/reproductivo. La PF es una actividad estratégica dentro de las políticas y programas dirigidas a garantizar la salud sexual y reproductiva de forma integral.

Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva se sustentan tanto en aspectos biológicos como en las condiciones sociales que existen en cada contexto particular, por esto es que son transversalizadas por dos perspectivas fundamentales, la de género y la intercultural, enfoques teóricos metodológicos que posibilitan comprender la complejidad que entrama el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, no sólo como una variable biológica sino como un derecho humano y ciudadano. Estos enfoques se tornan particularmente útiles, cuando se trabaja con una población cuya diversidad cultural complejiza la comunicación del riesgo y consecuentemente el desarrollo de empoderamiento para hacer uso de los métodos anticonceptivos disponibles.

Actualmente el personal sanitario continúa preguntándose ¿Por qué esa mujer en situación de enfermedad crónica no evitó ser madre si sabía el riesgo que implicaba?, aunque la pregunta fundamental sería ¿Esta mujer había desarrollado una percepción realista sobre su riesgo reproductivo? Y si fue así ¿Cuál fue la oportunidad que tuvo para decidir de manera informada sobre tener o no hijos, o cuando tenerlos? Y ¿Cuál fue la accesibilidad que tuvo a los métodos de anticoncepción? Las preguntas anteriores sólo podrían responderse mediante un acercamiento antropológico a la percepción y gestión del riesgo reproductivo.

La percepción que las personas construyen frente al riesgo, –en este caso específico frente al riesgo reproductivo–, no es una condición homogénea sino que está atravesada por un sin fin de aspectos socioculturales. Las personas dan más o menos relevancia a un peligro, en medida que lo ponderan en relación a otros valores individuales que poseen, los cuales han aprendido en su socialización como sujetos colectivos, en dicho tenor,



resulta indispensable generar investigación que posibilite comprender cuáles son esos “otros valores” contra los cuales las mujeres ponderan el riesgo reproductivo al momento de ejercer su sexualidad y capacidad reproductiva.

Los significados culturales determinan la priorización que las personas hacen de sus riesgos, ya sea a partir de experiencias previas directas o indirectas, vividas por ellos mismos o por quienes les rodean. En el sentido anterior, resulta pertinente problematizar el significado que adquiere la maternidad dentro de contextos patriarcales como los que prevalecen en América Latina, en los que poco se habla de sexualidad, focalizando el discurso y la intervención en la reproducción. Contextos en los que se continúa produciendo y reproduciendo el imaginario de que el fin de las mujeres es la maternidad, y consecuentemente, ser madre se constituye en el mecanismo más aceptado y asequible de legitimación social para este grupo. Contextos en los que desde la infancia se educa desde estereotipos que reafirman la esfera productiva como exclusiva de los varones, en tanto se espera que las mujeres cumplan con las tareas reproductivas, particularmente con el ser madre.

Con base en lo anterior, es necesario dar cuenta de que la inclusión de las mujeres al ámbito social ha sido construida a partir de su “capacidad reproductora”, la cual exige su dedicación a la crianza y legitima con esto su pertenencia al espacio doméstico (González, Royo y Silvestre; 2020), con esto como primicia, la maternidad se configura desde lo social como una exigencia social para mantener el estatus Quo, lo que da pauta para entender por qué las mujeres “eligen” ser madres aun a costa del riesgo de muerte.

Muchos de los embarazos y partos que cobran la vida de las mujeres, son resultado de presiones culturales para asumir poner en riesgo la propia vida a cambio de la legitimidad social que implica y trae consigo la maternidad, estas presiones favorecen también la existencia de maternidades tempranas, tardías y periodos intergenésicos en extremo cortos, todas estas condiciones, potenciadoras del riesgo reproductivo (Saletti, 2008: 172).

Otra cuestión que es preciso profundizar tiene que ver con las fuentes de información a las que se accede para configurar la percepción del riesgo reproductivo, particularmente cuando se ha documentado que la comunicación del riesgo no está transversalizada por enfoques de derechos humanos, interculturalidad y género (Rangel, 2014), los cuales son necesarios para construir discursos sobre el riesgo comprensibles y aplicables a los contextos reales en los que estas mujeres se desempeñan. En el tenor de lo antes expuesto, el objetivo de esta investigación es analizar la percepción que sobre maternidad, riesgo obstétrico y planificación familiar tiene un grupo de mujeres que sabiéndose diagnosticadas con enfermedades crónicas, asumieron la experiencia del embarazo y parto.

## METODOLOGÍA

Estudio cualitativo con alcance descriptivo y exploratorio, realizado entre 2019-2020. Se determinó pertinente hacer una investigación de tipo cualitativo considerando que esta posibilita indagar sobre las percepciones y experiencias que las personas tienen en relación a los acontecimientos que les rodean (Hernández, 2014). Se entrevistó a nueve mujeres diagnosticadas con alguna ECNT, utilizando como estrategia de selección el muestreo con propósito o intencional, que consiste en seleccionar a participantes que puedan brindar mayor información del fenómeno a estudiar (Ulin, Robinson & Tolley; 2006). En la



inmersión en el trabajo de campo se identificó pertinente implementar para la recuperación de más informantes, la estrategia de “bola de nieve”, técnica que permite la identificación de participantes a partir de un primer informante (Pérez, et al., 2017). El único criterio que debía cubrirse es que las mujeres se reconocieran diagnosticadas de una enfermedad y tuviesen el antecedente que haberse incorporado a la atención médica para su control y seguimiento.

Las informantes fueron contactas mediante visita domiciliaria y todas firmaron el consentimiento informado, en la investigación les fueron garantizados todos los derechos que establecen los estándares éticos y legales establecidos por documentos normativos nacionales e internacionales en investigación en salud. Se les informó de manera clara y profunda sobre el objetivo de la investigación, se garantizó su anonimato y les fue comunicado su libertad de retirarse del estudio en cualquier momento y sin perjuicio alguno. Las entrevistas fueron realizadas en el lugar y la hora elegidos por las informantes. El estudio fue aprobado y monitoreado en su aplicación por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición con registro CEIFE-2019-318.

La información se obtuvo a través de entrevistas individuales basadas en un guión de preguntas semiestructurado, con una duración de aproximadamente 60 minutos. En la primera parte de la entrevista se exploró datos sociodemográficos y socio culturales, en la segunda se profundizó sobre la experiencia en el diagnóstico y la evolución de las ECNT, los antecedentes sexuales y reproductivos, así como sobre las condiciones sociales y culturales que prevalecían al momento del embarazo.

La entrevista fue realizada por una sola de las investigadoras y fue audio grabada previa aplicación de consentimiento informado. El análisis de los datos se elaboró mediante Teoría Fundamentada de Strauss & Corbin con diseño emergente aplicando de manera manual la estrategia de codificación abierta, axial y selectiva (Hernández, 2014).

## RESULTADOS

### Descripción de las condiciones sociodemográficas de las participantes:

Se entrevistó a un total de nueve mujeres cuyo promedio de edad fue de 37.4 años, el 66.6% refirió vivir en matrimonio, el resto en unión libre. La mayor parte refirió la secundaria como nivel de máxima escolaridad (44.4%) y casi 78% se dijo dedicada al trabajo no remunerado en el hogar. En lo que respecta a la religión, el 66.6% se refirió católica y sólo 44.4% dijo contar con seguridad social.

En lo que se refiere al perfil de las enfermedades crónicas con que han sido diagnosticadas, el 44.4% dijo haber sido diagnosticada de Diabetes Mellitus, el 33.3% de Hipertensión Arterial, y en mínima proporción con hipotiroidismo y epilepsia. Una de las mujeres diabéticas refirió además un cuadro de artritis, y otra del mismo grupo hipertriglicéridemia e hipercolesterolemia. Respecto a la trayectoria con la enfermedad, se reportó un promedio de 17 años de haber sido diagnosticadas con la enfermedad, con una mínima de 8 y una máxima de 30 años. Todas las participantes dijeron estar tomando tratamiento alópata, aunque una de ellas refirió complementarlo con medicina alternativa.



El promedio de edad de inicio de vida sexual fue de 17.1 años, con una mínima de 11 y una máxima de 25. El 77.7% refirió haber usado un método anticonceptivo por lo menos una vez en su vida, de estas, 33.3% usó el dispositivo intrauterino y 11.1% la píldora anticonceptiva, el resto reportó haber recurrido de manera esporádica al uso de preservativo.

El 66.6% dijo no haber desarrollado complicación durante el embarazo, 22.2% haber desarrollado crisis hipertensivas que implicaron hospitalización, 11.1% refirió presentar oligohidramnios y 11.1% descompensaciones de glucosa de difícil control. En lo que respecta al parto, el 66.6% dijo no haber presentado complicaciones, 11.1% haber tenido un hijo macrosómico, 11.1% haber tenido un hijo prematuro, y un porcentaje igual, un hijo con malformaciones congénitas. Respecto a pérdidas por aborto y óbito, 11.1% refirió la experiencia de un aborto y 22.2% de óbito fetal.

#### **Categorías que se mostraron más consolidadas en el análisis de las entrevistas:**

El riesgo reproductivo como una situación que se conoce, pero se piensa inevitable. La mayoría narró haber sido informada sobre los riesgos que implicaba el embarazo y parto en su situación de enfermedad crónica, sin embargo, ninguna contempló posible negarse la oportunidad de la maternidad, incluso pese a la comunicación del riesgo que hizo el personal de salud.

“Ya pasando el tiempo si me preocupaba, porque pues te decían muchas cosas “que no puedes tener hijos” “que te puede dar cáncer de tiroides” “que la pastillita que te dan de la tiroides te daña los huesos y como la tomas en ayunas pues te da gastritis” (Sarahí)

“Pues me decían que en el momento en que yo me llegaré a embarazar pues tenía que tener muchos cuidados, porque ya la presión ya la tenía alta y como no se me bajaba, pues más alta se iba a poner” (Angelina)

Una de las mujeres narró de manera chusca como desafío una muerte que le había sido comunicada por anticipado, contemplándose a sí misma como una mujer cuya fortaleza desafió los pronósticos del personal médico.

“Desde un principio insulina, insulina, insulina, y me dijeron que supuestamente era de 10 años estar con insulina, que me iba a morir si tenía un hijo, pero ahorita ya llevo más de 10 años, tengo al niño y aquí estamos todavía” (risas). (Valeria)

Dos de las mujeres narraron haber sido comunicadas sobre el riesgo en un contexto diferente, el personal convino con ellas buscar el embarazo en el momento de menor riesgo posible.

“Pues como uno esta chica ni captas mucho [de la comunicación del riesgo obstétrico con una enfermedad crónica], pero digamos que ya con el paso del tiempo uno se da cuenta, te das cuenta que hay cosas que no puede uno hacer, me dijo el doctor que sí se podía pero no ahorita, él me dijo cuando” (Natalia)



### *Ser madre como sentido de vida*

Cuando se recibe el diagnóstico de la enfermedad, esta es vista como una condición que exigirá la adecuación de estilos de vida, principalmente en lo que se refiere a la alimentación, actividad física y consumo de medicamentos. Solo una de las mujeres habló de haber pensado en el impacto que la enfermedad tendría en su proyecto de vida reproductivo.

“Con mi esposo dure como 4 o 5 años de novios y mi mamá si le dijo “pues si mi hija esta enferma de esto, esto y esto” ya cuando nos íbamos a casar le dijo que pues realmente por la enfermedad que yo tenía no sabía si iba a poder tener hijos, entonces ya, pues si ha sido un proceso bien difícil” (Sarahí)

Para otra de las mujeres, estar enferma no representó dentro de su imaginario, un mayor riesgo de muerte materna o perinatal. Lo que le generaba angustia al pensar en ser madre, es que su condición de enfermedad afectaría su desempeño para ejercer tal rol.

“A mi sí [me preocupa], porque yo digo ¿que tal nace mal o con diabetes? a mí por eso me preocupaba, porque yo digo ¿para que voy a traer un hijo al mundo y enfermo para que nada mas venga a sufrir?” (Bertha)

### *El riesgo se asume aunque no se dimensiona*

Varias narraron ser conscientes desde un inicio de su gestación sobre las posibilidades de complicación, aunque la mayoría minimizó en sus narrativas los alcances que este riesgo trae.

“Ya ves que teniendo la presión alta pues si uno va a caer en lo que es la preeclampsia, ajá, yo sabía, ya sabía” (Angelina)

“Sí tenía la idea porque yo estaba enferma y por eso me esperaba más [complicaciones], yo así pensaba, pero no le decía a nadie, nomas yo lo pensaba para mí” (Bertha)

Valeria con diferencia de las mujeres anteriores, sabía que el riesgo implicaba la posibilidad de muerte en su hija, sin embargo, tal como lo narra, evidencia que en la vida de las mujeres lo prioritario es ser madre.

“Estas consciente de que eres diabética y que tu niña puede..., que sí, si te quedas embarazada tu niña puede no nacer viva, pero no, yo creo que una no debe estar pensando solo en eso, porque no podemos vivir”. (Valeria)

### *El riesgo materno como una condición generalizable en las mujeres*

La información que sobre planificación familiar realiza el personal sanitario, se caracteriza a decir de estas mujeres, por ser generalizable y sin abordajes para la consejería individual. Esto coloca el riesgo en un plano de ambigüedad, puesto que estas mujeres





reciben información general que no precisa como su condición de enfermedad crónica potencia el riesgo de muerte materna y perinatal.

Todas refirieron haber recibido información en materia de planificación familiar a partir de una metodología grupal, la cual no propició que preguntaran sobre su situación particular, y lo que es más, favoreció que pensarán que el riesgo reproductivo y obstétrico que enfrentaban era una situación ineludible que compartían con el resto de las mujeres en general.

“Es que nos hacían como pláticas entre muchas mujeres, eran pláticas generales, no sé cómo se les diga, pero eran pláticas que nos daban a todas, no nomás a una o a las que estaban enfermas”

Sólo una de las mujeres refirió haber recibido consejería específica sobre el riesgo obstétrico, sin embargo esto fue hasta que ya cursaba el primer embarazo, nunca antes se le había hablado al respecto. Esta información también se hizo llegar de manera grupal a mujeres que como ella, cursaban con diabetes previo al embarazo.

“Como le digo, me llevaron al hospital, ahí era tener pláticas de eso [PF] te decían que probabilidades tienes de que por embarazarte tú también te fallezcas en el embarazo o en el parto, también eso de que dentro de ti eso que está creciendo absorbe toda tu glucosa, que toda la azúcar que tú comes ellos la absorben y conforme eso, ellos van creciendo y creciendo y creciendo, que por eso no íbamos a poder tener un bebé así de dos kilos, dos y medio y por eso, eso nos explicaron” (Valeria).

### *El riesgo que se conoce, pero se ignora*

Pese a que las usuarias acudían de manera regular a consulta para el control de su enfermedad, en estas consultas no se exploraban cuestiones reproductivas sino que se centraban exclusivamente en su ECNT. Lo anterior, sumado a que carecen de conocimiento sobre sus ciclos (menstruales y ováricos), contribuye a que se identifique tardíamente el inicio del embarazo y consecuentemente a que se postergue la búsqueda de la atención prenatal.

“Pues yo me di cuenta que estaba embarazada hasta los 4 meses de embarazo, no me di cuenta porque yo no reglaba, duré mucho tiempo que yo no reglaba, entonces cuando yo me enteré porque fui al doctor a un chequeo y me dijeron que estaba embarazada de la niña, yo ya tenía 4 meses” (Bertha)

### *La planificación familiar como una opción lejana y no como un derecho*

Las definiciones que hacen las informantes sobre que es la planificación familiar, resultaron en particular interesantes, toda vez que en su totalidad la definieron como una estrategia para ejercer su derecho a cuándo y cuantos hijos tener, más no como una





herramienta que les posibilite ejercer su derecho a no tenerlos, toda vez que esta experiencia puede atentar contra sus vidas.

“Planificación familiar es cuando, o sea, utilizar algún método para no tener hijos muy seguidos, tener distanciados o también para cuidarnos también para que no nos peguen ninguna infección” (Angelina).

“Planificación familiar es cuando uno ya no debe tener hijos demasiados hijos, sino más bien que sean pocos” (Bertha).

Lo que es más, algunas mujeres contemplan la PF como una estrategia ajena a ellas y sus decisiones, sino más bien como una política institucional que las coacciona para no tener más hijos, sin alcanzar a dar cuenta que la reproducción depende incluso no sólo de sus voluntades sino del estado de salud de sus cuerpos, los cuales no siempre quedan en las mejores condiciones para soportar un nuevo embarazo.

“De hecho yo no me quería poner ningún método y me dijeron en el hospital “¿sabes que si no te pones nada no te podemos dar de alta? tú eres diabética y si no tienes método anticonceptivo tu no sales de aquí” y por eso opte por el DIU, y nada el DIU nada más duré como un año y medio y me quedé embarazada” (Valeria).

## DISCUSIÓN

Este estudio constata a través de las narrativas que las mujeres construyeron, que la presencia de una enfermedad no figura en su imaginario como una situación con impacto potencial en sus procesos reproductivos. De manera específica, estas mujeres no observan su condición de enfermedad como una limitante para buscar y concretar la maternidad, particularmente, porque anteponen el valor que socialmente se adjudica a su función en la crianza y le asumen como una función biológica y social que deben concretar como parte de su proyecto de vida, incluso aun cuando esto implique una alta probabilidad de enfermedad y muerte.

La maternidad parecer ser buscada por las mujeres, independientemente de su estado de salud o en la presencia de enfermedad, porque la contemplan como símbolo y función fundamental de su feminidad, toda vez que desde pequeñas han sido socializadas para idealizar este suceso como natural y una prioridad dentro de la vida de las mujeres. (Winocur, 2012)

La maternidad se naturaliza y en dicho sentido se impone como un mandato sobre los cuerpos de todas las mujeres, independientemente de su condición de raza, clase e incluso de salud. Socialmente se reproduce el imaginario de que el destino de toda mujer es la maternidad, sustentado este mandato en el hecho de que sus cuerpos están dotados por los órganos necesarios para experimentar el embarazo y el parto. En este sentido es relevante desbiologizar los procesos reproductivos y problematizarlos desde aristas que permitan dar cuenta que la anatomía no es destino, sino una condición que entre otras (psicológicas, culturales y sociales), brinda oportunidad a las mujeres para decidir hacia



donde llevar su proyecto de vida (Winocur, 2012), de acuerdo con las condiciones biológicas y contextuales que coexistan en su realidad.

La decisión de embarazarse y parir aun reconociéndose portadoras de una enfermedad crónica no es del todo individual, tiene relación con el valor simbólico que sobre la maternidad se configura en cada contexto específico en que estas mujeres se desarrollan. Algunas sociedades llegan a juzgar y excluir socialmente a las mujeres que no cumplen con el estereotipo marcado, en palabras de otro autor, “aquello que no coincide con la imagen establecida para la mujer es marcado como anormal otorgando sentimientos de culpabilidad en ella”. (Garay, 2008)

Por otra parte, si bien es cierto que las mujeres parecen no identificar con claridad la presión social y cultural que se ejerce sobre ellas para asumir el riesgo que implica el embarazo y el parto, es posible identificar en sus narrativas, la existencia de imaginarios que han influenciado su decisión de iniciar y concluir la gestación, incluso, conociendo el riesgo que representa dada su condición. Lo anterior ha sido señalado en otro estudio, donde se muestra que el círculo social y familiar demanda sobre las mujeres su participación en la reproducción, se les confronta y señala por el hecho de no tener hijos, a partir de un mandato violento que las termina convenciendo de que la procreación es un suceso obligado para su desarrollo social y su satisfacción como mujer. (Gallardo, 2019)

El riesgo se desdibuja de forma parcial o por completo, dentro de todo este entramado de imaginarios relacionados con el género y la reproducción. Resulta pertinente abordar entonces el concepto de “aceptabilidad del riesgo” propuesto por la antropóloga Mary Douglas, bajo este término, la autora aborda como los riesgos tienen una carga moral para las personas y sociedades, así como hay riesgos aceptables y tolerados, también los hay inaceptables e intolerables desde lo social. El riesgo de muerte materna es inaceptable e intolerable para las instituciones, los organismos internacionales e incluso para la sociedad hablando de esta de manera general, sin embargo, el riesgo que asume una mujer que decide ser madre aun a expensas de conocer el alto riesgo de muerte que esto implica, no es juzgada desde lo social, si acaso por el contrario, es ensalzada por ofrecer su vida ante una causa tan noble como es el “dar vida”, se trata entonces de un riesgo “aceptable” desde lo moral. (Royal Society, 1983)

Esta disyuntiva entre el riesgo “aceptable” y el “inaceptable” desde la arista moral dota de complejidad la agencia que las mujeres despliegan en la gestión que hacen de su riesgo reproductivo, esto se complica aún más cuando hablamos de mujeres que se han visto limitadas culturalmente para ejercer con autonomía su sexualidad y sus decisiones reproductivas, que han sido socializadas para recibir los métodos anticonceptivos como una prescripción más, y no como un derecho que les garantiza el acceso a un proyecto de vida plena.

Otra de las cuestiones que merece la oportunidad discutir es la que tiene que ver con la confianza y el sentimiento de inmunidad subjetiva que estas mujeres han desarrollado en relación al riesgo reproductivo y obstétrico, lo cual exponencia las probabilidades de malos resultados tras cada nuevo embarazo/parto. Las personas desarrollan una percepción del riesgo a partir de la convergencia de diferentes fuentes, de la comprensión que logre hacer del proceso que lo expone a partir de fuente de información legítimas para su



realidad, pero también a partir de las experiencias que vayan ganando al familiarizarse con el riesgo, en esta exposición a un riesgo que previamente les había sido comunicado, las mujeres identifican maniobras y estrategias que el personal sanitario y ellas mismas pueden implementar para controlar dicho riesgo (Martínez, 2018), lo que parece no quedarles del todo claro que tras cada experiencia de embarazo y parto, sus recursos biológicos presentan una merma que se reflejará en su siguiente gesta.

La comunicación del riesgo amerita reflexión, si bien es cierto que como se ha señalado antes, las fuentes de información a las que acceden estas mujeres para construir su percepción del riesgo son diversas, particular atención demanda el analizar las estrategias que se implementan para comunicar el riesgo reproductivo en esta población.

La información que en materia de Planificación Familiar se brinda desde un abordaje de promoción, obviando casi de manera absoluta la importancia de la consejería, a este respecto conviene diferenciar en que consiste la promoción y en que la consejería, con la finalidad de reforzar el papel de esta última dentro de los servicios de salud sexual y reproductiva. En tanto la promoción se dirige a fomentar servicios empleando estrategias de comunicación en medios masivos que abordan temáticas generales, la consejería posibilita establecer una relación personal entre usuaria y personal de salud, ofertando información específica que apoye para la toma de decisiones voluntarias, conscientes e informadas en cuanto a salud sexual y reproductiva se refiere (NOM, 1993), las funciones son distintas y complementarias, la aplicación de la una sin la otra puede condicionar un obstáculo grave en la comunicación del riesgo.

La convergencia entre la promoción y la consejería en Planificación Familiar es relevante para una comunicación del riesgo que trascienda y posibilite no sólo el desarrollo de la percepción del riesgo obstétrico, sino también el desarrollo de la agencia para gestionarlo de manera adecuada. En este contexto y sin embargo, otra cuestión que hay que traer a discusión es la que tiene que ver con situaciones de desigualdad e inequidad que obstaculizan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, por lo que otra situación por la que hay que pugnar es precisamente por garantizar el acceso universal a estos tipos de servicio, con la calidad que esto amerita desde el primer nivel de atención a través de un control preconcepcional y prenatal (Rincón, García, García y Muñoz, 2016).

Si bien la generación de programas y políticas de salud ha contribuido al cumplimiento de indicadores en salud sexual y reproductiva, mediante acciones específicas para la vigilancia de usuarias en situación de alto riesgo reproductivo, es necesario trabajar también en la profesionalización del personal sanitario, potenciando en ellos el desarrollo de competencias que les posibiliten incidir no solo en brindar información sino en potenciar una concientización sobre el riesgo, siendo sensibles a las realidades sociales y culturales de las usuarias y evitando el juzgamiento de las decisiones que estas toman sobre sus procesos reproductivos, para lograr esto es imprescindible impulsar la humanización de la atención, transversalizando entre otras perspectivas humano sociales, la de género y derechos humanos (Prado, 2018), además es fundamental que se cuente con habilidades para la identificación y asesoramiento en la toma de decisiones, utilizando estrategias culturalmente pertinentes que faciliten la comprensión de información.



Por otro lado, es preciso traer a la palestra el hecho de que, si bien la información que se otorga a las usuarias en materia de riesgo reproductivo y obstétrico puede aumentar el conocimiento; es sumamente complejo que estas mujeres elaboren una gestión exitosa del riesgo sólo a partir de una consejería espontánea o informal, se requiere una intervención continua en la que se refuerce y se dé seguimiento a las acciones. El incremento de conocimiento en lo relacionado al riesgo, por sí solo, no significa necesariamente una gestión exitosa del mismo (Prendes, 2001).

Respetar la autonomía de las mujeres para decidir sobre sus procesos reproductivos fue una constante que se identificó en esta investigación, en este sentido resulta necesario enfatizar la relevancia que adquiere para ellas el hecho de acordar con sus médicos el momento de riesgo más controlado para buscar la maternidad, lo cual refuerza la importancia de establecer programas de vigilancia preconcepcional en un grupo que de antemano se conoce en riesgo. Procurar la existencia de embarazos planeados incrementa la probabilidad de resultados satisfactorios en la maternidad (González, 2016).

Son importantes los retos que aún quedan por solventar en la actuación que tienen las instituciones y el personal de salud en la comunicación y gestión del riesgo reproductivo, en esta investigación se han recuperado y discutido algunas, antes que nosotras otras investigadoras han sido puntuales en señalar oportunidades de formación y actualización continua en profesionales que se desempeñan dentro de los servicios de salud reproductiva y específicamente de PF (Hierrezuelo, 2017).

De mano con lo anterior resulta aún más complicado acceder a los servicios de planificación familiar dentro de un contexto machista que impide a la mujer ser acreedora de este servicio aún con la necesidad que representa, coincidiendo con el hecho de que los hombres han llegado a ejercer su influencia en la mujer sobre el uso de la anticoncepción sin lograr del todo el convencimiento (Carvajal, 2020), además de establecer su masculinidad sobre la sexualidad de la mujer tomándola únicamente ante la necesidad sexual (Ramos, 2006), sin embargo, poco se ha documentado respecto al tema.

## CONCLUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue analizar las percepciones que sobre maternidad, riesgo obstétrico y planificación familiar tiene un grupo de mujeres que sabiéndose diagnosticadas con enfermedades crónicas, asumieron la experiencia del embarazo y parto. Los hallazgos permiten identificar que la maternidad se constituye en una representación simbólica que dota de identidad social y de género a las mujeres, por esto es que el riesgo figura como inevitable, porque la maternidad no es opción sino mandato social. La percepción del riesgo reproductivo se desdibuja frente a las presiones sociales que en los contextos de estas mujeres se enfrentan para asumir tal mandato de género. Existen áreas de oportunidad importantes para potenciar la participación del personal de salud en la comunicación del riesgo, resulta particularmente preocupante la confianza que las mujeres desarrollan en torno al riesgo y que las lleva a la búsqueda de nuevas gestas, lo que incrementa en cada embarazo y parto su probabilidad de no sobrevivir a esta experiencia.



## BIBLIOGRAFÍA

- Carvajal, D., & Zambrana, R. (2020). Challenging Stereotypes: A Counter-Narrative of the Contraceptive Experiences of Low-Income Latinas. *Health equity*, 4(1), 10–16. Recuperado de <https://doi.org/10.1089/heq.2019.0107>
- Gallardo, E., & Tovar, M. (2019). La presión social para ser madre hacia mujeres académicas sin hijos. *Nóesis: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 28(55), 64-87. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.20983/noesis.2019.1.4>
- Garay, R. (2008). *El destino de ser madres: la ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas. Maternidades del Siglo XXI*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- González, L., Royo, R., & Silvestre, M. (2020). Voces de mujeres jóvenes feministas ante la maternidad: deconstruyendo el imaginario social. *Revista de Investigaciones Feministas*. 11(1), 31-41. Recuperado de <http://dx.doi.org/infe.64001>
- González Portales, A., Rodríguez Cabrera, A., & Jiménez Ricardo, M. (2016). El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1-15. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v32n3/mgi10316.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México DF: Interamericana Editores.
- Hierrezuelo Rojas, N., Alvarez Cortés, J., Subert Salas, L., González Fernández, P., & Pérez Hechavarría, G. (2017). Calidad del proceso en la ejecución del programa de riesgo reproductivo preconcepcional. *MEDISAN*, 21(5), 518-526. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000500002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500002&lng=es&tlng=es).
- Martínez, J. (2018). *Percepción y aceptabilidad del riesgo. En: En torno al riesgo. Contribuciones de diferentes disciplinas y perspectivas de análisis* (pp. 35–66). Madrid: PASOS. Recuperado de <https://srala.org/wp-content/uploads/2018/05/En-torno-al-Riesgo.pdf>
- Diario Oficial de la Federación (1993). *Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar*. México:Ministerio de Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Enfermedades no Transmisibles*. Ginebra: OMS- Recuperado de [https://www.who.int/topics/noncommunicable\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2020) *Mortalidad Materna*. Ginebra: OMS. Recuperado de [https://www.who.int/gho/maternal\\_health/mortality/maternal\\_mortality\\_text/en/](https://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal_mortality_text/en/)
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Salud Materna*. Ginebra: OMS. Recuperado de [https://www.who.int/gho/maternal\\_health/mortality/maternal\\_mortality\\_text/en/](https://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal_mortality_text/en/)
- Pérez-Luco, R., Lagos, L., Mardones, R., & Sáez, F. (2018). Taxonomía de diseños y muestreo en investigación cualitativa. Un intento de síntesis entre las aproximaciones teórica y emergente. *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación*. 39, 1-20. Recuperado de <https://revistascientificas.us.es/index.php/Ambitos/article/view/9079/7983>



Prado, M., Guarnizo, M., Díaz, A., & Goethe, B. (2018). La consejería en anticoncepción y los proveedores de salud. *Revista ciencias pedagógicas e innovación*. 6 (2), 17-23. Recuperado de <https://incyt.upse.edu.ec/pedagogia/revistas/index.php/rcpi/article/view/253>

Prendes, M., Guibert, W., González, I., & Serrano, E. (2001). Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(4), 360-366. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252001000400009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400009&lng=es&tlng=es).

Ramos Padilla, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(3), 201-220. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342006000300010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000300010&lng=es&tlng=es).

Rangel Flores, Y.Y. (2014). El Modelo Histórico-narrativo, una propuesta para estudiar el riesgo en salud. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 70-74. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000100015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100015&lng=es)

Rincón, C., García, H., García, G., & Muñoz, G. (2016). Causas, frecuencia y secuelas de la morbilidad materna extrema en mujeres mexicanas: un análisis de los códigos rojos en el IMSS de Hidalgo. *Rev CONAMED*. 21(4),171-178. Recuperado de <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79391>

Royal Society. (1983). *Risk Assesment: Report of a Royal Society Study Group*. Londres: The Royal Society.

Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. España: Universidad de Granada, Clepsydra.

- Ulin, P., Robinson, E., & Tolley, E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Winocur, M. (2012). *El mandato cultural de la maternidad el cuerpo y el deseo ante la imposibilidad de embarazarse*. México DF: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3155/5.pdf>