



**La experiencia emocional del embarazo de alto riesgo: acompañamiento psicosocial en
gestantes con restricción del crecimiento intrauterino**

Daniela Martínez Gómez

Monografía presentado como requisito para optar al título de Psicólogo

Asesor(a)

Alexander Echeverry Ochoa

Título académico

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Psicología

Octubre de 2025

Dedicatoria

Primero a Dios porque su mano me ha sostenido y he visto su amor manifestado en cada día de mi vida.

A mi mamá, por ser mi mayor ejemplo de fortaleza y amor. Gracias por luchar incansablemente para que yo pudiera cumplir este sueño, por tu apoyo emocional, tu sacrificio y tu confianza en mí incluso cuando yo dudaba. Este logro también es tuyo, porque has sido mi impulso constante y mi refugio en cada paso del camino.

A mi hermana, que siempre ha creído en mí más de lo que yo misma he podido hacerlo. Tus palabras llenas de orgullo y aliento me recordaron que sí era posible, y que valía la pena seguir adelante.

A mi papá, que partió, pero cuya memoria, infinita sabiduría y enseñanzas siguen guiando mi vida. Este logro también te pertenece, porque tu presencia sigue viva en mis recuerdos y en mi corazón.

A Juan Camilo, porque fue parte importante de este proceso. Gracias por tu apoyo, tu compañía, por muchas veces sostenerme y ayudarme a transitar este camino con tu sabiduría y por tenderme tu mano en los momentos más difíciles.

A mi familia y amigos que han conocido este proceso, por el cariño, la ayuda que directa o indirectamente me brindaron y las palabras de ánimo que muchas veces me sostuvieron.

Y a mi compañero de tantas noches de desvelo, mi perrito, que estuvo a mi lado con su compañía silenciosa y amor incondicional .

Y finalmente, a mí misma, por no rendirme a pesar de los obstáculos. Por haber enfrentado con valentía los miedos, las crisis emocionales y los momentos de ansiedad y tristeza que tantas veces me detuvieron. Por seguir, aunque a un ritmo distinto, aunque a veces con pausas y retrocesos, pero con la convicción de llegar. Porque este proceso, que me tomó diez años, ha sido una muestra de paciencia, autocompasión y crecimiento. Hoy me abrazo con orgullo y agradezco haber tenido el valor de continuar, de sanar y de creer nuevamente en mí.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al profesor Alexander Echeverry Ochoa, mi tutor de tesis. Llegué a su orientación en la segunda etapa de este trabajo, en un momento de confusión académica y personal, prácticamente teniendo que comenzar de nuevo. Su paciencia, claridad y genuina disposición para ayudarme fueron esenciales para que este proyecto tomara forma. Su acompañamiento constante, sus explicaciones detalladas y su comprensión hicieron de este proceso una experiencia de verdadero aprendizaje. Haber contado con su guía ha sido una bendición y una inspiración.

Mi más profundo agradecimiento a las tres mujeres gestantes que participaron en las entrevistas, por abrir su corazón, compartir sus experiencias y confiar en mí para dar voz a sus vivencias. Su valentía, sinceridad y sensibilidad fueron el eje central de esta investigación y me permitieron comprender con mayor profundidad la dimensión emocional del embarazo de alto riesgo.

A UNIMINUTO y al Programa de Psicología, por el acompañamiento académico y humano durante mi proceso formativo. A mis docentes y compañeros, por los conocimientos compartidos.

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo comprender cómo influye el acompañamiento psicosocial en las implicaciones psicológicas que experimentan las mujeres durante un embarazo de alto riesgo, específicamente en casos diagnosticados con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Se plantearon tres objetivos específicos: identificar las reacciones emocionales frente al diagnóstico, describir el tipo de acompañamiento psicosocial recibido y analizar su influencia en el bienestar emocional de las gestantes.

Se adoptó un enfoque cualitativo de tipo descriptivo, utilizando la entrevista semiestructurada como técnica principal de recolección de información. La muestra estuvo conformada por tres mujeres en etapa de gestación, residentes en distintos municipios del departamento de Antioquia, quienes compartieron sus experiencias, emociones y significados frente al proceso prenatal.

El análisis se realizó mediante una matriz categorial construida en función de los objetivos específicos, de la cual surgieron tres categorías principales: reacciones emocionales frente al diagnóstico, acompañamiento psicosocial y redes de apoyo, e influencia del acompañamiento en el bienestar emocional. Los resultados revelaron que el diagnóstico genera un impacto psicológico considerable, expresado en sentimientos de tristeza, miedo e incertidumbre. No obstante, las participantes también identificaron recursos de afrontamiento como la fe, la esperanza y la resiliencia, que facilitaron una respuesta emocional más adaptativa.

Se concluye que el acompañamiento psicosocial incide directamente en el bienestar emocional de las gestantes y que la atención psicológica prenatal requiere fortalecerse en los servicios de salud. Este estudio resalta la necesidad de promover una atención integral, empática y humanizada, que reconozca la dimensión emocional y social de la maternidad, especialmente en contextos de embarazo de alto riesgo.

Palabras clave: embarazo de alto riesgo; restricción del crecimiento intrauterino; acompañamiento psicosocial; salud mental materna; psicología prenatal.

Abstract

This research aimed to understand how psychosocial support influences the psychological implications experienced by women during high-risk pregnancies, specifically in cases diagnosed with intrauterine growth restriction (IUGR). Three specific objectives were established: to identify emotional reactions to the diagnosis, to describe the type of psychosocial support received, and to analyze its influence on the emotional well-being of pregnant women.

A qualitative, descriptive approach was adopted, using semi-structured interviews as the main data collection technique. The sample consisted of three pregnant women residing in different municipalities of the department of Antioquia, Colombia, who shared their experiences, emotions, and meanings related to the prenatal process.

Data analysis was conducted through a categorical matrix based on the specific objectives, from which three main categories emerged: emotional reactions to the diagnosis, psychosocial support and support networks, and the influence of support on emotional well-being. The results revealed that the diagnosis generates a considerable psychological impact, expressed through feelings of sadness, fear, and uncertainty. However, participants also identified coping resources such as faith, hope, and resilience, which facilitated a more adaptive emotional response.

It is concluded that psychosocial support directly affects the emotional well-being of pregnant women and that prenatal psychological care needs to be strengthened in health services. This study highlights the importance of promoting comprehensive, empathetic, and humanized care that acknowledges the emotional and social dimensions of motherhood, especially in high-risk pregnancy contexts.

Keywords: high-risk pregnancy; intrauterine growth restriction; psychosocial support; maternal mental health; prenatal psychology

Tabla de contenido

Introducción.....	1
CAPITULO I.	2
Planteamiento del problema	2
Planteamiento del problema	2
Pregunta Problema	4
Antecedentes de la investigación	4
Justificación.....	6
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos	7
CAPITULO II. Marco teórico	8
Embarazo de alto riesgo.....	8
Restricción del crecimiento intrauterino	9
Implicaciones psicológicas del embarazo de alto riesgo	11
Apoyo psicosocial.....	15
Apoyo emocional:	15
Apoyo informativo:	15
Apoyo social:	15
Referentes teóricos.....	20
Modelo Biopsicosocial de Engel (1977)	20
Teoría del Apoyo Social de Cobb (1976)	20
Modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986).....	21
Teoría del Apego de Bowlby (2014).....	21
Desarrollo de los trastornos psicológicos de Aaron Beck (1967).....	21
Teoría cognitiva social de Albert Bandura	22
CAPITULO III. METODOLOGIA	23
Tipo de investigación	23
Enfoque metodológico.....	23
Población.....	23
Consideraciones Éticas.....	26
Técnicas e instrumentos de recolección de Información	27
Entrevistas semiestructuradas en profundidad.....	27

Notas de campo y registro de observaciones.....	27
Revisión documental (opcional y complementaria)	27
Procedimiento.....	28
Análisis de datos	28
• Familiarización	28
• Codificación inicial	28
• Agrupamiento:.....	28
• Construcción de temas	28
• Revisión e interpretación:.....	28
Criterios de rigor y calidad	28
• Credibilidad:.....	28
• Transferibilidad:.....	28
• Dependabilidad:.....	29
• Confirmabilidad.....	29
Criterios de inclusión y exclusión.....	29
Criterios de inclusión:	29
Criterios de exclusión:.....	29
Procedimiento y Análisis de la información.....	29
CAPITULO III. Resultados y discusión	31
Resultados.....	31
Objetivo específico 1.....	31
Objetivo específico 2.....	32
Objetivo específico 3.....	33
Discusión	34
Categoría 1. Emociones y reacciones psicológicas frente al diagnóstico de RCIU	34
Categoría 2. El acompañamiento psicosocial durante el proceso gestacional.....	35
Categoría 3. Influencia del acompañamiento en el bienestar emocional y el afrontamiento	36
Conclusiones	37
Reacciones emocionales frente al diagnóstico	38
Acompañamiento psicosocial y redes de apoyo.....	38
Influencia del acompañamiento en el bienestar emocional.....	39
Lineamientos prácticos y recomendaciones.....	39
• Atención integral:	39
• Formación del personal sanitario:	39

- Redes de apoyo comunitarias:.....40
- Espiritualidad como recurso terapéutico:40

Alcances y proyección de futuras investigaciones.....40

Síntesis final41

ANEXOS42

Referencias.....43

Lista de tablas

<i>Tabla 1. Datos sociodemográficos de las participantes</i>	25
<i>Tabla 2. Matriz categorial de análisis</i>	30
<i>Tabla 3. Síntesis general de los resultados</i>	34

Introducción

El embarazo representa una etapa significativa en la vida de la mujer, caracterizada por transformaciones físicas, psicológicas y sociales que, en condiciones normales, se viven con esperanza y satisfacción. No obstante, cuando surgen complicaciones médicas, como los embarazos de alto riesgo, la gestación puede convertirse en una experiencia de vulnerabilidad emocional, asociada con ansiedad, miedo e incertidumbre (Gómez López et al., 2006; Isaacs & Andipatin, 2020).

Desde el modelo biopsicosocial de Engel (1977), la comprensión del embarazo debe integrar los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el bienestar materno-fetal. Este enfoque resulta esencial en condiciones como la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), un diagnóstico que, además de implicaciones clínicas relevantes, genera un impacto emocional profundo en la mujer (Figueras & Gratacós, 2014; Monterrosa-Castro et al., 2022).

El acompañamiento psicosocial emerge como un elemento protector frente a estas experiencias adversas. De acuerdo con Cobb (1976) y Cohen y Wills (1985), el apoyo social cumple una función amortiguadora frente al estrés, fortaleciendo la resiliencia y promoviendo el bienestar psicológico, propósito que también respalda la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) al enfatizar la importancia del cuidado integral durante la gestación.

En el contexto colombiano, persisten brechas en la atención psicológica de las gestantes con complicaciones obstétricas, lo que limita la detección y prevención de alteraciones emocionales (Martínez, 2015). Por ello, comprender la influencia del acompañamiento psicosocial en la experiencia emocional de estas mujeres resulta fundamental para promover un abordaje más humano e integral.

El presente estudio tiene como propósito comprender la influencia del acompañamiento psicosocial en las implicaciones psicológicas de mujeres con diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), a partir de sus experiencias y significados. Este trabajo busca aportar al campo de la psicología

perinatal, fortaleciendo la práctica clínica en salud materna mediante la integración del componente emocional dentro del cuidado prenatal.

CAPITULO I. Planteamiento del problema

Planteamiento del problema

El embarazo implica transformaciones psicológicas, emocionales y sociales que pueden afectar el proceso de adaptación, especialmente ante situaciones inesperadas que comprometen la salud de la madre o del feto. Se ha evidenciado que los temores relacionados con la salud fetal, las complicaciones del parto y las exigencias del entorno familiar generan altos niveles de tensión emocional en la mujer gestante. De acuerdo con Gourounti et al. (2015), la ansiedad prenatal suele originarse por la percepción de riesgo para el bienestar del feto y la incertidumbre ante el parto, lo que incrementa la necesidad de apoyo psicológico durante el control prenatal. Estos hallazgos refuerzan la importancia de incluir la evaluación emocional dentro del abordaje integral del embarazo, especialmente en los casos de alto riesgo.

Los riesgos durante la gestación pueden presentarse desde la fecundación del óvulo y provocar alteraciones genéticas o fisiológicas. En las primeras semanas, pueden surgir complicaciones como baja producción de progesterona, desprendimiento del saco gestacional o riesgo de aborto espontáneo. Posteriormente, mediante ecografías especializadas, es posible identificar anomalías genéticas (trisomías 13, 18 y 21) o físicas (labio leporino, pie equino varo), así como alteraciones cerebrales o cardíacas. Estas complicaciones pueden mantenerse durante todo el embarazo, etapa dinámica en la que también pueden aparecer condiciones como bajo peso fetal, restricción del crecimiento intrauterino, hipertensión arterial, diabetes gestacional, placenta previa o alteraciones cervicales.

Desde el momento en que una pareja conoce el embarazo, pueden surgir sentimientos de ansiedad y estrés relacionados con el bienestar del feto, incluso cuando el proceso transcurre con normalidad. Dichas emociones se intensifican ante síntomas como sangrado o dolor pélvico. Cuando se presentan

complicaciones médicas, malformaciones congénitas o pronósticos desfavorables, el desarrollo emocional esperado se interrumpe, dando lugar a respuestas que pueden interpretarse como una forma de duelo (Torres, 2004).

Las investigaciones sobre mujeres hospitalizadas por complicaciones durante el embarazo han identificado sentimientos de tristeza, ansiedad, inseguridad y angustia, así como un profundo temor a perder al bebé (Pinho et al., 2010). En México, Gómez y Aldana (2007) reportaron una prevalencia del 62% de malestar psicológico en gestantes de alto riesgo, señalando que cualquier complicación puede desencadenar síntomas de ansiedad o depresión debido a la relevancia vital que el embarazo tiene para la mujer.

El embarazo de alto riesgo representa una condición médica y social que impacta significativamente la vida de las gestantes y sus familias. Más allá de las complicaciones clínicas, genera un profundo impacto psicológico caracterizado por ansiedad, temor e incertidumbre frente a la evolución del embarazo y la salud del recién nacido (Serrano, 2001). Estas vivencias se agravan con las restricciones médicas, la hospitalización prolongada o el aislamiento social, afectando el bienestar emocional y la construcción del vínculo prenatal.

Diversas investigaciones coinciden en que el acompañamiento psicosocial constituye un factor protector, pues brinda apoyo emocional, favorece el afrontamiento de la crisis y reduce el estrés (Martínez, 2015). Sin embargo, la atención a las gestantes de alto riesgo continúa centrada en el ámbito médico, dejando de lado las dimensiones psicológicas y sociales que determinan su calidad de vida. Aunque existen programas de apoyo, su implementación no siempre responde a las realidades culturales y socioeconómicas de las mujeres, lo que limita su efectividad. Taylor y Bogdan (1987) resaltan la importancia de escuchar la voz de las gestantes para comprender cómo interpretan su experiencia y qué tipo de apoyo consideran significativo.

En este contexto, surge la necesidad de analizar cómo influye el acompañamiento psicosocial en las implicaciones psicológicas del embarazo de alto riesgo, específicamente en casos de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), y de qué manera su ausencia puede afectar el bienestar emocional y la capacidad de afrontamiento de las gestantes.

Pregunta Problema

¿Cómo influye el acompañamiento psicosocial en las implicaciones psicológicas que experimentan las mujeres durante un embarazo de alto riesgo por RCIU?

Antecedentes de la investigación

El embarazo de alto riesgo constituye una situación compleja en la vida de las mujeres gestantes, dado que no solo implica amenazas físicas para la madre y el feto, sino también repercusiones emocionales y psicosociales que pueden afectar la experiencia de la maternidad (Duque Serna, 2018). Estas condiciones, al vincular aspectos médicos y psicológicos, demandan un acompañamiento integral que trascienda la atención biomédica.

Diversos trabajos muestran que, en el embarazo, las dificultades emocionales como la ansiedad y el temor se vinculan con una disminución del vínculo afectivo prenatal, mientras que mejores condiciones psicosociales, como la estabilidad y el apoyo, se asocian con una mayor vinculación con el feto. En esta línea, se ha documentado que niveles elevados de ansiedad se relacionan con puntuaciones más bajas de vínculo prenatal, y que factores contextuales favorables predicen una mejor calidad de dicho vínculo (Rodríguez et al., 2004).

En este contexto, el acompañamiento psicosocial cobra relevancia como estrategia de apoyo a las gestantes. De acuerdo con la evidencia reciente, el respaldo familiar y el acompañamiento psicológico favorecen la activación de estrategias de afrontamiento y se asocian con menos ansiedad y depresión durante el embarazo, atenuando así el impacto emocional del diagnóstico. A nivel poblacional, el bajo apoyo social eleva el riesgo de síntomas ansioso-depresivos en gestantes, mientras

que intervenciones psicosociales entregadas por profesionales o personal de salud entrenado muestran reducciones significativas de dichos síntomas. Incluso los programas de apoyo entre pares aportan beneficios adicionales como complemento del cuidado habitual (Bedaso et al., 2021; Singla et al., 2021; Huang et al., 2020).

Asimismo, la literatura indica que percibir un entorno de cuidado y contención psicológica tanto desde la red familiar como desde el equipo de salud favorece la adaptación en la gestación de alto riesgo, al fortalecer el apego materno-fetal y amortiguar malestares emocionales. Las mujeres valoran especialmente el soporte informativo y emocional de los profesionales, mientras que el apoyo familiar actúa como mediador que mejora los indicadores de ajuste (Hinton et al., 2023; Yoon & Sung, 2021).

En Colombia, aunque se han fortalecido componentes clínicos de la atención materna (por ejemplo, la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal), persisten retos para integrar de manera sistemática estrategias psicosociales en los programas. Además, se ha documentado una alta prevalencia de riesgo de depresión en gestantes, lo que refuerza la necesidad de tamizaje y abordaje psicosocial dentro del control prenatal (DSSA-Antioquia, s. f.; Gaviria-Arbeláez et al., 2022). Esta situación evidencia la importancia de investigaciones que aborden el fenómeno desde un enfoque cualitativo, recuperando las voces y narrativas de las gestantes para orientar intervenciones sensibles a sus realidades.

Torres (2004) analiza el impacto emocional que implica un embarazo de alto riesgo y describe cómo las mujeres atraviesan un proceso emocional similar a las etapas del duelo, caracterizado por negación, ira, culpa y tristeza profunda antes de alcanzar la aceptación. Estas respuestas reflejan la dificultad de adaptación a la nueva situación y la necesidad de atención psicológica que permita contener las reacciones iniciales y fortalecer los recursos emocionales y sociales de las gestantes.

De igual forma, Gómez (2007) desarrolló una *Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo*, basada en la experiencia del Instituto Nacional de Perinatología de México,

en la que identificó los principales trastornos psicológicos asociados al embarazo, como los trastornos adaptativos y depresivos, y propuso estrategias de evaluación e intervención específicas para su abordaje.

En particular, la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) ha sido identificada como una de las complicaciones que mayor carga emocional genera, debido a la amenaza constante sobre la salud y la supervivencia del feto. Las gestantes con diagnóstico de RCIU experimentan sentimientos de impotencia, culpa y miedo persistente, así como dificultades para mantener la estabilidad emocional y el vínculo prenatal. Estas reacciones demuestran que el impacto de la RCIU trasciende lo médico, afectando directamente el bienestar emocional y la percepción de control de la mujer frente a su embarazo.

En este sentido, los antecedentes revisados evidencian que el embarazo de alto riesgo y particularmente el diagnóstico de RCIU constituye una experiencia multidimensional que debe comprenderse desde la psicología, la salud pública y la perspectiva de género. El presente estudio busca aportar al conocimiento del tema desde un enfoque cualitativo, explorando cómo las mujeres gestantes viven el diagnóstico de RCIU y de qué manera el acompañamiento psicosocial influye en su bienestar emocional y en su proceso de adaptación.

Justificación

Investigar las alteraciones psicológicas en el embarazo de alto riesgo y la influencia del acompañamiento psicosocial durante la etapa prenatal permitirá evidenciar la necesidad de incluir la atención psicológica como parte fundamental del control prenatal en los casos de diagnóstico de riesgo. Esto facilitará la realización de evaluaciones oportunas y la intervención temprana en las primeras semanas posteriores al diagnóstico de complicaciones gestacionales. Asimismo, contribuirá a identificar los principales síntomas y alteraciones emocionales que pueden presentarse, así como su impacto en el desarrollo del embarazo y en los procesos de adaptación de la mujer gestante.

Este estudio también busca visibilizar la importancia de la salud mental durante la gestación y la necesidad de un abordaje interdisciplinario, en el que la medicina y la psicología trabajen de forma articulada para promover el bienestar integral de la madre y el feto. Integrar el acompañamiento psicosocial en los programas de atención prenatal puede favorecer la comprensión y adaptación emocional ante el diagnóstico de alto riesgo por bajo peso fetal. Además, servirá como base teórica para el diseño de modelos de intervención eficaces y específicos dirigidos a esta población.

En el contexto de la Clínica Layla Femini Ginecología, esta investigación adquiere especial relevancia, ya que el conocimiento de las consecuencias psicosociales del embarazo de alto riesgo permitirá establecer protocolos de detección y atención psicológica desde el momento del diagnóstico. De esta manera, se incorporará la dimensión emocional dentro de los planes de manejo médico, promoviendo una atención más integral, humanizada y centrada en la paciente, lo que contribuirá a mejorar la calidad del servicio brindado.

Finalmente, desde el ámbito formativo, el desarrollo de esta investigación fortalecerá las competencias investigativas y profesionales en la recolección y análisis de información, la formulación de preguntas y la comprensión de fenómenos psicológicos en contextos clínicos. Esto ampliará el campo de conocimiento en un tema poco explorado dentro de la práctica psicológica y generará nuevas oportunidades de crecimiento académico y profesional.

Objetivo General

Comprender la influencia del acompañamiento psicosocial en las implicaciones psicológicas que experimentan las mujeres durante un embarazo de alto riesgo, a partir de la exploración de sus experiencias y significados en la etapa prenatal.

Objetivos Específicos

- Identificar las principales implicaciones psicológicas que enfrentan las mujeres durante un embarazo de alto riesgo por RCIU.

- Explorar las percepciones y experiencias de las gestantes en relación con el acompañamiento psicosocial recibido en la etapa prenatal.
- Comprender cómo el acompañamiento psicosocial influye en el afrontamiento emocional y en el bienestar psicológico de las mujeres con embarazo de alto riesgo por RCIU

CAPITULO II. Marco teórico

El presente marco teórico tiene como propósito fundamentar los principales conceptos y enfoques que sustentan la investigación sobre el embarazo de alto riesgo asociado a la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y las implicaciones psicológicas que esta condición genera en las gestantes cuando no hay un acompañamiento psicosocial. En este apartado se desarrollan los aspectos médicos que permiten comprender el embarazo de alto riesgo y, en particular, el diagnóstico de RCIU como factor determinante en la salud materno fetal. Asimismo, se abordan las repercusiones emocionales que enfrentan las mujeres en esta situación, haciendo énfasis en los niveles de ansiedad, depresión y estrés prenatal. De igual forma, se profundiza en el concepto de apoyo psicosocial, sus dimensiones y el rol de la familia, la pareja y los equipos interdisciplinarios en la atención integral de estas gestantes. Finalmente, se consideran los factores socioculturales que influyen en la experiencia del embarazo de alto riesgo, con el fin de ofrecer una visión integral que oriente la comprensión y análisis de los resultados de la investigación.

Embarazo de alto riesgo

El embarazo de alto riesgo se define como aquel en el que existe condiciones que amenazan la salud materna y/o fetal, y puede estar asociado tanto a factores previos a la gestación como complicaciones surgidas durante el proceso como hipertensión, diabetes gestacional u otros antecedentes obstétricos adversos. Dicho riesgo suele incrementarse en mujeres con enfermedades crónicas, edad avanzada o condiciones socioeconómicas desfavorable (Mayo Clinic, s. f.)

Diversos autores coinciden en que el embarazo de alto riesgo genera mayor estrés y ansiedad en la mujer, lo cual puede repercutir en su adaptación al proceso de gestación (Isaacs, 2020; Mirzakhani, 2020)

En la literatura médica se reconoce que el embarazo de alto riesgo abarca complicaciones como la hipertensión gestacional, la diabetes mellitus gestacional, las enfermedades autoinmunes, las infecciones, la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y los antecedentes obstétricos complejos, entre otros (Figueras & Gratacós, 2014). Este tipo de embarazo no solo incrementa el riesgo de mortalidad y morbilidad perinatal, sino que también está asociado con mayores niveles de ansiedad, estrés y depresión materna, lo cual se convierte en un desafío adicional para los equipos de salud.

En Colombia, estudios como el de Martínez Royert y Pereira Peñate (2016) que han caracterizado gestantes con embarazo de alto riesgo en el departamento de sucre, permiten comprender las variables clínicas y contextuales que inciden en el bienestar de la mujer embarazada, resaltando la prevalencia de factores como la preeclampsia, las hemorragias, las infecciones y las condiciones socioeconómicas adversas. Estos hallazgos permiten comprender que los embarazos de alto riesgo no se restringen únicamente a causas médicas, sino que también incluyen determinantes sociales que condicionan el bienestar materno fetal. Estos hallazgos resultan relevantes al compararlos con el contexto de las gestantes atendidas en la clínica Layla Femini, donde los factores sociales y las condiciones de la atención inciden en la experiencia de estas mujeres en el embarazo de alto riesgo.

Restricción del crecimiento intrauterino

La restricción del crecimiento intrauterino se define como la condición en la cual el feto no alcanza el crecimiento esperado para su edad gestacional, situándose por debajo del percentil 10 del peso fetal estimado según las curvas de referencia. (American College of obstetricians and Gynecologists, 2019). Esta condición puede deberse a múltiples causas, entre ellas insuficiencia placentaria, hipertensión materna, desnutrición, consumo de sustancias o factores genéticos como malformaciones congénitas,

anomalías cromosómicas, infecciones intrauterinas (como citomegalovirus o toxoplasmosis). y constituyen uno de los principales indicadores de un embarazo de alto riesgo debido a su asociación con morbilidad y mortalidad perinatal.

La RCIU constituye uno de los principales problemas en obstetricia debido a sus implicaciones en la morbilidad y mortalidad perinatal. Se asocia con mayor riesgo de parto prematuro, hipoxia, bajo puntaje Apgar y complicaciones neonatales como hipoglicemia y policitemia (Unterscheider, 2014). Además, estudios de seguimiento han mostrado que los niños con antecedente de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) presentan mayor riesgo de enfermedades crónicas en la adultez, en particular hipertensión y síndrome metabólico, y exhiben alteraciones del neurodesarrollo durante la infancia (Crispi et al., 2018; Sacchi et al., 2020)

Investigaciones recientes hablan de la importancia de diferenciar entre fetos pequeños y aquellos con verdadera restricción del crecimiento intrauterino, ya que solo estos últimos presentan alteraciones en la función feto placentaria y un mayor riesgo de complicaciones perinatales. Figueras y Gratacós (2014) plantean que esta distinción no puede basarse únicamente en el Doppler de la arteria umbilical, pues dicho índice solo detecta formas graves y tempranas de la condición. En su lugar, proponen criterios diagnósticos más amplios como la relación cerebro placentaria, el Doppler de arterias uterinas, el crecimiento fetal por debajo del percentil 3. Además, diferencian dos fenotipos: la RCIU temprana, de mayor gravedad y más comúnmente asociada con preeclampsia, y la tardía, más frecuente pero igualmente relevante por su impacto en el bienestar fetal. Finalmente, sugieren un protocolo de manejo basado en etapas de deterioro, que permite estandarizar los intervalos de seguimiento de la curva de crecimiento fetal y del Doppler feto placentario y los momentos óptimos para la inducción del parto de estas gestantes.

En la investigación multicéntrica conocida como PORTO Study, se identificaron parámetros más precisos para optimizar la definición de la RCIU, proponiendo criterios diagnósticos basados en

biometría fetal y flujos Doppler que permiten diferenciar entre fetos pequeños para la edad gestacional y verdaderos casos de restricción del crecimiento, lo que tiene implicaciones directas en el manejo clínico y psicológico de las gestantes (Unterscheider et al., 2013).

Implicaciones psicológicas del embarazo de alto riesgo

Según Gutiérrez (2004), el embarazo, en condiciones normales, constituye un proceso vital cargado de significados emocionales, sociales y culturales. Sin embargo, cuando la gestación es catalogada como de alto riesgo, el componente psicológico adquiere una dimensión crítica, pues las mujeres se enfrentan a la posibilidad de complicaciones graves para su salud o la de su hijo. Esta condición genera un aumento de la incertidumbre, la percepción de vulnerabilidad y, en muchos casos, la vivencia de emociones negativas persistentes. Mirzakhani et al. (2020) señalaron que el bienestar en el embarazo de alto riesgo está condicionado por la interacción de factores médicos, psicológicos y sociales, lo que refuerza la pertinencia de abordajes integrales.

Según Rosas Sosa (2013), el embarazo de alto riesgo implica no solo una amenaza física, sino también un impacto emocional que puede alterar el equilibrio psicológico de la gestante. La autora destaca que los periodos de hospitalización y las restricciones médicas tienden a generar sentimientos de vulnerabilidad y aislamiento, lo que refuerza la necesidad de integrar el acompañamiento psicológico dentro del seguimiento clínico como estrategia preventiva y de apoyo al bienestar materno.

Diversas investigaciones han documentado que las gestantes en situación de riesgo presentan mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés psicológico en comparación con aquellas cuyo embarazo transcurre sin complicaciones. López et al. (2006) encontraron que el embarazo de alto riesgo tiende a intensificar síntomas de ansiedad y depresión, los cuales afectan tanto el bienestar materno como la relación con el entorno familiar y social.

Los estudios de Gómez y Aldana (2007) evidencian que las mujeres con diagnóstico de embarazo de alto riesgo presentan con frecuencia alteraciones emocionales específicas, como trastornos adaptativos de tipo ansioso, episodios depresivos asociados a antecedentes obstétricos y cuadros de angustia vinculados con conflictos conyugales. Entre los principales factores desencadenantes de este malestar destacan la noticia inesperada de complicaciones fetales, el temor a un parto con resultados adversos y la preocupación constante por la salud del bebé. Estas condiciones ponen de manifiesto que el acompañamiento psicológico no puede ser secundario en el control prenatal, pues resulta fundamental para contener la ansiedad, prevenir el desarrollo de síntomas más graves y favorecer la adaptación emocional de la gestante. En este sentido, los autores recomiendan implementar protocolos específicos de atención psicológica en contextos hospitalarios y clínicos, con un enfoque tanto preventivo como terapéutico.

En el contexto colombiano, Monterrosa-Castro et al. (2022) reportaron que factores obstétricos y psicosociales, como la falta de apoyo familiar, los antecedentes de pérdidas perinatales y las dificultades económicas, están significativamente asociados con niveles elevados de depresión, ansiedad y estrés en gestantes de la región Caribe.

De manera complementaria, Osma-Zambrano et al. (2019) identificaron una prevalencia alta de síntomas depresivos y ansiosos en mujeres embarazadas de Bucaramanga y Floridablanca, destacando la necesidad de integrar evaluaciones psicológicas en la atención prenatal.

Más recientemente, Constaín et al. (2024) evidenciaron que las gestantes hospitalizadas en servicios de alto riesgo obstétrico presentan una elevada incidencia de trastornos psiquiátricos, lo que pone de relieve la importancia de intervenciones interdisciplinarias. Desde el marco de la psicología cognitiva, Beck (1967) explicó que la depresión en contextos de alta vulnerabilidad suele estar mediada por esquemas cognitivos disfuncionales que predisponen a la interpretación negativa de los acontecimientos. En este sentido, las gestantes con antecedentes de pérdida o complicaciones previas

pueden desarrollar pensamientos centrados en la amenaza y la desesperanza, lo cual potencia la sintomatología depresiva. Asimismo, el modelo transaccional de estrés de Lazarus y Folkman (1986) aporta elementos clave para comprender la experiencia del embarazo de alto riesgo, al señalar que la respuesta emocional depende de la evaluación que la persona hace de la situación y de los recursos de afrontamiento disponibles.

En síntesis, el impacto psicológico del embarazo de alto riesgo no puede entenderse únicamente como una reacción emocional pasajera, sino como un proceso dinámico en el que interactúan factores clínicos, cognitivos, emocionales y sociales. Esta complejidad justifica la necesidad de intervenciones preventivas y de acompañamiento psicosocial oportuno, orientadas a disminuir la carga emocional y fortalecer los recursos internos y externos de las gestantes.

A nivel relacional, estas condiciones generan tensiones en el entorno familiar y en la pareja, ya que el estrés prolongado puede afectar la comunicación, la toma de decisiones conjuntas y la percepción de seguridad. De igual forma, se ha evidenciado que la incertidumbre prolongada frente a la evolución del embarazo impacta en el vínculo materno fetal, retrasando en algunos casos la construcción de la identidad materna. (Martínez Royert & Pereira Peñate, 2016).

En consecuencia, las implicaciones psicológicas del embarazo de alto riesgo por RCIU confirman la necesidad de estrategias de acompañamiento psicosocial que permitan contener las emociones de la madre gestante, favorecer la adaptación a la situación y fortalecer los recursos internos y externos para enfrentarla.

El modelo biopsicosocial, propuesto por Engel (1977), plantea que la salud y la enfermedad no pueden entenderse únicamente desde la dimensión biológica, sino como el resultado de la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales. En el caso del embarazo de alto riesgo por Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU), este enfoque resulta especialmente pertinente, ya que

la condición compromete no solo el desarrollo físico del feto, sino también el bienestar emocional de la madre y la dinámica de su entorno familiar y social.

En la dimensión a nivel biológico, la RCIU requiere un seguimiento médico especializado para prevenir complicaciones perinatales y garantizar las mejores condiciones posibles de desarrollo fetal. El manejo clínico se centra en controles ecográficos frecuentes, monitoreo de la función placentaria y, en algunos casos, hospitalización o intervención temprana (ACOG, 2019).

En la dimensión psicológica el diagnóstico de RCIU desencadena reacciones emocionales intensas como ansiedad, miedo e incertidumbre, que pueden afectar la salud mental de la gestante. Desde esta perspectiva, el modelo biopsicosocial reconoce la necesidad de intervenciones psicológicas que incluyan psicoeducación, estrategias de afrontamiento, fortalecimiento del vínculo materno fetal y prevención de síntomas depresivos (Isaacs & Andipatin, 2020, p. 8)

En la dimensión social del modelo se resalta el papel de la pareja, la familia y las redes comunitarias como fuentes de apoyo para la mujer embarazada. Asimismo, subraya la importancia del acceso equitativo a servicios de salud y de políticas públicas que garanticen acompañamiento integral a las gestantes en situación de riesgo (OMS, 2016).

En síntesis, el embarazo de alto riesgo por Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) constituye un fenómeno complejo que debe comprenderse desde una perspectiva integral. La interacción entre los factores biológicos, las implicaciones psicológicas y el papel decisivo de la pareja y la familia ponen de manifiesto la necesidad de un abordaje sustentado en el modelo biopsicosocial. Este marco no solo permite dimensionar la magnitud clínica y emocional de la RCIU, sino también reconocer la relevancia del apoyo psicosocial en la experiencia de las gestantes. A partir de esta fundamentación teórica, el presente estudio se orienta a analizar cómo estas dinámicas se expresan en contextos locales específicos, con el fin de aportar evidencias que fortalezcan la atención integral y humanizada en este tipo de embarazos.

Apoyo psicosocial

El apoyo psicosocial hace referencia al conjunto de recursos emocionales, sociales y prácticos que una persona recibe en su entorno inmediato y de los profesionales de la salud, con el fin de afrontar situaciones de crisis o vulnerabilidad (Coob, 1976)

En el contexto del embarazo de alto riesgo, este apoyo cobra un valor fundamental, pues no solo busca contener emocionalmente a la gestante, sino también facilitarle condiciones que favorezcan su adaptación al diagnóstico y la adherencia a los cuidados médicos.

El apoyo se puede expresar en diferentes dimensiones:

Apoyo emocional: consiste en brindar contención afectiva, escucha activa, comprensión y acompañamiento, lo que ayuda a reducir la ansiedad y la percepción de soledad en la madre gestante.

Apoyo informativo: Se refiere a la orientación y educación que recibe la mujer acerca de su diagnóstico, el tratamiento y los cuidados necesarios, lo cual disminuye la incertidumbre y facilita la toma de decisiones informadas.

Apoyo social: Encierra las redes más amplias de interacción, familia, pareja, amigos, comunidad y el personal de la salud lo que puede generar un sentimiento de pertenencia y compañía

La familia y la pareja representan las principales fuentes de apoyo psicosocial durante el embarazo, especialmente cuando este es catalogado de alto riesgo por Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU). La literatura evidencia que la red de apoyo inmediata actúa como un factor protector frente al estrés prenatal, facilitando la adaptación emocional de la gestante y contribuyendo al bienestar materno fetal. Cohen y Wills (1985) señalan que el apoyo cumple una función de efecto principal cuando la pertenencia a una red amplia de relaciones proporciona beneficios directos para la salud y la adaptación emocional, independientemente del nivel de estrés. Al mismo tiempo, puede desempeñar una función de amortiguador, al proteger a la persona de los efectos adversos de situaciones estresantes mediante la disponibilidad de recursos emocionales e instrumentales que permiten afrontar

la crisis con mayor resiliencia. En el contexto del embarazo de alto riesgo, este modelo resulta particularmente relevante, ya que la contención de la pareja, la familia y los profesionales de la salud no solo brinda seguridad y acompañamiento, sino que también disminuye la vulnerabilidad psicológica frente a los temores asociados a complicaciones gestacionales.

En la mayoría de los casos, la pareja constituye la primera línea de acompañamiento. Su presencia activa en los controles prenatales, la comunicación constante y la toma conjunta de decisiones fortalecen el vínculo con la gestante y generan un ambiente de seguridad. Investigaciones han demostrado que el apoyo del cónyuge reduce significativamente los niveles de ansiedad y depresión en mujeres con embarazos de alto riesgo, al tiempo que incrementa la percepción de autoeficacia frente al proceso de gestación. (Martin & Brock, 2023)

La familia extensa (padres, hermanos, abuelos) aporta soporte tanto emocional como instrumental. Este se manifiesta en ayuda práctica como acompañamiento a citas médicas, cuidado de otros hijos o colaboración en tareas del hogar y en la provisión de respaldo afectivo que transmite confianza y tranquilidad a la gestante (Barrera, 1986). En contextos de vulnerabilidad socioeconómica, la familia se convierte en un pilar fundamental para garantizar recursos básicos que contribuyan al adecuado desarrollo del embarazo.

El apoyo psicológico perinatal constituye una herramienta esencial para el bienestar emocional de las mujeres que atraviesan un embarazo de alto riesgo. Este tipo de intervención busca contener las emociones negativas derivadas del diagnóstico médico y promover la adaptación psicológica a las exigencias del proceso gestacional. En situaciones de vulnerabilidad, el acompañamiento profesional favorece el fortalecimiento de la autoconfianza materna, el manejo del miedo y la construcción del vínculo prenatal. De acuerdo con Burgio et al. (2024), “en tales condiciones, el desarrollo de la competencia parental puede verse gravemente comprometido por el estrés emocional, la hiperactivación, el sentimiento de incertidumbre y el autoconcepto alterado que experimentan las

madres y los padres” [traducción propia] (p. e976). Esto demuestra que la intervención psicológica oportuna no solo reduce los niveles de ansiedad y estrés, sino que también contribuye a preservar la estabilidad emocional y a fortalecer los recursos internos y familiares de las gestantes, mejorando su experiencia durante el embarazo. Diversos estudios han mostrado que las intervenciones psicológicas prenatales pueden mejorar la adaptación emocional de las mujeres en situaciones de riesgo. Betegón (2017), por ejemplo, evaluó un programa de intervención prenatal dirigido a gestantes con fetos pequeños para la edad gestacional, encontrando beneficios en la reducción de la ansiedad y en el fortalecimiento de la percepción de autoeficacia materna. Estos hallazgos sugieren que los programas de apoyo psicológico constituyen herramientas efectivas para mitigar los efectos adversos asociados al embarazo de alto riesgo.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud destacan la necesidad de promover una experiencia positiva de embarazo mediante la atención integral, la prevención de riesgos y el fortalecimiento del acompañamiento psicosocial (World Health Organization [WHO], 2016). Desde un enfoque más amplio, la OMS (2001) también ha señalado la importancia de reconocer la salud mental como un componente central en los programas de atención materna, enfatizando que la identificación temprana de síntomas emocionales y la provisión de apoyo psicológico reducen la morbilidad y mejoran la calidad de vida.

El vínculo entre el bienestar materno y la salud fetal ha sido objeto de interés en las últimas décadas. Barker (2004), en su teoría de los orígenes del bienestar, planteó que las condiciones intrauterinas tienen un efecto determinante en la salud física y psicológica a lo largo de la vida. En la misma línea, La evidencia indica que la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) se asocia con mayor morbilidad neonatal inmediata (p. ej., hipoglucemia, hipotermia, SDR) y, además, con un incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas en la vida adulta (Menéndez-Castro et al., 2018; Molina

Giraldo et al., 2014). Estos planteamientos resaltan la importancia de las intervenciones preventivas durante el embarazo como una inversión en la salud futura del niño.

En este marco, la psicología perinatal asume un rol preventivo y terapéutico, facilitando espacios para la expresión emocional, el manejo de la ansiedad y el fortalecimiento de redes de apoyo. Tales intervenciones, fundamentadas en la comprensión del embarazo como un proceso biopsicosocial (Engel, 1977), no solo apuntan a mejorar la calidad de vida de las gestantes, sino también a favorecer el vínculo temprano con el hijo y a promover un entorno más saludable para el desarrollo infantil.

Desde la perspectiva de la atención integral, el apoyo psicosocial implica la participación de equipos interdisciplinarios conformados por diferentes profesionales como son médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales entre otros, quienes atienden no solo la parte médica biológica de estas complicaciones, sino que también abordan y entienden las necesidades emocionales de la gestante (OMS, 2001).

La evidencia sobre las implicaciones psicológicas del embarazo de alto riesgo por RCIU permiten comprender que el impacto de esta condición trasciende lo estrictamente médico, afectando de manera significativa la salud mental y el bienestar integral de la madre gestante. Esta situación pone evidencia la importancia del apoyo psicosocial como recurso protector, ya que brinda herramientas emocionales y sociales que contribuyen a disminuir la ansiedad, la depresión y la sensación de incertidumbre, al tiempo que fortalece la capacidad de afrontamiento y adaptación de la mujer frente a las necesidades y exigencias de un embarazo con esta complicación.

El embarazo de alto riesgo no solo implica una amenaza médica, sino también un reto psicosocial, en el que la presencia o ausencia de apoyo social desempeña un papel decisivo en el bienestar de la mujer gestante. Desde una perspectiva teórica, el apoyo social ha sido conceptualizado como el conjunto de recursos emocionales, instrumentales e informativos que las personas obtienen a través de sus vínculos

interpersonales y que funcionan como amortiguadores frente al impacto de situaciones estresantes (Cobb, 1976).

En este sentido, la hipótesis del amortiguamiento (*buffering hypothesis*), propuesta por Cohen y Wills (1985), sostiene que el apoyo social tiene un efecto protector que reduce la intensidad de la respuesta al estrés en situaciones adversas. Posteriormente, Barrera (1986) profundizó en la distinción entre los diferentes tipos de apoyo (emocional, tangible, informativo y de compañía), enfatizando que su efectividad depende de la adecuación entre las necesidades percibidas por la persona y los recursos que realmente recibe.

En una revisión sistemática, (Sufredini et al., 2022) demostraron que las mujeres que reciben apoyo emocional y práctico durante la gestación presentan menores niveles de ansiedad y depresión, especialmente en contextos de riesgo obstétrico. De manera complementaria, Martin y Brock (2023) resaltan la importancia del apoyo de la pareja, señalando que una relación caracterizada por la empatía, la comunicación y la presencia activa contribuye a reducir el estrés y previene dificultades en el vínculo madre-hijo tras el parto.

El análisis del apoyo social no puede desligarse de la teoría del apego propuesta por Bowlby (2014), quien subrayó que la calidad de los vínculos afectivos primarios influye en la forma en que los individuos buscan y brindan apoyo en momentos de vulnerabilidad. En el caso de las gestantes en situación de riesgo, contar con una red afectiva sólida no solo favorece la contención emocional, sino que también refuerza la percepción de seguridad y esperanza.

Asimismo, desde el modelo biopsicosocial planteado por Engel (1977), el apoyo social constituye un factor modulador que interactúa con los aspectos biológicos y psicológicos de la gestación, generando efectos positivos tanto en la salud mental de la madre como en el desarrollo fetal. Esta perspectiva integradora enfatiza que el embarazo de alto riesgo debe abordarse considerando simultáneamente los

determinantes médicos, emocionales y sociales, ya que la interacción entre ellos define el desenlace del proceso.

En síntesis, los fundamentos psicosociales muestran que el acompañamiento no es un recurso accesorio, sino un elemento estructural en la salud materna. El apoyo de la pareja, la familia, los profesionales de la salud y la comunidad actúan como factores protectores que amortiguan el impacto del riesgo obstétrico y mejoran las condiciones para un afrontamiento más adaptativo. De allí se desprende la necesidad de incluir el diseño de estrategias de acompañamiento psicosocial en los programas de atención prenatal dirigidos a mujeres con embarazos de alto riesgo.

Referentes teóricos

El presente estudio se fundamenta en diversos enfoques y teorías que permiten comprender la complejidad del embarazo de alto riesgo por Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) y las experiencias psicosociales de las gestantes. Estos referentes ofrecen un marco explicativo desde el cual interpretar los hallazgos y orientar la discusión.

Modelo Biopsicosocial de Engel (1977)

Engel propuso un cambio de paradigma al plantear que la salud y la enfermedad no pueden explicarse únicamente desde lo biológico, sino como el resultado de la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales. En el caso del embarazo de alto riesgo, este modelo permite comprender cómo las alteraciones fisiológicas como la insuficiencia placentaria que origina el RCIU se relacionan estrechamente con las respuestas emocionales de la gestante y con el contexto social en el que se desarrolla la experiencia.

Teoría del Apoyo Social de Cobb (1976)

Cobb define el apoyo social como la percepción de ser amado, valorado y parte de una red de relaciones recíprocas. Esta teoría subraya que el apoyo emocional y práctico proveniente de la pareja, la familia y el entorno cercano actúa como un factor protector frente a situaciones de estrés, favoreciendo

el bienestar psicológico. Aplicado al contexto del RCIU, el apoyo social resulta clave para mitigar sentimientos de ansiedad, culpa o miedo que suelen acompañar a este diagnóstico.

Modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986)

Este modelo plantea que el afrontamiento es un proceso dinámico mediante el cual las personas evalúan y responden a situaciones estresantes. Según los autores, las estrategias de afrontamiento pueden ser orientadas al problema (acciones para resolver o manejar la situación) o a la emoción (mecanismos para regular el impacto emocional). En el embarazo de alto riesgo, este enfoque permite analizar cómo las madres enfrentan el diagnóstico de RCIU, las exigencias médicas y las repercusiones emocionales.

Teoría del Apego de Bowlby (2014)

Bowlby desarrolló la teoría del apego para explicar la importancia de los vínculos afectivos tempranos en el desarrollo humano. En el contexto del embarazo, esta teoría adquiere relevancia al considerar que el vínculo materno fetal puede verse afectado por la incertidumbre y el temor asociados a un diagnóstico de alto riesgo. A su vez, resalta la importancia de la figura de la pareja como base segura para la gestante, favoreciendo el afrontamiento y la construcción de un entorno de confianza.

Desarrollo de los trastornos psicológicos de Aaron Beck (1967)

Los estudios sobre el desarrollo de los trastornos psicológicos de Aaron Beck especialmente la teoría cognitiva de la depresión es relevantes y útiles para comprender como el embarazo con complicaciones puede comprometer la salud mental de la mujer y como se enfrenta a esta experiencia. La teoría cognitiva de Beck postula que los pensamientos negativos y la distorsión cognitiva pueden llevar a la depresión. En el contexto de un embarazo de alto riesgo, estos pensamientos negativos pueden surgir ante el estrés, la incertidumbre y las posibles dificultades que se enfrenten durante la gestación.

los autoesquemas negativos son patrones estables de pensamiento que confieren vulnerabilidad a largo plazo al desarrollo de la depresión (Beck, 1967).

Teoría cognitiva social de Albert Bandura

Ayuda a entender como las experiencias, los modelos sociales y la percepción de la propia capacidad pueden influir en las conductas relacionadas con el embarazo y su capacidad para afrontar la situación, así mismo comprender como el apoyo social y familiar aportara en la adaptación e influirá en las decisiones respecto a las complicaciones que se puedan dar.

En conjunto, los modelos y teorías aquí expuestos permiten comprender el embarazo de alto riesgo por restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) como un fenómeno multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Desde el modelo biopsicosocial de Engel (1977), se reconoce que el bienestar materno depende tanto del control médico de la gestación como del acompañamiento emocional y del entorno social que rodea a la gestante. La teoría del apoyo social de Cobb (1976) y la hipótesis del amortiguamiento de Cohen y Wills (1985) aportan una base para entender cómo las redes familiares y profesionales pueden mitigar el impacto del estrés, reforzando los recursos de afrontamiento descritos por Lazarus y Folkman (1986).

De igual modo, la teoría del apego de Bowlby (2014) permite analizar cómo la presencia de figuras de apoyo especialmente la pareja influye en la construcción del vínculo materno-fetal y en la sensación de seguridad emocional durante la gestación. Por su parte, la teoría cognitiva de Beck (1967) ayuda a explicar cómo los pensamientos negativos y las interpretaciones disfuncionales pueden amplificar los síntomas de ansiedad y depresión ante el diagnóstico de alto riesgo, mientras que la teoría cognitiva social de Bandura resalta el papel de la autoeficacia y la observación de modelos positivos en la adaptación psicológica de la gestante.

En este sentido, los marcos teóricos convergen en la idea de que el acompañamiento psicosocial oportuno y sensible actúa como un factor protector frente a las implicaciones emocionales del embarazo de alto riesgo. Por tanto, se espera que los hallazgos de esta investigación evidencien que el

apoyo emocional, informativo y social contribuye a disminuir la ansiedad, fortalecer el afrontamiento y promover una vivencia más adaptativa del embarazo con diagnóstico de RCIU.

CAPITULO III. METODOLOGIA

Tipo de investigación

La presente investigación adopta un enfoque cualitativo con un diseño descriptivo-interpretativo. Este tipo de estudio busca comprender las experiencias y significados subjetivos que las mujeres gestantes atribuyen a su condición de embarazo de alto riesgo por restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

Desde un método fenomenológico, se pretende explorar cómo las participantes perciben, viven y describen su experiencia gestacional desde su propia perspectiva. Este método permite identificar patrones emocionales, estrategias de afrontamiento y percepciones sobre el acompañamiento psicosocial recibido.

Según Martínez (2015), la fenomenología busca “aceptar solo lo que se presenta a la conciencia, tal como se presenta”, lo que permite captar la experiencia vivida sin imponer categorías externas.

Enfoque metodológico

Este estudio se desarrolló mediante entrevistas semiestructuradas, técnica que, según Flick (2018), constituye un medio flexible para explorar significados subjetivos y experiencias vividas. Este enfoque permite ajustar las preguntas según las respuestas de las participantes, favoreciendo una comprensión profunda del fenómeno estudiado.

Población

La población de interés está constituida por mujeres gestantes diagnosticadas con embarazo de alto riesgo por restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), que asisten a control prenatal en la clínica Layla Gemini Ginecología, ubicada en el municipio de Envigado (Antioquia).

Se empleó un muestreo intencional (purposive), seleccionando participantes que cumplieran los siguientes criterios:

- Diagnóstico médico de embarazo de alto riesgo.
- Edad entre 20 y 35 años.
- Capacidad para comunicarse en español.
- Aceptación y firma del consentimiento informado.

Se excluyeron gestantes con alteraciones cognitivas severas o en situación clínica de emergencia que impidiera su participación.

La muestra final estuvo compuesta por tres mujeres gestantes, número determinado por el criterio de saturación teórica (Morse, 2015), es decir, el punto en el cual la información obtenida en las entrevistas comenzó a repetirse y no aportó nuevos significados relevantes.

En investigaciones fenomenológicas, el propósito no es la generalización estadística, sino la profundidad en la comprensión de la experiencia vivida. Diversos autores (Creswell, 2013; Giorgi, 2009) recomiendan entre 3 y 10 participantes para este tipo de estudios, siempre que se logre la riqueza y densidad descriptiva requerida.

En este caso, las tres entrevistas permitieron identificar patrones emocionales comunes y particularidades individuales suficientes para responder a los objetivos de investigación.

A continuación, en la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de las tres participantes del estudio. Esta información permite contextualizar su situación personal, familiar y social, aspectos que resultan relevantes para comprender sus experiencias frente al diagnóstico de embarazo de alto riesgo por restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las participantes

Participante	Edad (años)	Lugar de residencia	Semanas de gestación	Situación familiar	Hijos	Tipo de apoyo recibido	Observaciones
P1	22	San Antonio de Prado	32	Vive con su pareja	0	Apoyo emocional de esposo y cuñada; apoyo psicológico estatal	Familia en otra ciudad; poco apoyo social
P2	26	Don Matías	34	Vive con esposo e hijos	2	Apoyo del esposo únicamente	No considera necesario el apoyo psicológico
P3	34	Vive en el chocó, actualmente está en Medellín	33	Vive temporalmente con una prima	1	Apoyo económico del esposo; escaso apoyo emocional	Dos citas con psicóloga sin vínculo; suspendió proceso

Nota. Datos obtenidos mediante entrevista semiestructurada. Todos los nombres fueron reemplazados por códigos alfanuméricos para preservar la confidencialidad.

La participante 1 vive en San Antonio de Prado con su pareja. Tiene 22 años y no tiene hijos. Refirió escaso apoyo familiar, dado que sus parientes residen en otra ciudad; su red cercana está conformada por su esposo y su cuñada. Recibe acompañamiento psicológico a través de un programa estatal, el cual considera útil como espacio de desahogo.

La participante 2, de 26 años, reside en el municipio de Don Matías junto a su esposo y sus dos hijos. Indicó que su esposo constituye su única red de apoyo cercana y que mantiene contacto con su familia únicamente por teléfono. No considera necesario recibir apoyo psicológico.

La participante 3, de 34 años, es oriunda del Chocó, pero durante el embarazo reside en Medellín con una prima para asistir a los controles prenatales. Señaló que cuenta con escaso apoyo familiar; su esposo, quien permanece en el Chocó, la apoya económicamente, aunque el acompañamiento emocional es limitado. Asistió a dos sesiones psicológicas ofrecidas por la EPS, pero refirió no haber logrado conexión con la profesional y decidió desistir del proceso.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se desarrollará en coherencia con los principios consagrados en el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo en Colombia (Ley 1090 de 2006), así como con las normas nacionales e internacionales que rigen la investigación con seres humanos.

En primer lugar, se garantizará el principio de respeto por la dignidad y los derechos de las personas (art. 5), velando por que las gestantes participantes sean tratadas con consideración, empatía y sensibilidad frente a la condición de vulnerabilidad derivada de su diagnóstico obstétrico.

Se aplicará el principio de consentimiento informado (art. 24), de modo que cada participante reciba información clara, veraz y suficiente sobre los objetivos, procedimientos, riesgos, beneficios y alcances de la investigación. Solo se llevará a cabo la entrevista una vez la participante haya firmado voluntariamente el consentimiento, reconociendo su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin repercusiones en su atención médica.

El principio de confidencialidad (art. 36) será salvaguardado mediante la asignación de códigos alfanuméricos en lugar de nombres propios, el almacenamiento seguro de grabaciones y transcripciones, y la restricción del acceso únicamente al equipo investigador. Las citas textuales utilizadas en los informes académicos serán presentadas en forma anonimizada para evitar cualquier posibilidad de identificación.

Dado que se trata de una población que puede presentar condiciones de vulnerabilidad emocional, se tendrá en cuenta el principio de beneficencia y no maleficencia (art. 16). En caso de que, durante la entrevista, la gestante manifieste emociones de alto impacto, ideación suicida o situaciones de violencia, se activará un protocolo de contención y derivación, garantizando la protección de la participante y su acceso inmediato a servicios especializados.

Asimismo, se aplicará el principio de responsabilidad profesional (art. 18), mediante la actuación transparente y ética del investigador, reconociendo los límites de su rol y evitando cualquier forma de inducción, manipulación o aprovechamiento de la situación de las gestantes.

Finalmente, se cumplirá con el principio de integridad científica (art. 50), asegurando que los resultados se presenten de manera fiel, sin distorsiones ni omisiones, y respetando los derechos de autor mediante el uso riguroso de citación en estilo APA 7.ª edición.

Por último, se anexa el consentimiento informado que se entregará a los participantes

Técnicas e instrumentos de recolección de Información

Para la obtención de los datos se utilizaron diversas técnicas e instrumentos que favorecieron la comprensión profunda de la experiencia de las participantes.

Entrevistas semiestructuradas en profundidad

Se aplicó una guía de preguntas elaborada con base en los objetivos específicos del estudio. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 45 a 90 minutos, se realizaron en un espacio privado y seguro y fueron grabadas, con el consentimiento de las participantes, para su posterior transcripción literal.

Notas de campo y registro de observaciones

Durante cada entrevista, el investigador registró observaciones sobre el contexto, el lenguaje no verbal y las reflexiones iniciales que surgieron tras la interacción con las participantes.

Revisión documental (opcional y complementaria)

Cuando fue autorizado, se revisaron brevemente las historias clínicas con el fin de contextualizar el diagnóstico obstétrico, garantizando la confidencialidad y el anonimato.

Las entrevistas pudieron realizarse de manera presencial o virtual, según la preferencia y condición de las gestantes, asegurando condiciones adecuadas de privacidad.

Procedimiento

- Contacto inicial con las instituciones de salud y equipo clínico para identificar posibles participantes.
- Presentación del estudio y entrega de información sobre objetivos, voluntariedad y confidencialidad.
- Obtención del consentimiento informado por escrito.
- Realización de las entrevistas semiestructuradas y toma de notas de campo.
- Transcripción literal de las grabaciones y verificación con notas de campo.
- Verificación de miembro (*member checking*) devolviendo resúmenes a las participantes para validar los hallazgos preliminares.

Tras haber obtenido el permiso en la clínica, se acuerda seleccionar 3 mujeres gestantes entre

Análisis de datos

El análisis siguió un procedimiento temático cualitativo (Braun & Clarke, 2006), mediante las siguientes fases:

- **Familiarización:** lectura repetida de transcripciones y notas.
- **Codificación inicial:** identificación de unidades de significado.
- **Agrupamiento:** organización de códigos en categorías conceptuales.
- **Construcción de temas:** integración de categorías en temas centrales.
- **Revisión e interpretación:** contraste con el marco teórico y los objetivos.

Se registraron las decisiones analíticas en un diario de investigación y se utilizó software cualitativo (p. ej., NVivo, Atlas.ti, MAXQDA) solo como herramienta de apoyo.

Criterios de rigor y calidad

Siguiendo a Lincoln y Guba (1985), se aplicaron los criterios de rigor cualitativo:

- **Credibilidad:** triangulación de fuentes y verificación con participantes.
- **Transferibilidad:** descripción densa del contexto y características de la muestra.

- **Dependabilidad:** registro detallado del proceso metodológico.
- **Confirmabilidad:** mantenimiento de un diario reflexivo y posible auditoría externa.

Además, se fomentó la reflexividad del investigador para reconocer y mitigar sesgos personales.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Mujeres gestantes con diagnóstico médico de embarazo de alto riesgo (RCIU).
- Estar en periodo prenatal.
- Capacidad para comunicarse en español.
- Firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Alteraciones cognitivas severas que impidan la entrevista.
- Situaciones clínicas de emergencia.

Procedimiento y Análisis de la información

Se realizaron tres entrevistas individuales a mujeres gestantes del departamento de Antioquia (pacientes de la Clínica Layla Gemini Ginecología SAS, entre 20 y 35 años). La información fue organizada según categorías y complementada con comentarios analíticos producto del ejercicio interpretativo con cada participante. La estructura analítica se desarrolló a partir de una matriz categorial que relacionó los objetivos específicos con las categorías y preguntas orientadoras como se ve en la tabla 2.

Esta matriz facilitó la organización e interpretación de las experiencias de las gestantes diagnosticadas con RCIU.

Tabla 2. Matriz categorial de análisis

Objetivos específicos	Categorías	Preguntas orientadoras
1. Identificar las emociones y reacciones psicológicas que surgen tras el diagnóstico de embarazo de alto riesgo por restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).	Primera categoría. Reacciones emocionales frente al diagnóstico.	1. ¿Cómo vivió el momento en que le informaron que el embarazo presentaba restricción de crecimiento? 2. ¿Qué emociones o pensamientos recuerda haber tenido en ese momento? 3. ¿Cómo ha cambiado su estado de ánimo a lo largo del proceso?
2. Analizar el tipo de acompañamiento psicosocial recibido por las gestantes durante el proceso.	Segunda categoría. Acompañamiento psicosocial y redes de apoyo.	1. ¿Qué tipo de apoyo ha recibido de su pareja, familia o amigos? 2. ¿Ha tenido acompañamiento psicológico o espiritual durante el embarazo? 3. ¿Cómo valora el apoyo recibido por parte del entorno o de las instituciones de salud?
3. Describir la influencia del acompañamiento psicosocial en el bienestar emocional y el afrontamiento de las gestantes.	Tercera categoría. Influencia del acompañamiento en el bienestar emocional.	1. ¿Cómo ha influido el acompañamiento recibido en su bienestar emocional? 2. ¿Qué estrategias o recursos ha utilizado para sobrellevar el proceso? 3. ¿Qué significado le atribuye a esta experiencia y qué aprendizajes considera que le deja?

Nota. La matriz muestra la relación entre los objetivos específicos, las categorías analíticas y las preguntas orientadoras que guiaron la interpretación de los datos.

CAPITULO III. Resultados y discusión

Resultados

Este apartado presenta los hallazgos derivados del análisis de las entrevistas semiestructuradas realizadas a tres mujeres gestantes diagnosticadas con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), condición considerada un embarazo de alto riesgo.

El análisis se desarrolló conforme a los objetivos específicos y bajo un enfoque cualitativo fenomenológico, que permitió comprender las experiencias, emociones y significados atribuidos por las participantes a su proceso gestacional.

El procesamiento de la información se llevó a cabo mediante un análisis temático, identificando las categorías emergentes y su relación con los objetivos del estudio.

Objetivo específico 1.

Identificar las emociones y reacciones psicológicas que surgen tras el diagnóstico de embarazo de alto riesgo por restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

Los relatos de las participantes evidencian que el diagnóstico generó impacto emocional inmediato manifestado en tristeza, miedo e incertidumbre.

Una participante señaló:

“Me sentí muy triste y lloré mucho porque uno no se imagina esas cosas. Uno piensa que todo está bien y mentiras sí.” (Participante A)

Otra manifestó impotencia y agotamiento emocional:

“Siento más que tristeza, impotencia y deseo que termine pronto el embarazo porque ya quiero tenerlo en mis manos.” (Participante B)

De igual modo, se observó ansiedad y pensamientos negativos ante la información médica confusa:

“Cada que iba a un control no salía con ánimo... me imaginaba miles de cosas... viene enferma, viene con alguna complicación.” (Participante C)

Pese a ello, emergieron sentimientos de esperanza y fe que sirvieron como recursos de afrontamiento:

“Más que todo tristeza, pero con fe, porque uno siempre tiene la ilusión de tener el bebé.”

(Participante A)

Los resultados muestran que las emociones no permanecen estáticas; evolucionan desde la angustia inicial hacia la adaptación emocional mediada por la comprensión médica, la fe y el apoyo familiar.

Objetivo específico 2.

Analizar el tipo de acompañamiento psicosocial recibido por las gestantes durante el proceso.

El apoyo de la pareja se destacó como el principal sostén emocional y práctico.

“Mi esposo ha estado siempre conmigo y él me anima mucho.” (Participante A)

“Mi esposo está pendiente de mí, de que coma bien para que el bebé esté bien.” (Participante B)

Sin embargo, se evidenció debilidad en las redes secundarias: dos participantes refirieron tener a sus familias lejos o carecer de amigas cercanas.

“Mi familia está en otra ciudad y no tengo amigas cercanas.” (Participante A)

Algunas mencionaron apoyos alternos, como cuñadas o hermanas:

“Mi cuñada me da el ejemplo... su bebé también fue parecido al mío y ahora está bien.” (Participante A)

El acompañamiento psicológico profesional fue limitado:

“Ella viene cada mes, me pregunta cómo me siento emocionalmente... es muy bueno porque uno se desahoga.” (Participante A)

“Tuve una o dos citas con la psicóloga, pero no me sentí cómoda... fue muy protocolario.” (Participante C)

Se concluye que, aunque el apoyo familiar y conyugal es fundamental, el acompañamiento psicológico institucional sigue siendo insuficiente.

Objetivo específico 3.

Describir la influencia del acompañamiento psicosocial en el bienestar emocional y el afrontamiento de las gestantes.

Las participantes con apoyo emocional constante mostraron mayor adaptación, serenidad y confianza:

“Gracias a mi esposo y a la psicóloga he aprendido a calmarme cuando siento miedo.” (Participante A)

Por el contrario, la falta de acompañamiento derivó en cansancio emocional y aislamiento:

“Siento que me he restringido más a abrirme a otras personas... la batalla es mía.” (Participante C)

La espiritualidad surgió como recurso transversal de bienestar:

“Lo que he hecho es orar para que todo esté bien.” (Participante B)

Estos hallazgos evidencian que la fe y las redes de apoyo se constituyen en factores protectores del bienestar emocional, mientras que la carencia de los mismos se asocia a sentimientos de vulnerabilidad y soledad.

En síntesis, la presencia de vínculos afectivos sólidos, apoyo emocional genuino y recursos espirituales facilita un proceso de afrontamiento más positivo, mientras que la falta de estos factores se asocia con sentimientos de soledad, agotamiento y auto confinamiento emocional.

Como se observa en la tabla 3, los resultados permiten comprender que el diagnóstico de RCIU constituye una experiencia emocionalmente desafiante para las gestantes, en la que se entrelazan sentimientos de miedo, tristeza e incertidumbre con procesos de aceptación, esperanza y fe. El acompañamiento psicosocial y espiritual se configura como un factor determinante en el bienestar emocional, siendo la pareja y la familia los principales sostenes afectivos.

Tabla 3. Síntesis general de los resultados

Aspecto analizado	Hallazgos principales
Emociones predominantes	Tristeza, miedo, impotencia, ansiedad, esperanza y fe.
Factores que generan malestar	Diagnóstico inesperado, falta de información médica, dolor físico y distancia de las redes familiares.
Fuentes de apoyo más significativas	Pareja, familiares cercanos (hermana, cuñada), fe y espiritualidad.
Limitaciones identificadas	Falta de acompañamiento psicológico institucional y redes sociales reducidas.
Estrategias de afrontamiento	Oración, resignificación del proceso, diálogo con la pareja, aceptación progresiva del diagnóstico.
Efectos del acompañamiento	Disminución de la ansiedad, fortalecimiento emocional, desarrollo de resiliencia y afrontamiento positivo.

Nota. La tabla resume los principales hallazgos obtenidos a partir del análisis temático de las entrevistas realizadas a las gestantes con diagnóstico de RCIU.

Discusión

El presente capítulo interpreta los hallazgos obtenidos a la luz de los referentes teóricos revisados, con el propósito de comprender la experiencia emocional y el acompañamiento psicosocial de las gestantes con diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Las categorías emergentes se analizan en relación con los modelos teóricos de afrontamiento, apoyo social y bienestar emocional, evidenciando cómo el diagnóstico desencadena un proceso complejo de adaptación en el que convergen factores emocionales, relacionales y espirituales.

Categoría 1. Emociones y reacciones psicológicas frente al diagnóstico de RCIU

Las reacciones emocionales iniciales tristeza, miedo, incertidumbre e impotencia confirman que el diagnóstico de RCIU es percibido como un evento altamente estresante, lo que coincide con el modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986).

Según estos autores, la evaluación cognitiva que realiza la persona frente a una amenaza condiciona la

respuesta emocional: cuando el evento se percibe como incontrolable o peligroso, surgen respuestas de ansiedad o desesperanza.

La experiencia emocional descrita por las participantes también refleja lo que Engel (1977) denomina una reacción biopsicosocial al sufrimiento, donde las emociones y el cuerpo se entrelazan frente a la percepción de riesgo vital para el bebé.

Sin embargo, junto a las emociones negativas emergieron sentimientos de fe, esperanza y sentido, que actuaron como mecanismos de afrontamiento. Este proceso se relaciona con la propuesta de Frankl (1991) sobre la búsqueda de significado como vía para soportar el sufrimiento y promover la resiliencia.

De esta manera, las emociones evolucionan desde la angustia inicial hacia una aceptación adaptativa, favorecida por la comprensión médica, la espiritualidad y el apoyo recibido

Categoría 2. El acompañamiento psicosocial durante el proceso gestacional

El análisis mostró que la pareja constituye la figura de apoyo más relevante durante el embarazo de alto riesgo. Este resultado concuerda con el concepto de apoyo social propuesto por Cobb (1976), quien lo define como la percepción de ser amado y valorado dentro de una red de cuidado que proporciona seguridad y pertenencia.

Asimismo, el papel protector del compañero refleja la hipótesis del amortiguamiento del estrés de Cohen y Wills (1985), según la cual las relaciones cercanas mitigan los efectos de los acontecimientos adversos al ofrecer contención emocional y apoyo instrumental.

La debilidad de las redes secundarias familia distante o amistades limitadas acentuó los sentimientos de soledad, aspecto coherente con los hallazgos de investigaciones previas (Bedaso et al., 2021), que asocian la falta de apoyo con mayor vulnerabilidad emocional en gestantes de alto riesgo.

Por otro lado, la escasa atención psicológica institucional evidencia una brecha en la atención integral prenatal. Según el modelo biopsicosocial de Engel (1977), la salud no puede comprenderse únicamente

desde lo biológico, sino en la interacción entre los factores físicos, psicológicos y sociales. La ausencia de acompañamiento profesional sostenido limita la atención integral del bienestar materno.

Categoría 3. Influencia del acompañamiento en el bienestar emocional y el afrontamiento

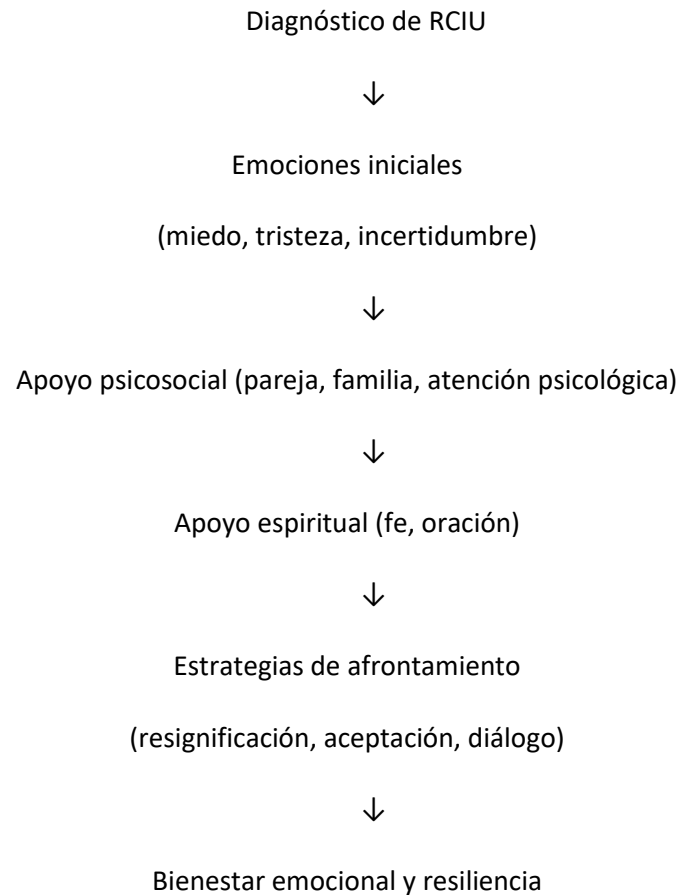
Los resultados evidenciaron que la calidad del acompañamiento recibido influye directamente en el bienestar emocional y en la capacidad de afrontamiento de las gestantes. En coherencia con Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento no depende solo del evento estresante, sino de los recursos personales y sociales disponibles para enfrentarlo. El apoyo emocional y la comunicación con la pareja actúan como estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, que reducen la ansiedad y fortalecen la percepción de control.

El componente espiritual emergió como un factor transversal de protección. La oración y la fe en Dios proporcionaron sentido, esperanza y contención emocional. Estos resultados respaldan lo expuesto por Koenig (2012) y por Ano y Vasconcelles (2005), quienes sostienen que el afrontamiento religioso positivo se asocia con un mejor ajuste psicológico y menor nivel de estrés.

Finalmente, siguiendo a Engel (1977), el bienestar materno en el embarazo de alto riesgo no depende únicamente de la evolución clínica del feto, sino del entramado de apoyo psicosocial, emocional y espiritual que rodea a la gestante. Un acompañamiento empático, continuo y comprensivo se traduce en mayor estabilidad emocional, adherencia a los controles y fortalecimiento del vínculo materno fetal.

En el proceso de afrontamiento observado en las gestantes con diagnóstico de RCIU, se identificó una secuencia dinámica que inicia con la respuesta emocional inmediata ante el diagnóstico, seguida por la búsqueda de apoyo psicosocial y espiritual, la implementación de estrategias de afrontamiento y, finalmente, la consolidación del bienestar emocional y la resiliencia. Esta relación se sintetiza en la Figura 1.

Figura 1. Diagrama conceptual del proceso de afrontamiento en gestantes con diagnóstico de RCIU



Nota. La figura ilustra la relación entre diagnóstico, emociones, apoyo psicosocial y espiritual, estrategias de afrontamiento y bienestar emocional observados en las participantes.

Conclusiones

El presente estudio tuvo como propósito comprender las experiencias emocionales y psicosociales de mujeres gestantes diagnosticadas con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). A través de tres entrevistas semiestructuradas, se exploraron las emociones frente al diagnóstico, el tipo de acompañamiento psicosocial recibido y la influencia de dicho acompañamiento en el bienestar emocional de las participantes. Los hallazgos permitieron visibilizar las repercusiones psicológicas de este tipo de embarazo, así como la capacidad de resiliencia, esperanza y adaptación que cada mujer desarrolla desde su historia personal y su contexto de apoyo.

A continuación, se presentan las conclusiones principales, organizadas de acuerdo con las tres categorías de análisis:

Reacciones emocionales frente al diagnóstico

El diagnóstico de RCIU generó un impacto emocional significativo, caracterizado por sentimientos de tristeza, miedo, angustia e incertidumbre frente al bienestar del bebé. Las participantes describieron un momento inicial de desconcierto ante la noticia, marcado por la falta de comprensión médica y la sensación de vulnerabilidad. No obstante, emergió una notable fortaleza interior sustentada en la fe, la esperanza y la confianza en Dios como recursos protectores. Estas emociones positivas favorecieron la adaptación al proceso y la resignificación del diagnóstico, demostrando que las experiencias adversas durante la gestación pueden convertirse en oportunidades de crecimiento personal cuando existe contención emocional y acompañamiento adecuado.

Acompañamiento psicosocial y redes de apoyo

El acompañamiento psicosocial se configuró como un factor clave en la forma en que las gestantes enfrentaron el proceso. La mayoría refirió apoyo de su pareja como principal fuente de contención, aunque las redes familiares y sociales resultaron limitadas. En un caso particular, la participante C expresó no contar con un acompañamiento emocional constante por parte de su pareja debido a la distancia física y las responsabilidades laborales. Esta misma participante manifestó haber recibido atención psicológica, aunque sin establecer una conexión terapéutica significativa. Su experiencia evidencia cómo la falta de apoyo cercano, tanto emocional como profesional, puede incrementar la sensación de carga individual, el aislamiento y la ansiedad durante el embarazo. Esto subraya la importancia de fortalecer la calidad del acompañamiento profesional y promover redes de apoyo efectivas que incluyan tanto a la familia como al sistema institucional de salud.

Influencia del acompañamiento en el bienestar emocional

El bienestar psicológico de las gestantes estuvo directamente relacionado con la calidad del acompañamiento emocional recibido. Aquellas que contaron con apoyo estable mostraron mayor serenidad, resiliencia y esperanza, mientras que las que experimentaron acompañamiento limitado tendieron al aislamiento y al agotamiento emocional. La espiritualidad emergió como un recurso protector esencial, proporcionando calma, fortaleza y un sentido de propósito. De esta manera, el acompañamiento psicosocial debe abordarse desde una mirada integral que contemple las dimensiones emocional, relacional y espiritual, reconociendo a la gestante como un sujeto que requiere ser escuchado, comprendido y acompañado durante todo el proceso.

Este estudio aporta una comprensión más profunda sobre cómo las emociones, las creencias y los vínculos sociales median la vivencia del embarazo de alto riesgo. Al visibilizar la interacción entre el diagnóstico médico y las respuestas emocionales, se amplía la mirada de la psicología perinatal hacia un enfoque más humano, donde el acompañamiento no se limita al control de síntomas, sino a la promoción del bienestar integral de la mujer gestante. Asimismo, evidencia la necesidad de incluir en la práctica clínica un abordaje empático y contextualizado que reconozca la espiritualidad y la historia personal como elementos protectores dentro del proceso gestacional.

Lineamientos prácticos y recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos, se propone que los servicios de salud incorporen la atención psicológica como parte esencial del control prenatal, especialmente en los casos de embarazos con diagnóstico de RCIU u otras condiciones de alto riesgo.

- **Atención integral:** incluir sesiones psicológicas regulares orientadas a la identificación temprana de factores emocionales de riesgo y al fortalecimiento de la resiliencia.
- **Formación del personal sanitario:** capacitar a médicos, enfermeras y obstetras en comunicación empática, contención emocional y acompañamiento psicológico básico.

- **Redes de apoyo comunitarias:** promover programas grupales o psicoeducativos donde las gestantes puedan compartir experiencias, recibir orientación emocional y construir redes de apoyo.
- **Espiritualidad como recurso terapéutico:** reconocer y respetar las creencias espirituales como parte del proceso de afrontamiento, integrándolas de manera ética en la atención psicosocial.

Alcances y proyección de futuras investigaciones

Este estudio, de naturaleza cualitativa y exploratoria, se centró en tres entrevistas semiestructuradas que permitieron alcanzar la saturación teórica de la información, es decir, el punto en que los datos obtenidos fueron suficientes para comprender en profundidad las experiencias emocionales y psicosociales de las gestantes con diagnóstico de RCIU. Por tanto, el tamaño de la muestra no representa una limitación, sino una delimitación propia del enfoque fenomenológico, que prioriza la comprensión detallada de los significados sobre la generalización de resultados.

No obstante, los hallazgos abren la posibilidad de desarrollar investigaciones futuras que amplíen la muestra e integren enfoques mixtos (cualitativos y cuantitativos), con el fin de contrastar los resultados aquí obtenidos y diseñar intervenciones psicológicas basadas en evidencia. También se sugiere evaluar la efectividad de programas de acompañamiento psicosocial y espiritual dirigidos a gestantes con diagnósticos de alto riesgo, lo que permitiría fortalecer la práctica clínica en psicología perinatal.

En conjunto, los resultados de esta investigación refuerzan la importancia de la psicología perinatal como disciplina orientada a la comprensión integral del embarazo. El diagnóstico de RCIU no solo constituye un desafío médico, sino también un proceso emocional complejo que requiere acompañamiento sensible, empático y continuo. Reconocer las emociones, la fe y las redes de apoyo como pilares del bienestar gestacional permite avanzar hacia un modelo de atención más humano, en el

que se cuide no solo el cuerpo, sino también el mundo emocional de las mujeres que atraviesan esta etapa vital.

Síntesis final

En conjunto, los resultados de esta investigación refuerzan la importancia de la psicología perinatal como disciplina orientada a la comprensión integral del embarazo. El diagnóstico de RCIU no solo constituye un desafío médico, sino también un proceso emocional complejo que requiere acompañamiento sensible, empático y continuo. Reconocer las emociones, la fe y las redes de apoyo como pilares del bienestar gestacional permite avanzar hacia un modelo de atención más humano, en el que se cuide no solo el cuerpo, sino también el mundo emocional de las mujeres que atraviesan esta etapa vital.

ANEXOS

Consentimiento Informado

Título del estudio: *La experiencia emocional del embarazo de alto riesgo: acompañamiento psicosocial en gestantes con restricción del crecimiento intrauterino*

Investigador principal: *Daniela Martínez Gómez*

Institución: *Corporación universitaria minuto de Dios*

Contacto: *Danyelamartinez2009@gmail.com*

Carta de Consentimiento

Estimad@ participante:

Usted ha sido invitada a participar en un estudio de carácter académico e investigativo, cuyo propósito es comprender cómo influye el acompañamiento psicosocial en las implicaciones psicológicas que experimentan las mujeres durante un embarazo de alto riesgo por RCIU.

La participación consiste en una entrevista individual de carácter voluntario, con una duración aproximada de 30 a 45 minutos, en la que se le harán preguntas relacionadas con su experiencia personal.

Su participación es **completamente libre**. Usted puede decidir no contestar alguna pregunta, interrumpir la entrevista o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto tenga repercusiones negativas en la atención médica o psicológica que recibe actualmente.

Toda la información que usted brinde será tratada de manera **confidencial y anónima**. Para proteger su identidad, se utilizarán códigos en lugar de su nombre, y los registros de la entrevista (grabaciones y transcripciones) estarán bajo custodia del investigador, sin acceso a terceros. Los resultados se presentarán únicamente con fines académicos y de publicación científica, sin que sea posible identificarla personalmente.

Dado que los temas a tratar pueden generar emociones intensas, en caso de que durante la entrevista se presenten reacciones emocionales significativas, se le ofrecerá contención inmediata y, de ser necesario, se realizará la remisión a los servicios de apoyo psicológico correspondientes.

Al firmar este documento, usted reconoce que:

1. Ha recibido información clara y suficiente sobre el estudio.
2. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas de manera satisfactoria.
3. Participa de forma libre, consciente y voluntaria.

2 Declaración de la participante

He leído (o me han leído) la información anterior. Comprendo el objetivo, el procedimiento y las condiciones de mi participación. Acepto de manera libre y voluntaria hacer parte del estudio.

Nombre de la participante: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

3 Declaración del investigador

Yo, como investigador, me comprometo a respetar los principios éticos establecidos en la Ley 1090 de 2006, garantizar la confidencialidad de la información y velar por el bienestar de la participante.

Nombre del investigador: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

|

Referencias

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). *ACOG Practice Bulletin No. 227: Fetal growth restriction. Obstetrics & Gynecology*, 137(2), e16–e28.

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004244>

Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). *Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461–480. <https://doi.org/10.1002/jclp.20049>

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.

Barker, D. J. (2004). The developmental origins of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359(1449), 1359–1366.

<https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1518>

Barrera, M. Jr. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, 14(4), 413-445.

<https://doi.org/10.1007/BF00922627>

Beck, A. (1967). *Depresión: aspectos clínicos, experimentales y teóricos*. Nueva York: Harper y Row.

Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 18, 162. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5> (BioMed Central)

Betegón, Á. A. (2017). *Evaluación de un programa de intervención prenatal en embarazadas con fetos pequeños para la edad gestacional* [Tesis de maestría, Universitat de Barcelona]. Universitat de

Barcelona. <http://hdl.handle.net/10803/404882>

Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida: Edición renovada*. Ediciones Morata.

Burgio, M. A., Graffeo, V., Paolillo, G., Cascone, A., & Miceli, S. (2024). *Effectiveness of psychological counseling intervention in high-risk pregnancies in Italy*. *Healthcare*, *12*(10), 976.

<https://doi.org/10.3390/healthcare12100976>

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781506335193>

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Constaín, G. A., Ocampo Saldarriaga, M. V., Franco Vásquez, J. G., Naranjo, L. F., Restrepo Conde, C., Estrada Muñoz, D., & Buriticá González, J. (2024). Trastornos psiquiátricos en gestantes hospitalizadas en el servicio de alto riesgo obstétrico de la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín (Colombia) durante los años 2013 a 2017. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *53*(1), 17–25.*

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.10.001>*

Crispi, F., Miranda, J., & Gratacós, E. (2018). Long-term cardiovascular consequences of fetal growth restriction: Biology, clinical implications, and opportunities for prevention of adult disease. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *218*(2S), S869–S879. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.12.012>

Dirección Seccional de Salud de Antioquia. (s. f.). *Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal (RIAMP)*. Gobernación de Antioquia. Recuperado de <https://www.dssa.gov.co/>

Dunkel-Schetter, C., Gurung, R. A. R., Lobel, M., & Wadhwa, P. D. (2016). Demographic, medical, and psychosocial predictors of pregnancy anxiety. *Psychology & Health*, *31*(8), 987–1004.

<https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1161191>

Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M. K., Klapp, B. F., & Arck, P. C. (2007). Social support during pregnancy: Effects on maternal depressive symptoms,

smoking, and pregnancy outcome. *Human Reproduction*, 22(3), 869–877.

<https://doi.org/10.1093/humrep/del432>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Figueras, F., & Gratacós, E. (2014). Update on the diagnosis and classification of fetal growth restriction and proposal of a stage-based management protocol. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 36(2), 86–98. <https://doi.org/10.1159/000357592>

Flick, U. (2018). *Introducción a la investigación cualitativa* (5.ª ed.). Madrid, España: Ediciones Morata.

Frankl, V. E. (1991). *El hombre en busca de sentido* (Trad. L. López-Ballesteros y A. T. S.). Herder. (Obra original publicada en 1946)

Gaviria-Arbeláez, C., Paternina-Caicedo, A., & Rincón-Vélez, D. (2022). *Prevalencia de síntomas depresivos y factores asociados en gestantes colombianas*. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 73(3), 223–233. <https://doi.org/10.18597/rcog.3664>

Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Duquesne University Press.

Gómez López, E., Aldana Calva, E. ., Carreño Meléndez, J. ., & Sánchez Bravo, C. . (2006). Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. *Psicología Iberoamericana*, 14(2), 28–35. <https://doi.org/10.48102/pi.v14i2.357>

Gómez-López ME. Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo. *Perinatol Reprod Hum*. 2007;21(2):111-121.

Gourounti, K., Lykeridou, K., Taskou, C., Kafetsios, K., & Sandall, J. (2015). *A survey of worries of pregnant women: Reliability and validity of the Greek version of the Cambridge Worry Scale*. *Midwifery*, 31(3), 359–366. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.11.001>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Hinton, L., Dumelow, C., Hodgkinson, J., Montgomery, C., Martin, A., Allen, C., Tucker, K., Green, M. E., Wilson, H., McManus, R. J., Chappell, L. C., & Band, R. (2023). 'Nesting networks': Women's experiences of social network support in high-risk pregnancy. *Midwifery*, 120, 103622. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103622>

Hinton, L., Locock, L., Knight, M., & Homer, C. (2023). Experiences of emotional distress and social support during high-risk pregnancy: A qualitative evidence synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 224. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05444-0>

Huang, R., Yan, C., Tian, Y., Lei, B., Yang, D., Liu, D., & Lei, J. (2020). Effectiveness of peer support intervention on perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 276, 788–796. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.048>

Isaacs, N. Z., & Andipatin, M. G. (2020). A systematic review regarding women's emotional and psychological experiences of high-risk pregnancies. *BMC psychology*, 8(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00410-8>

Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (trad. M. Zaplana). Barcelona, España: Martínez Roca.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.

López, R. M. G., & Bartha Rasero, J. L. (2024). Factores predictores del vínculo afectivo prenatal en gestantes nulíparas de edad materna avanzada. *Presencia*, 20, e14822.

Martin, R. C. B., & Brock, R. L. (2023). The importance of high-quality partner support for reducing stress during pregnancy and postpartum bonding impairments. *Archives of women's mental health*, 26(2), 201–209. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01299-z>

Martínez, M. (2015). *Comportamiento humano: Nuevos métodos de investigación* (2.ª ed., reimp.). México: Trillas.

Martínez Royert, Judith, & Pereira Peñate, Milena. (2016). Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. *Revista Salud Uninorte*, 32(3), 452-460. Retrieved October 19, 2025, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000300009&lng=en&tlng=es.

Mayo Clinic. (s. f.). *Embarazo de alto riesgo: causas, síntomas y tratamiento*. Recuperado el 19 de octubre de 2025, de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/high-risk-pregnancy/symptoms-causes/syc-20354308>

Menendez-Castro, C., Rascher, W., & Hartner, A. (2018). **Intrauterine growth restriction—impact on cardiovascular diseases later in life.** *Molecular and Cellular Pediatrics*, 5, 4. <https://doi.org/10.1186/s40348-018-0082-5>

Mirzakhani, K., Ebadi, A., Faridhosseini, F., & Khadivzadeh, T. (2020). Well-being in high-risk pregnancy: An integrative review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 526. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03190-6>

Molina Giraldo, S., Correa Mendoza, D. M., Rojas Arias, J. L., & Acuña Osorio, E. (2014). Orígenes fetales de la patología del adulto: la restricción del crecimiento intrauterino como factor de riesgo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 79(6), 546–553.

Monterrosa-Castro, Álvaro, Rodelo-Correa, Alix, Monterrosa-Blanco, Angélica, & Morales-Castellar, Isabella. (2022). Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano. *Ginecología y obstetricia de México*, 90(2), 134-147. Epub 30 de mayo de 2022. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i2.7248>

Morse, J. M. (2015). *Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry*. *Qualitative Health Research*, 25(9), 1212–1222. <https://doi.org/10.1177/1049732315588501>

Osma-Zambrano, S. E., Lozano-Osma, M. D., Mojica-Perilla, M., & Redondo-Rodríguez, S. (2019). Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). *MedUNAB*, 22(2), 171–185. <https://doi.org/10.29375/01237047.3586>

Pinho, A., Pamplona, V., & García de Lima, C. (2010). *Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbosidad materna grave*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1181–1188. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000600021>

Price, S., Lake, M., Breen, G., Carson, G., Quinn, C., & O'Connor, T. (2007). The spiritual experience of high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(1), 63–70. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00110.x>

Rodrigues, A. R., Pérez-López, J., & Brito de la Nuez, A. G. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en madres y padres tempranos: Un estudio preliminar. *Anales de Psicología*, 20(1), 93–102. https://www.um.es/analesps/v20/v20_1/09-20_1.pdf

Rosas Sosa, R. (2013). *Aspectos psicológicos presentes en mujeres embarazadas de alto riesgo en el HGP 3a* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional UNAM. <https://repositorio.unam.mx/>

Sacchi, C., Marino, C., Nosarti, C., Vieno, A., Visentin, S., & Simonelli, A. (2020). Association of intrauterine growth restriction and small for gestational age status with childhood cognitive outcomes:

A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 174(8), 772–781.

<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1097>

Serrano, G.P. (2001), *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes*.

Singla, D. R., Lawson, A., Zahedi, N., Thomas-Jacques, T., Lemberg-Pelly, S., & Dennis, C.-L. (2021). Implementation and effectiveness of nonspecialist-delivered interventions for perinatal mental health in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(5), 498–509.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4556> (JAMA Network)

Smorti, M., Ginobbi, F., Simoncini, T., Pancetti, F., Carducci, A., Mauri, G., & Gemignani, A. (2023). *Anxiety and depression in women hospitalized due to high-risk pregnancy: An integrative quantitative and qualitative study*. *Current Psychology*, 42, 5570–5579. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01902-5>

Smorti, M., Ponti, L., & Ionio, C. (2023). Psychological well-being and perceived social support in high-risk pregnancy: A mixed-methods study. *Current Psychology*, 42(3), 5570–5579.

<https://doi.org/10.1007/s12144-021-01902-5>

Sufredini, F., Catling, C., Zugai, J., & Chang, S. (2022). The effects of social support on depression and anxiety in the perinatal period: A mixed-methods systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 319, 119–141. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.071>

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós.

Torres Gutiérrez, Manuel. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 263-284. Recuperado en 19 de octubre de 2025, de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

[74502004000300004&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502004000300004&lng=es&tlng=es)

Unterscheider, J., Daly, S., Geary, M. P., Kennelly, M. M., McAuliffe, F. M., O'Donoghue, K., ... & Malone, F. D. (2013). *Optimizing the definition of intrauterine growth restriction: The multicenter prospective PORTO Study. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 208*(4), 290.e1–290.e6.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.02.007>

World Health Organization (2001). *The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope.* World Health Organization. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42390>

World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.* World Health Organization.

Yoon, S.-H., & Sung, M.-H. (2021). Does family support mediate the effect of anxiety and depression on maternal-fetal attachment in high-risk pregnant women admitted to the maternal-fetal intensive care unit? *Korean Journal of Women Health Nursing, 27*(2), 104–112.
<https://doi.org/10.4069/kjwhn.2021.05.14>