



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**Efectos psicológicos en los procesos de pérdida durante el período
perinatal**

LA AUTORA:

Sánchez Alava, Tayna Carola

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciado en Psicología Clínica**

TUTORA:

Psic. Clin. Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes, Mgs

Guayaquil, Ecuador

12 de septiembre del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Sánchez Alava, Tayna Carola**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**.

TUTORA

DIRECTOR DE LA CARRERA

Psic. Clin. Mariana Estacio Campoverde, Mgs

f.

Psic. Clin. Mariana Estacio Campoverde, Mgs

Guayaquil, a los 12 del mes de septiembre del año 2022.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Sánchez Alava, Tayna Carola

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Efectos psicológicos en los procesos de pérdida durante el período perinatal**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del año 2022

LA AUTORA

f. _____
Sánchez Alava, Tayna Carola



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Sánchez Alava, Tayna Carola**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Efectos psicológicos en los procesos de pérdida durante el período perinatal**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del año 2022

LA AUTORA:



f. _____
Sánchez Alava, Tayna Carola



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE URKUND

URKUND	
Documento	"Efectos Psicológicos en los Procesos de Pérdida durante el Período Perinatal".docx (D143692539)
Presentado	2022-09-06 20:04 (-05:00)
Presentado por	Mariana de Lourdes Estacio Campoverde (mariana.estacio@cu.ucsg.edu.ec)
Recibido	mariana.estacio.ucsg@analysis.arkund.com
	0% de estas 47 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

TÍTULO: "Efectos Psicológicos en los Procesos de Pérdida durante el Período Perinatal"

ESTUDIANTES: Sánchez Alava, Tayna Carola

FECHA: 6 de septiembre del 2022

INFORME ELABORADO POR:

Psc. Clin. Mariana Estacio, Mgs.
Docente tutora

COORDINADOR UTE A 2022

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por no dejarme desfallecer y a mi Madre del cielo por acompañarme en todos esos momentos, en que me perdía y me volvían al camino. Agradezco al amor de mi vida, Martina quien me enseñaba todos los días por quien debía culminar esta etapa y abrazarme tan duro cuando lo necesité. A mis padres, y hermanos, por haber sido mi soporte y apoyo incondicional en todo el trayecto de mi vida.

A mi tío Frank y mi tía Clara, por ser fundamental en esta etapa y brindarme todas las oportunidades para culminar este camino universitario.

A mi esposo, por alentarme siempre a continuar para lograr nuestros objetivos.

A la Gigj, y mi abuelita Anita junto mi abuelito Oscar que ya no están conmigo, por ser guías espirituales y terrenales para alentarme a cumplir esa aquella promesa que nos hicimos.

A mis amigas J, V, A2, K, M, S, C2, N por ayudarme a continuar con sus ejemplos.

A mis primas B, G, C2, por estar incondicionales en todo momento.

Agradezco a mi tutora, Mariana, por su ayuda constante, por ser la más paciente y comprensiva del mundo en todo el trayecto de mi trabajo de tesis.

DEDICATORIA

Este trabajo definitivamente va dedicado a Dios, quién me enseñó el camino por el cual seguir, a pesar de todas las tribulaciones. A mi hija, el amor más bonito que pude conocer en la tierra y por quien hago todo en el mundo. A mis papás, que me apoyaron desde el día 0, y me enseñaron que la familia es incondicional y que no importa el tiempo, sino la meta. A mi esposo, por haber estado en este proceso que estamos construyendo juntos. Y demás familiares que me han apoyado desde su particularidad a seguir creciendo y han aportado a mi vida para ser quien soy ahora.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. 

Psic. Clin. Mariana Estacio, Mgs
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

PHD. AGUIRRE PANTA, DAVID JONATAN
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

PSIC. CARLOTA CAROLINA ALVAREZ CHACA, MGS
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	XII
INTRODUCCIÓN.....	2
ANTECEDENTES	5
MARCO TEÓRICO	8
CAPÍTULO I: LA MATERNIDAD.....	8
La maternidad.....	8
Recorrido histórico.....	8
Construcción cultural	11
Lectura Psicoanalítica de la maternidad.....	12
Tiempos del Edipo.....	13
La Mujer no Existe, La Madre, Si	16
CAPITULO II: PÉRDIDAS EN LA ETAPA PERINATAL.....	18
Pérdidas en la etapa perinatal. Aspecto Médico	18
Definición.....	18
Pérdidas Fisiológicas.....	19
Pérdidas en la etapa perinatal. Aspecto Psicológico	19
Castración	20
Castración y el Cuerpo	21
Imagen Corporal.....	21
Identidad.....	22
CAPÍTULO III: EFECTOS.....	25
Pérdida.....	25
Depresión.....	27
Angustia.....	31
Desencadenamiento psicótico	33
CAPÍTULO IV: IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	38

Definición de Intervención Psicológica.....	38
Encuadre de la intervención psicológica	38
Enfoques de la intervención psicológica	40
Efectos Terapéuticos de la Intervención Psicológica	45
CAPÍTULO V: METODOLOGÍA.....	38
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA.....	38
Enfoque	38
Paradigma	38
Método	39
Técnicas de recolección de información.....	39
Instrumentos.....	40
Población.....	41
CAPÍTULO VI: ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	42
Presentación de resultados.....	42
Análisis de resultados	43
CONCLUSIONES.....	54
LISTA DE REFERENCIAS	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	31
Tabla 2	39
Tabla 3	42

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se planteó como objetivo analizar los efectos psicológicos en los procesos de pérdida durante el período perinatal. por medio de un enfoque cualitativo para establecer la importancia del trabajo psicológico. Se pudieron identificar los procesos de pérdida por los que atraviesan las mujeres en este período perinatal, estableciéndose que no solo se refieren a pérdidas corporales o del lado gestacional sino también a pérdidas psicológicas, para estos hallazgos se trabajó un grupo focal y se realizó una revisión bibliográfica. Por lo tanto, el desarrollo del primer objetivo permitió conceptualizar el período perinatal, a través de referencias bibliográficas. Posteriormente, en el segundo objetivo se logró identificar los procesos de pérdida durante el período perinatal, en el tercer objetivo se analizó los efectos psicológicos, a causa de las pérdidas Y, por último, con el cuarto objetivo se pudo determinar la importancia de la intervención psicológica. Finalmente, a partir de lo realizado, fue posible establecer que los procesos de pérdidas en el período perinatal pueden ser de origen fisiológico y psicológicos y sus efectos tiene incidencia en la vida de la mujer/madre.

Palabras claves: PÉRDIDAS, PERÍODO PERINATAL, EFECTOS PSICOLÓGICOS, INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

ABSTRACT

The objective of this research work was to analyze the psychological effects on the loss processes during the perinatal period by means of a qualitative approach to establish the importance of psychological work. It was possible to identify the processes of loss that women go through in this perinatal period, establishing that they not only refer to bodily or gestational losses but also to psychological losses, for these findings a focus group was conducted and a bibliographic review was made. Therefore, the development of the first objective allowed conceptualizing the perinatal period, through bibliographic references. Subsequently, the second objective identified the processes of loss during the perinatal period, the third objective analyzed the subjective effects of the losses and, finally, the fourth objective determined the importance of psychological intervention. Finally, from what was done, it was possible to establish that the loss processes in the perinatal period can be of physiological and psychological origin and their effects have an impact on the life of the woman/mother.

Key words: LOSS, PERINATAL PERIOD, SUBJECTIVE EFFECTS, PSYCHOLOGICAL INTERVENTION

INTRODUCCIÓN

Este trabajo aborda los efectos psicológicos que vive la mujer en los procesos de pérdidas durante el período perinatal. Se trabaja desde el punto de vista de varios autores orientados por el psicoanálisis el concepto de maternidad, se analiza desde lo histórico y cultural este concepto entendiendo su complejidad y la importancia de una verdadera intervención psicológica para sobrellevar este período

El proyecto guarda correspondencia con el dominio 5 de las líneas de investigación de la UCSG: Educación, comunicación, arte y subjetividad, ya que, como bien lo expresa en este dominio, se busca trabajar con “los problemas del sujeto y su relación en distintos entornos”, mostrando la posición del sujeto y su malestar en este proceso.

Esta investigación contribuye al Plan de Creación de Oportunidades (2021 – 2025), enfocándose en el Eje social sobre la salud gratuita y de calidad, para poder garantizar la calidad de vida a nivel psicológico y de esta manera no exista el acceso limitado a este servicio tan fundamental para sobrellevar el día a día. Aplicando el objetivo 6, que se basa en una visión de salud integral, inclusiva y de calidad, dando un derecho a vivir en un ambiente sano que promueva el goce de todas las capacidades del individuo.

La etapa perinatal, ha sido vista como un período sin importancia, dejando a la mujer muchas veces, atravesar sola este proceso tan complicado, en el cual se viven experiencias nuevas y se invisibiliza lo que se puede sentir en este tiempo, para que la mujer ante la sociedad, pueda o deba volver a ser la misma después del parto. Por tanto, la problemática de esta investigación se basa en identificar los efectos psicológicos que se producen en las mujeres producto de procesos de pérdidas, se determina la importancia de la intervención psicológica en esta etapa.

En cuanto a las preguntas de investigación para el presente trabajo son:

- General:
 - ¿Cuáles son los efectos psicológicos de las pérdidas que se viven durante el período perinatal?
- Específicas:

- ¿De qué manera la mujer podría verse afectada por la maternidad?
- ¿Qué tipo de pérdidas ocurren durante el período perinatal?
- ¿Cuáles serían los efectos que atraviesan las mujeres en el período perinatal?
- ¿De qué manera se podrían sobrellevar los posibles procesos de pérdidas durante el período perinatal?

Los objetivos planteados para esta investigación son:

- General
 - Analizar los efectos psicológicos de los procesos de pérdida por medio de un enfoque cualitativo durante el período perinatal para establecer la importancia del trabajo psicológico.
- Específicos
 - Conceptualizar el período perinatal a través de referencias bibliográficas.
 - Identificar los procesos de pérdida a través de una revisión bibliográfica.
 - Analizar los efectos psicológicos de las pérdidas durante el período perinatal mediante la aplicación de grupos focales en mujeres que atravesaron pérdidas durante el período perinatal en los dos últimos años.
 - Establecer la importancia de la intervención psicológica durante el período perinatal mediante referencias bibliográficas.

Con esta investigación, se busca establecer los efectos que viven las mujeres y que pueden ser causados por procesos de pérdidas en el período perinatal para poder abordarlos. Se busca que la sociedad visibilice la importancia del período perinatal y se pueda establecer intervenciones para el bienestar de la salud de la mujer, a través de una red de apoyo y el trabajo con un profesional de la salud mental.

La metodología que se utiliza en este trabajo es cualitativa, se utilizaron fuentes bibliográficas médicas y psicológicas. El análisis y la interpretación de los resultados obtenidos, será a través del grupo focal, ya que por medio de esta técnica se obtendrá la información necesaria para contrastar cuales son los verdaderos efectos que influyen en la subjetividad de mujeres que atraviesan procesos de pérdidas en el período perinatal en los últimos dos años.

Dentro del presente trabajo, se encontraron algunas limitantes como el poco material bibliográfico sobre este tema, que puede dar cuenta del escaso interés que le tiene la sociedad en esta problemática.

Se trabaja seis capítulos, en el *Capítulo I* se aborda sobre la maternidad y los matices que se viven en este tiempo, se realizó un recorrido desde lo histórico y cultural, continuando con el abordaje desde el psicoanálisis y como es la construcción de la maternidad desde esta orientación.

En el *Capítulo II*, se habla sobre los tipos de pérdidas en la etapa perinatal desde lo médico: su definición y las etapas de las pérdidas y como se dan a nivel físico. Y desde el aspecto psicológico, desde el abordaje psicoanalítico como se vive la castración en la mujer, la pérdida desde la imagen corporal y pérdida de la identidad.

En el *capítulo III*, se analiza los efectos psicológicos de la pérdida, tanto de la depresión y sus manifestaciones y de la angustia en cómo se produce y por qué. Incluyendo el desencadenamiento psicótico evidenciándolo desde la pérdida de su imagen corporal.

En el *capítulo IV*, se establece la importancia de la intervención psicológica y lo fructífero que podría ser en este proceso de pérdida para la mujer durante la etapa perinatal. Definiendo el encuadre y los distintos tipos de enfoque que podrían trabajarse según lo que requiera el paciente y los efectos terapéuticos de la intervención psicológica.

Finalmente, en el *capítulo V y VI*, se expondrá la metodología del trabajo y los resultados del grupo focal con sus respectivos análisis para posteriormente analizarlos y poder establecer las conclusiones del trabajo presentado.

ANTECEDENTES

Eraso, S. F., Fernández, B. M., & Hernández, P. E. del 2017, escriben sobre los factores que afectan al duelo de mujeres que sufren pérdidas perinatales, esta investigación está basada en explicar lo doloroso que vienen a ser las pérdidas del proceso del período perinatal. Y es que, como lo dice en el texto, la experiencia de pérdida perinatal siempre va a ir acompañada de culpa, preocupación, dolor y de falta de comprensión del medio que los rodea, que no saben cómo afrontar la situación. El texto indica que todos los duelos son procesos duros y difíciles, pero específicamente el duelo en la etapa perinatal es único.

Se trabaja bajo una metodología de teoría fundamentada, habiendo seleccionado población con criterio de mujeres, que hayan padecido pérdidas, de nacionalidad española, que hayan tenido o no más hijos. A su vez, nos muestra como resultados, que los factores que más afectan son: a nivel individual, de pareja y familia. Consecuencia de esto, se observa en la investigación la falta de información, ya que como muchas de las participantes de la investigación expresaron que quienes trataban con ellas, no sabían cómo abordar la situación. Indicaban, muchas de las personas que las rodeaban no sabían qué decir y expresaban frases como: “yo sé por lo que estás pasando, el tiempo va a pasar”, “es una etapa” y sentían que minimizaban sus sentimientos.

A nivel afectivo con su pareja o familiar se indicaba que las personas a su alrededor simplemente no sabían que experimentar y quedaban relegados del proceso de duelo. Y a nivel sociocultural, expresa la investigación que la mujer, sentía incompreensión general y que minimizaban las pérdidas. Como conclusión de la investigación, en ella se puede decir que la intensidad de lo que se puede sentir, va referente al nivel determinado en este proceso, ya sea individual, de pareja, de familia o sociedad.

Por tanto, este texto se relaciona con la presente investigación desde el punto de vista que agrega que los factores con los que más se tiene problemas es a niveles determinados expresados anteriormente y que en estos ninguno, pudo tener algún

tipo conveniente de abordaje frente a la situación y lo minimizado que se volvía el tema para ellos. Entonces, establece la relevancia de identificar estos factores que más afectan a la mujer en estos procesos de pérdidas para poder ayudarlas a través de una intervención psicológica.

En 2021, Coo Calcagni, Mira Olivos, García Valdés y Zamudio Berrocal, publicaron el documento sobre salud mental en madres en el período perinatal. Se trata de visibilizar lo vulnerable que se vuelve la mujer en el período perinatal y como dentro de la salud mental afecta negativamente la interacción madre e hijo. Ya que la mayoría de las investigaciones que se han realizado, se han enfocado básicamente en la depresión, dejando a un lado a la ansiedad, aun cuando se sabe la prevalencia alta que conlleva la misma transición.

Este período, va a aumentar la sensibilidad en todo lo que conlleva biológicamente, sea este hormonal o cerebralmente. Expresa en la investigación que, a pesar de ser un proceso adaptativo evolutivo, las demandas de la sociedad hacia la maternidad aumentan, lo cual logra que la mujer esté en un estado de vigilancia y estrés constante y creen cuadros de ansiedad. Se sabe bien, lo que la depresión posparto puede causar en la madre y el niño, una falta de desarrollo cognitivo y emocional. Esta investigación resalta la importancia de la salud mental materna.

Esta investigación fue trabajada desde un método cuantitativo utilizando una muestra de 158 mujeres, de un muestreo no probabilístico. Utilizaron como instrumento la escala depresión posparto de Edimburgo, la escala de ansiedad perinatal y se aplicaron dos cuestionarios diseñados por el equipo de investigación sobre un perfil sociodemográfico y experiencia de parte de las participantes. Como conclusión del trabajo, llegaron a incidir en que en la sintomatología depresiva la vive un 13.9% de las mujeres en el tercer trimestre de gestación y aumento aún 16 o 20% en los 3 y 6 meses posparto. Y en general, se presentaba un 34.5% en el período posparto. Y de las mujeres que reportaban una sintomatología depresiva ansiosa, sólo la minoría se encontraba en tratamiento y eso se asociaría a la barrera de la conceptualización de estos factores que inciden, como tal en el posparto.

De tal manera, que esta investigación nos muestra el análisis de los efectos que se están buscando en el trabajo propuesto. Ubicando a la depresión como un efecto del periodo perinatal, contemplando que este en su mayoría se puede observar en este proceso. Y como la ansiedad, que es muy poco trabajada, va de la mano con la depresión y que esta se da por las nuevas experiencias que se viven durante el proceso de pérdidas perinatales, la cual como se ubica en el trabajo tiende a ser más vista en el postparto.

Lujambio en el 2016 en su investigación Embarazo y maternidad trabaja una aproximación desde el psicoanálisis expone que la maternidad abarca distintos aspectos, se acercan a las respuestas o conclusiones parciales que se desprenden del recorrido realizado. Por la amplitud de la temática y las nuevas interrogantes que surgieron en el transcurso del trabajo, quedaron aspectos para estudiar y profundizar en futuras oportunidades. La maternidad es una categoría que se ha definido y establecido desde distintos ámbitos y en todas las épocas, siendo el rol social esperado, asignado, predominante para la mujer, la naturaleza nos da la condición biológica y la cultura nos impone el ser madre y como serlo. Teniendo altísimas exigencias para las mujeres que, al ganar espacio en otros ámbitos sociales, deben de cumplir con la misma eficacia y dedicación el rol materno, siendo sobre las primeras que recae la responsabilidad del bienestar del hijo, así como la culpabilidad si algo en su crianza o desarrollo tiene complicaciones, inconvenientes, bajo la premisa “madre hay una sola”. Una sola responsable, una sola a quien cuestionar, del mismo modo una sola a quien amar y a quién recurrir. La cuestión no es mover a la madre del lugar de objeto de amor, sino promover cuestionamientos hacia el estatus de la maternidad, sino comprender que no son ni absolutas responsables, ni nacieron para ser madres, ni solo la madre buena es la madre abnegada para el bienestar y confort de sus hijos.

DESARROLLO

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: LA MATERNIDAD

La maternidad

Formar una familia es el deseo de algunas mujeres, para ellas, ser madre, criar y cuidar de sus hijos de la mejor manera se convierte en parte de un anhelo, sin embargo, el embarazo y la maternidad son épocas de particular vulnerabilidad para las mujeres y sus familias, dado que deben por su trabajo, alejarse de manera temprana del cuidado de sus bebés. La maternidad como tal es un fenómeno que trasciende aspectos culturales, sociales, afectivos y sobre todo psicológicos. Así mismo, es necesario tener en cuenta que las madres en período de lactancia requieren una especial protección para evitar daños a su salud o a la de sus hijos, y necesitan un tiempo adecuado para su recuperación y para ocuparse de los recién nacidos.

Recorrido histórico

Se argumenta que la maternidad muestra una evolución histórica, el significado de la maternidad a través de los años se ha considerado como una interacción social, su interpretación es muy significativa puesto que ha sido la investidura más poderosa para la autodefinición y autoevaluación de cada mujer, aún de aquellas que no son madres (Molina, 2006).

La definición de maternidad no está fuera de este contexto junto con otros hitos importantes en el desarrollo de una mujer. Es así como a partir de este último siglo, las mujeres no enfrentan la maternidad como un camino obligado o como una acción que está ya pautada, lo que se complementa con otros logros en ámbitos que en otras épocas pertenecen sólo a hombres como en lo laboral, político y científico, en consecuencia, las transformaciones que ha experimentado este concepto como una construcción social que ha influido en la definición de la identidad de la mujer y su lugar en la sociedad. (Molina, 2006, sección introducción)

La autora con esta definición de maternidad permite pensar que, la mujer desde hace mucho tiempo atrás ha sido condicionada por las transformaciones que han tomado gran intensidad en el último siglo, no responden a una condición de la actualidad sino de toda la historia humana; por ejemplo:

Mujeres en la Mitología: la maternidad es celebrada, por algunos feminismos, como el lugar donde se despliega la verdadera potencia para la emancipación de las mujeres; tal es el caso que en la literatura griega con la expresión del deseo masculino de poder prescindir de las mujeres y, en especial, de poder prescindir de ellas para la reproducción.

Si consideramos el significado de maternidad en la época victoriana del siglo XVIII, esta consideraba que la mujer tenía un objetivo principal en su vida fémica, era de contraer matrimonio, sin embargo, el embarazo era considerado como algo vergonzoso que exigía de manera inmediata el retiro de la mujer del ámbito social sobre todo cuando el vientre comenzaba a crecer, además, en esta época muchas de las cosas no se hablaban de manera explícita y gran parte de las creencias eran ligadas a supersticiones más que en los propios conocimientos médicos.

En este siglo el cuerpo de la mujer era considerado un templo consagrado para la reproducción, era demasiado débil para trabajar o estudiar y demasiadas puras para llevar joyas o atuendos provocantes, por ello, los hombres eran los únicos quienes decidían en qué momento tener a sus hijos. (Sierra, 2019)

En la edad media, existieron distintos sujetos, medios y canales que modelaron el mundo femenino, cada uno a su medida y según los propios valores, ideales e ideologías, necesidades y tabúes. El modelo perfecto de maternidad en esta edad media era María, madre de Jesucristo y su influencia era evidente por la gran cantidad de imágenes que la representaban como tal.

En la edad media, las relaciones sexuales eran exclusivas para la procreación, esta, era una prioridad para los nobles y los campesinos de aquellas épocas, tal es el punto que las reinas tenían la obligación de dar un heredero al rey ya que de acuerdo con las costumbres y creencias de la época era la principal función de ella, mientras que las mujeres campesinas tenían que procrear por necesidad, pues de estos hijos dependían el garantizarle al rey su mano de obra y si no se cumplía con dicha disposición debía pagar impuestos que les hacía más difícil su vida.

En consecuencia, la maternidad en la edad media tenía como principal ventaja la incorporación de aspectos médicos y creencias tanto para antes, durante y después del parto, el cuidado, la alimentación, la salud en general y sobre todo la manera en la que las personas cuidaban a las madres era de vital importancia tanto para las nobles como para las campesinas, sin embargo, estas creencias ayudaron a que en la actualidad se siga conservando ciertas actividades en las madres, por ejemplo, el tomar caldos y aves asadas, el fajar a los niños para conservar en la posición correcta sus órganos, la lactancia materna como alimentación segura teniendo en cuenta los recursos económicos.

La situación de la mujer en la época moderna no es muy diferente de la de la época medieval. La nobleza se dedicaba a la crianza de los hijos y al funcionamiento de la casa. Los campesinos dividían la agricultura con las tareas de la casa. En las ciudades realizaban trabajos domésticos como sirvientes o sostén de la familia, o comercio. Son los padres quienes decidirían el matrimonio de su hija, independiente del país, donde ni siquiera las personas de la más alta aristocracia podían salvarse, ganen o pierdan territorio con ellos, por lo que su estatus es completamente dependiente.

Sin embargo, a medida de que el tiempo transcurriera se fueron brindando ciertos beneficios para el desarrollo de la mujer dentro del contexto social, por ello, el rol de la mujer en la edad contemporánea ha permitido que esta tenga voz en el ámbito social, aunque no tendrían los derechos que los hombres si tenían, ya en 1791 la mujer pasó a tener derechos políticos, igualdad y libertad gracias a la publicación de los Derechos de la mujer y la ciudadana, sin embargo, a través de los años y luego de la revolución francesa se produjeron diferentes cambios ideológicos como por ejemplo, la mayoría de las mujeres se dedicaban a los servicios domésticos, la confección de vestidos y la industria textil. De la misma forma, las condiciones de trabajo de una mujer eran pésimas, con largas jornadas y en donde los dueños se preocupaban más por el cuidado de las máquinas que de la mano de obra femenina.

Dado de esta manera, con el pasar de los años la mujer ha sido incorporada totalmente al rol laboral, tiene voz y voto y sobre todo tiene los mismos derechos e igualdad de oportunidades que todo hombre, tanto así que el rol que cumple en la actualidad la mujer es indispensable para el desarrollo de actividades en toda esfera

de vida y productividad, sin embargo, hoy en día el rol de madre que ocupan las mujeres tienen ventajas y desventajas dentro del contexto cultural, social, económicos, psicológico y político. Tal es el punto que en la actualidad se tiene mucho en cuenta que la psique de la mujer evoluciona a lo largo de todo el embarazo por lo que el cuidado de su salud y de su niño es un derecho fundamental debido a que desde el momento en que la mujer se sabe embarazada comienzan una serie de cambios emocionales y psicológicos.

En consecuencia, se debe tener en cuenta que dentro de este contexto la madre postmoderna se desenvuelve bajo un juego social, que generan nuevos desenvolvimientos y toma de decisiones, además, la maternidad queda menos señalada como única condición definitoria del sí mismo de la mujer y de su valor como persona y pasa a ser parte natural del proceso de vida de esta.

Construcción cultural

A lo largo de la historia, “en la antigüedad, la palabra “maternidad” no existía ni en griego ni en latín; aunque la función materna estaba muy presente en las mitologías, no era un objeto de atención serio, ni para los médicos, ni para los filósofos” (Palomar, 2005, p.40).

Para la autora Palomar (2005), consideraba que, “en las sociedades rurales y artesanales de la antigüedad y la edad media, la prioridad se ubicaba en la renovación de los grupos sociales, de manera que, para compensar la elevada mortalidad, se procreaban muchos hijos” (p. 40). Sin embargo, en los últimos años, los cambios en el hogar y la vida laboral, los avances en la tecnología médica y muchas de las interpretaciones y prácticas promovidas por el movimiento de mujeres siguen formando el significado de la maternidad.

Dado de esta manera, se considera que la maternidad en sí no es un simple hecho natural sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época determinada, plantear que la maternidad es una práctica cultural significa también relativizar los lugares comunes sobre ésta, ya que implica asumir, de entrada,

que el significado que esta práctica tiene está en estrecha relación con el contexto cultural, social y económico en el que se realiza. (Palomar, 2005,p 43).

En consecuencia, el concepto de maternidad ha ido modificándose a través de la historia, y se adapta a cada etapa y contexto cultural manteniendo los mismos valores, normas e ideales movilizados para crear los cuerpos representativos que constituyen el orden social; significa que la maternidad se estructura en la totalidad de las relaciones sociales dentro de un determinado sistema de género.

Lectura Psicoanalítica de la maternidad

La maternidad como construcción histórica o función social de las mujeres constituye una identidad propia y configura los deseos de algunas mujeres tanto en la antigüedad como en la actualidad. Al hablar directamente de que la maternidad es una construcción social implica romper con la idea que sostiene que todas las mujeres tienen la función natural de ser madres y que esta función es una especie de código biológico que se traduce en habilidades, destrezas y conocimientos, producto de un instinto profundamente arraigado en la naturaleza de la mujer.

Sánchez (2016), sustenta que la maternidad “está atravesada por relaciones de poder, desigualdades de clase, raza y etnia, que apuntalaron un modelo hegemónico confeccionado a partir de la modernidad” (p. 13). Sin embargo, se considera que a las mujeres se les ha atribuido una serie de características que se consideran propias y naturales que las hace aptas para el ejercicio de la maternidad y desde las que se dicta cómo ser madre o buena madre; pero las actividades y sentimientos que se presumen se han ido modificando a lo largo del tiempo. Se supone un instinto maternal que les induce al amor al hijo/a nacido y las dispone naturalmente para su cuidado.

Por su parte, Gómez (1991), considera que, desde el punto de vista social, el discurso acerca de la mujer y de la maternidad ha variado mucho en estos últimos años, fundamentalmente por dos motivos, “la incorporación de la mujer al mundo laboral y la separación entre sexualidad y reproducción, que ha permitido, por un lado, una mayor libertad sexual a la mujer y, por otro, la elección de su maternidad” (párr. 4).

Sin embargo, el discurso predominante hasta hace unos años era un discurso muy ideologizado, influido fuertemente por lo religioso, mostraba la maternidad como un proceso desexualizado, espiritual y a una madre que daba todo por sus hijos, en la actualidad, las mujeres deciden junto a su pareja en qué momento tener a sus hijos, puesto que, lo primero que se considera es el desarrollo de varios procesos en los que se ven inmiscuidos como familia, tal es el caso de cuidado, alimentación, como quedó claro con Gómez (1991), tener un hijo le plantea una doble tarea, la familiar y la laboral, hecho que en muchos casos crea grandes exigencias y responsabilidades, así como dificultades posibles en su mundo laboral y/o familiar dado que las mujeres hoy en día tienen las mismas oportunidades que los hombres.

Por su parte, la misma autora manifiesta que el factor más relevante en la construcción de la maternidad hoy en día es el psicológico debido a que:

Durante el embarazo, la mujer debe sufrir cambios personales, familiares y sociales. La primera, se refiere principalmente a la relación con los padres, como lo expresó Gómez (1991), que, si el embarazo significa la promesa de un hijo, también representa la pérdida de la infancia de la que es niña. Por otro lado, también hay una serie de cambios internos y externos muy importantes para el cuerpo, entre ellos la pérdida de la imagen corporal que, aunque temporal, es vista por algunas mujeres como heridas narcisistas y pérdida de autoestima. Finalmente, los cambios en la familia implican principalmente asumir un nuevo rol, el de madre, con responsabilidades que hacen que el niño se vuelva completamente dependiente de la madre durante los primeros años de vida. Este nuevo bebé, a su vez, provoca otros cambios en la dinámica familiar, especialmente en las relaciones con los cónyuges y en las relaciones con otros hijos y familiares.

Tiempos del Edipo

Desde el punto de vista psicológico, el embarazo es visto como un proceso de cambio en el que renacen las dificultades de la infancia, principalmente las relacionadas con la estructura edípica y especialmente la relación madre-hijo. Repetirá la misma relación con su hijo que con su madre.

Lacan (2010), afirma que en la madre se aloja un deseo insaciable en lo cual se instala el hijo, y, en este sentido el hijo adquiere una posición para esa madre, cabe señalar que este estado es inconsciente. Además, se tiene en cuenta el planteamiento de Klein (1928) en cuanto se afirma, que el deseo de madre se configura en una etapa pre-edípica.

El deseo de ser una madre implica un perfil de deseos inconscientes y se presenta de manera diferente en cada sujeto. Así, la cuestión psicoanalítica del deseo materno en el primer enfoque se presenta como un deseo insatisfecho, pero presente en las mujeres; en la medida en que es una configuración que ocurre durante las primeras etapas del desarrollo infantil y que surge de la memoria. Es decir, que se refiere a lo que Gómez (1991) expresaba, se podría considerar que la actitud de la mujer embarazada está determinada por su historia infantil previa y por lo que la rodea y de la manera en que ella asume la maternidad.

Según el diccionario de Psicoanálisis el complejo de Edipo es un conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres. En su forma llamada positiva, el complejo se presenta como en la historia de Edipo Rey: deseo de muerte del rival que es el personaje del mismo sexo y deseo sexual hacia el personaje del sexo opuesto. En su forma negativa, se presenta a la inversa: amor hacia el progenitor del mismo sexo y odio y celos hacia el progenitor del sexo opuesto. De hecho, estas dos formas se encuentran, en diferentes grados, en la forma llamada completa del complejo de Edipo. (Laplanche, 2010, p. 61)

Entonces, al complejo de Edipo se lo considera una fantasía infantil (zona inconsciente) e incluso da vida al concepto fundamental del psicoanálisis, se entiende que los tiempos de Edipo son lógicos y no cronológicos, de esta forma, es difícil comprender en qué edad se producen los respectivos tiempos y que tiempo dura el mismo, sin embargo, se calcula que a los 6 o 7 años hay una finalización de este complejo, pero no es exacta.

La descripción del complejo de Edipo en su forma completa le sirve a Freud para dar cuenta de la ambivalencia que el niño siente hacia sus padres; el complejo de

Edipo en la infancia, diremos que, desde el punto de vista lógico, éste es contemporáneo de la llamada fase fálica (entre los 3 y los 5 años) momento que toma su nombre de la primacía del falo tanto para el niño como para la niña. (Vega, 2015)

El complejo de Edipo se inicia habitualmente a partir de los dos años y alcanza su máxima intensidad de tres a cuatro años. Su culminación coincide con la fase fálica del desarrollo de la sexualidad infantil. El pene pasa a ser el órgano de principal interés para el niño y la falta de pene de la niña es vivida por ella como prueba de su castración. El niño comienza a mostrar interés sexual hacia la madre y deseos de que el padre muera para ocupar su lugar. Pero por la amenaza de castración por parte del padre y la ansiedad que ella despierta, el niño renuncia al amor edípico a la madre, se identifica entonces con el padre e incorpora a su propio interior las prohibiciones de este, entrando en el período de latencia. (AA, 2018, párr. 1)

Por tanto, se preguntarán qué tiene que ver esto con la madre y la respuesta es demasiado, ya que la madre opera de manera distinta en los tres tiempos del Edipo. En el primer tiempo, la madre actúa como una ley desenfrenada y omnipotente al mediar en la simbolización primordial. El niño se identifica con el objeto del deseo de la madre. Pero este deseo perpetúa la ambigüedad de que, por un lado, está fuera de la ley del padre, y por otro, opera bajo el escudo de la castración de la madre previa a la maternidad. Entonces, quiere decir que en este primer tiempo hace juego la tríada imaginaria y aquí la madre se siente completa.

En el segundo tiempo, el padre priva a la madre de su objeto: prohibiendo así el incesto orientado al hijo y la reintegración del producto (comerlo) orientado a la madre, se entiende que entonces la maternidad queda articulada en este tiempo bajo la subjetivación de la castración más que de su identificación. Aquí, la función paterna cumple su función de la prohibición del incesto.

“Y en el tercer tiempo, el padre debe sostener su promesa fálica para la asunción de la posición sexual del niño. Esto reinstaura al falo como objeto deseado por la madre y no sólo un objeto que el padre puede privar” (Tendlarz, 2002, p. 150). Es decir, que el padre aquí también se somete a la ley y que también está castrado, y la madre en

este tercer tiempo se separa de la maternidad y sitúa la verdadera mujer, se instaura la posición femenina.

Y así la mujer y madre quedan diferenciadas, el padre opera como un limitante importante para prohibir el incesto y entonces, en el Edipo el niño queda el pase del “ser” al “tener” y en la niña al “no tener”.

La Mujer no Existe, La Madre, Si

Una de las conceptualizaciones psicoanalíticas de gran estudio científico ha sido la reflexión crítica de que la mujer no existe, sin embargo, es muy necesario resaltar que cada sociedad construye un universo de significaciones imaginarias que constituyen lo femenino y lo masculino. Estas representaciones sociales otorgan a hombres y mujeres, un lugar en la cultura y tienen un tremendo impacto en el desarrollo de la subjetividad, estructura y organización de las relaciones interpersonales. Definen áreas permitidas y prohibidas para cada género, determinando lo que cada sujeto puede pensar, actuar o desear.

De la misma forma, también es necesario resaltar que la mujer en la actualidad puede desarrollarse laboral, profesional o académicamente, pero debe conciliarse con múltiples tareas domésticas y de crianza, las cuales sigue desempeñando de manera casi exclusiva. El ideal de igualdad de género, tan presente en los discursos del último tiempo, aún está ausente en las prácticas cotidianas de las mujeres. Por el contrario, éstas se ven enfrentadas a grandes exigencias que ponen en peligro su salud mental y generan sufrimiento. Además, el rol maternal, como muchos otros de los trabajos femeninos, queda invisibilizado.

Con esto, se va a decir que Lacan consideraba que no se puede construir un término universal femenino, referente a que la mujer no existe, ya que existe una actitud distintiva de una mujer hacia su goce y se extiende más allá de lo fálico.

Las mujeres que han sido madres se inscriben de distinta manera, en primera instancia corresponde a lo que el hombre visualiza en la mujer como madre. Y es que Lacan, afirmará que la madre entra en la relación sexual como madre y no

como mujer. Por tanto, el hombre pensará que la madre afectará a la mujer y que en ellas predominan las características secundarias de la madre.

En segunda instancia, la relación entre la maternidad y la castración y como queda situada la madre del lado masculino de las reglas y queda al nivel de la función fálica y como tercera instancia, tiene que ver con el goce suplementario. Por esto, la maternidad se vuelve una forma de suplir a la mujer que no existe y funciona como tapón del no-toda. (Tendlarz, 2002,153).

Y es desde esta posición, que la mujer dirige en la maternidad algo de su goce suplementario. Y Lacan advierte el tema de la voracidad materna o deseo materno (sin ley) junto con la teoría del goce, en referencia al estrago y esto implicará que sea indeterminado hacia lo mejor o peor. Y no solo actuará desde el odio, sino también desde el amor, porque cuando la madre actúe desde su posición del no toda y ame incontrolablemente, queda un matiz de amor más allá de lo fálico en el hijo, pero a su vez el padre vendrá siempre a limitar los disparates de la madre.

Entonces, la maternidad actuará desde su propia determinación y no se puede crear un universal femenino, ya que no todas las mujeres desean lo mismo, unas lo aceptan, otras lo rechazan, otras lo hacen desde el amor, otras desde el odio, unas desde la posición masculina, otras desde la femenina, etc. Por esto, la maternidad como versión de la mujer, es indistinto del ser mujer, se puede ser las dos y su ayuda siempre será el hombre para que no recubra este proceso, y dejará de tal manera abierto un espacio enigmático sobre la sexualidad femenina.

CAPITULO II: PÉRDIDAS EN LA ETAPA PERINATAL

Pérdidas en la etapa perinatal. Aspecto Médico

Las pérdidas perinatales son los casos en que un bebé muere antes del nacimiento o se considera hasta un mes después del nacimiento, la muerte fetal durante el embarazo, durante el parto o a los pocos días del nacimiento es un elemento delicado en muchos factores. Esta pérdida puede crear una respuesta de duelo en los padres y situaciones difíciles de manejar para los profesionales médicos. Este tema de pérdida recibe escasa consideración por parte de varios profesionales sin tener en cuenta que pueden complicarse dando lugar a trastornos psiquiátricos, en el cual es necesario primero identificar y conocer el verdadero significado de la pérdida perinatal desde el punto de vista médico.

Para ello se considera que, la mortalidad materna es generalmente más alta en el medio rural que en el urbano y las principales causas de muerte de la madre en estos medios son la hemorragia, la hipertensión arterial debida a la gravidez y la infección postparto. Una proporción considerable de mujeres sufren de anemia ya desde antes del parto, lo que las hace mucho más vulnerables a tener un mal pronóstico con estas complicaciones. (Maldonado-Durán, 2011, p. 76)

Definición

Para López (2010), la pérdida perinatal suele ser silenciado e invisibilizado, por lo que se vive en soledad. “Se trata de una pérdida que en primera instancia provoca un estado de shock en los progenitores porque implica la pérdida de todo un imaginario sin disponer de información que facilite asimilar este suceso” (p. 18).

Para MARES (2021), el duelo por la pérdida perinatal sigue siendo un tema tabú, de hecho, es un proceso que tiende a ser invisibilizado que no se ajusta a la realidad social. Sin embargo, la definición correcta podría ser que es una pérdida ocurrida en cualquier momento de la gestación hasta el primer mes de vida del bebé, que incluye: abortos espontáneos o inducidos, embarazo ectópico, reducción selectiva (aborto inducido de uno o más fetos en una gestante múltiple), muerte de un gemelo en gestación, feto muerto intraútero o durante el parto, muerte de prematuro o de neonato.

Pérdidas Fisiológicas

Cuando hablamos de pérdidas fisiológicas en la etapa perinatal, hablamos de los cambios evidentes, de las pérdidas físicas que pudiera tener la mujer en esta etapa. Analizando y pensando que pérdidas no solo se refiere al perder a un bebé, sino también a la pérdida de verse diferente en relación con la imagen del cuerpo. Cambios que, si bien no se dan de la noche a la mañana, lo hacen de forma gradual y van aumentando, mientras avanza esta etapa y que en algunas ocasiones no vuelve a su normalidad. Entonces los cambios más evidentes serían:

Cambios que resultan evidentes para la madre o que se reflejan y provocan algunos síntomas específicos durante el embarazo, por ejemplo, aumento de peso, aumento de volumen abdominal, aumento del tamaño de las mamas, polaquiuria, estreñimiento, pirosis, hiperpigmentación de la piel en algunas zonas, etc. (Carrillo Mora et al., 2021, párr. 3)

En consecuencia, se entiende que los cambios corporales son percibidos como pérdidas al igual que la pérdida gestacional, las cuales se presentan en 2 de cada 10 mujeres.

La pérdida gestacional precoz es aquella que se produce antes de las 12 semanas de gestación (según la SEGO) o durante las primeras 13 semanas de gestación (según el ACOG). Es una patología muy frecuente ya que afecta entre el 10-20% de las gestaciones clínicas. (Rodríguez García & López Criado., 2020, p.

Pérdidas en la etapa perinatal. Aspecto Psicológico

Cuando se habla de pérdidas psicológicas en la etapa perinatal, hablamos en cambio de lo que no se puede visualizar, sino más bien de lo que se puede sentir. Se hablará de esa pérdida que involucra la feminidad, la imagen antes de estar embarazada, ese gran conflicto que se tiene con el cuerpo porque no volverá a ser de el de antes, sino servirá como alimento para un ser que va a salir de la propia madre y que esta, tratará, mostrará y enseñará para vivir en el mundo.

Castración

El complejo de castración fue trabajado por Freud y va ligado al complejo de Edipo, pero antes se debe entender que el complejo de castración no hace referencia a una suerte de mutilación anatómica, directamente. (...) se trata en realidad de una vivencia psíquica muy intensa que, por lo general, se experimenta por primera vez entre los 3 y los 5 años de edad. Sin embargo, esta experiencia inconsciente se repite en varios momentos de la vida, particularmente cuando se ponen en juego los mecanismos de defensa. (Sánchez G., 2022, párr. 2)

Es por esto que según el diccionario de psicoanálisis el complejo de castración es:

...un complejo centrado en la fantasía de castración, la cual aporta una respuesta al enigma que plantea al niño la diferencia anatómica de los sexos (presencia o ausencia del pene): esta diferencia se atribuye al cercenamiento del pene en la niña. La estructura y los efectos del complejo de castración son diferentes en el niño y en la niña. El niño teme la castración como realización de una amenaza paterna en respuesta a sus actividades sexuales: lo cual le provoca una intensa angustia de castración. En la niña, la ausencia de pene es sentida como un perjuicio sufrido, que intenta negar, compensar o reparar. El complejo de castración guarda íntima relación con el complejo de Edipo y, más especialmente, con su función prohibitiva y normativa. (Laplanche, 2010, p. 58)

Y en el caso de la niña, ésta podrá tomar tres caminos para su resolución. El primero es la aceptación de que no tiene un pene y toma de distancia frente a la sexualidad. La segunda es el mantenimiento del deseo por tener un pene y es la negación de la castración y la tercera salida es una solución más completa del complejo de castración. La niña acepta que no tiene pene. Esto lleva a que la madre no sea el centro de sus emociones y se reorienta hacia el padre. Asimismo, hay un cambio en el deseo sexual: el deseo de tener un pene se convierte en el deseo de disfrutar del pene. Eventualmente, el deseo de disfrutar del pene se convierte en el deseo de engendrar un hijo.

Castración y el Cuerpo

Para Bertholet (2009), la castración, concepto freudiano, es reformulado por Jacques Lacan, separadamente del Complejo de Edipo. La ubica como operación del lenguaje sobre el cuerpo, ya desde los primeros momentos de vida. Convierte al lenguaje en agente, antes de la intervención del Nombre del padre. Hace de la castración una operación originaria, constituyente del humano, que provoca un desierto de goce. Además, consideró que:

El cuerpo es el escenario simbólico-imaginario donde la castración se imprime tanto para la niña como para el varón. Autoerotismo primario y onanismo infantil se refieren a intensas satisfacciones obtenidas en el propio cuerpo, al mismo tiempo que muestran que tanto en la niña como en el varón, el primer goce es autoerótico y fálico. Freud encuentra que, en la niña, es la castración, su no-tener, que la conduce al deseo, por la vía del amor al padre, lo que le permite salir del goce autoerótico y de la ligazón-madre preedípica. En el niño, la angustia de castración -amenaza de perder lo que tiene-, lo conmina a salir del goce incestuoso. Así, tanto el niño como la niña conservan un goce en relación con lo fálico, incluyendo al Otro como medio de acceso al mismo. (Bertholet, 2009, p. 75)

En consecuencia, para poder entrelazar la castración y el cuerpo, tenemos que situar al cuerpo como un lugar donde la castración se hace efectiva para la niña. Dando cuenta que, en la niña, la falta será sentida como un daño causado que se pretenda negar, indemnizar o reparar; en el cual el cuerpo actuará como un agente de lenguaje, y por esto volverá a revivir con el período perinatal ese querer a su objeto de deseo y al renegar nuevamente se producirán efectos colaterales en la subjetividad como se verá más adelante.

Imagen Corporal

La imagen corporal es “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se manifiesta” (Valero Cristóbal et al., 2013). Es decir, no es lo que vemos exactamente, sino como el sujeto se ve así mismo, con sus valores y juicios propios. “El descontento corporal es el resultado de una diferencia

entre la figura ideal y la real y aunque no sea considerado un trastorno, es la causa de muchos problemas de autoestima, desarrollo de estados de ansiedad y depresión” (Moreno-Domínguez, 2018).

Por tanto, como ya se pudo entender la maternidad es una etapa en la cual se vivirán grandes cambios a nivel hormonal y corporal, y el más notable es el cambio en su figura y talla a lo largo de lo que va avanzando su embarazo, con crecimiento de pechos y cintura. Después, el puerperio la cual es la llamada “cuarentena”, tiempo después de dar a luz, Todos estos cambios pueden vivirse con temor por las mujeres tanto en el embarazo como después del parto, cuando se perciben algunos de los cambios como permanentes. Con todo, las mujeres que lo sufren, lo esconden por miedo a que parezca que no van a querer a su hijo o que no disfrutan de su embarazo.

“Se han encontrado evidencias de que las mujeres llegan a sentir una gran alteración de su imagen corporal en el postparto, tanto es así que su malestar por el peso y la percepción de su figura son mayores en la etapa postparto a las que muestran en las últimas fases de embarazo” (Rallis et al., 2007, p. 87).

Es decir, las mujeres se perciben más voluminosas y con un peso mayor en el postparto que al final del embarazo. Esto quedó reflejado en una investigación de Hodgkinson, Smith y Wittkowsky (2014) en la que los autores realizaron una revisión sistemática sobre la experiencia de la imagen corporal en mujeres durante el embarazo y el postparto, muchas de ellas referenciaron la siguiente frase: «estar embarazada está aceptado, pero estar gorda no». Por los datos que se han podido adquirir parece que la insatisfacción corporal aumenta sobre todo en la etapa perinatal y postparto.

Identidad

Según la Real Academia de La Lengua Española (RAE) la identidad es un conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás.

Las mujeres cumplen diferentes roles en sus actividades, trabajo, estudios, arte, amigos y familias que reflejan la imagen de quienes son y lo que hacen.

Cuando nace el primer hijo, además de los problemas físicos y emocionales, se siente claramente la pérdida de lugares familiares: se falta al trabajo y a la escuela, ya no se va a lugares de diversión, se llega a tiempos extremos. Cada vez menos personas visitan para ayudar con el bebé y, sobre todo, sienten que han "perdido el tren" y están aislados del mundo. Y salir con niños muy pequeños a menudo suele dar miedo, porque la nueva vida cotidiana generalmente ocurre entre cuatro paredes.

Después del famoso puerperio, no se acaba el tiempo de recuperación, es más, muchas veces la sociedad cree cuando ya dan el alta médica se acaba todo y puedes casi seguir con tu "vida normal" pero no es así, tiene que ver con la ansiedad que se genera, y esta corresponde al momento más difícil con los niños. Algunas mujeres experimentan soledad, falta de comprensión y la necesidad de una familia y amigos que las apoyen, un esposo a tiempo completo y el vacío de la ignorancia de no reconocerse.

La mujer tiene la capacidad de estar en la misma frecuencia que su bebé y de interpretar las necesidades y adaptarse a la nueva vida, por eso muchas veces suelen estar más sensibles y con sentimientos confusos.

La situación es diferente, pero no tan difícil para las madres que quieren trabajar con un niño pequeño o que tienen que regresar al mundo laboral. Una mujer posparto a menudo necesita "rendir al 1000" y quedarse el mismo tiempo antes de dar a luz. Las mujeres tienen que "pretender" que nada ha cambiado. Rápidamente tienen que poner sus mentes a trabajar. Para lograrlo, se debe evitar el contacto afectivo con el niño que se queda en casa, ya que muchas veces el lugar de trabajo no apoya ni favorece situaciones estresantes. En este caso, las madres no permiten que el mundo interior se conecte con el mundo exterior.

“El embarazo siempre es una crisis del desarrollo y de la identidad. “Las psicólogas y antropólogas clásicas llamaban a esta etapa 'matrescencia', en un paralelismo con la crisis que todos sufrimos en la adolescencia” (Fernández & Gea, 2021, párr. 2).

Esto lleva a pensar en un nuevo término que le va a dar un mejor nombre a la pérdida de identidad, que no será tomada como tal, sino más bien como una conversión de identidad, una transformación, de reencontrarse con su esencia y aumentarle el ser

madre. Esto es entender que, por años, la sociedad ha invisibilizado este momento e ignorado. Por esto, este nuevo concepto le da un lugar a la mujer, a darle nombre a eso que está sintiendo y que no entendía, ni sabía que era y que por muchas generaciones el desconocimiento, te invitaba a que minimizar los sentimientos y los momentos y aún más en la maternidad donde definitivamente hay cambios, porque es imposible volver a ser la misma.

CAPÍTULO III: EFECTOS

Pérdida

Hablar de pérdida es hablar de un duelo, según la revista de Psicoanálisis Uruguayo, manifiesta que, la teoría psicoanalítica acerca del duelo parece seguir dos modelos:

Uno considera al duelo como un trabajo de adaptación a la realidad, aceptando la pérdida del objeto y la posibilidad de reemplazarlo. Es en esta parte donde se interpreta que “desde el psicoanálisis entendemos el duelo como algo que va más allá de un dolor de orden psíquico, un pesar o una aflicción. Supone un desafío hacia la propia estructura psíquica del sujeto, una tensión entre el registro real y el simbólico” (Pelegrí, 2018, párr. 3).

Es decir que, desde el psicoanálisis, el duelo va a ser como un proceso de adaptación a esta nueva realidad de la cual va a tener que enfrentar el sujeto, gracias a la pérdida de ese objeto y buscará la forma de reemplazarlo. Esto va más allá, de una decisión que se pueda tomar, esto es algo propiamente psíquico y con lo cual se debe trabajar en terapia, para buscar las claves y encontrarle una salida a este proceso.

El Otro, toma al duelo como proceso que integra formas normales y patológicas de duelo dentro del duelo “normal” y abre a la comprensión de la transformación del sujeto y de la recreación del objeto perdido. Desde este punto de vista, se estima que, la orientación que proporciona el psicoanálisis el término depresión es “un concepto vago que alude a realidades muy diferentes, y la orientación en una psicoterapia psicoanalítica será siempre escuchar caso por caso para encontrar las claves y los resortes que pueden ayudar a encontrar una salida” (García, 2020, párr. 1).

En el caso de una pérdida hay una especie de continuidad mientras que hay una fisura, hay algo que no se puede llamar, mitigado ante cualquier intento de acercamiento. La dirección de la pérdida es otra: la pérdida es la causa del sujeto, y la pérdida predice al sujeto de nuevo en el camino de la realización como castración. En el texto de Freud (1915) sobre duelo y la melancolía destacamos que al final no se sabe qué se ha perdido y eso hace imposible el duelo. En esta manera de considerar

lo imposible del duelo, del lado de lo irreductible de la alteridad del otro, se abre un espacio para comprender la posibilidad de anudar pulsión de vida y pulsión de muerte.

El duelo desencadenará respuestas de tipo emocional y comportamental, de tal forma que genera un proceso que se prolongará el tiempo necesario para elaborar la falta; estar en duelo supondrá localizarla en uno mismo, saber qué se nos ha perdido a través de la falta que ha devenido para poder aceptar la pérdida y no renegarla. (Pelegrí, 2021, p. 2)

Este proceso tiene consecuencias tanto en el ámbito fisiológico como social; su intensidad, duración y efecto serán proporcionales a la magnitud y dirección de la pérdida y a las cualidades de cada sujeto.

Si el sujeto tolera el malestar de aceptar la pérdida, abandonando toda esperanza de recuperación, el duelo retrocede y se inicia el camino hacia nuevos sujetos. En muchos casos, el proceso de duelo se extiende desde que ocurre una pérdida hasta que se acepta.

También hay muchas relaciones en las que el duelo precede a la separación, porque puede predecirse incluso inconscientemente. Desde el psicoanálisis se puede afirmar que para superar el duelo es necesario experimentar la realidad de la privación, sentir el dolor de todas las emociones involucradas y adaptarse a ella. Freud dice que una vez que el deseo sexual se retira del objeto perdido, puede orientarse hacia el nuevo objeto.

Los humanos generalmente tienen que adaptarse a la realidad al final del día, aunque necesitan tiempo para eso. La pérdida y el duelo son inherentes a la vida, y representan el proceso de desarrollo y composición del sujeto. Si la pérdida es eso que causa al sujeto, la pérdida anticipa el sujeto que recorre de nuevo el trayecto para llegar a su realización en tanto castración.

Entonces, se debe entender que las pérdidas fisiológicas, es decir la pérdida gestacional y la pérdida a nivel corporal como el crecimiento de los senos, aumento de nivel abdominal, aparición de estrías, etc. Dicho de esta manera, todo lo que se

pueda ver físicamente, vendrán acompañados de estas pérdidas psicológicas, ya que como se habla en capítulos anteriores, para el sujeto la pérdida de la imagen corporal no es lo que se ve físicamente, es lo que él puede ver de sí mismo junto con sus valores y prejuicios, por tanto, va ligado a la pérdida física. Además, no puede identificar a esa persona que fue antes del embarazo, hay pérdida en la imagen que puede ocasionar distintos tipos de efectos psicológicos de los cuales se van a trabajar en los siguientes temas.

Depresión

Para la Organización Mundial de la Salud, la depresión es una enfermedad muy frecuente entre la población del mundo entero y que probablemente podría deberse por causas orgánicas que se curan y atienden con psicoanálisis, la depresión y el mecanismo que la encierra es muy complejo, por ello, es necesario que un profesional ayude a la persona sobre las cosas que le pasan o que le haya pasado.

La depresión, como «un estado producido por una mayor o menor exaltación afectiva y displacentera de carácter triste y angustioso que se acompaña de cierto grado de disminución de la actividad motriz, así como de bradipsiquia, temor indefinido o ideación que puede llegar a ser delirante -de impotencia, de ruina, de culpabilidad, junto a trastornos cenestésicos que pueden concluir en fenómenos hipocondríacos y en casos graves, ideas de negación y de no existencia, tanto de sí mismo como del mundo circundante. (López Herrero, 2003, p. 2)

Según varios expertos psicoanalistas no consideran a la depresión como un sentimiento, sino más bien una posición en la que el sujeto se pone pero no de manera autónoma sino en compañía de una serie de quejas que lo llevan a ese estado, estos consideran que, normalmente la persona deprimida no posee interés alguno, no se esmera en buscar soluciones directas para mejorar la calidad de vida que lleva y, sin embargo, a pesar de que es conocido que el sentimiento fundamental de la depresión es la tristeza, la persona deprimida no quiere mejorar.

Por su parte, la depresión perinatal es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres durante el embarazo y después del parto. La palabra "perinatal" como tal se refiere al tiempo antes y después del nacimiento de un bebé. La depresión perinatal incluye aquella que comienza durante el embarazo (llamada depresión prenatal) y la que comienza después del nacimiento del bebé (llamada depresión posparto). Las madres con depresión perinatal experimentan sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y fatiga que pueden dificultar que realicen sus tareas diarias, incluidos el autocuidado o el cuidado de los demás. (Instituto Nacional de la Salud Mental, s/f)

Asimismo, la depresión perinatal es una condición médica real que puede afectar a cualquier madre, independientemente de su edad, raza, ingresos, cultura o educación. Las mujeres no son culpables de la depresión perinatal. No es el resultado de lo que hicieron o dejaron de hacer. No existe una causa única de depresión perinatal; Más bien, la investigación muestra que es el resultado de una combinación de factores genéticos y ambientales.

Dado de esta manera, es necesario conocer ahora sobre el término tristeza postparto (baby blues) se usa para describir cambios leves en el estado de ánimo, así como sentimientos de preocupación, infelicidad y agotamiento que muchas mujeres pueden experimentar durante las primeras dos semanas después de dar a luz. Los bebés recién nacidos requieren atención las 24 horas, por lo que es normal que las madres se sientan cansadas e incluso abrumadas a veces. Si los cambios en el estado de ánimo y los sentimientos de ansiedad o infelicidad son muy fuertes, o si duran más de dos semanas, es posible que la mujer tenga depresión posparto. Por lo general, las mujeres que tienen este tipo de depresión no se sentirán mejor hasta que reciban tratamiento (Instituto Nacional de la Salud Mental, s/f).

Por último, la psicosis posparto es una enfermedad mental grave que ocurre después de dar a luz. Se considera que es una emergencia médica y es importante buscar ayuda de inmediato llamando al 911 o dirigiéndose a la sala de emergencias más cercana. Las mujeres que tienen psicosis posparto pueden tener delirios (creencias o pensamientos que no son ciertos), alucinaciones (ver, oír u oler cosas que no están allí), manía (un estado de ánimo elevado y eufórico en el que a

menudo las personas parecen no estar en contacto con la realidad), paranoia y confusión. Las mujeres que tienen psicosis posparto también pueden estar en riesgo de hacerse daño a sí mismas o a sus hijos y deben recibir ayuda lo antes posible. La recuperación es posible con ayuda profesional (Instituto Nacional de la Salud Mental, s/f).

La autora Trujillo considera que la depresión desde el punto de vista del Psicoanálisis es “un conjunto de afectos del sujeto: tristeza, inhibición, abatimiento, desgano, crisis de llanto, angustia, frustración, aislamiento, dolor, desesperanza, decepción, desamor” (2012).

Considerando el análisis de la autora, cabe recalcar que, la depresión como trastorno mental propiamente dicha, está caracterizado por un bajo estado de ánimo que, en conjunto con la tristeza y melancolía, supone una de las patologías de atención primaria y según datos de OMS, es una de las enfermedades que aparece con más frecuencia en adulto no mayores a 45 años.

Los síntomas más representativos de la depresión son:

- Tristeza patológica.
- Pérdida de interés.
- Disminución de la vitalidad.
- Cansancio exagerado.

Además, para Vidal pueden aparecer otros síntomas, como “los sentimientos de culpa o de incapacidad, la irritabilidad, el pesimismo ante el futuro, las ideas de muerte o de suicidio, la pérdida de confianza en uno mismo o en los demás, la disminución de la concentración y la memoria, la intranquilidad, los trastornos del sueño y la disminución del apetito y de la libido, entre otros” (2021). Continuando lo que expresaba Vidal (2021), se determinaba el tratamiento con psicofármacos o psicoterapia, consiguiendo, en la mayoría de los casos, aliviar parcialmente o en su totalidad los síntomas depresivos. Una vez que se han superado los síntomas de la depresión, convendría seguir bajo tratamiento antidepresivo el tiempo necesario para evitar posibles recaídas, debido a que, en algunos casos, el tratamiento deberá prolongarse de por vida.

En cuanto a la depresión perinatal cómo se ha explicado es un episodio mucho más grave y que podría comenzar en el embarazo o 4 semanas posparto y en la cual se generaría riesgos y consecuencias importantes en la salud de la madre y del niño. Cuando ocurre en la primera mitad del embarazo, se incrementa el riesgo de parto prematuro, preeclampsia, bajo peso para la edad gestacional, bajo peso al nacer, bajo Apgar y menor perímetro cefálico.

Por su parte, la depresión posparto tiene sus riesgos, pero con una caracterización diferente, puede aparecer a cualquier ciclo de vida, sin embargo, La sintomatología depresiva se caracteriza en la madre por cambios en el humor, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de su vitalidad, reducción del nivel de actividad, disminución de la atención y concentración, pérdida de confianza en sí misma, sentimientos de inferioridad, culpabilidad e inutilidad, perspectiva sombría del futuro, trastornos de sueño y del apetito, pensamientos o actos suicidas y de autoagresión (Gentes, 2020, p. 93).

De la misma forma y desde el punto de vista psicoanalítico se considera que la mayor parte de los riesgos asociados a la depresión provienen desde casa (disfuncionalidad familiar), así como también aquellos factores que tienen que ver con el ámbito psicosocial, como por ejemplo, embarazos no deseados, amenaza de abortos, falta de apoyo familia, bajo nivel socioeconómico, violencia intrafamiliar, laboral u otro tipo de violencia y por último, se considera que la depresión en el embarazo está ligada a la pérdida de energía y de interés que posee la persona (baja autoestima) o (inestabilidad emocional).

Por consiguiente, gracias a las pérdidas fisiológicas, como alguna pérdida gestacional o a nivel corporal y una pérdida psicológica como es la pérdida de la imagen y la identidad. Va a producir, un momento de tristeza, que es consecuente de no volver a ser igual y de no reconocerse, e incluso de verse nueva en esta experiencia tan compleja.

Dicho de esta manera, como se habla en capítulos anteriores, para el sujeto la pérdida es netamente un momento en el cual va a perder ese objeto deseado y ocasionará en este caso, distintos tipos de efectos, desde una tristeza o podrá desencadenar en una

depresión, y se lo va a presentar en un cuadro diferencial de los factores más comunes y como sería la presencia de episodios de depresión o síntomas depresivos durante el embarazo.

Tabla 1

Trastornos del estado de ánimo del postparto

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DEL POSTPARTO	
Tristeza Posparto	Es el resultado de cambios hormonales, psicológicos y sociales, es común en el 50-80% de las mujeres que dan a luz y ocurre entre los dos primeros días después del parto. Desaparece por sí sola a las dos o tres semanas de trabajar con la madre y familiares, en una intervención.
Depresión Posparto	Se produce por factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, se propaga en un 13,86-32,6% y puede presentarse inmediatamente después del nacimiento y días, meses y hasta un año después de dar a luz, su intervención requiere terapia y en algunos casos se necesita de medicamentos como antidepresivos y benzodiazepinas.
Psicosis Posparto	Se produce por factores de riesgo, sobre todo tras padecer trastornos mentales, esquizofrenia, se da en una o dos mujeres por cada 1000 nacimientos y puede durar también entre 3-9 días, suele aparecer, pero se puede iniciar hasta el sexto mes y su tratamiento farmacológico será generalmente de antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y benzodiazepinas; y requerirá de una hospitalización y un tratamiento psiquiátrico.

(Chicago Tribute, 2017)¹

Angustia

¹ Chicago Tribute. (2017). Llegó su bebé y está triste. Obtenido de <https://www.chicagotribune.com/hoy/ct-hoy-8816457-llego-su-bebe-y-esta-triste-story.html>

Freud formuló significados a la angustia, uno de estos fue cuando consideraba a la angustia como una mera reacción a la frustración del orgasmo. La descarga incompleta por la práctica de tener una relación sexual o la no descarga por la abstinencia es la que produce la angustia y por ende las neurosis actuales o neurosis de angustia. Y para curarla, esta solo desaparecía, si se lograba que el sujeto vuelva a una vida sexual normal.

De la misma forma, Freud a partir de la introducción del modelo estructural de 1923, el cual divide el aparato psíquico en Yo, Ello y Superyo). En el cual es relevante indicar que el “Yo” es la única sede de la angustia y que tendrá tres clases de angustia: la real, la neurótica y la de la conciencia moral, que son referidas a las tres dependencias del yo: el mundo exterior, el ello y el super yo, respectivamente.

En la siguiente fórmula Freud abandona este modelo y empieza a considerar a la angustia como señal anunciadora de una situación peligrosa. Esta angustia va a provocar unas formas particulares de defensas que son los síntomas neuróticos y las defensas del carácter.

Agrega que la represión no crea la angustia como lo afirmaba Freud antes, sino que esta existe con anterioridad. Y es ella la que crea la represión.

Habla también de una angustia neurótica y esta es ahora una angustia real, ante un peligro externo: el peligro de la castración en los varones y el peligro de la pérdida del amor en las mujeres. "Lo decisivo es que el peligro es un peligro que amenaza desde el exterior y que el niño cree en su efectividad".

Entonces, todas las condiciones de angustia repiten en el fondo la situación de la primitiva angustia del nacimiento, el cual significaba también una separación de la madre.

Finalmente Freud vuelve a preguntarse qué es realmente lo peligroso; y responde con su hipótesis del “Factor traumático”: "Lo temido, el objeto de la angustia, es cada vez la aparición de un instante traumático que no puede ser tratado según las normas del principio del placer, entonces, cada vez que el sujeto se encuentre ante una situación de excitación que no pueda dominar mediante la descarga (es decir tramitarla según el principio del placer que tiende a reducir la tensión y recuperar la homeostasis) se

reactualizará el "factor traumático" y dicha situación será vivida como peligrosa y, por tanto, como fuente de angustia.

Esta sería la represión secundaria, que se manifiesta como síntoma de la situación de peligro previa en el mecanismo causante del sufrimiento; "La represión más temprana y primaria surge precisamente del momento traumático cuando el yo entra en conflicto con la mayor necesidad libidinal, y la Ansiedad surge en el interior, aunque después del arquetipo del nacimiento. Por último, finaliza Freud señalando, un doble origen de la angustia: la del instante traumático, y otras, como señal de que amenaza la repetición de tal instante.

Entonces, se concluye que estos procesos de pérdidas, tanto físicos como psicológicos, tienden a resignificar experiencias en la vida de las mujeres, sobre todo la marca de la castración original, la falta. Por tanto, se va a dar como resultado la angustia, ya que como se pudo plasmar en esta investigación, esto se dará porque el sujeto va a encontrarse con pérdidas que actualizan la original. Se la vivencia como una situación peligrosa y psicológicamente se va a volver fuente de angustia.

Desencadenamiento psicótico

Para poder entender el desencadenamiento psicótico, debemos entender que es la psicosis y no desde un punto de vista médico sino desde el psicoanálisis, línea que percibe a la psicosis como un tipo de estructura clínica al igual que la neurosis y la perversión, si bien en neurosis se habla de síntomas, en la psicosis se hablarán de fenómenos elementales.

Según Miller (2013) estos fenómenos elementales serán los elementos centrales que de una u otra manera harán 'click' para que exista un desencadenamiento, estos podrán ser automatismo mental, fenómenos que conciernen al cuerpo y fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad.

Para entender un poco más de los fenómenos elementales se hablará de cada uno, con respecto a los fenómenos de automatismo mental son, pensamientos ajenos pero que están incrustados, sin duda, es muy evidente una vez que continúa la psicosis,

pero el automatismo psicomotor puede ser insidioso durante años con uno o dos ataques en la infancia o la adolescencia, permaneciendo oculto posteriormente.

Respecto a los fenómenos que conciernen al cuerpo, hablamos netamente de lo corporal. Aparecen entonces fenómenos de descomposición, de despedazamiento, de separación, de extrañeza, con relación al propio cuerpo. Y también, distorsión temporal, distorsión de la percepción del tiempo o de desplazamiento espacial, este es uno de los más fáciles de identificar y del cuál en este tema va de la mano con la mujer embarazada. Y para terminar los fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad, que no son ideas, sino experiencias de certeza absoluta y, más aún, con respecto a la identidad, la hostilidad de un extraño.

Entonces, un fenómeno elemental da cuenta de la estructura al mostrar el retorno de un componente fundamental. En la neurosis, al haber represión, lo reprimido retorna de manera simbólica a través de los fenómenos elementales de la neurosis: chistes, lapsus, sueños, olvidos, etc. En la psicosis, los significantes que no fueron inscritos retornan “sin tramitación simbólica, es decir en lo Real”. (Mazzoni, 2016, p. 185)

Luego de entender cómo funciona la psicosis y cómo se origina, la psicosis desencadenada a raíz de los cambios corporales presentados alrededor del proceso de gestación. Inicialmente se podría empatar los cambios corporales a elementos de orden imaginario, aislados del componente simbólico, por lo que podría pensarse que las modificaciones en el cuerpo no corresponden a Un-padre necesario para que el psicótico desencadene.

Sin embargo, expresaba Flores Silva & López Álvarez (2017) a medida que el cuerpo de la paciente embarazada va cambiando, estos cambios demandan una significación nueva que los acompañe. Es necesario que algo se diga sobre el cambio de color en las mamas, sobre el aumento del tamaño del vientre, sobre la pigmentación en la línea alba del mismo; es necesario que se diga algo sobre los mareos y las sensaciones que se sienten en el abdomen. De lo contrario la mujer gestante se encontrará con lo real del cuerpo, con lo que no se inscribe en los significantes.

Pero es esta necesidad de que los cambios corporales que ocurren durante el embarazo busquen una forma simbólica, requiriendo la aparición de signos que no son desarrollados por el objeto, pero que en los trastornos mentales son realidades naturales. Al frágil armado corporal de la psicótica, que había permitido desde lo imaginario una cierta estabilidad, se opone los significantes de la maternidad. Significantes que la psicótica no posee en su entramado simbólico debido a que no fueron aceptados por la forclusión del Nombre del Padre. Así, los cambios corporales son un llamado a la maternidad, que enfrentan a la embarazada psicótica con Un-padre simbólico que desencadena su estructura.

CAPÍTULO IV: IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Definición de Intervención Psicológica

La intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicos por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aún en ausencia de problemas. (Bados López, 2008, p. 2)

En general, las áreas de aplicación de la intervención psicológica son diversas: clínica y médica, educación, trabajo, programas sociales, deportes. Dentro de los campos de la psicología clínica y la psicología de la salud, se centra en la especialización en la evaluación, diagnóstico, interpretación, tratamiento, modificación y/o prevención de los trastornos mentales o cualquier otra conducta relacionada con los procesos de salud y enfermedad, en las diferentes y diferentes contextos en los que surgen pueden tener lugar.

Encuadre de la intervención psicológica

El encuadre dentro de la intervención psicológica es definir en la primera sesión, las normas, honorarios, tiempo y lugar y otras variables constantes que se verán en el proceso de terapia, indistinto del enfoque de la intervención, se realiza más para limitar y que pueda darse un encuentro agradable con paciente -psicólogo.

La creación de un marco terapéutico permite definir los límites necesarios para el desarrollo efectivo de la relación terapeuta-paciente, que responde a los principios éticos del ejercicio profesional del psicólogo. Además, puede explicar la naturaleza del deber profesional de respeto y seguridad a los involucrados.

Crear un buen marco es fundamental para el desarrollo de la terapia ya que es la base a la hora de iniciar el trabajo terapéutico, como psicoanalistas o psicoterapeutas. El paciente necesita reglas básicas a las que pueda adaptarse. Es por esto que muchos psicólogos creen que debe darse en la primera entrevista, luego de saber el motivo

de consulta, tanto el manifiesto como el latente. Obviamente, cada profesional tiene sus métodos de trabajo, pero vamos a considerar que comprende el encuadre psicológico.

1. Saber el motivo de consulta y que quiere conseguir con el proceso.
2. Saber las expectativas y tiempo que cree que el sujeto necesitará para su objetivo.
3. Explicación de la terapia, dejando claro que será el psicólogo quien acompañará a que el sujeto pueda tomar responsabilidad y apoyará en todo momento.
4. Determinar el encuadre.
5. Confidencialidad y demás cosas que considere importante el psicólogo.
6. Elaboración de la primera sesión, dar al sujeto algo que se pueda llevar para la siguiente sesión.
7. Horario establecido para la siguiente sesión.

Ahora, nombraremos en el siguiente cuadro de Tan (2020), cuáles son los tipos de encuadre entendiendo que existe uno externo e interno. El externo se enfoca en el encuadre como tal, y muy importante que no se mantengan relaciones interpersonales ya sean de amistad o familiares, exclusión total.

Y el interno se va a referir a las actitudes del psicólogo que son necesarias para que exista una relación que favorezca el cambio. Estos pueden ser: psicoanalítico, conductual, cognitivo, experiencial y sistémico.

Tabla 2

Tipos de encuadre psicológico

Modelos	Relación terapéutica	Actitud terapéutica
Psicoanalítico	Principal elemento curativo: Permite el insight en el paciente por medio de la relación de transferencia.	Reservada, pasiva, distanciada.
Conductual	Marco que se desarrollarán los procesos de aprendizaje del	Segura, actúa como modelo y reforzador social.

	paciente y se implementan técnicas conductuales.	
Cognitivo	Relación cooperativa, un esfuerzo de colaboración mutua para resolver la problemática del paciente.	Activa y lógica.
Experiencial	Contexto facilitador para el desarrollo personal.	Empática, cálida, aceptación incondicional del paciente.
Sistémico	La visión de la relación terapéutica se desmarca de los otros modelos, dado que entra en juego el sistema y su causalidad. Interviene mucho el sistema familiar con el fin de alterar patrones de interacción.	Observadora participante.

(Tan, 2020, p. 3)²

Enfoques de la intervención psicológica

Cuando se habla de enfoque, se habla de dirigir la atención hacia un punto específico, en este caso serán varios puntos en el cual según el enfoque que se quiera dar, se ayudará para saber cómo abordar según sea el caso. Los pioneros en el estudio del comportamiento del sujeto, estos serán Psicoanalítico, Conductual, Humanista, Cognitivo y Sistémico. Siendo estos fundamentales para el camino del futuro psicólogo, e incluso haber sido marco de referencia para construir los postulados más importantes.

Diversos enfoques en psicología permiten explicar el comportamiento humano como una serie de acciones que el entorno refuerza, o simplemente como resultado de fuerzas internas que interactúan. Nótese que cada enfoque aporta un concepto de

²Tan, S. (2020, Febrero). Encuadre Psicológico | PDF | Psicoterapia | Psicoanálisis. Scribd. Retrieved August 30, 2022, from <https://es.scribd.com/document/446172206/ENCUADRE-PSICOLOGICO>

individuo que ofrece diferentes modelos de intervención que emergen en relaciones teóricas con definiciones que explican diferentes actitudes y comportamientos de los individuos.

La importancia de indagar los diferentes enfoques psicológicos es trascendente para la elección de alternativas de prácticas y posibles estrategias de tratamientos, para abordar las dificultades presentes en el desarrollo y en cada una de las etapas del ser humano. Se puede concluir que cada uno de los enfoques, fue importante para el desarrollo del marco de la historia de la psicología y su consolidación como ciencia, lo que acredita su relevancia y pertinencia para los direccionamientos teóricos y los lineamientos que se deben asumir por los profesionales en el área de la psicología. (Jorge Eduardo Navarro Obeid et al., 2018, p. 52)

Desde el enfoque psicoanalítico, es uno de lo más relevantes para poder comprender los orígenes de la psicología. Su autor principal es Sigmund Freud.

La técnica freudiana apunta entonces a razonar a partir de lo que el paciente se le ocurría, es decir, lo que libremente podía relacionar y que se puede analizar, aquello que el paciente denegaba de asociar. Con ello, se buscaba soslayar la resistencia del paciente por medio del proceso de interpretación y la comunicación de los resultados al paciente. (Ubaldo Ruiz Roa y Jorge Eduardo Navarro Obeid, 2018, p. 32)

Uno de los aportes fundamentales a la Psicología fue el concepto del inconsciente, en el cual se resaltaban las experiencias vividas por el paciente, particularmente aquellas que eran desagradables, que dejaban como consecuencia ciertos traumas en el inconsciente del individuo, aun cuando el paciente las hubiera olvidado de manera consciente. No obstante, estas experiencias desagradables expresadas por el individuo por medio de la rabia, y los actos que están inmersos en este estado, se podría haber dicho que el sujeto había logrado descargar mediante la abreacción ese estado tensionante producido por dichas experiencias.

El psicoanálisis no se ha detenido en el camino hacia los cambios que ha sufrido la sociedad y las personas de hoy. Se pueden investigar los diversos fenómenos que padecen las personas en la actualidad y, además, la influencia de las aportaciones de nuevos teóricos, mientras han surgido una serie de nuevas escuelas y formas de intervención en la actualidad.

Se señala que entre los recién llegados que se adhieren particularmente a las teorías de Freud se encuentran sus hijastras Anna Freud, Melanie Klein Karen Horney, Donald Winnicott, Carl Gustav Jung, Erich Fromm y Jacques Lacan, quienes tienen mayor influencia y aportación a la psicología. (Ubaldo Ruiz Roa y Jorge Eduardo Navarro Obeid, 2018, p. 35)

Desde el punto de vista del conductismo en su historia, podemos señalar que incluye las aportaciones de una serie de fisiólogos, como Wilhelm Wundt, Edward Titchener, William James, pero el principal sería el ruso Ivan Pavlov, el último de del siglo XX quien, tras años de investigación sobre la fisiología digestiva y el babeo asociado a los reflejos en los perros, dio origen al condicionamiento clásico y pionero para una de las más importantes escuelas de psicología. (Ubaldo Ruiz Roa y Jorge Eduardo Navarro Obeid, 2018, p. 35)

Uno de sus otros grandes autores, Bandura, coincide con el condicionamiento clásico y las ayudas al aprendizaje, pero contiene un aspecto central relativo a los procesos mediadores entre estímulo y respuesta, así como la noción de que la conducta puede aprenderse a través de la observación. El aprendizaje alternativo se explica por procesos atencionales en los que el cuerpo observa o presta atención a aspectos importantes del comportamiento del patrón y sus consecuencias. Una vez que se capta la atención, continúa un proceso de retención para describir lo que hace el observador para ayudar a recordar el comportamiento del modelo, como la representación verbal del comportamiento. También incluye los procesos de reconstrucción motora necesarios para realizar la conducta modelada y, en última instancia, los procesos motivacionales, como la expectativa de que la conducta simulada conducirá a un refuerzo, determinarán si se imita la conducta modelada.

La psicología humanista, un nuevo enfoque que centra sus esfuerzos en la autorrealización del individuo, teniendo como objetivo principal el desarrollo del ser humano traducido en la satisfacción consigo mismo, con los demás, con la vida y el poder ser feliz. Se considera como la tercera fuerza, después del psicoanálisis y el conductismo. (Ubaldo Ruiz Roa y Jorge Eduardo Navarro Obeid, 2018, p. 40)

Un estudio de 1973 sobre los orígenes de la psicología humanista realizado por Misiak y Sexton propuso la siguiente definición: "La psicología humanista es un enfoque multifacético de la experiencia y el comportamiento humanos que se centra en el egocentrismo, la identidad humana y la autorrealización". La premisa dominante es el reconocimiento de que el hombre es un ser de potencial libre y creativo, donde su conducta dependerá en gran medida de su interioridad, y no de la imposición de impulsos. Premisa dominante en psicoanálisis o equilibrio de poder externo y ambiental como habla el conductismo. El humanismo cree en el ente y en la capacidad de desarrollarse por sí mismo y alcanzar todos sus objetivos declarados.

Se puede decir que el humanismo ha abierto una nueva puerta al futuro de la psicología al ofrecer sus servicios en busca de una nueva sociedad que no se base en prejuicios innecesarios de las disciplinas ancestrales donde el hombre era considerado un ser finito. El humanismo hace posible que se abandone la locura y entremos en una nueva era, interactuando con un mundo nuevo, donde se reconozca lo más humano, con la interacción humana. Esta nueva interacción incluye aspectos como el respeto, la empatía y la autenticidad, y sobre todo, la comunicación basada en la experiencia.

Desde el enfoque cognitivo, se fundamenta en una serie de ideas, propuestas y conceptos, que comenzaron a incidir en la tercera década del siglo XX hasta los años setenta y ochenta, de las cuales se distinguen tres importantes influencias que contribuyeron de manera decisiva en el desarrollo epistemológico de esta área: la Teoría de la Información, la Cibernética y la Psicolingüística. La Teoría de la Información, propuesta por Shannon en 1948, incluyó en la Psicología Cognitiva los conceptos de símbolo y de retroalimentación. (Ubaldo Ruiz Roa y Jorge Eduardo Navarro Obeid, 2018, p. 44).

Finalmente, la escuela cognitivo-conductual se basa en la suposición de que los humanos responden a las representaciones perceptivas de los eventos ambientales, de modo que el aprendizaje está mediado cognitivamente, de modo que la percepción es la principal fuente de información de los cambios emocionales y de comportamiento.

El modelo cognitivo-conductual reconoce la importancia de la relación terapeuta-paciente y reconoce que puede haber desventajas en su efectividad si el terapeuta no descubre una asociación terapéutica. Esta cree que estas relaciones se fortalecen cuando los pacientes pueden entender que el tratamiento tiene resultados positivos y exitosos, lo que a su vez aumenta la confianza del paciente al crear condiciones óptimas, preferencias y escenarios de orientación para la aplicación de los tratamientos.

El enfoque Sistémico, considerado como uno de los contemporáneos de la psicología, ha sido motivo de serias discusiones porque nace de constructos propios de otras disciplinas, como la Teoría General de Sistemas, la Cibernética y la Pragmática de la Comunicación, pero, muy a pesar de los debates que se han realizado sobre el enfoque Sistémico, este ha logrado posesionarse en los diferentes campos profesionales de la Psicología como la clínica, la social-educativa y la organizacional (Ubaldo Ruiz Roa y Jorge Eduardo Navarro Obeid, 2018, p. 48).

El nacimiento del Enfoque de Sistemas se produjo a mediados del siglo XX, ofreciendo una nueva perspectiva de la realidad y entendiendo al hombre como un sistema inmerso en el sistema, lo que significa comprender esta necesidad de aceptar esa realidad del individuo. El comportamiento es complejo e incluye sistemas abiertos que realizan determinadas funciones y cuyo comportamiento dependerá de las interacciones que realice con otros sistemas.

Entonces, el enfoque de sistemas consiste en delegar el análisis de causa y efecto teniendo en cuenta los lineamientos y principios contenidos en las interacciones familiares. Es en la observación de la disfunción de la familia que se pueden encontrar los medios para afrontar las dificultades y superar las debilidades del sistema. El

objetivo último del enfoque sistémico es su modelo experiencial para explicar el progreso familiar, permitiendo intervenciones y modificaciones conductuales que creen desequilibrios y proporcionen una buena estabilidad al individuo en relación a cada sistema en el que se encuentra inmerso.

Efectos Terapéuticos de la Intervención Psicológica

Los efectos terapéuticos aluden al alivio o desaparición de un padecimiento del cuerpo, del pensamiento o de ambos. Se escucha en el pedido de alivio de los pacientes y toma cuerpo como requerimiento cuando se inscribe dentro del marco de la Salud pública y dentro de ella la Salud Mental. (Laurent, 2004, p. 3)

Pensar el efecto del análisis en términos terapéuticos es una confirmación de su eficacia. Por supuesto, se requiere una precisión estricta para determinar lo que esto significa; cuál es su peculiaridad cuando la dimensión es realmente analítica.

Sí bien los efectos terapéuticos es una demanda del Otro social como un bien para las personas, para la empresa privada es solo una forma de ganancia. Esta esperada eficacia de la intervención psicológica no es nada más, para que supriman el malestar del sujeto y este pueda continuar bajo las normas de adaptación y pueda acomodarse al medio social, mientras continúa su vida y no afecte en nada a lo laboral y relaciones personales.

Esto no es del todo así, ya qué debemos de entender la diferencia entre síntoma y enfermedad. Lo más importante es que debemos de comprender que no es lo mismo aliviar el malestar que se obtiene de tolerar el síntoma, que simplemente curar la enfermedad y las condiciones que te da la misma.

Freud comienza sugiriendo que los síntomas tienen un significado que puede explicarse siguiendo los caminos del inconsciente y sus actividades de condensación y desplazamiento. Este es el camino que abre Freud para la interpretación de los síntomas cuando el retorno de los reprimido, conduce a su resolución. Un síntoma, como un rompecabezas por resolver, se descarta tan pronto como se resuelve. Pero, como sabemos, un síntoma para Freud es también la gratificación ignorada por el

sujeto. Allí, el síntoma persiste porque es el resultado de un conflicto sobre la nueva forma de satisfacer los deseos sexuales.

El tratamiento basado en la revelación del síntoma, permitiendo al sujeto conocer este significado oculto, no es suficiente. Se debe tener conocimiento y el conocimiento en cuestión, solo se puede obtener, si se basa en la transformación interior del paciente, que se puede lograr a través de la intervención psicológica. En otras palabras, los sujetos se quejan de sus síntomas, solicitando el alivio de su enfermedad, pero no son conscientes de que están experimentando simultáneamente una sensación de satisfacción que no pueden sentir, ni vivir, como tal.

Se tiene claro, que existen distintas psicoterapias que intentaron brindar resultados rápidos y eficaces al malestar y entre ellas la terapia breve sistémica.

En muchas de estas psicoterapias, no distinguen entre las estructuras clínicas, ni les interesa el verdadero síntoma, sino más bien, simplemente la noción del problema y cómo poder abordarlo de manera rápida y concisa, casi como un manual, como si todos los pacientes son iguales y vivieran lo mismo a lo largo de sus vidas.

La promoción de un ideal terapéutico encubre una ética, en el sentido de que define lo que se debería considerar un bien para el sujeto. Esto tiene sus riesgos porque se obvia la discusión por la naturaleza de dicho bien, como así también, tomar como criterio único la eliminación del síntoma o para hablar con propiedad del problema. (Laurent, 2004, p. 7)

Entonces, daremos forma a lo que podríamos definir como terapéutico para el psicoanálisis, porque hasta aquí hemos tratado el problema del abordaje, en relación a aislar al sujeto, despojarlo de su síntoma y alejarlo de su verdad y de lo que realmente quiere. Desde el punto de vista psicoanalítico, una sola interpretación puede tener un impacto en la vida del sujeto.

Para (Laurent, 2004) Los efectos obtenidos durante el análisis y clínicamente comprobables son terapéuticos siempre que impliquen un cambio en la economía del placer y la ganancia al nivel deseado como:

- La caída de un significante amo que sostenía un campo de significación.
- La superación de una inhibición.

- Un desplazamiento a nivel del síntoma.
- La elaboración de un saber en el lugar de la verdad que pueda impedir la inminencia de un pasaje al acto.
- La elaboración de un proceso de duelo.

El efecto terapéutico del análisis marca un antes y un después, el sujeto ya no es el mismo de antes. Un efecto que implica un cambio de posición del sujeto en relación con su sufrimiento y sus causas, su relación con la realidad, con su conocimiento inconsciente y sus síntomas.

Demostrando la eficacia del efecto terapéutico analítico, será el factor que distinguirá a una clínica basada en la ética, de una clínica sin apoyo y sin ninguna regla. La diferencia esencial entre el abordaje terapéutico en psicoanálisis, radica precisamente en esta coyuntura, también de tensión, donde lo realmente analítico es terapia para el psicoanálisis.

De tal manera, se puede decir entonces que el efecto terapéutico que va a brindarle a las mujeres con procesos de pérdidas durante el período perinatal, va a ser efectivo y va a ayudar a la mujer a comprender, reconocer y entender su pérdida desde darle un nombre y saber adquirir los recursos para enfrentar a esa nueva realidad. Y, sobre todo, darle a la mujer un espacio de escucha y comprensión de lo que aparece como un malestar que puede tomar diferentes formas.

CAPÍTULO V: METODOLOGÍA

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA

Enfoque

El enfoque que se usó en esta investigación fue el enfoque cualitativo, el cual:

Se guía por áreas o temas significativos de investigación. Sin embargo, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos, los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. (Hernández Sampieri et al., 2014)

Estas actividades suelen servir, primero, para identificar las preguntas de investigación más importantes; luego explicarlas y responderlas. Las investigaciones se mueven dinámicamente en ambas direcciones: entre los hechos y su interpretación, y es un proceso más bien "circular" en el que el orden no es siempre el mismo, sino que cambia con cada investigación. Por lo tanto, se trabajó por medio del grupo focal y este caso se obtuvo conocer la experiencia, lo que caracteriza y/o tienen en común estas madres, ya que, en ciertos casos no todas pasaron por el mismo proceso, ya que se pueden presentar efectos tanto a nivel psicológico, social, familiar teniendo una depresión postparto o simplemente no haber pasado por esto y haber tenido un período perinatal tranquilo.

Paradigma

El paradigma que va de acuerdo con el trabajo presentado es el interpretativo en investigación es aquel que se basa en comprender y describir lo que se estudia y surge como respuesta a conceptos explicativos y predictivos, propios del modelo positivo. Parte del punto de vista natural y humanista y pertenece al tipo de investigación cualitativa; el investigador busca la relación entre el objeto de estudio y todo lo que le rodea, sabiendo que debe observarlo atentamente y que las observaciones del investigador moldean tanto al sujeto como a sí mismo.

Es decir, el paradigma interpretativo interpreta los datos y reemplaza esa comprensión del hecho con la medición y verificación empírica. Es un paradigma de investigación que ha influido decisivamente en disciplinas como la psicología, la historia, la antropología, la economía y otras humanidades y ciencias sociales.

Y lo relacionamos con este trabajo porque el mismo, buscó a través de las respuestas de los participantes indagar con la experiencia de ellos, y correlacionarlo con la investigación bibliográfica.

Método

En esta investigación se utilizó el método de fenomenología hermenéutica, este “se enfoca en la experiencia subjetiva de individuos y grupos; intenta develar el mundo según lo experimenta el sujeto, a través de sus historias del mundo de la vida” (Kafle, 2013, p. 181).

Es decir, que es un procedimiento que impulsa a reflexionar sobre la experiencia personal y su quehacer profesional, y así analizar aspectos esenciales de esa experiencia, dar sentido y peso a estos fenómenos. Lo cual haremos en esta investigación que, conjugado con las experiencias de las participantes, nos permitirán darles lugar a sus experiencias y no queden en solo eso, llevándolo a resaltar en esta investigación.

Técnicas de recolección de información

La técnica es una “variedad (...) de procedimientos teórico-prácticos que se pueden inventar o adoptar para desarrollar determinado método de investigación” (van Manen, 2003, p. 46).

La técnica utilizada durante el presente trabajo fue:

Grupo focal: Los grupos focales son una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador. Se han dado diferentes definiciones de grupo focal; sin embargo, son muchos los autores que convergen en que éste es un grupo de discusión, guiado por un conjunto de preguntas diseñadas cuidadosamente con un objetivo particular. (Aigner, 2006, p. 1)

Es un proceso dinámico donde los participantes intercambian ideas para que otros participantes puedan considerar o cuestionar sus puntos de vista. Durante la discusión, se presta atención para discutir los temas del grupo. Sin embargo, cabe señalar que el método de grupo focal no conduce al consenso, por lo que los participantes pueden mantener sus opiniones originales, cambiarlas o adoptar nuevas ideas basadas en sus propias ideas. Por consiguiente, se utilizó un cuadro de variables de operacionalización, para poder definir cuál era la variable dependiente e independiente y así poder establecer las preguntas que se iban a exponer a los participantes.

Instrumentos

El instrumento utilizado en este trabajo fue el de:

- Lineamientos de temas de discusión del grupo focal: el mismo orientará el trabajo de investigación, por lo que deberán establecerse las preguntas, escoger las personas que participarán del mismo, a su vez que deberá tener su consentimiento y así poder seguir con el curso del grupo focal. En esta investigación se siguieron los pasos correspondientes para realizarse el grupo focal y obtener las respuestas para las conclusiones de este trabajo.

Por consiguiente, se muestra el formato de preguntas realizadas en el grupo focal a los participantes:

1. ¿Qué cambios corporales fueron evidentes durante la etapa perinatal?
2. ¿Cuál fue el cambio corporal que más le costó aceptar en la etapa perinatal?
¿Por qué?
3. ¿Ha sufrido algún tipo de pérdida gestacional? ¿cómo fue abordada esta situación?
4. ¿Conoce usted a alguien que haya tenido una pérdida gestacional? ¿cómo fue abordada esta situación?
5. ¿Sintió usted alguna vez miedo o malestar por cómo se veía? ¿Y en qué etapa fue más intensa la preocupación?
6. ¿Alguna vez sintió que había perdido su identidad en la etapa perinatal?
7. ¿Cómo pudo volver a reencontrarse consigo misma o siente que está dejando que fluyan las cosas?

8. ¿Considera usted que mantuvo algún episodio de depresión en la etapa perinatal?
9. ¿Qué cree usted que debe influenciar en la mujer para padecer de depresión en la etapa perinatal?
10. ¿Tuvo usted un instante en el que no sabía cómo proceder con respecto a la etapa perinatal? ¿En qué momento? y ¿Por qué?

Población

La población dentro de la metodología es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Lepkowski, 2008 citado en Sampieri). Las poblaciones deben ubicarse claramente de acuerdo con sus características de contenido, lugar y tiempo.

Por lo tanto, en esta investigación se escogieron mujeres que han atravesado la etapa perinatal dentro de los últimos dos años, para así poder a través del grupo focal responder a las preguntas ya estructuradas.

El tipo de muestra escogida, son las muestras no probabilísticas, ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Hernández Sampieri et al., 2014). Es decir, se escogió este tipo de muestra porque no fue decidida al azar, sino que es un grupo específico al que se acudió, en este caso a las mujeres que hayan pasado por la etapa perinatal los últimos dos años.

CAPÍTULO VI: ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Presentación de resultados

La recolección de datos a través de grupo focal fue realizada a cinco mujeres que experimentaron procesos de pérdida en la etapa perinatal en los últimos dos años, los cuales se van a reconocer con los términos: P1, P2, P3, P4 y P5 respectivamente. El grupo focal se realizó de forma virtual ayudados de la plataforma Zoom, vale destacar que todos los participantes estuvieron de acuerdo con la presentación del tema en investigación y con total contribución al respecto del tema.

Las preguntas se elaboraron con la ayuda de la matriz de operalización de variables, la cual permitió redactar diez preguntas relacionadas con las variables: Procesos de pérdida en el período perinatal y efectos psicológicos.

Tabla 3

Cuadro de variables de operalización

Variable	Subvariable	Instrumento	Preguntas
Procesos de pérdida en el período perinatal	Pérdidas corporales: "Cambios que resultan evidentes para la madre o que se reflejan y provocan algunos síntomas específicos durante el embarazo, por ejemplo, aumento de peso, aumento de volumen abdominal, aumento del tamaño de las mamas, poliaquiuria, estreñimiento, pirosis, hiperpigmentación de la piel en algunas zonas, etc."	Grupo focal	*¿Que cambios corporales fueron evidentes durante la etapa perinatal? *¿Cuál fue el cambio corporal que más le costó aceptar en la etapa perinatal ? y ¿Porqué?
	Pérdidas gestacionales: "La pérdida gestacional es aquella que se produce durante el embarazo. Es una patología muy frecuente ya que afecta entre el 10-20% de las gestaciones clínicas."	Grupo focal	¿Ha sufrido algún tipo de pérdida gestacional? ¿como fue abordado esta situación? ** ¿Conoce usted a alguien que haya tenido una pérdida gestacional? y ** si fue, ¿como fue abordado esta situación?
	Pérdidas psicológicas: "El descontento corporal es el resultado de una diferencia entre la figura ideal y la real y aunque no sea considerado un trastorno, es la causa de muchos problemas de autoestima, desarrollo de estados de ansiedad y depresión".	Grupo focal	¿Sintió usted alguna vez miedo o malestar por como se veía? Y si era así ¿En que etapa de la etapa perinatal era más intensa la preocupación?
	Identidad: "Algunas mujeres experimentan soledad, falta de comprensión y la necesidad de una familia y amigos que las apoyen, un esposo a tiempo completo y el vacío de la ignorancia de no reconocerse"	Grupo focal	¿Alguna vez sintió que había perdido su identidad en la etapa perinatal? Si fue así ¿Como pudo volver a reencontrarse consigo misma o siente que no ha cambiado nada?
Efectos psicológicos	Depresión: "Como «un estado producido por una mayor o menor exaltación afectiva y displacentera de carácter triste y angustioso... ..pueden concluir en fenómenos hipocondríacos y en casos graves, ideas de negación y de no existencia, tanto de sí mismo como del mundo circundante»"	Grupo focal	¿Considera usted que mantuvo algún episodio de depresión en la etapa perinatal? ** ¿Que cree usted que debe contribuir a la mujer para sufrir depresión en la etapa perinatal?
	Angustia: "el objeto de la angustia, es cada vez la aparición de un instante traumático que no puede ser tratado según las normas del principio del placer..." "...se reactualizará el "factor traumático" y dicha situación será vivida como peligrosa y, por tanto, como fuente de angustia."	Grupo focal	¿Tuvo usted un instante en el que no sabía como proceder con respecto a la etapa perinatal? ¿En que momento? y ¿Porque?

(Sánchez, 2022)³

³ Sánchez, T. (Agosto de 2022). Cuadro de variables de operalización. Guayaquil, Ecuador.

Análisis de resultados

1. VARIABLE: Procesos de pérdida en el período perinatal.

La variable escogida fue de los procesos de pérdida en el período perinatal, la que se ha identificado como variable causa.

SUBVARIABLE: Pérdidas corporales.

Para abordar esta subvariable se realizaron dos preguntas, que son las siguientes:

PREGUNTA: 1. ¿Qué cambios corporales fueron evidentes durante la etapa perinatal?

Respuestas:

- "Cambios mayores no vi en el embarazo, pero ahora que doy de lactar si estoy mucho más delgada, asumo que es gracias a eso, e igual he escuchado comentarios de amigos refiriéndose a ese tema de que antes estaba más gordita, pero yo siempre pienso que voy a volver a subir después y lo único es la cicatriz." (P1)
- "Si he visto cambios grandes sobre todo con mi primer hijo, subí mucho de peso, pero no tenía cargo de conciencia, pero ahora con el segundo si he sentido presión por mi cuerpo y porque sigo dando de lactar y no he bajado nada." (P2)
- "Con mi primer embarazo yo ya estuve en mis 15 pero con el 2do me ha costado más bajar y es esa pancita que no se va, pero no considero que esté subida de peso." (P3)
- "Yo si tuve bastantes porque subí demasiado de peso y bajé de peso porque me lo propuse, pero quería el cambio porque ya me estaba enfermando de la subida de peso y ahora ya estoy recuperando mi cuerpo." (P4)
- "En mi caso, bajé mucho de peso al principio de mi embarazo, al principio no fue tan notorio, luego transcurrían los meses de embarazo y estaba más delgada, pero con mi barriga más grande." (P5)

Análisis: En esta pregunta se hacía referencia a los cambios evidentes y las respuestas en su mayoría fueron contestadas con referencia al peso, por cómo se

veían, pero sobre todo por lo difícil que fue para ellas volver a su talla anterior al embarazo. Sin embargo, dos se refirieron a las críticas por estar demasiado delgadas en la etapa perinatal.

PREGUNTA: 2. ¿Cuál fue el cambio corporal que más le costó aceptar en la etapa perinatal? ¿Por qué?

Respuestas:

- "No he recibido tantos comentarios solo como el de que estoy baja de peso, pero yo no me siento mal entonces no me mortifico por eso." (P1)
- "Creo que lo que más me cuesta es la repentina desaparición de mi cintura y me veo y nada me queda, y no me veo bien y no me siento bien con eso. Es por mí que simplemente no me gusta como estoy."(P2)
- "El que me pegó fuerte fue la caída del cabello y porque se me salía a pedazos, porque se me hizo una entrada y me tuve que ir a hacer un tratamiento y ya con segundo embarazo solo previne." (P3)
- "Lo que más me costó fue el cambio de mis senos y es que tenía, pero ahora tengo demasiado y sobre todo porque con la lactancia se te caen, entonces es un tema que aún me cuesta, incluso en la intimidad siento que no me gusto a pesar de que se va a volver a acomodar creo, pero no siento eso por ahora."(P4)
- "El cambio que más me costó aceptar fue el tema del busto porque como no tenía tanto, crecieron bastante con el embarazo y me daban miedo las estrías y marcas." (P5)

Análisis: En esta pregunta, las respuestas fueron variadas refiriéndose a lo que les costó aceptar de cada una de las participantes, pero al igual que en la pregunta anterior también hubo referencia al peso y otra respuesta repetida fue que nombraron el crecimiento excesivo del busto y que no se sentían conformes con eso, por lo caída del busto y las marcas que dejarían. Y otra respuesta distinta pero que luego todas aceptaron fue la caída excesiva del cabello.

SUBVARIABLE: Pérdidas gestacionales.

Para abordar esta subvariable se realizaron dos preguntas, que son las siguientes:

PREGUNTA: 3. ¿Ha sufrido algún tipo de pérdida gestacional? ¿cómo fue abordada esta situación?

Respuestas:

- "No, ninguna." (P1)
- "No, ninguna." (P2)
- "No, ninguna." (P3)
- "No, ninguna." (P4)
- "Hace muchos años por motivos que aún me cuesta recordar y pues lo pienso con mucho cargo de conciencia y aún es un tema que me cuesta mucho hablarlo y me han creado problemas psicológicos."(P5)

Análisis: En esta pregunta, las respuestas eran relacionadas a las pérdidas gestacionales y en su mayoría contestaron en que no habían sufrido alguna, solo una participante se refirió a que tuvo una pérdida gestacional que se la realizó por problemas de inmadurez y que se cuestionaba mucho su decisión en el presente y lo mucho que le costaba hablar de ello.

PREGUNTA: 4. ¿Conoce usted a alguien que haya tenido una pérdida gestacional? ¿cómo fue abordada esta situación?

Respuestas:

- "Si, unas amigas muy allegadas, una de ellas le costó bastante porque fue justo al mismo tiempo que estaba embarazada entonces comparaba nuestro embarazo. Y la 2da también, pero lo tomó más suave quizás porque enseguida se embarazó y ahora ya tiene su otro bebé. Pero igual a ambas no supe en ese tiempo como acompañarlas sino hasta después que pasó todo y ellas me lo contaron. " (P1)
- "Si, un familiar intentó varias veces por medio de tratamientos y todos los perdía entonces llegó a pensar que estaba pagando sus errores del pasado y dejó de creer en Dios y se alejó mucho de todo y nadie sabía cómo ayudarla. Pero le tomó bastante tiempo para poder salir de la depresión y lo que le ayudó fue que le dieron la oportunidad de adoptar y eso cambió su semblante." (P2)
- "Si, tuve dos personas. Una de ellas era una pareja de 10 años de casados que jamás pudo concebir y de repente tuvieron un embarazo, pero lo perdieron a los 2 meses en ellos fue mucho de aceptar y tenían la esperanza de que si iban a

poder. Y la 2da persona era mi mejor amiga fue justo cuando yo estaba embarazada de mi 2do bebé y ella iba a tener gemelos y pues como a los 4 meses los perdió y fue algo que me llegó bastante porque era cercana y 2do tb me daba miedo que me pase a mí y no saber cómo tomarlo." (P3)

- "Si, una amiga que perdió su bebé cuando terminó con su ex y pues bueno ella entendió que fue por su bien quizás y ahora ya tiene su otro bebé con su nueva pareja y son muy felices." (P4)

- "Si, muchas amistades, que en su tiempo más bien fueron decisiones de la inmadurez de la pre adultez y no sabían cómo tomarlo y se lo tomaba a la ligera." (P5)

Análisis: En las respuestas de esta pregunta, la cual era sobre si conocían a alguien que haya pasado por una pérdida, todas se refirieron a que, si conocían de manera cercana algún caso de pérdida gestacional, obviamente lo abordaron de maneras diferentes, pero todas coincidían en que no se acercaron durante el evento a pesar de su cercanía con sus amistades, pero fue por no saber cómo abordarlo, sin hacer algún mal comentario.

SUBVARIABLE: Pérdidas psicológicas

Para abordar esta subvariable se realizó la siguiente pregunta:

PREGUNTA: 5. ¿Sintió usted alguna vez miedo o malestar por cómo se veía? ¿Y en qué etapa fue más intensa la preocupación?

Respuestas:

- "Creo que al inicio del postparto, en las primeras semanas de Ale, no podía dormir estaba preocupadísima, no quería que nadie lo cuide y mi estado físico era feo, me sentía cansada, agotada, unas ojeras y me sentía molida pero no lo daba a notar. Y si me decían que no me preocupara que me ayudarían, pero era yo." (P1)

- "Miedo en mi 2do embarazo porque tuve un desprendimiento entonces no me lo pude disfrutar como el primero, y tenía pensamientos de tristeza como que lo iba a perder y que haría, cómo me afectaría y a pesar de que no era tan así, mi cerebro lo tomaba de esa manera." (P2)

- "Yo amaba mi pancita en los dos embarazos, pero en el segundo si me preocupé porque llegué casi a las 40 semanas y seguía creciendo y no me podía acomodar y bueno en el postparto creo que pensaba mucho en el bajar de peso y yo no quería que me pase porque los comentarios en el embarazo eran de que me iba a ver gorda y no iba a poder bajar y tanto que me había cuidado. Y la preocupación de la línea negra en el primero que quería que se vaya, ya en el segundo se fue rápido." (P3)
- "Yo me sentía triste los últimos meses de embarazo fue justo en inicios de pandemia e incluso fue justo cuando subí de peso porque no hacía nada y no solo eso, sino que no sabía dónde iba a dar a luz porque incluso mi doctora me canceló todo, porque un familiar tuvo COVID y falleció entonces estaba todo a la deriva. Y en último momento abrieron a profe y di a luz, pero incluso lo hice sola sin compañía de nadie y de todo lo que me había preparado no pude hacer nada porque hasta a mi hija no me la entregaron enseguida por protocolos de COVID. Fue una época terrible y no podía dejar de estar triste pero ya luego en casa fue diferente y me sentí en paz de nuevo a mi ritmo." (P4)
- "No, la verdad ninguna porque mi embarazo lo pasé en casa porque justo estaba en pandemia entonces estuve rodeada todo el tiempo de mi familia." (P5)

Análisis: Las respuestas de esta pregunta, eran referencia al miedo o malestar por cómo se percibían y en qué etapa fue más intensa, las respuestas fueron variadas ya que algunas lo sintieron en el postparto y otras en el embarazo por factores múltiples, por un problema médico durante ese tiempo, otra por el exceso de preocupación, y otros por inicio de pandemia y la única respuesta diferente fue la que no tuvo ninguno porque siempre estuvo tranquila por estar en compañía de su familia y estuvo para ella todo el tiempo.

SUBVARIABLE: Identidad

Para abordar esta subvariable se realizaron dos preguntas, que son las siguientes:

PREGUNTA: 6. ¿Alguna vez sintió que había perdido su identidad en la etapa perinatal?

Respuestas:

- "Obvio sí, es que ya mi estilo de vida cambió y disminuyeron mis salidas y las personas de las que me rodeaban porque también me cuidaba mucho del COVID entonces tenían que respetar las distancias. Y ahí en serio descubrí quienes en realidad iban a estar para mí y no solo para la farra. No me siento mal, pero me gusta que mis pocos amigos me entiendan y aunque obvio no era así me he acostumbrado." (P1)
- "Si sentí un poco el cambio, pero porque soy hogareña y lo que sí perdí fue mi identidad con mi esposo porque no entraba el tiempo de nosotros. Y tuvimos un desajuste tremendo. Y a veces si me quedo con la incertidumbre de si volveré a mi tiempo." (P2)
- "No sentí que perdí mi identidad. Es la etapa en la que como mujer me he sentido más plena. Fue una etapa anhelada. Tal vez en cuestión de descanso nocturno los primeros meses me costó un poco cuando ya estaban los 2 bebés. Pero sentir mi identidad perdida no. Más bien todos los días me siento como un... ¿En serio tengo 2 muñecotes o estoy soñando?" (P3)
- "Más bien no perder mi identidad sino como ajustarla, ya que antes de mi embarazo no era yo solo viviendo mi vida como sea y luego cuando tuve a mi hija recapitule y pude saber quién era en realidad y lo que estaba haciendo con ella. Soy más feliz de lo que jamás fui y es que ya sé quién soy y tengo lo más lindo." (P4)
- "Si, me llegué a descuidar bastante de cómo me veía, no me arreglaba y me descuidé mucho en eso, pero también creo que influyó el tema de pasar todo el día en casa." (P5)

Análisis: En esta pregunta a si habían sentido que habían perdido su identidad, la respuesta fue rotunda que sí, pero no como una pérdida del todo, sino más bien una transformación y reencontrarse con su verdadera esencia agregándole a su transformación el ser mamá.

PREGUNTA: 7. ¿Como pudo volver a reencontrarse consigo misma o siente que está dejando que fluyan las cosas?

Respuestas:

- "Estoy dejando que las cosas pasen y al tiempo del día a día y ver como pasa. Porque como es algo nuevo entonces tengo que dividir mi trabajo y el bebé.

Pero me doy mi tiempo para ser feliz y porque mi bebé no quiere una mamá triste, pero tengo todo el apoyo de mi familia incluso cuando estoy abrumada." (P1)

- "Creo que yo aún me vuelvo loca, y lo peor es que ya no tengo ni tiempo de trabajo, entonces si me cuesta bastante." (P2)

- "Una vez un amigo (Papá de 4) me dijo... Solo piensa que todo es una etapa. Cuando estés a punto de un desborde. Es lo que me ayuda. Porque los adultos somos nosotros, pero ellos tan chiquititos son los que nos necesitan." (P3)

- "Hay cosas que dejo pasar y otras que sí me obligó a reencontrarme, como el hacer ejercicio y dedicarme a mí misma y me hace sentir bien conmigo y en los que dejo pasar como la lactancia que me está costando dejar." (P4)

- "Es algo que aún no encuentro del todo, siento que es un proceso lento que lleva poco a poco a encontrarse y estoy todavía trabajando en eso y mi amor propio." (P5)

Análisis: Las respuestas de la pregunta de cómo están haciendo para reencontrarse consigo mismas o si dejan que fluyan las cosas, las respuestas fueron coincidentes al expresar que se plantean las dos cosas, dejar que todo fluya, esperando el día a día y ver cómo se puede resolver y hacer cosas para ellas para poder consentirse y sentirse bien, sin dejar a un lado sus obligaciones. Excepto, una respuesta que expresaba que aún no se encuentra del todo pero que también está dejando que todo fluya y está trabajando en ello.

ANÁLISIS GENERAL DE LA VARIABLE: En esta variable se buscaba identificar los procesos de pérdida en el período perinatal, en el cual fueron seleccionadas distintas subvariables que tienen que reconocerse en las mujeres que pasaron por estos procesos de pérdida, como lo son las pérdidas corporales y las pérdidas psicológicas.

Es entonces, que podemos pensar en las pérdidas corporales que hacen referencia sobre "Cambios que resultan evidentes para la madre o que se reflejan y provocan algunos síntomas específicos durante el embarazo, por ejemplo, aumento de peso, aumento de volumen abdominal, aumento del tamaño de las mamas, polaquiuria, estreñimiento, pirosis, hiperpigmentación de la piel en algunas zonas, etc."(Carrillo Mora et al., 2021), e incluso una pérdida gestacional, dando cuenta a través de sus respuestas por ejemplo que el peso en su mayoría indicaba una pérdida de su cuerpo

anterior, al de estar embarazada y como este no volvería a ser igual, indistintamente una pérdida gestacional no fue parte de la mayoría de las participantes, pero sí conocían a alguien cercano que pudo pasar por este proceso y aclararon en su mayoría que no sabían cómo abordar este momento.

Y por la misma rama involucrada, era la subvariable de las pérdidas psicológicas que se viven en este período y más que nada el descontento corporal que venía siendo "El resultado de una diferencia entre la figura ideal y la real y aunque no sea considerado un trastorno, es la causa de muchos problemas de autoestima, desarrollo de estados de ansiedad y depresión"(Moreno-Domínguez, 2018), para estas respuestas, las participantes acotaron que sentían que muchas veces no se reconocieron al verse al espejo. Y la pérdida de identidad dentro de este tipo de pérdidas psicológicas, las respuestas conllevaron a que más bien, no lo veían como una pérdida del todo, porque definitivamente ya no eran las mismas, sino más bien una transformación de identidad.

2. VARIABLE: Efectos psicológicos

SUBVARIABLE: Depresión.

Para abordar esta subvariable se realizaron dos preguntas, que son las siguientes:

PREGUNTA: 8. ¿Considera usted que mantuvo algún episodio de depresión en la etapa perinatal?

Respuestas:

- "Creo que tuve tristeza en el inicio de mi embarazo porque al principio mi esposo no estaba conmigo, pero sí me afectó, aunque no lo decía y luego cuando ya en el postparto tuve mis hormonas como loca y ahí si tuve tristeza postparto, pero me tuvieron que retar y todo para que pudiera recapacitar. " (P1)
- "Yo sentí temor, pero en mi 2do embarazo, pero por el mismo hecho del desprendimiento, pero por ahora no he pasado por ese proceso." (P2)
- "Depresión no, más bien angustia en mi 2do embarazo porque mi 1er bebé estaba enfermo al mismo tiempo que estaba enferma y lloraba todo el tiempo. Me torturaba la idea de que quizás todo lo pudiera perder por sentirme así." (P3)

- "Yo tuve baby blues cuando di a luz, porque no estaba cerca de mi mamá porque estaba donde mi suegra y no la tenía cerca." (P4)
- "Depresión como tal no, mucha ansiedad si aparte estuvo el tema de la pandemia y de saber cómo cuidarme a mí y a mi bebé, de todo lo nuevo entonces fue un cúmulo de cosas y emociones." (P5)

Análisis: En esta pregunta, que respondía al saber si habían tenido algún episodio depresivo durante la etapa perinatal, todas llegaron a las respuestas de que no una depresión como tal, sino más bien una especie de tristeza en el postparto, consecuencia de los shots hormonales y la abrumación incluso de la pandemia y de que todo era nuevo. Excepto, una respuesta que se refirió al inicio del embarazo, pero más bien culpa de problemas médicos.

PREGUNTA: 9. ¿Qué cree usted que debe influenciar en la mujer para padecer de depresión en la etapa perinatal?

Respuestas:

- "Creo que la falta de una persona que te ayude en el proceso sea tu pareja o tu familia." (P1)
- "Definitivamente el entorno, porque si tienes apoyo de todos puedes salir adelante y puedes incluso delegar algunos momentos para descansar. " (P2)
- "El entorno, porque es quien definitivamente te va a ayudar a soportar muchos momentos duros que no sabes cómo tomarlos o qué hacer, en mi caso, mi hermana que con mis dos hijos me ha ayudado mil y más aún con la enfermedad de mi primer bebé." (P3)
- "Creo que el entorno y el factor de vida, es decir como fuiste educada y como creciste, rodeada de qué tipo de pensamientos porque al final esos momentos son los que te van ayudar a saber cómo afrontar esos momentos y quieras o no el factor familiar influye mucho." (P4)
- "Capaz no contar con el apoyo familiar, recibir críticas sobre su físico porque al parecer eso es importante para algunas mujeres y también puede ser las malas "comparaciones" con otras madres." (P5)

Análisis: Referente a las respuestas de esta pregunta que se trataba de cuáles eran los factores que influyen en las mujeres para padecer depresión, todas tuvieron la

respuesta parecida por casualidad, que era del factor del entorno y lo mucho que influía el apoyo de las personas que los rodeaban sea en cualquier parte de la etapa perinatal. La única un poco distinta fue la respuesta que trataba sobre la importancia familiar y de cómo fuiste educado y lo que aprendiste a lo largo de los años y cómo esta influye en la toma de decisiones e influencias de cómo abordar ciertos momentos.

SUBVARIABLE: Angustia

Para abordar esta subvariable se realizó la siguiente pregunta:

PREGUNTA: 10. ¿Tuvo usted un instante en el que no sabía cómo proceder con respecto a la etapa perinatal? ¿En qué momento? y ¿Por qué?

Respuestas:

- "Creo que los primeros días con la lactancia, porque me costó mucho, me dolía, tomé cursos y hubo una época en que no sabía ni que hacer, y hasta quería darle biberón, pero bueno mi bebé jamás lo aceptó. Así que tuve que continuar y aquí estamos ya casi un año y seguimos lactando." (P1)
- "Creo que ahora en el postparto de mi 2do embarazo, porque cuando recién nació mi bebé era demasiado demandante al lactar, contrario de mi primer hijo cuando nació, pero también cuando tengo que dar de lactar porque los dos quieren al mismo tiempo y es terrible porque no quieren nada, ni con el papá." (P2)
- "Creo que desde siempre he tenido momento desde que mi babyshower anunciaron la pandemia, pero lo más fuerte el tema del postparto con la lactancia en mi primer bebé y ya con el segundo porque tuve que decidir parto normal para reponerse rápido y que mis bebés me sientan y más el primero con su enfermedad." (P3)
- Fue más en el momento de mi parto porque no encontraba donde dar a luz y el lugar donde quería no estaba recibiendo así no más a las personas. Y de ahí cuando me dijeron que tenía que ser cesárea y yo rotundamente no, pero mi médico me ayudó a dilatar en media hora y di a luz sola completamente sin absolutamente nadie." (P4)
- "Si claro al principio, y es que era algo nuevo y aún sigo aprendiendo de mi familia que me apoya y me ayuda todo el tiempo y me aconseja y de mi hijo que también me hace aprender todo el tiempo." (P5)

Análisis: Para responder esta pregunta que viene de la subvariable de angustia, que pregunta sobre en qué instante de la etapa perinatal sintieron en algún momento de no saber cómo actuar, las respuestas fueron casi parecidas y es que en cada una hubo la particularidad de la lactancia, lo mucho que costó. A diferencia de una respuesta que en cambio se refirió al momento de dar a luz porque fue justo en inicios de la pandemia y no tenía donde dar a luz, pero le agregaba el tema de lactancia en sus respuestas.

ANÁLISIS GENERAL DE LA VARIABLE: Esta variable se escogió para analizar los efectos psicológicos que incurren en las mujeres que han tenido procesos de pérdidas en el período perinatal. Con esto básicamente apuntamos a la depresión y angustia que se puede vivir, como consecuencia de las pérdidas de esta etapa. Comprendiendo que la depresión es «un estado producido por una mayor o menor exaltación afectiva y displacentera de carácter triste y angustioso (...) pueden concluir en fenómenos hipocondríacos y en casos graves, ideas de negación y de no existencia, tanto de sí mismo como del mundo circundante»(López Herrero, 2003,2), se pudo recabar en las respuestas de las participantes en su mayoría, correspondían a haber experimentado no una depresión como tal, sino más bien una tristeza postparto que consecuente de esos procesos de pérdida, también causaban ansiedad. Que entendiendo los momentos en que estos se presentaban, podemos entender que “el objeto de la angustia, es cada vez la aparición de un instante traumático que no puede ser tratado según las normas del principio del placer...” "...se reactualizará el "factor traumático" y dicha situación será vivida como peligrosa y, por tanto, como fuente de angustia."

En conclusión, de estas respuestas sobre los efectos, nos invita pensar sobre lo compleja que es la etapa perinatal, en la cual se vive una serie de miedos, angustia e incluso episodios cortos de baby blues por la inexperiencia y es que a pesar de que uno lea miles de libros, escuche miles de historias y consejos y se informe de mil maneras para la preparación de este tiempo, jamás se va a comparar con la experiencia en primera persona.

CONCLUSIONES

En conclusión, el período perinatal es una etapa por la cual la mujer tiene que atravesar para poder dar a luz y traer al mundo a un bebé, este tiempo se comprende desde el embarazo, parto y posparto. A lo largo de esta investigación hemos podido dar cuenta de lo invisibilizado y silenciado que está este período, ya que por ser un proceso por el cual la mujer tiene que atravesar con tanta complejidad, la sociedad ha tratado de no darle importancia para que la mujer pueda seguir siendo la misma y rinda de la misma forma que antes de estar embarazada.

A través de distintos autores se pudo identificar cuáles son los procesos de pérdidas en la etapa perinatal desde dos puntos de vista, el médico y el psicológico y la relación entre ambos. Por consiguiente, se logró evidenciar que las participantes del grupo focal identificaron que, al cambiar corporalmente, a su vez cambiaba la imagen de sí misma.

Se pudo analizar como los efectos psicológicos más recurrentes, la depresión acompañados de angustia, producen malestares constantes en las mujeres debido a estos procesos de pérdidas durante el tiempo perinatal, los cuales no permiten a la mujer sobreponerse de lo que está sintiendo e incluso llegar a no saber qué hacer y por ende tienden a sentir esa tristeza acompañada de angustia ya sea en el postparto o embarazo respectivamente.

Se determinó la importancia de la intervención psicológica que permite aliviar el malestar que puede experimentar la mujer en este período, a través de la elección del enfoque que requiera la paciente. No obstante, se pudo reconocer que el efecto terapéutico marca un antes y después, ya que invitó al cambio del sujeto sobre la relación con sus síntomas y su relación con la realidad, ayudando a sobrellevar estos procesos de pérdidas del periodo perinatal.

REFERENCIAS

- AA. (18 de enero de 2018). Psiquiatría.com. Retrieve d 17 de agosto de 2022, from Complejo de Edipo: <https://psiquiatria.com/glosario/castracion>
- Aignerren, M. (2006). La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. Retrieved October 14, 2008, de http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/14/grupos_focales.htm
- Andrade, M. D. (2010, Junio). Definición de Perinatal » Concepto en Definición ABC. Definición ABC. Retrieved July 19, 2022, from <https://www.definicionabc.com/ciencia/perinatal.php>
- Bados López, A. (2008, October 21). Introduccion a TITP. Retrieved August 26, 2022, from <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>
- Bernal, R. (2013, Septiembre). TFG Aborto. Bioética como principio de la vida. EL ABORTO. Retrieved July 18, 2022, from <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3939/BernalGonzalezR.pdf>
- Bertholet, R. (2009). Castración, cuerpo y síntoma. Retrieved 18 de agosto de 2022, from Quinto Encuentro de Investigadores en: <https://www.aacademica.org/000-020/598.pdf>
- Bertholet, R. (2012). LA DEPRESIÓN, UNA LECTURA DESDE EL PSICOANÁLISIS. Retrieved 23 de agosto de 2022, from Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario. Argentina: <https://www.aacademica.org/000-072/725.pdf>
- Brandes, M., Soares, C.N., & Cohen, L.S. (2004). Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: Diagnosis and management. pp.99-110.
- Carrillo Mora, P., García Franco, A., Soto Lara, M., Rodríguez Vásquez, G., Pérez Villalobos, J., & Martínez Torres, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Medigraphic. Retrieved August 26, 2022, from <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2021/un211g.pdf>
- Coo Calcagni, S., Mira Olivos, A., García Valdés, M. I., & Zamudio Berrocal, P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. Andes pediátrica, (AHEAD), 0-0

- Chicago Tribune. (2017). Llegó su bebé y está triste. Obtenido de <https://www.chicagotribune.com/hoy/ct-hoy-8816457-llego-su-bebe-y-esta-triste-story.html>
- Da Silveira Donaduzzi, D. S., Colomé Beck, C. L., Heck Weiller, T., da Silva Fernandes, M. N., & Viero, V. (2015). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. Retrieved August 30, 2022, from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100016
- Dechand, C. (2016). Mito “mujer=madre” y sus efectos en la subjetividad femenina. Retrieved 17 de agosto de 2022, from VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología: <https://www.aacademica.org/000-044/697.pdf>
- Eraso, S. F., Fernández, B. M., & Hernández, P. E. (2017). Factores que afectan al duelo de mujeres que sufren pérdidas perinatales. CIAIQ 2017, 2
- Fairbrother, N., & Abramowitz, J.S. (2007). New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. pp.2155-2163.
- Fernández, P., & Gea, P. (2021, March 28). Patricia Fernández, psicóloga y escritora: "La maternidad es una crisis, un cambio de identidad". El Diario. Retrieved August 27, 2022, from https://www.eldiario.es/nidos/patricia-fernandez-psicologa-escritora-maternidad-crisis-cambio-identidad_128_7318001.html
- Fernández-Alcántara, M., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, N., & Robles-Ortega, H. (16 de Junio de 2012). Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. Index de Enfermería Scielo, 21(1-2), 48-52. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100011>
- Freud, S. (1992). Sigmund Freud Obras completas XIX morroru editore. Bibliopsi. Retrieved July 18, 2022, from <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/19%20-%20Tomo%20XIX.pdf>
- García, B. (2020). El tratamiento psicoanalítico para la depresión. Retrieved 24 de agosto de 2022, from sicóloga Psicoanalista – Terapia para niños, adolescentes y adultos: <https://beatrizgarcia.org/tratamiento-psicoanalitico-para-la-depresion/>

- Gentes, G. (2020). Aportes del psicoanálisis y estudios de género a los trastornos depresivos perinatales. Retrieved 23 de agosto de 2022, from IV Congreso Internacional y VII Congreso Nacional de Psicología Ciencia y Profesión: file:///C:/Users/59396/Downloads/llopresti,+Cartel+203_Gentes,+Gladis+Beatriz_18.pdf
- Gómez, R. (1991). Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio. Retrieved 17 de agosto de 2022, from Sobre la práctica - Psiquiatra Servicios de Salud Mental de Parla: <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/1991/vol3/arti3.htm#nota1>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación - Sexta Edición. UCA. Retrieved August 30, 2022, from <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. pp.61-70.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (s/f). Depresión perinatal. Retrieved 24 de agosto de 2022, from MedlinePlus de la Biblioteca Nacional de Medicina: <https://www.nlm.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/depresion-perinatal/20-mh-8116s-perinataldep-sp.pdf>
- Jorge Eduardo Navarro Obeid, J. E., Castro Hernández, C. J., Benítez Lara, M. C., Gutiérrez Calderón, M. A., & Lhoeste Charris, Á. E. (2018). Enfoques, Teorías y Perspectivas de la Psicología y sus Programas Académicos. CECAR. <https://doi.org/10.21892/9789588557748>
- Kafle, N. P. (2013). Hermeneutic phenomenological research method simplified. *Bodhi: An Interdisciplinary Journal*, 5(1), 181–200. <https://doi.org/10.3126/bodhi.v5i1.8053>
- Klein, M. (1928). Estadíos tempranos del conflicto edípico. Recuperado de: <https://goo.gl/xExKvc>
- Lacan, J. (2010). Seminario V. Las formaciones del inconsciente 1957-1958. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Laplanche, J. (2010). Diccionario de psicoanálisis. Paidós.

- Laurent, E. (2004). EFECTOS TERAPÉUTICOS DEL PSICOANÁLISIS. Acta Académica. Retrieved August 30, 2022, from <https://www.aacademica.org/000-029/303.pdf>
- Lizabe, G. (2017). Madres Medievales: en torno a la de-construcción de estereotipos femeninos. Revista Melibea, 11(1), 101-118. Retrieved 16 de agosto de 2022, from https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/12873/melibea05.pdf
- López García de Madinabeitia, A. P. (2010). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. SciELO España. Retrieved July 18, 2022, from <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>
- López Herrero, L. S. (2003). La cara oculta de la tristeza. Scielo. Retrieved August 26, 2022, from <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n87/n87a04.pdf>
- López, A. (15 de julio de 2010). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Scielo, 31(109), 53-70. Retrieved 17 de agosto de 2022, from <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>
- López-Cordón, M. (09 de febrero de 2021). Mujer y maternidad, desde la Edad Media hasta nuestros días (II): La maternidad en los siglos modernos: prescripciones, construcciones y factores de cambio. Retrieved 16 de agosto de 2022, from CANAL MARCH: <https://canal.march.es/es/coleccion/mujer-maternidad-desde-edad-media-hasta-nuestros-dias-ii-maternidad-25937>
- Maldonado-Durán, M. (2011). Salud Mental Perinatal. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Retrieved 18 de agosto de 2022, from file:///C:/Users/59396/Downloads/9789275332498_spa.pdf
- MARES. (31 de marzo de 2021). LA PÉRDIDA PERINATAL: UN DUELO SILENCIADO. Retrieved 18 de agosto de 2022, from Salud Mental Perinatal: <https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/15911/ESP/la-perdida-perinatal-duelo-silenciado.htm>
- Martinez, E. (01 de MAYO de 2021). El duelo perinatal: fases y tratamiento. Retrieved 18 de agosto de 2022, from PSICOACTIVA: <https://www.psicoactiva.com/blog/el-duelo-perinatal-fases-y-tratamiento/#:~:text=Fases%20del%20duelo%20perinatal,-Como%20en%20todos&text=Shock%20y%20negaci%C3%B3n%3A%20Durante%20esta,sensaci%C3%B3n%20de%20ira%20es%20com%C3%BAn.>

- Mayo Clinic. (2022, March 12). para Embarazo ectópico - Síntomas y causas. Mayo Clinic. Retrieved July 17, 2022, from <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ectopic-pregnancy/symptoms-causes/syc-20372088>
- Medina, S. (2019, Agosto 21). Duelo perinatal: fallecimiento de mi bebé | Blogs Quirónsalud. Quirónsalud. Retrieved July 17, 2022, from <https://www.quironsalud.es/blogs/es/psicologia-salud/duelo-perinatal-fallecimiento-bebe>
- Medina-Serdán, E. (2017, January 11). Home. YouTube. Retrieved August 11, 2022, from <https://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n3/v27n3a8.pdf>
- Medina-Serdán, E. (21 de junio de 2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Retrieved 23 de agosto de 2022, from PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA ARTÍCULO DE REVISIÓN: <https://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n3/v27n3a8.pdf>
- Menéndez Guerrero, G. E., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., & Espert Castellanos, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. SciELO Cuba. Retrieved July 19, 2022, from <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin06312.pdf>
- Meshberg-Cohe, S., & Svikis, D. (2007). Panic disorder, trait anxiety and alcohol use in pregnant and nonpregnant women. pp.504-510.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Retrieved July 17, 2022, from <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GPC%20Aborto%20espont%C3%A1neo,%20incompleto,%20diferido%20y%20retenido.pdf>
- Molina, M. (noviembre de 2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. Scielo, 15(2), 93-103. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000200009>
- Nasio, J. D. (1996). Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis. Gedisa.
- National Cancer Institute. (2019). Definición de depresión - Diccionario de cáncer del NCI - NCI. National Cancer Institute. Retrieved August 23, 2022, from

- <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/depresion>
- National Institute of Mental Health. (2017). NIMH » Depresión perinatal. NIMH. Retrieved August 10, 2022, from <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal>
- Organización Mundial de la Salud. (01 de marzo de 2015). Depresión. Retrieved 23 de agosto de 2022, from Sinopsis, Repercusiones y Respuestas: https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab_1
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Salud Mental Perinatal. J. Martín Maldonado-Durán. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf
- Oviedo, Ó., & Salvador, Z. (2019, October 15). Muerte fetal intrauterina: síntomas, causas y apoyo emocional. Reproducción Asistida ORG. Retrieved July 17, 2022, from <https://www.reproduccionasistida.org/muerte-fetal/#causas-maternas>
- Palomar, C. (2005). Maternidad: Historia y Cultura. *Revista de Estudios de Género. La ventana*(22), 35-67. Retrieved 16 de agosto de 2022, from <file:///C:/Users/59396/Downloads/88402204.pdf>
- Pelegrí, M. (2018). El duelo, más allá del dolor. Retrieved 22 de agosto de 2022, from Escuela de Psicoanálisis de Los Foros del Campo Lacaniano, España: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/27228/39644#:~:text=Desde%20el%20psicoan%C3%A1lisis%20entendemos%20el,registro%20real%20y%20el%20simb%C3%B3lico>.
- Rambelli, C., Montagnani, M.S., Oppo, A., Cortopassi, C., & Ramaccioni, D. (2010). Panic disorder as a risk factor for post-traumatic depression. Results from the perinatal depression research and screening unit study. pp.139-143.
- Rodríguez Czaplicki, J. (2017). Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio. *Sergas*. Retrieved July 18, 2022, from https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1189/7_1_Mesa_SMental_1_aspectos%20psicoloxicos_emocionais.pdf
- Rodríguez García, D., & López Criado., D. (2020). Pérdida gestacional precoz. *Protocolos de Obstetricia*. Retrieved August 26, 2022, from

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjK65Sh9OP5AhVlfDABHcuEDL0QFnoECBwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.huvn.es%2Farchivos%2Fcms%2Fginecologia-y-obstetricia%2Farchivos%2Fpublico%2FObstetricia%2FProtocolo%2520perd>

- Sánchez, G. (04 de enero de 2022). El complejo de castración según el psicoanálisis. Retrieved 19 de agosto de 2022, from La mente es maravillosa: <https://lamenteesmaravillosa.com/complejo-de-castracion-segun-psicoanalisis/>
- Sánchez, M. (2016). Construcción social de la maternidad: el papel de las mujeres en la sociedad. *Revista Opción*, 32(13), 921-953. Retrieved 16 de agosto de 2022, from <https://www.redalyc.org/pdf/310/31048483044.pdf>
- Sánchez, T. (Agosto de 2022). Cuadro de variables de operalización. Guayaquil, Ecuador.
- Sierra, J. (17 de noviembre de 2019). ¡TODO sobre la Maternidad en la LOCA Epoca Victoriana! ¿Como era estar embarazada en la antigüedad? México, DF México, México. Retrieved 16 de agosto de 2022, from <https://www.youtube.com/watch?v=pZkRgAscFSs>
- Stewart, D. (2005). Depression during pregnancy. pp.1061-1063.
- Tan, S. (2020, Febrero). Encuadre Psicológico | PDF | Psicoterapia | Psicoanálisis. Scribd. Retrieved August 30, 2022, from <https://es.scribd.com/document/446172206/ENCUADRE-PSICOLOGICO>
- Tendlarz, S. E. (2002). La mujer y sus goces. Colección Diva.
- Texeira, C., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depresión during pregnancy in women and men. pp.142-148.
- Trujillo, E. (25 de enero de 2019). DEPRESIÓN Y MELANCOLÍA. Madrid, España. Retrieved 23 de agosto de 2022, from <https://www.youtube.com/watch?v=lmc3F3M8ku4>
- Ubaldo Ruiz Roa y Jorge Eduardo Navarro Obeid. (2018). Enfoques, Teorías y Perspectivas de la Psicología y sus Programas Académicos. CECAR. Retrieved August 30, 2022, from <https://www.cecar.edu.co/documentos/editorial/e-book/enfoques-teorias-y-perspectivas-de-la-psicologia-y-sus-programas-academicos.pdf>

- Unzueta Nostas, C., & Lora, M. E. (2002). El estatuto del cuerpo en psicoanálisis. Retrieved July 18, 2022, from <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a09.pdf>
- Valero Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., & López Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*. Retrieved August 26, 2022, from <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n1/04revision04.pdf>
- Vega, V. (febrero de 2015). EL COMPLEJO DE EDIPO EN FREUD Y LACAN. (F. d. Psicología, Ed.) Retrieved 17 de agosto de 2022, from *Psicología Evolutiva Adolescencia*: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/>
- Vidal, J. (11 de septiembre de 2021). Depresión. Retrieved 24 de agosto de 2022, from "Cuando la depresión se reconoce pronto y se trata adecuadamente, generalmente responde bien al tratamiento".: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20un%20trastorno,de%20actividad%20y%20del%20pensamiento.>
- Yonkers, K.A., Zlotnick, C., Allsworth, J., Warshaw, M., Seha, T., & Keller, M.B. (1998). Is the course of panic disorder the same in women and men? pp.596-602.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**




DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Sánchez Alava, Tayna Carola** con C.C: # 0926653825, autora del trabajo de titulación: **Efectos psicológicos en los procesos de pérdida durante el período perinatal**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **12 de septiembre de 2022**

f. 

Nombre: **Sánchez Alava, Tayna Carola**

C.C: **0926653825**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Efectos psicológicos en los procesos de pérdida durante el período perinatal		
AUTOR(ES)	Sánchez Alava, Tayna Carola		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psc. Clin. Estacio Campoverde, Mariana de Loudes, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TITULO OBTENIDO:	Licenciado en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	12 de septiembre de 2022	No. DE PÁGINAS:	61 páginas.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología Clínica, psicoanálisis, salud mental.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	PÉRDIDAS, PERÍODO PERINATAL, EFECTOS PSICOLÓGICOS, INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>El presente trabajo de investigación se planteó como objetivo analizar los efectos psicológicos en los procesos de pérdida durante el período perinatal. por medio de un enfoque cualitativo para establecer la importancia del trabajo psicológico. Se pudieron identificar los procesos de pérdida por los que atraviesan las mujeres en este período perinatal, estableciéndose que no solo se refieren a pérdidas corporales o del lado gestacional sino también a pérdidas psicológicas, para estos hallazgos se trabajó un grupo focal y se realizó una revisión bibliográfica. Por lo tanto, el desarrollo del primer objetivo permitió conceptualizar el período perinatal, a través de referencias bibliográficas. Posteriormente, en el segundo objetivo se logró identificar los procesos de pérdida durante el período perinatal, en el tercer objetivo se analizó los efectos psicológicos, a causa de las pérdidas Y, por último, con el cuarto objetivo se pudo determinar la importancia de la intervención psicológica. Finalmente, a partir de lo realizado, fue posible establecer que los procesos de pérdidas en el período perinatal pueden ser de origen fisiológico y psicológicos y sus efectos tiene incidencia en la vida de la mujer/madre.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-994029857	E-mail: taycasa_030694@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			