



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

**La maternidad no deseada y sus efectos psicológicos en
mujeres con hijos con una condición diagnóstica.**

AUTORAS:

**Riccio Alvarado, Antonella Angie
Uscocovich Cassis, María Nathalia**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana De Lourdes, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

12 de septiembre del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Riccio Alvarado, Antonella Angie** requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**

TUTORA

MARIANA DE LOURDES ESTACIO CAMPOVERDE
Firmado digitalmente por
MARIANA DE LOURDES ESTACIO
CAMPOVERDE
Fecha: 2022.09.02 21:40:27 -05'00'

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana De Lourdes, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA:

MARIANA DE LOURDES ESTACIO CAMPOVERDE
Firmado digitalmente por
MARIANA DE LOURDES ESTACIO
CAMPOVERDE
Fecha: 2022.09.02 21:40:27 -05'00'

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana De Lourdes, 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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Uscocovich Cassis, María Nathalia** requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**

TUTORA

MARIANA DE LOURDES ESTACIO CAMPOVERDE
Firmado digitalmente por
MARIANA DE LOURDES ESTACIO
CAMPOVERDE
Fecha: 2022.09.02 21:40:27 -05'00'

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana De Lourdes, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA:

MARIANA DE LOURDES ESTACIO CAMPOVERDE
Firmado digitalmente por
MARIANA DE LOURDES ESTACIO
CAMPOVERDE
Fecha: 2022.09.02 21:40:27 -05'00'

f. _____

Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana De Lourdes, 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

Nosotras, **Riccio Alvarado, Antonella Angie; Uscocovich
Cassis, María Nathalia**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación: **La maternidad no deseada y sus efectos psicológicos en mujeres con hijos con una condición diagnóstica**, 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, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

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

LAS AUTORAS:

f. _____
Riccio Alvarado, Antonella Angie

f. _____
Uscocovich Cassis, María Nathalia



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Riccio Alvarado, Antonella Angie; Uscocovich Cassis, María Nathalia** Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **La maternidad no deseada y sus efectos psicológicos en mujeres con hijos con una condición diagnóstica**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría

Guayaquil, a los 12 del mes de septiembre del 2022

LAS AUTORAS:

f. _____
Riccio Alvarado, Antonella Angie

f. _____
Uscocovich Cassis, María Nathalia



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

INFORME DE URKUND

Documento	LA MATERNIDAD NO DESEADA Y SUS EFECTOS PSICOLÓGICOS EN MUJERES CON HIJOS CON UNA CONDICIÓN DIAGNÓSTICA.docx (D143539982)
Presentado	2022-09-02 12:01 (-05:00)
Presentado por	Mariana de Lourdes Estacio Campoverde (mariana.estacio@cu.ucsg.edu.ec)
Recibido	mariana.estacio.ucsg@analysis.orkund.com

0% de estas 73 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO: La maternidad no deseada y sus efectos psicológicos en mujeres con hijos con una condición diagnóstica

ESTUDIANTES: Riccio Alvarado, Antonella Angie
Uscocovich Cassis, María Nathalia

FECHA: 12 de septiembre del 2022

INFORME ELABORADO POR:

MARIANA DE LOURDES ESTACIO CAMPOVERDE
Firmado digitalmente por
MARIANA DE LOURDES ESTACIO
CAMPOVERDE
Fecha: 2022.09.02 21:40:27 -05'00'

Psc. Clin. Mariana Estacio, Mgs.
Docente tutora

COORDINADORA UTE A 2022

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres, quienes me apoyaron incondicionalmente en mi camino de formación profesional. A mi hermana, quien a pesar de la distancia estuvo acompañándome en cada momento complicado. A mi hermano, por distraerme cuando necesitaba un momento de descanso. A mi enamorado, quien escuchó todas mis quejas y por ser mi fortaleza cuando quería rendirme. A mi mascota, Brover, quien, a pesar de dormirse en mis amanecidas, siempre me brindó cariño y besitos. Agradezco a mis profesores, quienes brindaron su tiempo y dedicación para poder formarme como profesional. Especialmente a mi tutora, Mariana, por guiarme en este proceso.

Agradezco a todo mi grupo de amigas, quienes, a partir de risas, llantos y largas tardes de estudios, estamos logrando juntas nuestras metas para próximamente más que ser amigas, ser colegas. Agradezco especialmente a mi compañera de tesis y mejor amiga, Natalia, con la que he pasado madrugadas realizando actividades y llorando por el estrés constante.

Finalmente me agradezco a mí misma porque nunca pensé llegar tan lejos.

Antonella Riccio

Agradezco a mi familia que siempre estuvo acompañándome en cada paso de mi vida, apoyando cada decisión que tomé. A mi ñaño que siempre me daba consejos y me animaba cada vez que mostraba inseguridad en lo que hacía. A mis gatos, que a pesar de no vivir conmigo siempre fueron mi energía. Le agradezco a mis mejores amigos de Manta, que siempre me apoyaron incondicionalmente en todos los momentos de mi vida y en la carrera. Agradezco a mi tutora, Mariana, quien dedicó tiempo para guiarme en este proceso y me brindó sus conocimientos para lograr mis metas. A mis amigas de Guayaquil por siempre animarme en mis momentos de inseguridad, por hacerme reír y por ser las mejores amigas que pude haber encontrado en la universidad.

Agradezco especialmente a mi compañera de tesis, la cual más que una mejor amiga, se ha convertido en una hermana, por ser siempre paciente conmigo, por llorar conmigo cuando nos quedábamos sin ideas en la madrugada, por siempre explicarme las cosas que no entendía y por apoyarme en todo lo que necesitaba.

Por último, pero no menos importante, me agradezco a mí misma porque nunca pensé llegar tan lejos.

Nathalia Uscovich

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis papás, por acompañarme y darme fuerzas en este largo camino. Especialmente a mi mamá ya que siempre estuvo apoyándome y dándome palabras de aliento cuando no quería seguir. También a mis amigas, quienes me ayudaron a estudiar e hicieron que la universidad sea una experiencia que siempre recordaré con cariño y felicidad. Sin ustedes no habría podido terminar mis estudios.

Antonella Riccio

Dedico este trabajo a mi familia y amigos que siempre mostraron mucho interés en el tema y me animaban a seguir intentando las cosas que no siempre salían bien.

Nathalia Uscocovich



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Psic. Cl. Francisco Martínez, Mgs.
DECANA O DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Rodolfo Rojas Mgs.
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Verónica Villacís Plua, Mgs.
OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	9
OBJETIVOS	9
OBJETIVO GENERAL	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
CAPÍTULO I	10
¿MATERNIDAD NO DESEADA?	10
POSIBLES FACTORES INFLUYENTES	12
FACTORES CULTURALES	13
FACTORES SOCIALES	17
FACTORES PSICOLÓGICOS	23
¿ADOLESCENTES O ADULTAS?	28
¿POR QUÉ LA MUJER TERMINA SIENDO MADRE A PESAR DE NO DESEARLO?	30
CAPÍTULO II	32
EFFECTOS PSICOLÓGICOS EN UNA MATERNIDAD NO DESEADA EN HIJOS CON ANOMALÍAS DIAGNÓSTICAS	32
¿A QUÉ HACEN REFERENCIA LAS CONDICIONES DIAGNÓSTICAS?	33
EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA MATERNIDAD NO DESEADA	34
ESTRÉS	34
DEPRESIÓN	35
ANGUSTIA	39
CULPA	42
¿EXISTE UN RECHAZO O NEGLIGENCIA HACIA EL HIJO CON UNA CONDICIÓN DIAGNÓSTICA?	44

¿SE NIEGA LA AUSENCIA DEL DESEO DEBIDO A LA CONDICIÓN DIAGNÓSTICA DEL HIJO? _____	46
CULPA DIVINA _____	48
 CAPÍTULO III _____	 50
IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA _____	50
MITOS Y VERDADES _____	50
¿POR QUÉ ES IMPRESCINDIBLE QUE ESTAS MADRES TENGAN UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA? _____	54
¿CUÁNDO ES RECOMENDABLE LA INTERVENCIÓN CON ESTAS MADRES? _____	56
POSIBLE INTERVENCIÓN SOBRE LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS _____	57
EFFECTOS DE LA INTERVENCIÓN _____	60
 CAPÍTULO IV _____	 62
METODOLOGÍA _____	62
 CAPÍTULO V _____	 73
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS _____	73
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS _____	73
ANÁLISIS DE RESULTADOS _____	74
ANÁLISIS DE VARIABLE: LA MATERNIDAD NO DESEADA _____	78
ANÁLISIS DE LA VARIABLE: EFECTOS PSICOLÓGICOS EN MUJERES CON HIJOS CON UNA CONDICIÓN DIAGNÓSTICA _____	92
ANÁLISIS GENERAL _____	95
 CONCLUSIÓN _____	 96
 REFERENCIAS _____	 98
 ANEXOS _____	 113
ENTREVISTA #1 _____	113
ENTREVISTA #2 _____	116
ENTREVISTA #3 _____	120
ENTREVISTA #4 _____	125

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se enfocó en analizar la maternidad no deseada y sus efectos psicológicos en mujeres con hijos que tienen una condición diagnóstica. Se consideró fundamental el análisis de esta problemática con mujeres jóvenes, debido a que se ha podido observar la falta de trabajos que estudien las consecuencias psicológicas cuando el menor nace o desarrolla una condición. De esta manera, a partir del método descriptivo se buscó identificar los diferentes efectos psicológicos que aparecen en estas madres. Por lo tanto, el desarrollo del primer objetivo se llevó a cabo por medio de una revisión de carácter bibliográfico, en donde se establecieron tres posibles factores influyentes en la maternidad no deseada, además de explicar la individualidad del deseo femenino. Posteriormente, en el segundo objetivo se aplicaron entrevistas semidirigidas a mujeres que cumplieron con las características establecidas de la población, en donde se identificaron los posibles efectos psicológicos presentes en la maternidad no deseada. Finalmente, a partir de lo realizado, fue posible establecer la importancia que tiene la intervención psicológica sobre estos efectos que son parte predominante de la vida de estas mujeres. La investigación determinó la particularidad de los efectos psicológicos manifestados en cada mujer, en donde predominaron la culpa y la angustia.

Palabras clave: Maternidad no deseada, condición diagnóstica, mujeres, intervención psicológica, efectos psicológicos.

ABSTRACT

This research is focused on the analysis of unwanted motherhood and its psychological effects on women with children who have a medical condition. It was considered essential to analyze this problem with young women, since it has been observed that there is a lack of data on the psychological consequences once their child is born or develops a medical condition. Thus, based on the descriptive method, we focused on identifying the different psychological effects that appear in these mothers. Therefore, the accomplishment of the first objective was based on a bibliographic review, where three possible influential factors in unwanted motherhood were established, in addition to justify the individual preferences of each woman. Subsequently, for the second objective, semi-directed interviews were applied to women who met the established criteria in the population, where the possible psychological effects of unwanted motherhood were identified. Finally, based on what was determined, it was possible to establish the importance of psychological intervention on these effects, which are a predominant part of these women's lives. This research pointed out the distinctive psychological effects manifested in each woman, in which guilt and anguish were the predominant ones.

Key words: Unwanted motherhood, medical condition, women, psychological intervention, psychological effects.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se basa en la búsqueda de los efectos psicológicos de mujeres que atraviesan una maternidad no deseada, cuyos hijos presentan una condición diagnóstica. Durante la maternidad se experimentan una variedad de cambios que pueden considerarse como instigadores de efectos psicológicos en mujeres, especialmente en aquellas que no se encuentran preparadas para asumir esta responsabilidad. De esta manera, se plantea que una maternidad no deseada incide en la presencia de efectos psicológicos, debido a que predomina una idealización sobre la maternidad en el imaginario social que, en muchas ocasiones, altera el superyó del sujeto e incrementa dichos efectos como lo son la angustia, la culpa y la depresión.

Para conseguir esto, es necesario encontrar los diferentes tipos de factores que pueden actuar como una influencia significativa sobre la decisión de continuar con este embarazo. A partir de una búsqueda de investigaciones a manera bibliográfica se ha podido evidenciar que esta temática se la relaciona comúnmente con adolescentes, lo cual se detecta como una limitación al momento de desarrollar el trabajo, debido a que este se centra específicamente en adultas jóvenes que tengan entre 18 a 25 años. Además de esto, también se indaga sobre los efectos psicológicos de las mujeres cuando tienen un hijo con alguna enfermedad física, congénita o un trastorno psicológico. De esta forma, se establece la importancia de una intervención psicológica.

Para lograr cumplir con el objetivo, es importante recalcar que en este proyecto se trabaja con el dominio 5, siendo este de educación, comunicación, arte y subjetividad. Debido a que se enfoca en la subjetividad de la mujer, específicamente con la presencia del deseo o la ausencia del mismo. Por otra parte, el Plan de Creación de Oportunidades que guarda relación con el tema es el eje social, específicamente con el objetivo 6, puesto que la investigación analiza una problemática social, como lo es la maternidad no deseada y la manera en la que ésta afecta a la mujer, buscando priorizar la importancia de la intervención psicológica y la salud mental. Finalmente, el presente trabajo

de investigación se basa en la línea de investigación de problemas del sujeto y su relación en distintos entornos debido a que se analiza la problemática de la maternidad no deseada a través de distintos ámbitos, como el social, cultural y psicológico.

La investigación está formada por cuatro capítulos. En el primero se trabaja sobre la maternidad no deseada y se abordan las posibles causas que pueden aparecer durante la vida de una mujer, influyendo de gran manera sobre la decisión que tomará con respecto a esta maternidad. En el segundo capítulo, se desarrollan los posibles efectos psicológicos que se pueden manifestar durante esta situación utilizando trabajos de investigación anteriores y fragmentos de las entrevistas realizadas a algunas madres. Posteriormente, se demuestra la importancia que tiene la intervención psicológica en estas mujeres cuando aparecen estas situaciones, a partir de los recortes clínicos basados en la práctica pre-profesional. Finalmente, se analizan los resultados de las entrevistas ejecutadas por medio de una búsqueda de similitudes en su respuesta, para de esta manera, demostrar qué efectos psicológicos están presentes y la importancia de su intervención.

ANTECEDENTES

La maternidad no deseada es una problemática latente en el Ecuador y en el resto del mundo, debido a que pueden ocasionar consecuencias que afecta tanto a la mujer como al recién nacido. Por esta razón, el presente trabajo tiene la finalidad de analizar los efectos psicológicos de una maternidad no deseada, especialmente en mujeres con hijos que cuentan con una condición diagnóstica. Por lo que la ausencia de deseo materno y la posible falta de preparación (física, mental y emocional) afecta de gran manera a la mujer, especialmente cuando su hijo se encuentra en una situación diagnóstica delicada, produciendo diversos efectos emocionales que dificultan tanto su propio cuidado como el de su hijo.

Para esto, es posible encontrar diversas investigaciones acerca de este tema o afines de la maternidad no deseada, las cuales se enfocan especialmente en adolescentes. Muchas de estas, tienen un enfoque médico y social, pues es necesario enfocarse en la salud de la madre, especialmente en su parto y post parto, donde se puede desarrollar una variedad de enfermedades, tanto físicas como emocionales. Así mismo, se trabaja el riesgo del recién nacido, sus cuidados e incluso, sus descuidos debido a la maternidad que nunca se quiso. Por otro lado, el enfoque social de las investigaciones sobre dicha maternidad trabaja las razones por las cuales la mujer decidió continuar con aquel embarazo a pesar de no quererlo o no sentirse lista al mismo.

A nivel internacional, en España, **Alonso (2019) llevó a cabo una investigación titulada “Género y religión. A la búsqueda de un modelo de análisis.”** Este estudio tuvo como objetivo analizar la marginación de las mujeres que existe dentro de las distintas religiones, y cómo contribuyen al modelo patriarcal que ocasiona desigualdad y violencia en la sociedad. Con el fin de cumplir con el objetivo propuesto, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre las religiones, el machismo y los imaginarios sociales.

Como resultado, se indicó que la religión, al ser un gran influente en la sociedad, ha ocasionado que se establezca un nivel alto de discriminación en una comunidad, especialmente hacia la mujer, debido a que se han construido

imaginarios tan fuertes que provocan que los estereotipos creados, a partir de las leyes bíblicas y morales de la religión perduren por muchos años, ocasionando que estas rijan su vida a un estatuto. Es importante tener en cuenta esta investigación en relación a nuestro trabajo, debido a que resalta que la religión es uno de los factores sociales más influyentes de manera significativa en la mujer y de cierta forma controlan su decisión sobre el embarazo y la futura maternidad, debido a que tratan de evitar las críticas de los demás, siguiendo los estereotipos y leyes establecidas.

Por otro lado, también encontramos que, en México, **Aguilar et al. (2021) llevaron a cabo una investigación denominada “*La maternidad no siempre es deseada*”. *Afectaciones en la subjetividad de mujeres jóvenes a causa de la maternidad forzada en la adolescencia***. Esta tesis tiene como objetivo analizar los daños de los procesos subjetivos que han ocasionado los embarazos no deseados, especialmente en adolescentes que han culminado su embarazo. Para lograr el objetivo, los autores han realizado 18 entrevistas individuales a partir de un cuestionario para poder conocer el discurso de estas madres jóvenes.

Los resultados demostraron que las madres que se han visto obligadas a continuar con el embarazo no se sienten preparadas de manera física, mental ni emocionalmente para estar a cargo de un niño, en su mayoría, solas y sin el aporte del padre. Por esta razón, existen varias consecuencias emocionales como el rencor hacia el embarazo o hacia el niño en sí, lo que dificulta su vida.

Este trabajo se relaciona directamente con nuestra investigación, debido a que se enfoca en las consecuencias emocionales que también se presentan en mujeres no adolescentes con una maternidad no deseada, lo cual dificulta la atención y crianza de sus hijos, e incluso su propio cuidado y autoestima.

En Perú, **Leyva y Villalva (2017) llevaron a cabo un trabajo de investigación titulado “*Condiciones socioculturales y valoración subjetiva del embarazo no deseado en madres adolescentes del distrito de San Jerónimo de Tunan, provincia de Huancayo*”**. El objetivo de la investigación es determinar si las condiciones socioculturales influyeron para

la ocurrencia de un embarazo no deseado y en su valoración subjetiva como madres adolescentes. Para lograr esto, se trabajó con un diseño de investigación narrativo, obteniendo como resultado que las condiciones socioculturales como: la disfuncionalidad familiar y los bajos ingresos económicos, los cuales pueden ser factores influyentes del embarazo no deseado. Por lo tanto, esta investigación se relaciona con nuestro trabajo, dado que toma en cuenta al sistema de género y los discursos de identidad que refuerzan el pensamiento machista de la sociedad, como una de las causas socioculturales que influyen sobre el embarazo no deseado.

Por otro lado, a nivel nacional se encuentra que **Narváez, (2017) llevó a cabo una investigación titulada “Perfil psicológico y social de las adolescentes en edades entre los 15 y 19 años que presentan embarazo precoz”**. Esta investigación tiene como objetivo determinar el perfil psicológico y social de las adolescentes entre 15 a 19 años, atendidas en el área de consulta externa de Adolescentes del Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de Quito. Para poder conseguir esta información, se implementaron dos reactivos psicológicos y una encuesta a 50 adolescentes. Los resultados obtenidos dieron cuenta de que el 33% de estas mujeres presentan un perfil de ansiedad con síntomas emocionales, de psicoticismo en 18%, hostilidad en un 16% y somatización en un 10%. Por otra parte, con respecto a sus relaciones sociales, el 74% tiene buena relación con sus padres, mientras que el 64% son solteras. Finalmente es fundamental aclarar que el 52% nunca utilizó métodos anticonceptivos, iniciando una vida sexual precoz.

Esta investigación, a pesar de estar centrada en mujeres con una edad entre 15 a 19 años, se relaciona con nuestro trabajo, ya que aborda un rango de edad similar, siendo este de 18 a 25 años. En este sentido, también se pueden observar cuáles son algunas de las consecuencias psicológicas que se presentan en mujeres con embarazo precoz y, además, se habla sobre la falta de educación sexual con respecto a los usos de los métodos anticonceptivos como una de las principales causas de un embarazo.

En todos los antecedentes que se han presentado, es posible determinar que distintos factores, como la religión y el machismo, influyen de

gran manera en la decisión de la mujer ante un embarazo y en la visión romantizada que se tiene sobre la maternidad. Esto ocasiona que sea algo complicado de manejar debido que se presentan una variedad de consecuencias psicológicas, las cuales dificultan su diario vivir, así como el cuidado del hijo, en donde inclusive puede desarrollar un tipo de rencor hacia este.

Es importante, además, tomar en cuenta que a partir de los antecedentes mencionados es posible dar cuenta que se aborda al embarazo y a la maternidad no deseada como una situación exclusiva para las adolescentes, más no para las mujeres adultas. Sin embargo, es necesario recalcar que esta situación puede ocurrir tanto en personas jóvenes como adultas, debido a que un embarazo y la llegada de un ser humano va acompañado con una gran responsabilidad, la cual no todas las mujeres, incluyendo a aquellas de la edad adulta, se sienten listas o no desean afrontarla. Sin embargo, debido a la influencia de diversas situaciones, se sienten presionadas a tener un hijo, dando lugar así a una maternidad no deseada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En un mundo ideal, todas las mujeres tienen la posibilidad de decidir qué hacer con sus vidas, cómo y cuándo llevar a cabo los planes que tengan pensados, sin la necesidad de preocuparse por la opinión de los demás. Sintiendo totalmente libres de poder escoger si tener o no hijos en algún punto de su vida sin estar siendo presionadas por las expectativas que impone la sociedad machista y patriarcal. Al contrario, se tomarían en cuenta los deseos de estas mujeres que no pretenden convertirse en madres, buscando hacer algo más con sus vidas.

El problema de la presente investigación se basa en los obstáculos que la misma sociedad ha puesto sobre la decisión de la mujer con referente a su maternidad y a la llegada de estos mismos hijos que nacen o desarrollan una condición diagnóstica. De esta forma, prevalecen e incrementa la presencia de los distintos efectos psicológicos que suelen ser controlables en una situación ideal, en donde la maternidad es deseada con ambos progenitores tomando la misma responsabilidad. Sin embargo, al no ser una maternidad planificada, da como resultado un constante daño a nivel de lo imaginario, debido a las metas que tenían establecidas con anterioridad. A su vez, una exigencia dentro del superyó genera una ambigüedad de sentimientos entre lo que quisieron ser alguna vez y lo que se han convertido, dando como resultado posibles efectos psicológicos extremos, pues por un lado existe una sobrecompensación y culpa extrema, mientras que, por el otro, la mujer puede llegar a desligarse de la responsabilidad de ser madre.

Tomando en consideración lo mencionado anteriormente, en esta investigación se busca conocer a fondo a la maternidad no deseada, y a su vez, se abordan los efectos psicológicos que atraviesan estas mujeres con una maternidad no deseada y cuyos hijos cuentan con una condición diagnóstica. Todo esto para poder determinar la importancia con la que se debería tratar los mismos, por medio de las intervenciones psicológicas.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Qué es la maternidad no deseada?
2. ¿Cómo son los efectos psicológicos en mujeres con hijos con una condición diagnóstica?
3. ¿Cómo establecer la importancia de una intervención psicológica?

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la maternidad no deseada y sus efectos psicológicos en mujeres con hijos con una condición diagnóstica a través de una revisión bibliográfica y la aplicación de entrevistas para establecer la importancia de una intervención psicológica.

Objetivos específicos

1. Caracterizar la maternidad no deseada por medio de fuentes bibliográficas
2. Identificar los efectos psicológicos en mujeres con hijos con una condición diagnóstica por medio de entrevistas semidirigidas a madres de 18 a 25 años.
3. Establecer la importancia de una intervención psicológica por medio de recortes a partir de la escucha clínica en base a la práctica pre-profesional.

CAPÍTULO I

¿Maternidad no deseada?

La maternidad hace referencia a una etapa del género femenino que forma parte esencial de su vida, en relación a esta importante mención es posible indicar que a lo largo de la historia humana se han promovido ideologías que denominan a la maternidad como una experiencia única e inigualable que debe ser incluida de forma indispensable en la vida. Por otro lado, es posible evidenciar que en la actualidad existe un porcentaje de mujeres que no consideran esta etapa de vida como una prioridad e incluso la descartan de forma indefinida en sus vidas. De esta manera, la maternidad no deseada es una condición que afecta directamente a la subjetividad de la mujer debido a que, al no encontrarse preparadas emocionalmente para criar a un hijo, puede ocasionar una variedad de consecuencias como lo son la culpa, angustia o depresión (Aguilar et Al, 2021, p. 154).

Se enfatiza que la aceptación y cumplimiento de la maternidad en la mujer es una etapa de alto nivel de importancia ya que incide en diferentes aspectos en la vida de las mismas; a partir del nacimiento de un nuevo ser humano se generan innumerables cambios físicos y psicológicos. Es posible detallar a nivel físico durante el embarazo, el aumento de apetito, tamaño de las mamas, estrías en zonas localizadas del cuerpo; en adicional, se mencionan las variables psicológicas, tales como: el aumento en la sensibilidad emocional, la aparición del miedo o angustia con respecto a la capacidad que se tiene para cuidar adecuadamente de su bebé.

Con base en lo antes mencionado, es posible relacionar el impacto que genera una etapa de embarazo en la mujer, por lo que se considera que la maternidad es una acción que será necesaria ejercer con las partes involucradas. No solamente, se deberá tomar en consideración la etapa inicial de procreación de una vida, sino también será necesario analizar el desarrollo y crianza de un menor en un ambiente óptimo y adecuado.

Habiendo mencionado los aspectos positivos y negativos del proceso de traer un nuevo ser humano al mundo, se denota el nivel de importancia en

referencia a una maternidad deseada debido a la condición psicológica y su capacidad de afrontar una etapa tan compleja.

No obstante, cuando este no es el caso y, de todas formas, se decide llevar a cabo una maternidad no deseada, es muy probable que esto impacte de modo negativo a la mujer, dado que; la ausencia del deseo materno y la carencia de preparación psicológica puede dar como resultado un estado de ánimo agotador e incluso ocasionar el desarrollo de diferentes estados psicológicos como: depresión, angustia e inclusive un ambiente hostil en la crianza del niño y el ambiente familiar.

Sin embargo, la presencia de estos casos que se refieren a la falta de aceptación y deseo a la maternidad se convierte en una situación muy intrigante, dando como resultado la siguiente interrogante que se detalla a continuación: ¿Cuáles son las causas que pueden provocar que las mujeres tomen la decisión de ser madres a pesar de no quererlo? Es debido a esto, que en el presente capítulo del trabajo de titulación se procederá a desarrollar los diversos factores que influyen en una decisión tan importante como lo es la maternidad.

Finalmente, se debe recalcar que estos casos de embarazo y maternidad no deseada suelen ser más observados y reconocidos fácilmente en adolescentes, ya que debido a su temprana edad son percibidas como personas inmaduras tanto a nivel físico y emocional, siendo esta la razón por la cual el embarazo adolescente es una problemática frecuentemente estudiada, analizada y prevenida debido a que se considera más alarmante observar una adolescente con un hijo. No obstante, es poco hablado e investigado que una maternidad no deseada también puede ocurrir en adultas jóvenes, mujeres que en algún momento de su vida en el que se encontraban, no deseaban convertirse en madres o no se sentían preparadas emocionalmente para esto, pero se resignaron a su situación actual.

Posibles factores influyentes

El objetivo principal del presente trabajo de investigación se enfoca en las mujeres que deciden continuar con una maternidad no deseada, por lo que es fundamental tener en cuenta la existencia de diversos tipos de factores que funcionen como una influencia sobre esta decisión. Ahora bien, hay que tener en cuenta que cada individuo forma parte de una comunidad, la cual a partir de su cultura y la sociedad se establecen distintas normas y formas de relacionarse.

De esta manera, se puede observar que la cultura es uno de los factores que puede repercutir en las elecciones de los sujetos, debido a que, de acuerdo a Maurice Duverger (como se citó en Tinoco et al, 2018) “Es un conjunto coordinado de maneras de actuar, pensar y de sentir, constituyendo los roles que definen los comportamientos expresados de una colectividad de personas”. Así, se comprende que, dentro de una comunidad, la cultura se encuentra relacionada al actuar de los individuos, por lo que algunas decisiones, como lo es la maternidad, suelen estar ligada a distintas opiniones colectivas, lo cual ocasiona que influya en la decisión sobre tener o no un hijo.

Por otra parte, se puede encontrar dentro de la comunidad la predominancia de factores sociales que, de igual forma, suelen influir en el actuar. Para comprender de mejor manera, lo que implican los factores sociales, se tomará en cuenta el aporte de Guzmán y Caballero (2012) quienes mencionan lo siguiente:

Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación social, como lo son: las estructuras sociales, instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, etc. Las cuales [...] inciden en la realidad concreta como un todo en la misma forma que ella influye también en ellos. (p. 345)

Esto quiere decir, que toda interacción que conforma una comunidad es considerada como un factor social, siendo así considerado como un

elemento esencial dentro del funcionamiento de la misma, debido a que se comparten opiniones, comportamientos e inclusive creencias y deseos.

Por último, el factor psicológico es parte importante dentro de la toma de decisiones de una persona, debido a que, a pesar de no ser parte de una comunidad como tal, es algo subjetivo del ser humano. De esta manera, lo psicológico se encuentra relacionado como tal al deseo y a las razones propias por las cuales un sujeto ejecuta algún tipo de acción, así pues, este factor se relaciona con las decisiones que toma la mujer ante el encuentro con un embarazo que no fue deseado, sin embargo, llevado a cabo a pesar del mismo. Así, en el factor psicológico forma parte el proceso de regulación emocional, en donde estas emociones se despliegan ante un suceso importante para el sujeto, afectando la experiencia subjetiva (Jiménez y Salcido, 2019, p. 15)

Factores culturales

Religión

A lo largo de la historia de la humanidad, la religión ha sido una doctrina que ha acompañado al hombre y a la sociedad como un elemento básico de la composición del individuo y de su propia identidad. Esta, como tal, ha resultado muy importante para la construcción de las comunidades, ya que, a partir de las creencias religiosas, se han establecido las acciones morales y el pensamiento de las sociedades (Adame y Santiago, 2009, p. 2). Previo a adentrarnos acerca de la religión y su influencia, es necesario comprender su concepto, según García (2015, p. 9), son varias creencias que vinculan al hombre con lo sagrado y divino, formando parte de la vida humana desde sus orígenes e incluso dirigen la vida y comportamiento de los individuos.

De esta manera, es posible notar que la religión, además de ser una doctrina predominante en el mundo, también se encuentra relacionada de forma directa en el medio sociocultural de una comunidad, puesto que influye de manera significativa en cada individuo. En este sentido, es conocido que, a partir de las normas establecidas, cada sujeto rige su comportamiento e incluso su actitud para poder adaptarse, contribuyendo a las formaciones de diversos grupos en la sociedad, de los cuales toda persona creyente y

seguidora de una religión desea ser parte. Sin embargo, es necesario preguntarse: ¿por qué las personas se identifican con la religión? Según Cooper (2016), cuando se comparten ideas o incluso historias que cautivan emocionalmente al individuo, sea con emociones de tristeza, enojo, amor o inspiración, las personas suelen sentirse identificadas, lo que ayuda a establecer una creencia a partir de todo aquello que lo define.

Ahora bien, es imprescindible tener en cuenta que alrededor del mundo existen distintas religiones y creencias, en las que cada una cuenta con diferentes orígenes o incluso con otras normas. Por esta razón, es común observar que en una misma sociedad conviven distintos grupos religiosos, siguiendo sus respectivas reglas y comportándose según lo dictan sus mandamientos. En este aspecto, es posible observar que Ecuador no es una excepción, pues cuenta con una variedad de corrientes religiosas en todo el país, sin embargo, las dos religiones que predominan en esta sociedad son la cristiana y la católica, las cuales a su vez cuentan con una propia división, por lo que a pesar de que adoran a un mismo Dios, existen diferencias en sus normas e incluso en su historia de origen.

Con base en lo antes mencionado, la religión es uno de los factores que influye de manera predominante en las formas de pensar de muchos sujetos, usándola en muchas ocasiones como una base para el juicio moral en la toma de ciertas decisiones y comportamientos. No obstante, es necesario aclarar que un número considerable del contenido de los escritos sagrados provienen de épocas muy antiguas, las cuales contaban con un pensamiento muy distinto a la época actual, siendo este muy conservador y tradicionalista. A pesar de esto, varios sujetos los consideran de una forma muy literal sin tomar en cuenta los diversos cambios que se han dado en la actualidad, lo que ocasiona que en caso de presentarse alguna situación que salga de su norma moral, es común que se sitúen los prejuicios y quejas ante esto, llegando al punto de retirar de la comunidad a todo aquel que no actúe según lo prescrito.

De esta manera, también se ha generado una visión muy conservadora sobre los roles femeninos, especialmente sobre su comportamiento ante la maternidad y domesticidad. Dentro de la religión, existen personajes de

género femenino, como la Virgen María o Eva, que son adoradas y consideradas como un modelo a seguir, debido a que poseen cualidades y características denominadas como puras, sinceras y serviciales ante Dios e incluso ante sus parejas.

Sin embargo, existe algo en común entre estas dos mujeres, “ambas están asociadas a la maternidad: María como madre del Hijo de Dios y Eva como madre primigenia de la humanidad.” (Bracamonte, 2014, p. 93). Por esta razón, la maternidad es considerada como un acto sagrado dentro de la religión, dotando este rol como algo indispensable en la vida de la mujer. A partir de esto, se genera una presión por tener un hijo y contar con este deseo maternal, el cual, según las creencias, está instaurado en toda mujer, debido a que se considera necesario para la creación de un hogar y de esta forma, poder sentirse completa y cumplir con el rol de la Sagrada Familia.

Por este motivo, a pesar de que ciertas mujeres no se sienten en condiciones adecuadas para tener un hijo y ser responsable de sus cuidados y crianza, existe de igual forma una influencia cultural como lo es la religión, pues consideran que su misión en el mundo es ser la creadora de vida para poder perpetuar un hogar. Esto provoca de forma consecuente la aceptación de continuar con una maternidad que realmente no desean. Además, existen ocasiones en donde se considera el aborto como un plan para no ejercer esta maternidad no deseada, sin embargo, debido a que este se contempla como un pecado en diversas religiones, pues defienden la preservación de la vida.

Por ende, se condena la interrupción del embarazo, por lo que esta idea se descarta inmediatamente. Siendo esto, otra causa por la que la mujer debe continuar con un embarazo no deseado y tomar la responsabilidad de criar a su hijo.

¿Existe una falta de educación sexual?

Al hablar de educación sexual se hace referencia a la enseñanza y aprendizaje de diversos conceptos sobre la sexualidad y la salud reproductiva a los niños, adolescentes e inclusive en ocasiones a algunos adultos que desconocen sobre muchos temas. Esto permite que las personas tengan la

capacidad de dirigir de forma correcta su salud, tanto física como emocional y sexual. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2019):

La educación sexual integral conlleva un plan de estudios para informar acerca de aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Esto tiene el objetivo de dotar a los niños y adolescentes de conocimientos, aptitudes, valores y actitudes que les permitan disfrutar de salud, bienestar y seguridad de manera respetuosa, al establecer relaciones sociales y sexuales. (p.5)

En este sentido, es posible dar cuenta de la importancia que tiene este tema, especialmente en la actualidad, puesto que este plan tiene la intención de brindarles información a los jóvenes sobre los diversos cambios que atravesarán a lo largo de su vida, lo sustancial que es conocer sobre los derechos que todos poseen en relación con la sexualidad y la importancia de respetarlos, además de que se pretende responder las dudas que surjan sobre este tema.

Sin embargo, a pesar de la importancia del aprendizaje de la educación sexual, este sigue siendo un tema de discusiones y debates con respecto a los contenidos que se enseñan a los niños y adolescentes. Al hablar sobre la sexualidad, se han generado distintos prejuicios, ya sea por parte de las familias, quienes se impactan al escuchar que sus hijos aprenderán sobre esto en las instituciones educativas, o de las posturas religiosas, en donde se considera que la sexualidad es un tema del que se debe hablar únicamente hasta la llegada del matrimonio.

Tomando en consideración lo mencionado anteriormente, es necesario cuestionarse, ¿existe una relación entre la ausencia de educación sexual y el embarazo/maternidad no deseada? Se conoce que esta educación brinda información priorizada en la prevención, específicamente sobre las formas de protección durante las relaciones sexuales para poder evitar, tanto un embarazo no deseado como una enfermedad de transmisión sexual, tales como la clamidia o el VIH/SIDA. Sin embargo, debido a que las personas lo consideran un tema controversial, evitan mencionar a los adolescentes este tipo de terminologías, conversaciones y diferimientos; por lo que en ciertos

casos se quedan con una información muy general o sin ningún tipo de referencia antes de empezar una vida sexual.

Según Zumba et. al (2012), “La primera causa que se asocia al embarazo es la desinformación de los adolescentes acerca de los temas sexuales, sobre todo el conocimiento erróneo de la posibilidad del embarazo” (p. 49). Esto da a entender que muchos jóvenes no tienen completamente claro en qué momentos se puede dar un embarazo, pues existen muchas dudas acerca de la llegada de la pubertad y de los mitos sobre la poca o nula posibilidad de fertilidad al momento de la menstruación.

Por lo tanto, se puede decir que al limitar el acceso de información sobre los derechos sexuales y reproductivos ocasiona que muchas adolescentes, ajenas a esto, comienzan una vida sexual únicamente por placer e impulsividad. La sexualidad está gobernada por un ello que busca una gratificación inmediata, sin tener una adecuada orientación sexual, y a su vez incrementando la probabilidad de que la adolescente quede embarazada.

Por consiguiente, es posible mencionar que a pesar de que la educación sexual, no es un determinante, sí influye en la incidencia de los embarazos no deseados. Al desconocer sobre los distintos métodos anticonceptivos, los derechos reproductivos que tienen las mujeres e incluso ante la ausencia de la identificación de abuso, ocasiona que los embarazos no deseados sean una problemática más común y recurrente, a diferencia de que los jóvenes cuenten con conocimientos más amplios sobre estos temas.

Factores sociales

Discurso machista

De acuerdo a lo expuesto por Moral y Ramos (2016) hace referencia a la terminología machismo, como una ideología que defiende la superioridad del hombre con respecto a la mujer. De esta forma, es considerado como predominante en la sociedad, siendo este una de las principales causas de la estereotipación del rol masculino, ya que alaba actitudes supuestamente varoniles como lo son la agresividad o fortaleza bruta. Esto se forma a partir de la intolerancia ante las características más débiles o menos viriles, debido

a que la sociedad enaltece las características masculinas, y genera una exacerbación acerca de las diferencias de cada género. Esta evidente diferenciación inicia un sin número de estereotipos, debido a que se crean expectativas del comportamiento masculino, ocasionando que este se posiciona como superior al sexo femenino. Por consiguiente, es muy común observar que la finalidad principal del machismo es humillar y menospreciar las conductas femeninas que también se pueden mostrar en los mismos hombres, como: llorar, expresar sus sentimientos, no tener los mismos gustos que la mayoría de los hombres, entre otras cosas.

No obstante, según Ramírez (2017), el machismo no se encuentra únicamente en las actitudes femeninas, sino también en distintos ámbitos que están presentes en el día a día, siendo algunos de estos:

- **Ámbito económico:** En donde el hombre posee una predominancia en el dinero, y, por lo tanto, un mayor control en la economía del hogar. En muchas ocasiones, al ser el principal ingreso, controla también todo gasto y restringe el uso monetario de la mujer, haciéndola dependiente económicamente.
- **Ámbito corporal:** En la sociedad es común que el hombre tenga más libertad de mostrar su cuerpo sin ningún problema, usando camisetas sin mangas o incluso ir sin ellas. Sin embargo, el género femenino tiende a recibir más acoso y discriminación cuando se utilizan prendas un poco más reveladoras.
- **Ámbito sexual:** Es común que se considere que el género masculino tenga más poder y dominancia en lo sexual que la mujer, predominando su deseo y satisfacción, ignorando de esta forma el placer y las necesidades de esta.
- **Ámbito reproductivo:** A pesar de que la mujer sea quien deba ser responsable de la decisión de procrear, es común que exista una exigencia con la finalidad de satisfacer el deseo del hombre de ser padre.

Sin embargo, es necesario tomar en cuenta que, a pesar de que en la actualidad el discurso machista se encuentra cada día minimizado por las

nuevas generaciones, aún sigue vigente en la sociedad. Además, esta ideología no solo se encuentra instaurada en el imaginario de los hombres, sino que, de igual manera, dentro de los pensamientos y comportamientos femeninos que incluyen ideas a favor de esta fase cultural.

A partir de esto, aparece lo que Marina Castañeda (2007) nombra como el machismo invisible, haciendo referencia a la disminución de las actitudes machistas, ocultándolas a partir de comportamientos y controles sutiles, por ejemplo: mencionar que el hombre permite realizar actividades a la mujer, cuando en realidad este no debería tener control sobre sus decisiones. Esto se da debido a que, bajo el pensamiento machista, se considera que el hombre, especialmente si es una pareja, tiene de cierta forma un control sobre todo lo que la mujer hace, con la finalidad de imponer su superioridad y demostrar, de cierta forma, que lo femenino es un objeto de su poder con poco o un valor muy nulo, comparado al de ellos.

El machismo pretende controlar todo ámbito de la mujer, especialmente el sexual y reproductivo, debido a que prioriza su propio placer y deseo. Por consiguiente, dentro de la cultura machista se demuestra que existe un impedimento en la mujer con respecto a la elección que tiene sobre su propio cuerpo, debido a que debe adaptarse a lo que se imponga sobre este. Por esta razón, se considera que, a partir de esta influencia, la mujer se convierte en madre y ama de casa con la finalidad de satisfacer el deseo paternal del hombre y de la sociedad, pues se exige que para que una familia sea completa deben tener al menos un hijo de por medio.

Por lo tanto, en muchas ocasiones, a pesar de que la mujer no desee realmente ser madre, se siente convencida de que debe serlo, por lo que se compromete a esta maternidad no deseada y asume la responsabilidad de hacerse cargo de la crianza de este hijo. Es necesario tomar en consideración que cuando una mujer no posee el deseo propio de ejercer la maternidad, existe la posibilidad de desencadenar emociones de culpa. De esta manera se pueden generar ideas de insuficiencia o inexperiencia sobre traer un hijo al mundo.

La violencia y sus tipos

La violencia, según Vidal (como se citó en Rodríguez, 2013) “es la violación de la integridad de una persona que suele ejercerse cuando interviene la fuerza física o la amenaza de su uso, pero también cuando se actúa en una secuencia que causa indefensión en el otro”. De esta forma, la violencia es una problemática social que ha estado presente en todos los momentos de la existencia de la humanidad, provocando muchas situaciones agravantes y desagradables. Así mismo, la violencia contra la mujer, es considerada un comportamiento que surge desde muchos años atrás; siendo vista como una actividad privada y ejecutada en la intimidad de su hogar. Por lo que en la actualidad se ha convertido en uno de los temas más discutidos y polemizados, no obstante, el que las personas inicien a potenciar el tema no significa específicamente que la violencia haya terminado. Esto solo confirma que la problemática persiste a pesar de ser comunicada y denunciada en la sociedad.

En este sentido, para poder comprender de mejor manera qué es la violencia de género, la OMS (2021), menciona que “la violencia contra la mujer, especialmente la ejercida con su pareja, constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos”. De esta manera, la violencia se encuentra relacionada al machismo debido a que manifiesta una desigualdad y superioridad del género masculino, sometiendo así a las niñas, adolescentes, mujeres y personas identificadas al género femenino.

Como resultado de esta violencia, las mujeres atraviesan distintas consecuencias que afectan varios ámbitos de la vida de las víctimas. Lo cual quiere decir que la violencia produce afecciones muy significativas en la salud física, mental e inclusive sexual de la mujer, ya que se encuentran sometidas a un maltrato constante en donde son manipuladas emocionalmente, amenazadas, humilladas, desvaloradas y despreciadas. Estas situaciones conllevan a evidentes secuelas dentro de las mujeres, Villanueva (2012, p. 46-48) señala que se pueden manifestar trastornos de ansiedad, depresión, baja autoestima, lesiones físicas graves, contusiones e incluso la muerte.

Así pues, la violencia se puede presentar de distintas formas, desde la física, sexual y psicológica, mostrándose así, como una forma de control

social. Tiene la finalidad de lograr el sometimiento sobre lo femenino, ocasionando generar una gran influencia en sus decisiones y comportamientos, especialmente en el ámbito de la sexualidad, reproducción y la maternidad.

1. Violencia física

Se considera violencia física a toda agresión que perjudique el cuerpo y la salud física de una persona, en este caso, la mujer. Este tipo de violencia está presente con la finalidad de humillar y provocar una sensación de miedo o pánico a la afectada, para de esta forma poder establecer una jerarquía dentro del hogar o sociedad, donde se coloca al agresor como controlador o líder. La Organización Panamericana de la salud (como se citó en Tibaná et. al, 2020) explica que la violencia física “Ocurre cuando una persona que está en una relación de poder con respecto a otra, le infringe o intenta infligir daño no accidental, por medio del uso de la fuerza física o algún tipo de arma” (p. 125).

La violencia física se puede manifestar a partir de conductas agresivas, en donde también deben ser tomadas en cuenta las que simulan ser pequeñas y con apariencia insignificante, como pueden ser: los empujones, persecuciones, golpes, bofetadas, quemaduras o en casos extremos, puede llegar al feminicidio. A partir del miedo generado por todos los daños de la integridad física, la mujer tiende a ceder el control a su agresor, obedeciéndolo e incluso satisfaciendo sus deseos, a pesar de que en algunas situaciones se sienta obligada a hacerlo.

2. Violencia sexual

La violencia sexual es considerada como todo acto o insinuación sexual que se lleve a cabo sin el consentimiento de la otra parte involucrada. En este sentido, la OMS (2013) determina a la violencia sexual como:

Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, mediante la coacción independientemente de la relación

que tenga con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos en el hogar y el lugar de trabajo. (p. 2)

Una de las situaciones más recurrentes que se puede observar, es cuando la mujer satisface al hombre en el acto sexual, en muchas ocasiones sintiéndose obligadas a realizarlo e ignorando por completo su derecho sexual. Además, también es necesario dar cuenta de que, en los momentos de intimidad, si el hombre se niega a usar métodos de prevención sexual, se lo retira durante el acto sexual o no quiere y obliga a la mujer a no utilizar ningún tipo de métodos anticonceptivos, es considerado como un tipo de violencia sexual, puesto que estas acciones atentan contra la salud, seguridad y los derechos que tiene la mujer.

De esta manera, García (2020, p. 119) define que estas acciones son un ataque a la integridad sexual, no sólo porque se realizan sin tomar en cuenta la opinión de la mujer, sino también porque pueden causar embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual. En estos casos, a pesar de que el hombre no ejerce fuerza física para llegar a su cometido, el miedo que se instaura en estas situaciones hace que la mujer evite contrariar a su pareja para que este no recurra a otros tipos de abuso.

3. Violencia psicológica

La violencia psicológica es uno de los tipos de violencia menos considerados en la sociedad, pues se asume que los insultos o daños emocionales no son algo de gravedad que pueda afectar a la vida de una persona. Sin embargo, es necesario comprender que este tipo de violencia es una de las más comunes y con mayores consecuencias para el ser humano, debido que al ser silenciosa, es complicada detectarla y por ende, más fácil ejecutarla. De esta forma, la violencia psicológica es todo tipo de actos o patrones de conducta que ocasionan daño emocional a la mujer, con la finalidad de afectar su autoestima y menospreciar las decisiones (López, 2018, p. 8).

Este tipo de violencia es la que se usa con más frecuencia cuando el agresor quiere ganar control sobre la víctima. A partir de insultos, engaños, gritos y humillaciones, la defensa de la afectada se reduce, posicionándose

como un objeto de desecho, el cual permite recibir estos tratos. Sin embargo, esta violencia no se da de forma rápida, sino que el agresor comienza a introducir los insultos y denigraciones de forma progresiva. Es decir, puede comenzar con bromas sobre distintas decisiones o comentarios que la víctima realiza, que terminan siendo utilizadas con el fin de intimidarla y avergonzarla. Luego de que estos comentarios se normalizan en la relación, comienza a introducir otro tipo de insultos, hasta el punto de llegar a tener un completo control emocional sobre la víctima, siendo más fácil de manipular.

Factores psicológicos

La maternidad: ¿innata o aprendida?

Como ya es conocido, el concepto de la maternidad es algo que se ha construido dentro de la misma sociedad. Pensar que toda mujer está hecha para ser madre y posee un instinto maternal, da a entender que cada una obligatoriamente nace con sentimientos de amor hacia sus hijos. Lo que provoca que, al pasar los años, se le asigne a la mujer el rol de protectora, cuidadora y cariñosa con los niños, convirtiéndola en la principal encargada del cuidado y crianza de estos. De esta forma, se cree que todas las mujeres y madres se relacionan de una manera ideal con los hijos, sin embargo, creer esto es ignorar el hecho de que cada ser humano ha pasado por varias situaciones y experiencias a lo largo de su vida, lo cual define sus deseos y aspiraciones.

A partir de esto, han existido varias discusiones con respecto a la biología de la mujer en relación a la maternidad, es decir, se cuestiona si esta es una cuestión innata o es algo que se aprende a través de las situaciones experimentadas. Se conoce que, desde el discurso médico y biológico, la hembra naturalmente está designada para reproducirse y cumplir esa función de madre. Por esto, es común pensar que la mujer posee este instinto y deseo materno de forma innata, únicamente porque tiene la capacidad de gestar un hijo. Pero a pesar de esto, no se garantiza que cada mujer se encuentre preparada para asumir la responsabilidad de gestar y criar.

Desde el psicoanálisis, se conoce que, a partir de la castración, la ausencia de falo se convierte en algo angustiante para la mujer, buscando así

una forma de completar aquella falta que la aqueja. En un principio se consideraba que, para suplir su angustia causada por esta misma falta, la mujer busca al hombre para procrear, convirtiendo a este hijo en su suplencia, que la calma y la completa, por lo menos hasta que se presente la ley paterna y se ejerza. A partir de esto, Freud (Como se citó en Gómez, 2016, p. 50) declara que existen varias posiciones en las que una mujer puede ubicarse para tratar de sustituir esta falta. Sin embargo, a pesar de que estas posiciones se muestran como otras salidas femeninas, en realidad no lo son.

Por otra parte, Lacan reelabora el discurso de Freud, pues da cuenta que no se puede tratar de hablar sobre la mujer como una universalidad (Cors, 2013), sino que, cada una es un ser distinto con sus propias particularidades, siendo imposible generalizar una única salida. En este caso, de acuerdo con lo anteriormente mencionado, la maternidad no es el único camino que la mujer escoge para reducir su angustia y de cierta manera tratar de llenar su falta. Al contrario, las mujeres pueden decidir enfocarse en diversas actividades, tales como centrarse en los estudios universitarios, viajar por el mundo, comenzar el desarrollo de su propio emprendimiento o enfocarse en su carrera profesional. Todo esto da cuenta de las diferentes maneras que les pueden permitir satisfacer su goce sin la necesidad de ejercer la maternidad.

Sin embargo, es importante pensar ¿cómo se llega a esta idea de la maternidad en las mujeres? Robles (2012, p. 129) menciona que es probable que esta posición se instaure en lo más íntimo del desarrollo sexual de la niña, esto quiere decir que se construye a partir de un Otro fundamental, en este caso su propia madre, que de forma inconsciente aprende que su presencia completa su falta (la de la madre). A partir de esto que observa, la niña considera inconscientemente a la maternidad como una de las opciones para completar su propia falta.

Por otra parte, también existen situaciones que se encuentran dentro del discurso social y de la cultura que promueven esta idea de maternidad. Por un lado, la religión y la idealización de la cultura materna, como se lo puede ver en la Virgen María, la cual se la posiciona como un modelo ideal a seguir de la mujer y la feminidad, creando un imaginario santificado de esta maternidad, ya que se la observa como una misión de Dios. Por otro lado, en

la sociedad se puede notar cómo incentivan a las niñas a ser madres desde muy temprana edad, pues se les ofrecen muñecos de bebés para que los cuiden e incluso, en muchas ocasiones, las dejan a cargo de sus hermanos menores.

Todas estas situaciones van conformando la idea de un instinto materno, hasta el punto en que se considera que la mujer nace con eso, cuando realmente es algo que se implanta desde la infancia. Por esto, el instinto materno existe, únicamente como una idea desarrollada a partir de un discurso social de una cultura patriarcal, en donde se condensa a la feminidad como una función específicamente de cuidado, esfuerzo, sufrimiento y amor incondicional. Es decir, la maternidad es una instancia en la que, a través de distintas experiencias obtenidas desde la infancia, e incluso durante el proceso de la crianza del propio hijo, se van adquiriendo y aprendiendo varios conocimientos sobre cómo ejercerla, demostrando así, que no se nace con esto.

Freud y Lacan: Las salidas de la mujer

Dentro del psicoanálisis, dos de los grandes representantes de esta teoría, Freud y Lacan, plantean que, a partir del nacimiento de un individuo, este va a necesitar a un Otro que satisfaga sus necesidades, no sólo físicas sino también las pulsiones emocionales, pues se relacionan el uno con el otro (Freud, 1914, p. 116). Este Otro primordial usualmente es la madre o la figura materna, la cual se encargará de cuidar y criar al bebé durante sus primeros años de vida. Este proceso es conocido como alienación, debido a que el infante es considerado como un objeto el cual satisface el deseo de la madre y se introduce a su subjetividad. Sin embargo, para que este niño pueda establecerse como un sujeto y adquiera su individualidad, es necesario que se efectúe una separación, la cual se da a partir de un otro que introduce la ley Paterna y con ella, las normas y el discurso del campo social, para que este, ahora sujeto, tenga la capacidad de construirse sólo. Este proceso de separación es conocido como castración o el complejo de Edipo.

Sin embargo, según las teorías de Freud, existe una diferencia en cómo el hombre y la mujer atraviesan el complejo de Edipo, debido al desarrollo psicosexual infantil (Palacios, 2008, p. 25). En otras palabras, mientras que

en el hombre se termina esta etapa a partir de la castración, la mujer ingresa a este complejo por medio de la misma, es decir, cuando la niña se da cuenta que no posee un pene, comienza a envidiarlo debido a que considera que este es una forma de tener autoridad. De esta manera, la niña cambia su objeto de identificación primordial, el cual era la madre, para sustituirla por el padre puesto que en él encuentra el falo que no se tiene, entrando así en el Edipo. Sin embargo, eventualmente este falo imaginario deberá pasar a lo real, pues la niña se dará cuenta que únicamente el niño lo posee, separándose así del padre y desplazando su objeto de goce hacia el exterior. Hay que tener en cuenta que, a pesar de que en cierta forma se superó esta envidia, de igual manera, la niña desea tener ese falo. Un ejemplo de este deseo son las posibles fantasías de la búsqueda de un hijo de su propio padre.

De acuerdo con esto, en el complejo de Edipo, se denomina como etapa fálica al momento en que las niñas y niños perciben las diferencias que existen con respecto a sus órganos reproductores. Esto provoca en la niña un sentimiento de envidia hacia el varón por no tener algo que el otro sí tiene, marcando la forma en la que se desarrollará con el sexo opuesto más adelante. Por lo tanto, se determinan las tres posibles pseudo-salidas que tiene hacia la feminidad: inhibición sexual o neurosis, alteración del carácter en el sentido de un complejo de masculinidad y la feminidad normal (Gómez, 2016, p. 50).

Por un lado, la primera pseudo-salida significa una interrupción de todo el entorno sexual de la niña, renunciando al placer, como lo son las masturbaciones, formando así a la neurosis. Mientras que, la segunda salida se refiere a que la mujer niega esta ausencia del falo, renunciando a ser o tener esta falta; es posible que se desarrolle un tipo de masculinidad, la cuales en ocasiones se relaciona con la homosexualidad. Por último, la feminidad normal es una salida común, donde la niña acepta convertirse en este falo y por lo tanto, su sexualidad. Es frecuente que, en este último, la pareja de la mujer posea diversas características del padre, por lo que buscará tener un hijo de este para poder adquirir ese falo, al menos por un momento. Sin embargo, a partir de lo que se plantea, se puede inferir que en realidad lo que menciona Freud no son salidas, debido a que da cuenta que el camino de la

feminidad es la salida esperada y la única que se muestra como normal en la mujer, debido a que esta no tiene ningún problema con la sexualidad o la feminidad (Zuluaga, 2006, p 285-286). A partir de esto, Recalcati (como se citó en Azagra, 2018) señala:

La maternidad no es un hecho simplemente biológico, es un evento del deseo [...] sin sueños, la maternidad quedaría aplastada por la maquinaria del cuerpo, como una máquina impersonal de la especie. Es el sueño lo que constituye la condición ineludible para una maternidad automáticamente generativa. (p. 32)

Lo cual da cuenta de que el deseo es un elemento fundamental en la maternidad, por lo que cuando no se encuentra presente en la mujer, esta maternidad será no deseada. Es necesario tener en cuenta que, en la actualidad, la mujer tiene más libertad con respecto al estudio y trabajo, por lo que comienza a introducirse en un nuevo mundo lejos del hogar y la familia, lo que ocasiona que su forma de goce también se modifique. Por esta razón, actualmente la maternidad no es la única forma de satisfacción, al contrario, se enfocan en otros objetos de deseo, el cual en ocasiones puede contrariar a su círculo debido a su ausencia de deseo materno.

Por otra parte, Lacan menciona que la posición femenina va más allá de ser el falo, e incluso, más allá del tenerlo (Brodsky, 2004, p. 70), de esta manera se introduce el concepto de la mascarada femenina formulado por Joan Rivière, el cual hace referencia a lo que realiza cada mujer con el vacío del significante. En este sentido, la mascarada femenina es un intento de ser el objeto “a” del fantasma del hombre, es decir, pretende ser su deseo, aquello que le falta y que está buscando. La mascarada femenina parte del no tener el falo, por lo cual, si no se lo tiene, se puede ubicar como el falo o como el objeto. Hay que tener en cuenta que la maternidad va del lado de tener el falo. Sin embargo, al momento de posicionarse como falo del Otro, “el hombre sirve [...] de relevo para que la mujer se convierta en ese Otro para sí misma, como lo es para él” (Lacan como se citó en Eckerdt, 2020), esto da a entender que a partir de ubicarse como deseo, también se ubica como falo para ella misma.

No obstante, a pesar de introducir el término de la mascarada, Lacan llega a la conclusión de que “No existe la mujer”, no refiriéndose como tal al

sexo femenino, sino al “La”, lo cual da a entender que no se puede hablar sobre la mujer como una universalidad, dado que cada una es diferente y puede llegar a tomar caminos distintos de acuerdo a lo que cada una desee. Es debido a esto que resulta imposible determinar una única salida hacia la feminidad.

Es necesario mencionar que relacionando esto, con lo que dirá Lacan más adelante, en donde trata de generalizar una definición del goce y las salidas femeninas, concluye con la particularidad de cada una, demostrando que cada mujer tiene la capacidad de escoger una salida distinta al goce masculino o a la maternidad. A partir de esto, se puede inferir que las otras opciones de las salidas de las que hace mención Freud son alternativas anormales de la mujer. Debido a que solamente la salida que conlleva al camino de la maternidad a partir del embarazo, se considera la única forma de dirigirse hacia la feminidad normal.

¿Adolescentes o adultas?

La adolescencia es una de las etapas del desarrollo del ser humano, en donde se genera una transición de la niñez hacia la adultez, la cual implica diversos cambios en muchos ámbitos, como en lo físico, biológico, emocional y psicológico. A partir de la entrada a la adolescencia, algunas partes del cuerpo se desarrollarán, los gustos e intereses cambiarán, se formarán otros tipos de pensamiento con respecto a diferentes temas, entre otras cosas. De esta manera, la adolescencia se manifiesta junto a la llegada de la pubertad, la cual, según la psicología, es la resignificación de la infancia. Esto quiere decir que, dentro de esta etapa, el adolescente replantea sus elecciones escogidas en la niñez, como lo son: de objeto, siendo estas la homosexualidad o heterosexualidad, y la elección de posición, masculino o femenino (Freud, 1910, p. 42). De esta forma, cuando sea el momento de pasar a la adultez, el sujeto ya debe tener establecidas sus elecciones.

De acuerdo a la OMS (2021) el rango de edad de la adolescencia se encuentra establecida desde los 10 hasta los 19 años. Sin embargo, es necesario aclarar que, en la actualidad, este rango de edad puede variar, considerando esta etapa hasta los 25 años, específicamente en el Reino

Unido, puesto que según Antrobus (citado por Wallis, 2013) el hecho de que a los 18 años ya sean considerados como adultos resulta ser preocupante, ya que se sigue desarrollando la madurez emocional. Además, existen ocasiones en las cuales los sujetos de 18 años no han definido su elección de objeto, manteniéndolos aún dentro de la pubertad. Por lo tanto, es posible tomar en cuenta que la adolescencia puede durar hasta los 25 años.

A pesar de que la maternidad no deseada es una problemática social que puede presentarse en la vida de cualquier mujer, es común percatarse que la sociedad y las investigaciones realizadas se enfocan en el embarazo y maternidad de las adolescentes. Esto ocasiona que se minimice este acontecimiento en adultas jóvenes, provocando que se perpetúen los estereotipos que se han construido sobre la idea de que las adultas no presentan este tipo de problemática. Sin embargo, no se toma en consideración que existen distintos factores que influyen en la decisión de tener un hijo, incluso en algunas ocasiones, no tienen la posibilidad de elección, a pesar de ser adultas.

Se comprende que se priorice el enfoque del embarazo adolescente, debido a que son inmaduras y esto puede ocasionar problemáticas en distintos ámbitos, como en el físico, ya que su cuerpo no está preparado para soportar el crecimiento de un feto; o en el psicológico, pues no son lo suficientemente maduras emocionalmente para poder criar a un hijo de la mejor forma.

Sin embargo, a pesar de que las mujeres adultas no presentan los mismos impedimentos físicos al momento de gestar, no todas poseen la madurez emocional necesaria para atravesar los cambios emocionales del embarazo. Esto puede ser observado a partir del discurso de la paciente C, una mujer de 32 años, la cual manifestaba lo siguiente: “con mi primera hija no me sentía preparada para hacer nada, no quería hacerla caer o hacer algo mal, por lo que mi madre la cuidó en sus primeros años, la bañaba, le daba la leche y le hacía dormir. Me sentía inútil en ese tiempo”. Esto da cuenta de que, al no sentirse preparada para encargarse de los cuidados de un recién nacido, se puede generar un sentimiento de incapacidad y el incremento de la idea de no ser lo suficientemente buena. Demostrando así la importancia

de tomar en cuenta a las mujeres adultas dentro de la problemática de la maternidad no deseada.

Entonces, a partir de esto, es necesario preguntar ¿Sobre quiénes se está hablando en esta investigación? A pesar de las especificaciones ya hechas, se decidió realizar esta investigación con relación a adultas jóvenes, ya que es necesario ver más allá de la adolescencia cuando se habla de embarazos y maternidad no deseada, debido a que esta es una problemática que puede estar presente en mujeres de todas las edades. El hecho de que se omita este acontecimiento no lo elimina, lo que se hace es ocultar una realidad social.

¿Por qué la mujer termina siendo madre a pesar de no desearlo?

Cómo es posible observar, todos los seres humanos atraviesan por un sin número de experiencias, de las cuales se va desarrollando la subjetividad de cada sujeto. Además, se encuentra influenciado por el entorno en el que es criado, lo cual también incluye las normas de la sociedad y su cultura. Sin embargo, en quién más pueden notarse las repercusiones de esto, es en la mujer, debido a las expectativas que se han construido sobre cómo debe comportarse y qué debe hacer para ser considerada moralmente buena, especialmente cuando se trata de algo tan importante como la maternidad. La imagen de la madre en la sociedad se encuentra idealizada y de cierta forma esperada, pues se considera que es necesario que una mujer, para estar completa, debe de atravesar por esa experiencia y conocer este tipo de amor. Estas ideas se implantan en el imaginario de la mujer, aplicando presión con respecto a esta decisión.

De esta forma, la sociedad espera que la mujer deje de lado sus principales aspiraciones, y pretende imponer el deseo de ser madre como una prioridad para su vida, a pesar de que esta no desee serlo o dedicar todo su tiempo al cuidado y crianza de este hijo, minimizando la implicación que debe tener el padre en la maternidad. Por esta razón, es común escuchar en la sociedad “antes madre que mujer”, siendo un dicho que ejemplifica de forma clara el machismo y la desvalorización de lo femenino, pues intenta anteponer la maternidad sobre la decisión y vida de la mujer.

La sociedad ha producido la creencia de que toda mujer presenta un deseo profundo de convertirse en madre, no obstante, cuando esto no sucede, muchas veces suele ser el blanco de varios comentarios discriminatorios dentro de la comunidad, ya que significa que no cumplirá con el imaginario colectivo o que no sigue el plan que Dios le ha consignado a todas las mujeres. Estos discursos se encuentran tan impregnados que son capaces de ser factores influyentes en las decisiones que toma una mujer, ocasionando que asuma una maternidad a pesar de no desearla o de no sentirse preparada para encargarse de esta gran responsabilidad.

Por otra parte, a partir de lo psicológico, es necesario precisar que, en función de la diferencia sexual que hay entre géneros, la cual se descubre en la etapa fálica, se construye a la niña/mujer a partir de la falta. Posterior a esto, se reafirma esta diferencia en la etapa genital con el descubrimiento del pene y la vagina. De esta forma, en ambos géneros se instaura un vacío estructural, por lo cual genera una necesidad de completarlo.

Capítulo II

Efectos psicológicos en una maternidad no deseada en hijos con diagnóstico clínico

Como ya es conocido, a medida que la mujer atraviesa por las diferentes etapas del embarazo, se van generando diversos cambios tanto físicos, como emocionales y psicológicos. Por lo que es considerado como un momento duro, pero hermoso y muy especial, al igual que todo el proceso que llega después de esto, es decir, la maternidad. Sin embargo, debido a diversos factores como los que fueron mencionados en el anterior capítulo, existen ocasiones en las que una mujer no desea convertirse en madre, pero aun así decide continuar con el embarazo de todas formas, lo cual es considerado como una maternidad no deseada. Provocando que todos estos cambios complicados en la mujer se conviertan en situaciones aún más complejas de atravesar. De esta forma, los efectos psicológicos que aparecen, pueden evolucionar negativamente, manifestándose diariamente y afectando su estilo de vida.

Sin embargo, es necesario considerar que existen ocasiones donde este hijo no deseado, no se presenta como un niño completamente sano; sino que nace o se desarrollan distintas condiciones diagnósticas. Estas tienen la capacidad de alterar su vida, haciéndolos completamente dependiente de sus padres que se deben mantener constantemente pendientes de su cuidado y evolución. De esta forma, es necesario preguntar qué sucede cuando este hijo que atraviesa por una condición diagnóstica, sea física o psicológica, proviene de un embarazo y maternidad no deseada, puesto que la mujer puede presentar sentimientos ambivalentes con respecto al diagnóstico.

En este sentido, en el siguiente capítulo se profundizará la manera en la que esta maternidad no deseada puede afectar de forma emocional y psicológica, especialmente a aquellas que cuentan con un hijo que atraviesa una condición diagnóstica.

¿A qué hacen referencia las condiciones diagnósticas?

Se conoce como diagnóstico clínico al “procedimiento en donde un profesional de la salud identifica una enfermedad o el estado del paciente con la ayuda de varias herramientas que permiten definir su cuadro clínico” (León, 2018). Usualmente se relaciona a este diagnóstico como algo propio de la medicina, es decir, a una enfermedad del cuerpo; según la Real Academia Española [RAE] (2020) la enfermedad física es un estado en donde se encuentran alteradas las funciones de alguna parte del cuerpo, como lo puede ser un órgano o una extremidad. Sin embargo, también es necesario tomar en cuenta los diagnósticos por parte de la psicología, en donde se determinan distintos trastornos mentales que tienen la capacidad de alterar los comportamientos, sentimientos, pensamientos e incluso su forma de relacionarse con los otros. De esta manera, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022) menciona que: “un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o discapacidad funcional en otras áreas importantes.”

Es importante dar cuenta de que estas condiciones pueden suceder, no solo por complicaciones durante el embarazo, sino que el desarrollo del infante también puede verse influido por las diversas experiencias que ocurren dentro de su ambiente y a los factores biológicos involucrados, aunque las apariciones de elementos desfavorables también pueden producir cambios perjudiciales (Mantilla, 2016, p. 39-40).

Con respecto a lo psicológico, influye la manera en la que los padres le han brindado significantes para sostenerse a lo largo de su vida. De esta manera y ante cualquier posible diagnóstico, los padres son los encargados del cuidado del infante, dependiendo de su condición y su gravedad, por lo que es necesario decir que algunos niños requieren de más cuidados que otros, ya que demandan una clase de atención básica, desde su alimentación hasta sus baños y medicinas.

Para una madre, a pesar de no ser responsable de las condiciones de su hijo, siempre es complicado encontrarse en este tipo de situaciones, ya

que, siendo la principal encargada de su cuidado, debe mantenerse constantemente pendiente de la evolución de su condición. Esto ocasiona que la madre deje de lado muchos aspectos de su vida, como por ejemplo sus estudios, profesiones, cuidado personal e inclusive en muchas ocasiones el descuido de sus otros hijos, quienes requieren de menos atención médica. A pesar de que es necesario el cuidado del niño con diagnóstico, sea de enfermedades físicas o trastornos psicológicos, puede convertirse en algo agotador para la madre, por lo que es común que se desarrollen distintas alteraciones a nivel psicológico como angustia o depresión, los cuales dificultan aún más este proceso.

Hay que tener en cuenta que lo anteriormente mencionado hace referencia específicamente a mujeres que planearon y desearon su maternidad. Ahora bien, en los casos de mujeres con una maternidad no deseada, aparte de no contar con una preparación emocional adecuada, el tener que cuidar a un niño con una condición diagnóstica provocará que las consecuencias emocionales sean mucho más significativas.

Efectos psicológicos de la maternidad no deseada

Estrés

El estrés es una condición que está presente en la vida de las personas el cual, dependiendo de la manera en la que el sujeto maneje distintas situaciones, incrementará o se mantendrá en un nivel relativamente óptimo. Sin embargo, cuando esta condición se convierte en algo excesivo, es común que se produzca una gran angustia y se desarrollen trastornos personales, alterando el estilo de vida familiar, personal y social. (Naranjo, 2009, p. 171)

Como ya ha sido mencionado anteriormente, la maternidad dentro una situación ideal, en donde las dos partes involucradas desean tener y criar un hijo, conlleva una serie de repercusiones tanto a nivel emocional y psicológico como a nivel físico. Sin embargo, cuando se da el caso contrario, es decir, una maternidad no deseada, Fielding (2022) menciona que el tener que atravesar por esta situación sumamente estresante, puede provocar que estos eventos sean percibidos como traumáticos. Por esta razón, el sujeto

considera que no puede escapar de esa situación o presenta la idea de que no tiene elección a escoger otra opción, por consiguiente, se siente obligada a traer a este hijo a la vida.

De este modo, cuando el hijo no deseado nace con alguna condición diagnóstica, la madre atraviesa un momento estresante, lo que puede afectar de gran manera en la enfermedad del niño; y del mismo modo, en el funcionamiento y la dinámica familiar. A partir de esto se comprende que, cuando el estrés excede a una persona, puede ocasionar una alteración en su rendimiento. De esta manera, en lo ya mencionado, a la madre se le dificulta cumplir con las demandas de su hijo enfermo. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la incapacidad que se genera a partir del estrés eventualmente puede provocar un sentimiento de culpa en la madre por no poder abarcar todas las necesidades.

Depresión

La depresión es un término utilizado comúnmente de manera desinformada en la cotidianidad. Por esta razón, es fundamental definirlo para poder comprenderlo de manera más clara. Por un lado, con respecto al discurso médico, según el diagnóstico psiquiátrico CIE-10, la depresión es parte de los trastornos del humor - afectivos, pues altera su funcionamiento (World Health Organization, 2000). Se manifiesta de forma gradual, presentándose a partir de situaciones de tristeza extrema o pérdida de interés en las actividades, lo que puede provocar que se convierta en una grave problemática, ya que afecta distintos ámbitos de su vida, como lo son: el trabajo, las relaciones sociales, familiares e inclusive el cuidado personal (OMS, 2021).

Sin embargo, es importante profundizar este término fuera del discurso psiquiátrico, en donde se puede encontrar las propuestas psicoanalíticas que explican las razones desde el sujeto. En este sentido, es necesario aclarar que, a partir del psicoanálisis, la depresión es una alteración del estado de ánimo, en donde se genera una inhibición de las funciones yoicas, junto con un sufrimiento y tristeza profunda (Chemama, 2007). La depresión ocasiona la generación de cambios a nivel emocional, provocando un sufrimiento moral

debido a un desinvertimiento en la actividad, esto quiere decir que, la depresión provoca progresivamente un desinvertimiento de la libido, primero en los objetos y por último, una pérdida completa del yo (Chemama, 1996, p. 269). Al ocurrir esto, da a entender que la autoestima del sujeto se ve perjudicado, debido a que el yo no parece ser capaz de alcanzar algunos de sus deseos, por lo que ya no tienen sentido para él.

La depresión comienza a partir de una represión que se ubica desde la relación edípica, así pues, la mujer que la padece posiciona en su infancia a su ideal del yo de manera opuesta a su madre, quien actúa de forma dominante y humilla al padre, por lo que esa niña desea protegerlo (Bogaert, 2012, p. 188). Esto da cuenta que, en el complejo de Edipo, el cual se presenta luego, la niña se siente atraída hacia su padre, por lo que anhela el falo que este posee, a diferencia de la madre que no lo tiene, generándose sentimientos y actitudes hostiles hacia ella.

De esta manera, esto puede causar consencuencias a largo plazo, así Bogaert (2012) menciona que:

“La ausencia de un soporte real para la identificación determinó un ideal del yo frágil, ya que, por la sobrecompensación defensiva, la hija sobrevalorizó narcisísticamente la figura materna con la cual se identificó” (p. 189)

El rechazo a hacia la madre deja a la mujer sin significantes para poder sostenerse, por lo que, al quedar sin soporte, no tiene manera de responder y la represión se vuelve constante, dejando así un ideal del yo frágil.

De acuerdo con Janett Sosa (2014), el estado depresivo en la mujer se da a partir de la falta de amor. Es decir, debido a que se encuentra en una constante demanda de amor de su madre, padre y luego de su pareja, también está la posibilidad de que pueda perderlo en algún momento. Por esta razón, cuando eso llega a ocurrir, esto se convierte en una situación que la sobrepasa, dado que ellas se identifican con lo que al otro le falta, quedándose en la nada.

Por su parte, Lacan (1977) define a la depresión como una cobardía moral, es decir, se encuentra dentro de la moral y del bien decir ubicado en la

estructura del inconsciente. En otras palabras, la depresión está relacionada con un superyó estricto, el cual afecta al sujeto. Sin embargo, Echeverría (2004, p. 51), retoma aquello mencionado por Lacan, relacionando a la depresión con la ausencia del deseo: “La depresión es un modo de renuncia frente al deseo y un no querer hacerse cargo del conflicto que implica. [...] Existe falta de entereza del sujeto para enfrentar la vida”.

Esto puede ser observado dentro de la segunda entrevista en donde “M2” señala lo siguiente: “Durante el embarazo pasé por varias etapas. Lo que pasa es que yo perdí a un familiar muy cercano en el embarazo entonces entré en una depresión profunda que casi me ocasiona un aborto, porque la mayor parte del tiempo pasaba deprimida, triste y no me alimentaba de la forma correcta. [...] En lo que es la crianza no les voy a mentir que si han habido momentos que me he sentido un poco triste, porque las cosas han cambiado totalmente, mi vida dio un giro de 90 grados. Yo tenía otro tipo de planes, proyectos, para ser sincera no estaba en mis planes tener un hijo, pero una vez que asimile dije bueno, no voy a abortar, voy a aceptar lo que se viene.” A partir de esto, se puede comprender que la maternidad no deseada se relaciona con la renuncia de este deseo, a un anhelo de continuar su vida sin un hijo, sin embargo, asume esta responsabilidad sin importar su opinión.

Como se mencionó anteriormente, la depresión puede aparecer a partir de una variedad de causas que pueden alterar la vida emocional o física de una persona. De esta manera, este efecto psicológico se puede presentar de forma significativa durante el embarazo o posterior a este, es decir, en la maternidad. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que la combinación de factores obstétricos como lo es el embarazo no deseado puede traer consigo una mayor probabilidad para la aparición de la depresión. A partir de esto pueden aparecer cambios de humor, cognitivos o psicomotores, tales como: irritabilidad, llanto frecuente, sentimientos de culpa, falta de energía, motivación o concentración e inclusive trastornos alimenticios y del sueño (de Freitas, et al, 2014).

Por otra parte, existen otros factores que pueden fomentar la aparición de la depresión en una maternidad no deseada, por ejemplo, un bajo nivel socioeconómico o un constante recuerdo de la ausencia de deseo de un hijo,

como ocurre en estos casos (Herd, et al. 2016, p. 421- 429). Inclusive, pueden existir diversas situaciones en donde la mujer no tenga una red de apoyo, es decir, no cuente con personas cercanas que sean una clase de soporte para ella, o se pueden encontrar dentro de una relación de abuso constante. De acuerdo con esto, en la entrevista de “M1”, es posible notar que, a pesar de que esta mujer si tenga una pareja, es ausente con respecto a la crianza y cuidado de sus hijos, por lo que ella debe buscar la manera en la que los atiende, especialmente a la hija con la condición diagnóstica.

Todas estas situaciones funcionan como instigador de la depresión en la maternidad. De esta manera, estas mujeres no brindan la correcta atención a su embarazo a partir del cuidado prenatal, o no tendrán un buen método de crianza para un hijo, pues se encuentran emocionalmente inestables (Muskens, et al. 2022). Esta falta de atención da a comprender que la ausencia de deseo, junto a la presencia de un trastorno depresivo, ocasiona que sea complicado para ellas demostrar interés para sus futuros hijos o inclusive, no existe un cuidado ni atención para ellas mismas.

Sin embargo, es importante preguntarse, ¿qué sucede cuando este hijo no deseado nace o desarrolla una condición diagnóstica? Es evidente que, el tener que cuidar constantemente de una persona que se encuentra en necesidad de asistencia, puede generar una variedad de efectos psicológicos en su principal cuidadora. De esta forma, las madres que tienen hijos con condiciones de vida limitantes sean enfermedades físicas o trastornos psicológicos, han demostrado que tienen un gran riesgo de padecer un mayor nivel de depresión, ansiedad u otro trastorno mental. (National Institute for Health and Care Research, 2021, párr. 2).

Tomando en cuenta que el cuidado permanente de estos niños genera una gran preocupación en la madre. Y, junto al hecho de que el menor no sea deseado causa que el trastorno depresivo se presente con una mayor intensidad, repercutiendo de gran manera en el estado de ánimo y en distintos ámbitos de la vida de la mujer. Sin embargo, la depresión no es el único trastorno que se manifiesta en estas ocasiones, sino que se pueden presentar otros como: la angustia, el estrés o la culpabilidad.

Angustia

Previo a comprender cómo la angustia afecta a la mujer en una maternidad no deseada, es necesario explicar su significado. Con respecto al psicoanálisis, Lacan señala que detrás de la angustia se encuentra la pulsión, la cual busca la constante satisfacción, ocasionando que este goce no pueda ser detenido por el principio del placer (Fuentes, 2005). Esto quiere decir, que la angustia se convierte en algo insoportable para el sujeto, ocasionando que no tenga significantes para poder sostenerse.

Se conoce que la maternidad va acompañada de sentimientos de inseguridad, miedo o angustia ante la llegada de un nuevo ser humano al mundo, debido a que este conlleva un aumento de responsabilidades, una gran inversión de tiempo e inclusive lo económico se encuentra relacionado, pues los recursos que se utilizan para satisfacer las necesidades del nuevo integrante son considerados como algo costoso. Además de todas estas situaciones, también pueden presentarse otros factores de riesgo psicosociales, los cuales son: la situación laboral, el estado civil, el nivel educativo, la calidad de las relaciones con la pareja y la violencia doméstica (Plaza y Sagbay, 2017).

De este modo, al presentarse una maternidad no deseada, las preocupaciones suelen aumentar a gran escala, debido a que no se encuentran preparados con los nuevos cambios radicales que se presenta en la vida de los progenitores, especialmente de la madre, quien aparte de atravesar esto con el nacimiento del bebé, debe asumir alteraciones en su cuerpo, hormonas e incluso en sus emociones. La angustia que se presenta de forma común es con referente al dinero y al cuidado de los hijos, pues al aparecer dicha responsabilidad, es complicado adaptarse al trabajo y a su atención. En la tercera entrevista, "M3" recalca esa intranquilidad durante la crianza: "mi madre y una hermana son las que me ayudan, ya que saben cómo hacerlo. Pero hay veces que no pueden. Yo me siento intranquila porque me han dicho que contrate a una persona, pero no hay plata para eso y no le van a dar el mismo cuidado".

Por otro lado, Freud (1925, p. 77) menciona que “la angustia-señal es la respuesta del yo a la amenaza de una situación traumática, amenaza que constituye una situación de peligro”. A partir de lo mencionado por Freud es posible comprender cómo aparece la angustia en la maternidad no deseada. La ausencia del deseo de tener un hijo es considerada como algo traumático para la mujer, debido a que se siente obligada por este superyó invasivo, por lo que este acontecimiento domina en lo real, ocasionando que el yo responda por medio de la manifestación de la angustia.

El superyó es comprendido como una función psíquica, la cual se encarga de indicar a la instancia del yo todo aquello que se debe aceptar con respecto a su comportamiento. Así, el superyó se construye a partir de las prohibiciones y normas que se ubican en la sociedad; de esta manera, el sujeto basará su conducta a partir de la ética y valores adquiridos por su familia (Pithod, 1991, p. 111). Por esta razón, cuando no se sigue lo dictado por este, el sujeto tiende a adquirir sentimientos de culpa y de angustia, pues se castigan por no cumplir con las normas.

De acuerdo con Levinton (2000), a partir de las normas establecidas en la sociedad, se ha construido una imagen con respecto al género femenino, pues es quien cumple un rol mayor en el cuidado de las relaciones y la empatía. Debido a esto, la moral y por ende, el superyó, se posiciona en un lugar de amo en la psique del sujeto, convirtiéndose en algo invasivo y ocasionando que se generen estos sentimientos de angustia que la invade y la paraliza. Por lo tanto, la mujer puede sentirse presionada a cumplir con todo esto, por lo que cede a las demandas de la sociedad y de las personas cercanas a ellas.

Ahora bien, cuando el embarazo se complica y nace un hijo con una condición diagnóstica, provoca que la madre no se encuentre emocionalmente estable, siendo aún más difícil para ella el tener que enfocar toda su atención y cuidados en él. Según Brown y Eisenberg (1995), los niños necesitan de una variedad de recursos provenientes de los padres, que les puedan brindar estimulación cognitiva para su desarrollo ideal. Lo cual da a entender que es necesario que ambas partes deben encontrarse involucradas constantemente para que el infante pueda obtener los recursos sustanciales

durante su crecimiento. Sin embargo, cuando el padre es una figura ausente durante la crianza del hijo, suele existir más presión en la madre, quien debe trabajar para el sustento y aparte estar pendiente del cuidado de su hijo, como señala "M2": "Yo vivo con mi hijo, vivimos los dos [...]. Hay momentos en que no estoy tranquila. Por ejemplo, él es cariñoso, pero lamentablemente tiene dos o tres días seguidos de crisis y a veces eso preocupa, porque igual hay muchos gastos de todas sus necesidades, y a veces los tiempos no son tan buenos. Es complicado".

De esta forma, la angustia también se manifiesta a partir de la presencia de la condición diagnóstica. Así, mediante el discurso de Melanie Klein, se conoce que existen dos posiciones: la primera aparece desde la posición depresiva, puesto que se relaciona con la preocupación del objeto que ama; mientras que la segunda se presenta a partir de una ambivalencia entre el sentimiento de amor y odio (Garbarino, 2012, p. 20). La primera posición se presenta a partir de la pérdida del objeto amado, con referente a la pérdida del imaginario de un hijo sano, lo cual tiende a provocar culpa. Mientras que, la segunda se relaciona con posibles pulsiones destructivas debido a la ambivalencia de emociones con referente al objeto amado/odiado, por la ausencia de deseo de este hijo.

De acuerdo con lo ya señalado, es posible observar que ambas angustias se presentan en una maternidad no deseada, pues con referente a la primera, la mujer se preocupa por este hijo que trajo al mundo, a pesar de no desearlo y se desarrolla la relación madre-hijo, posicionándolo como un objeto de amor. Pudiéndose evidenciar esto dentro del discurso de "M1", en donde menciona "Estoy pendiente de sus movimientos, de sus gestos las 24 horas. No sé si me va a convulsionar o si le vaya a dar un paro cardíaco. Cuando le estoy dando de comer tengo que estar muy atenta para evitar que se atore o cosas así".

Por otro lado, la segunda angustia da cuenta de que puede existir un vínculo complicado entre madre e hijo o, al contrario, la ausencia de este, sin embargo, la madre puede sentir que tiene cierta responsabilidad de encargarse de él. De esta manera, las mujeres que experimentan sentimientos ambivalentes o negativos hacia su embarazo junto con los

sentimientos de angustia encuentran complicado entablar una representación positiva con su bebé, dificultando establecer un deseo de interacción o relación afectiva con él (Mcnamara et Al, 2022, p. 7). Así, en la cuarta entrevista, a partir del discurso de “M4” da cuenta que, a pesar de no tener una relación cercana con su hijo e incluso vivir lejos de él, evitando encargarse de sus cuidados y crianza, este deseo en ocasiones aparece, pues menciona que: “A veces pienso en el diagnóstico y en cómo estará él, pero no es una preocupación constante”

A partir de lo mencionado, se observa que este tipo de madres pueden presentar más inconvenientes al momento de involucrarse en momentos importantes para el crecimiento del niño, en donde se les dificulta su cuidado, o inclusive deciden desligarse de esto por la cantidad de angustia y estrés que genera, provocando un daño al desarrollo del menor.

Culpa

Para poder hablar sobre la culpa que sienten estas madres, es pertinente entender qué es la culpa, según la Real Academia Española [RAE] (2021) “la culpa es una acción u omisión que provoca un sentimiento de responsabilidad por un daño causado”. En este sentido, es evidente que el sentimiento de culpa pueda provocar la idea de que se ha llevado a cabo algo malo, como herir a los demás o el no haber prestado la suficiente atención a algo o alguien. Debido a esto, puede manifestarse en forma de una inquietud constante y en ciertas ocasiones permanente.

Por otro lado, con respecto al psicoanálisis, se entiende como culpa “un sentimiento negativo que las personas pueden experimentar por una mala acción [...] Se considera una emoción autoconsciente y moral, porque implica una evaluación del yo. Además de sentirse mal por la acción, también se caracteriza por sentimientos de arrepentimiento.” (Day, 2014, p. 1). Esto quiere decir que la culpa se relaciona directamente con las creencias aprendidas a lo largo del crecimiento, por lo que, cuando se actúa en contra de esto, tiende a manifestarse.

De esta forma, la maternidad ha sido contemplada como algo que ya se encuentra instaurado dentro de cada mujer, por lo que se suele esperar

que éstas conozcan a fondo la manera de cuidar a un niño. Sin embargo, no es tomado en consideración que la crianza es una tarea complicada, pues conlleva distintos sacrificios y responsabilidades para brindarle a un hijo una vida digna. Por esta razón, estos estereotipos con respecto a la maternidad provocan que en la mujer exista un sentimiento de autoexigencia constante, con la finalidad de cumplir las expectativas que la sociedad le ha instaurado (Carmona, 2017). Sin embargo, cuando aparece la necesidad de descansar o existe una situación que no se pueda afrontar, este sentimiento de culpa va a surgir y junto a él, una sensación de insuficiencia e ineptitud. Por esta razón, es necesario tener en cuenta que, ante la situación de una maternidad no deseada, estos sentimientos se incrementan, debido a que la mujer debe afrontar la responsabilidad y expectativa, más la ausencia de deseo de un hijo.

A partir de esto, Freud (1929, p. 121) señala que: “el sentimiento de culpabilidad no es más que un temor ante la pérdida del amor, es decir, angustia social.” De esta manera, se entiende que la culpa se presenta cuando se le descubre al sujeto realizar un acto que se considera prohibido para su Otro primordial, por lo que se manifiesta una angustia social, la cual produce la culpa. Por consiguiente, en el momento en que la mujer descubre este embarazo y lo ubica como algo no deseado, puede aparecer este sentimiento dado que, la ausencia de deseo de un hijo es usualmente considerada como algo inmoral en la sociedad. Sin embargo, al momento de manifestarse una condición diagnóstica en este hijo, la culpa tiende a incrementar, pues debe afrontar esta ausencia de deseo que estuvo con ella durante el embarazo e inclusive después del mismo. Esto da cuenta de que, mientras los padres atraviesen situaciones que vayan en contra de su moral o de su autoexigencia, aparecerán sentimientos de culpa más fuertes y profundos (Etxebarria, 1992).

Ahora bien, cuando este hijo nace o desarrolla una condición, ya sea física o psicológica, es una carga para los integrantes de la familia, especialmente para la madre, quien asume el cargo completo de cuidadora de sus necesidades. En el momento en que el niño es diagnosticado, la culpa se comienza a manifestar. Hutter, (2001) menciona que en vista de que el rol

de cuidadora es usualmente impuesto sobre la madre, esta puede empezar a manifestar cierta molestia y resentimiento a causa del constante trabajo sin descanso, ocasionando el surgimiento de una sensación de culpabilidad. Se puede observar este sentimiento en el discurso de todas las madres que realizaron las entrevistas, pues se consideraban culpables por el presente diagnóstico de su hijo, cada una con diferentes motivos como la ausencia del cuidado durante el embarazo o los constantes sentimientos de tristeza. Dentro del relato de "M1" se manifiesta lo anteriormente mencionado: "Todo el embarazo la pasé muy triste, estuve casi dos meses botando líquido amniótico y a pesar de que fui con el ginecólogo y no se dio cuenta o bueno de pronto pude haber ido a otro lugar, me confíe de la palabra de ese médico. Creo que pude haber hecho algo un poco más."

Todo esto parece evidenciar que cuando se presenta un embarazo no deseado en la vida de una mujer, varias consecuencias psicológicas pueden llegar a ser manifestadas a través de la depresión, angustia y/o sentimientos de culpa. Así mismo, si a esta maternidad no deseada se le suma una condición diagnóstica en este hijo, es probable que las consecuencias psicológicas empeoren y puedan ocasionar repercusiones en la vida de la mujer, como en el cuidado del hijo con una condición diagnóstica.

¿Existe un rechazo o negligencia hacia el hijo con una condición diagnóstica?

La llegada de un hijo dentro de una familia suele ser una noticia feliz, sin embargo, como ya ha sido alegado a lo largo del capítulo, también hay miembros de la familia que no deseaban este acontecimiento, por lo que en estos casos específicos se puede generar mucha inestabilidad dentro del círculo familiar, especialmente en la mujer. No obstante, cuando un hijo padece de alguna condición diagnóstica, esta circunstancia altera aún más el estado emocional de la madre. Es a partir de esto que surge la siguiente pregunta: ¿Puede existir la posibilidad de que la madre rechace o descuide por completo a este hijo?

Resulta pertinente tener en cuenta lo que señala Rohner (1975) acerca del rechazo parental, el cual lo considera como la ausencia de afecto que

puede tomar tres formas diferentes, siendo: hostilidad y agresividad, indiferencia o negligencia, y por último, puede transformarse en un rechazo indiferenciado. Debido a esto, los hijos de mujeres que no deseaban su embarazo se encuentran expuestos a una posible negligencia y maltrato. Debido a que ellas no están preparadas para asumir dicha responsabilidad, lo que puede provocar falta de atención a las necesidades del menor o una falta de comprensión del porqué de su comportamiento, lo cual puede generar reacciones violentas (Campo, 2011).

Adicional a la ausencia de deseo materno, es común que la historia de negligencia se repita, es decir, las mujeres que poseen comportamientos negligentes con sus hijos, suelen haber atravesado una historia similar en su infancia, siendo desatendidas de forma física y emocional (Cuello, 1978, p. 83); por lo que el ciclo de violencia continúa. La negligencia y el abuso están relacionados y van siempre juntos, pues en todos los casos que no exista una atención necesaria a un niño, se acompaña con golpes, gritos, o constantes regaños, los cuales provocan que el afectado se retraiga y evite hacerse notar dentro de la dinámica familiar para no recibir esos abusos.

De esta manera, es evidente que los padres de un menor son los responsables del cuidado y crianza de un niño, sin embargo, no todos son capaces de brindarle la atención necesaria. A partir de ese momento es donde se presenta la negligencia, es decir, el abandono o descuido de los progenitores, en donde este no proporciona alimento, refugio, limpieza, o cuidados médicos (Stirling, 2019). Esta ausencia de atención tiene consecuencias devastadoras para el menor, pues si presenta un diagnóstico junto a la negligencia, esa condición puede empeorar hasta la llegada de consecuencias devastadoras. Con respecto a lo emocional, las mujeres que cuentan con un comportamiento desapegado tienden a interactuar o relacionarse muy poco con sus hijos (Zainabu, 2018, p. 10) lo que ocasiona que estos no reciban soporte afectivo y, así mismo, significantes para poder sostenerse en su crecimiento.

Por lo tanto, es posible que existan descuidos por parte de las madres mencionadas hacia sus hijos no deseados, presentando una baja expresividad emocional o problemas de memoria con relación a recordar la

información (Universidad de la Laguna, 2018). Estas madres no logran brindar el sostén que necesitan los menores, especialmente a temprana edad y más aún cuando se trata de niños con una condición diagnóstica. Dicha situación puede ser observada en el discurso de la cuarta entrevista, donde “M4” indica lo siguiente: “No vivo con mi hijo, no he pasado mucho tiempo con el bebé. Mi entorno familiar cercano como mi mamá, mis tíos o mi hermana me ayudan, lo visito temporalmente y mantengo el contacto a través de videollamadas. [...] yo lo llevé a Guayaquil cuando tenía 3 o 4 meses de edad para que viviera con mi familia, porque yo la verdad no me sentía bien y tampoco lista como para cuidar de él.”

Lo dicho hasta aquí supone que, aunque existen mujeres que no desearon ser madres, terminan brindando cuidado y protección a sus hijos, especialmente a aquellos que cuentan con una condición diagnóstica que lo amerita. Sin embargo, es posible notar que hay mujeres que no cuentan con ningún tipo de responsabilidad ni sensibilidad para el cuidado de un hijo, al contrario, la negligencia materna se vuelve la base en esta relación, poniendo en riesgo el desarrollo y salud del menor en cuestión.

¿Se niega la ausencia del deseo materno debido a la condición diagnóstica del hijo?

Como ya ha sido mencionado anteriormente, una maternidad no deseada es un acontecimiento complicado de sobrellevar, debido a que incluye una gran cantidad de esfuerzo, tanto físico como emocional, para poder resistir el proceso y a los cambios que este conlleva. Se conoce, además, que este proceso trae consigo una variedad de consecuencias psicológicas que pueden afectar la vida de la mujer en distintos ámbitos de su vida. Sin embargo ¿qué sucede cuando este hijo no deseado nace con una condición diagnóstica? La llegada de un niño con alguna enfermedad física o psicológica puede aparecer como un golpe en la vida de la mujer, pues debe adaptarse inmediatamente a una situación de constante cuidado y atención, por lo que es complicado recordar que aquel hijo no fue deseado.

Acorde a Sánchez (2013) en la negación, ciertos objetos y manifestaciones de la conducta pueden quedar excluidos, funcionando como

un mecanismo de defensa, el cual se da a través de: una negación de la capacidad funcional del yo, de la realidad externa y por último, una represión de la sexualidad. Por consiguiente, se puede inferir que, a partir de la aparición del diagnóstico del hijo, la madre puede llegar a negar esta ausencia de deseo que tuvo durante el embarazo, pues de cierta forma, se manifiesta una culpa ante esta condición diagnóstica. De esta manera, ante la presencia de la afección de un hijo, la reacción que presenta una madre puede ser de alegría, tristeza, enojo, miedo, negación, incluso puede llegar a concluir si decide continuar o no con esta maternidad (Winkler et al, 2005, p.19-31). Es por esto que se pueden dar situaciones en las que estas madres deciden asumir la maternidad debido a la culpa. Durante la escucha clínica fue posible identificar a D, una mujer de 22 años, la cual su hijo se encontraba hospitalizado en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales debido al diagnóstico de hidrocefalia. La madre manifestaba lo siguiente: “En realidad, no quería tener a este hijo, estaba asustada, incluso después de dar a luz negaba tenerlo, pero cuando me enteré de su condición algo cambió, supe que necesitaba cuidarlo porque yo causé esto”. A partir de este discurso, se puede observar como la madre, debido a la culpa que apareció al momento de escuchar el diagnóstico, decidió ejercer su maternidad a pesar de no haberla deseado.

Cuando esto sucede, generalmente ocurre una sobrecompensación en el cuidado del niño enfermo, debido a que la culpa que se generó a partir de la afección provoca un deseo de constante y exagerado cuidado para remediar la ausencia de deseo del hijo. Esto da cuenta de la aparición de la formación reactiva, el cual es un mecanismo de defensa que consiste en un intento de silenciar una sensación incómoda, tratando de comportarse de manera opuesta a sus sentimientos, y así llegar a la satisfacción (Cueva, 2014, p.38). A partir de las entrevistas de M1 y M3 se pudo observar que las dos consideran que han puesto mucha más de su atención y cuidados en sus hijos que presentan condiciones diagnósticas.

Por lo tanto, según Uesu (2016) las madres que tienen o han sentido algún tipo de rechazo hacia la maternidad, manifiestan un sentimiento de culpa. De esta manera, para calmarlo, tienen una relación de sobrecompensación y sobreprotección con sus hijos. Es importante tener en

cuenta que no se puede generalizar, debido a que no todas las mujeres reaccionan de la misma forma ante la condición, puesto que, como ya se ha visto, unas pueden sentir rechazo, enojo y otras muestran indiferencia hacia ellos.

Culpa divina

“P” es una mujer de 25 años, la cual se encuentra dentro del hospital debido a que su hijo de dos meses atraviesa un cuadro de virus sincicial respiratorio. Se abordó a la madre en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, debido a que se observaba preocupada y al borde del llanto. A partir de esto, se realizaron varias sesiones donde ella dio a conocer el diagnóstico del infante y sus preocupaciones. Su queja inicial fue acerca del área y los doctores en donde se encontraba, pues comentaba que no se sentía cómoda, ya que la sala no contaba con una cuna y debía estar constantemente atenta al menor. Sin embargo, mientras avanzaba la sesión, se pudo notar su malestar latente, pues comenta que el embarazo no fue deseado y se denota su posición de culpa ante esto. Menciona a partir de su discurso: “no quería a este hijo, no quería tener más, pero no podía abortar porque iba en contra de mis principios. Ahora creo que Dios me está castigando por no haberlo querido y por haberlo negado tanto”.

A partir de este discurso, se puede dar cuenta de que la presencia del sentimiento de culpa es común en los padres, debido a que consideran que de alguna manera causaron la enfermedad; así mismo, esta culpa los inhabilita y dificulta la atención que se tiene para la misma mujer o para sus hijos (Academia Americana de Pediatría, 2015). De la misma forma, junto con la culpa de “P” también aparece la sobrecompensación, lo que provoca que exista un descuido a sus otros hijos, los cuales no fueron deseados. Por otra parte, según el psicoanálisis, cuando aparece la culpa, viene junto a ella una necesidad de reivindicarse a partir del autocastigo, como puede ser el remordimiento (Juárez, 2014), así pues, se comprende que a partir del discurso de “P” aparecía de forma constante un remordimiento del superyó y de una moral religiosa que la invadía, provocando que se culpara constantemente.

La mujer menciona: “Tengo que dejar sola a mi hija de 7 años, quien tiene un tumor cerebral, a cargo de mi hijo de 5 años. Él en cambio tiene TDAH. Pero no puedo hacer nada, tengo que quedarme cuidando a mi hijo acá en el hospital.”. Según Romero (2020, p. 70) la sobrecompensación es un indicador de la presencia de angustia en la maternidad, por lo que la mujer toma decisiones extremas para calmar su grado de ansiedad, y de cierta forma, satisfacer a una sociedad. En este caso, las decisiones de “P” trataban de satisfacer las demandas de una creencia religiosa instaurada, lo que ocasionó que enfoque su completa atención en este hijo del castigo, dejando de lado a los demás.

Es posible notar a partir del discurso de “P” que, en ciertos casos de mujeres con una maternidad no deseada con hijos que atraviesan una condición diagnóstica, se puede observar la presencia de un profundo sentimiento de culpa, el cual de cierta manera termina funcionando como un instigador para que la mujer se haga cargo de su maternidad. Sin embargo, en ocasiones este instigador puede provocar que esta madre se implique de sobremanera con el diagnóstico del hijo afectado, ocasionando que deje de lado otras responsabilidades, deseos e incluso afecte su dinámica familiar.

Capítulo III

Importancia de la intervención psicológica

Mitos y verdades

La psicología es una disciplina relativamente nueva, que abarca temas que anteriormente no se abordaban o no tenían gran importancia en la sociedad, por lo que no fue tan comprendida o bienvenida. Anteriormente, la salud mental no era considerada como parte fundamental del cuidado del ser humano, por ello, las intervenciones psicológicas eran mal vistas o inclusive catalogadas únicamente para alguien con un trastorno mental. Siendo así, las personas que deseaban introducirse a una intervención, en ocasiones eran fuertemente criticadas y cuestionadas, ocasionando que el cuidado de la salud mental sea una cuestión que deba esconderse de la comunidad, perjudicando a la psicología (Colom, 2000, p. 1). Por esta razón, es fundamental aclarar todos los mitos que existen sobre la psicología y sus intervenciones, para poder describir lo que en realidad conlleva un seguimiento y la capacidad que tiene de producir efectos positivos sobre el sujeto.

Mitos de las intervenciones

Como se mencionó anteriormente, a lo largo de la historia, se han generado diversas creencias erróneas con respecto al labor del psicólogo o analista, y sobre todo lo que conlleva realizar un seguimiento psicológico, es decir, las intervenciones y los resultados del análisis. Por lo tanto, es fundamental dar a conocer estas creencias incorrectas, para así aclararlas y resaltar la importancia de la intervención psicológica.

De este modo, según Lilienfeld (et Al, 2009, p. 335) uno de los mitos más comunes que se tienen acerca de las intervenciones psicológicas es el pensar que se fuerza a las personas a revivir momentos dolorosos de su pasado que posiblemente están influyendo en su comportamiento actual, para de esta forma hacerles frente. Sin embargo, esto no es correcto, debido a que

no se obliga al paciente a recordar situaciones complicadas de su pasado, sino que, por el contrario, el propio sujeto trae a sesión lo necesario como parte de un proceso gradual, para poder generar un efecto terapéutico en las problemáticas de la actualidad. Como es mencionado por Espert (2009) en el análisis se trata de tomar en cuenta el valor de la emergencia de una lógica subjetiva. En este sentido, en la psicología con enfoque psicodinámico no se trabaja a partir de un tiempo cronológico o de forma ordenada con las experiencias de la vida, al contrario, se trabaja con un tiempo lógico, es decir, siempre se toma en consideración lo que el sujeto siente necesario traer a sesión en ese preciso momento. Es a partir de esto que se trabaja con el malestar, buscando detenidamente las marcas de este, puesto que permitirá subjetivar la razón detrás de un comportamiento problemático actual.

Por otra parte, otro de los mitos más escuchados y que se ha establecido dentro del imaginario de muchos individuos es la idea de que la intervención psicológica únicamente se encarga de brindar consejos a personas que presentan algún tipo de malestar o trastorno psicológico diagnosticado (Tan y Lim, 2002). De esta manera, es común escuchar en la sociedad que los psicólogos trabajan únicamente con locos y con personas que tienen problemas fuertes, por lo que se cree que no hay cabida para todos. No obstante, es esencial dar a entender que estas intervenciones no están centradas sólo en personas con un trastorno desarrollado, sino más bien, cualquier persona tiene la posibilidad de acercarse y recibir atención psicológica, pues esta se enfoca en reducir el malestar que se presente diariamente en el sujeto.

¿Qué es la intervención psicológica?

Ahora bien, luego de haber conocido y, a su vez, corregido algunos de los estereotipos que se le han impuesto a la psicología y a su intervención, es necesario definir su concepto. Al contrario de la creencia común, la intervención psicológica orientada al psicoanálisis no solamente trata de comprender al sujeto, debido a esta no exime el malestar y la angustia. Sino que, se basa en la escucha activa, en donde su objetivo es tratar de resolver los conflictos neuróticos, volviendo consciente los contenidos inconscientes (González, 2018, p. 14). Por esta razón, la intervención psicológica no es algo

breve, sino más bien, dependerá de las resistencias del paciente y del tiempo que requiera el malestar del sujeto.

De esta manera, se comprende que, en una intervención, el analista o psicólogo no sigue ningún tipo de patrones, sino que sigue principios que hacen que su trabajo sea algo profesional (Kizer, 2004). Esto hace referencia a que las intervenciones nunca deben ser todas iguales, debido a que cada individuo es distinto, sin embargo, esto no quiere decir que se actúe de manera aleatoria dentro de la misma, al contrario, existen principios que se sostienen en la ética y teoría.

A partir de esto, es necesario dar cuenta que todos los profesionales de la salud mental deben de tomar en consideración los cuatro principios que menciona Diego Gracia en su libro llamado Fundamentos de bioética (como se citó en Mendoza, 2007), los cuales son:

1. Del respeto a la autonomía: El profesional siempre debe tener cuidado al atender a un individuo, puesto que se encuentra en una posición en la que podría llegar a manipular al paciente para beneficiarse económicamente o de otros modos. Por lo que es importante respetar y no aprovecharse de la ignorancia de los demás.
2. Del apoyo, pero no dependencia: Las intervenciones deben fomentar la independencia del paciente, es decir, se deben brindar herramientas que le servirán al sujeto para que pueda empezar a hacer frente a su malestar sin la necesidad de acudir con el psicólogo.
3. De la no lesión a través de la negligencia, la ignorancia, impericia o ruptura de la confidencialidad: No aprovecharse de la falta de conocimientos del paciente para beneficio propio, al contrario, procurar siempre formar una relación terapéutica basada en la confidencialidad y en el respeto.
4. De la no discriminación, marginación o segregación de los pacientes: Siempre estar dispuesto a ejercer el derecho que tienen todos los seres humanos al cuidado de la salud mental y por lo tanto, a la atención psicológica.

Por otra parte, con respecto al código de la ética, se refiere a una característica fundamental en el área profesional de la psicología. Estos códigos éticos van de la mano con los principios morales y reglas que se pueden encontrar dentro de una intervención con un profesional, siendo posible catalogar a la práctica como algo efectivo o al contrario, como una mala práctica (Villarini, 1994), favoreciendo a la comunidad que solicita una atención personalizada y de buena calidad. En ese caso, la intervención psicológica aludiendo a la ética, debe ser establecida a un uno por uno, es decir, a la singularidad del individuo. Hay que tener en cuenta que no significa que se le facilita a cada uno un objeto que lo colme y le complete la falta (Gómez, 2011, p.161), sino que en realidad, se trabaja junto con el paciente para que dé cuenta la razón de su malestar y brindarle las herramientas necesarias.

De esta manera, en una intervención psicológica, el principio en el cual se pone énfasis es en la confidencialidad de la sesión y todo lo hablado dentro de ella. Esto quiere decir que “los psicólogos tienen el deber de guardar secreto de todo conocimiento obtenido en el ejercicio de su profesión, pues protege la seguridad e integridad de los consultantes y sus familiares” (Ferrero et al, 2018, p. 33). Así pues, las intervenciones implican un espacio seguro entre paciente-analista, en donde pueden traer a sesión temores, quejas o angustias que les provocan dificultades en su diario vivir.

A partir de una intervención, el psicólogo tiene la capacidad de tomar en cuenta aquel síntoma individual que la medicina no tiene en consideración, es decir, los síntomas que dependen de las vivencias del sujeto, los cuales no tienen que ver con algo físico, sino que se relaciona con lo inconsciente y sus fijaciones. (Freud, 1916, p. 332). De esta manera, es evidente que el trabajo del psicólogo dentro de la intervención, es trabajar junto al paciente para reducir en lo más posible, su malestar.

¿Por qué es imprescindible que estas madres tengan una intervención psicológica?

Como se mencionó anteriormente, una intervención psicológica le permite al paciente trabajar con el síntoma que le produce una angustia y reducirla de forma progresiva a partir de su propio trabajo clínico. Cuando llega una mujer con una maternidad no deseada que tiene hijos con una condición diagnóstica a sesión, usualmente trae este acontecimiento como un malestar. Se puede observar este malestar en “D”, una paciente de 25 años que se observaba distante de la camilla de su hija. Al realizar la sesión, comenta que esta niña no fue planeada ni deseada: “No quería tener hijos, tenía otros planes, quería estudiar. Pero cuando me enteré de ella sólo tuve que asumir la responsabilidad”. De esta manera, no llegó a una sesión con un sufrimiento, sino que, aunque llegue el sujeto con ese nombre, paulatinamente se convierte en una queja dirigida al Otro (Miller, 2006, p. 69), lo cual hace referencia al sufrimiento del cambio de sus planes de vida. En este caso, la queja está dirigida a su embarazo, su incapacidad de estudio e inclusive actualmente, la enfermedad de la hija. Así, es necesario que transcurra la intervención para poder resignificar su discurso, el cual da cuenta de un sufrimiento, para permitir que exista una modificación subjetiva.

La implicación es necesaria en el proceso de intervención, debido a que según Freud (1913, p. 90), “lo decisivo para la formación del síntoma no es la realidad objetiva del vivenciar, sino la del pensar”. Así, se comprende que el síntoma no aparece en la realidad como tal, sino en la realidad subjetiva en donde nada es real y todo es producto de la propia fantasía del sujeto con una pizca de lo real. La presencia de los efectos psicológicos en una maternidad no deseada, como lo son la angustia o la culpa, se manifiestan debido a los propios acontecimientos que han atravesado, siendo estos: la religión, la moral, la presión social y el machismo. En este sentido, la culpa se presenta a partir de la moral que instaura el Otro desde su discurso, más no ocurre una implicación propia.

Por esto, es necesario reubicar y tratar de lograr una rectificación subjetiva, de la cual Lombardi (2009) señala: “Lacan designa como rectificación subjetiva el viraje en que el sujeto cambia de perspectiva, de algo real y concreto de su síntoma, e introduce su participación en el mismo”. Dando a entender que la posición subjetiva, con respecto a la situación en la que se encuentra la mujer, puede ser modificada para poder dar cuenta de qué forma está influenciando su angustia, comenzando a trabajar en la reducción de estos efectos a partir de la sintomatización y a su vez, implicarla dentro de su relación madre e hijo.

Como se ha trabajado durante la presente investigación, la maternidad no deseada trae consigo una variedad de efectos psicológicos que pueden repercutir negativamente sobre la mujer con respecto a los cuidados y atención del infante, y de su propia salud, tanto física como mental. A esto, se le debe sumar el hecho de tener un hijo que esté sufriendo de alguna condición diagnóstica, lo cual implica involucrarse más de lo que se podría esperar, generando un malestar. Este puede funcionar como un indicador que da cuenta que una alternativa recomendable sería empezar una intervención psicológica. Se pudo observar previamente en “D” un malestar evidente con respecto a su maternidad, lo que ocasiona que se ubique en una posición distante con respecto al cuidado y atención de su hija. Sin embargo, a partir de una intervención, la madre pudo notar que su malestar provenía de las exigencias que le transmitieron sus padres durante toda su vida. Por lo que, al quedar embarazada, se sentía decepcionada, no solo de ella misma sino de sus padres, quienes la presionaban de manera excesiva a estudiar. A partir de esta comprensión, fue posible abordar la angustia y comenzar a trabajarla, con el fin de sintomatizarla.

De esta manera, es posible entender que una intervención psicológica es fundamental en estas madres, debido a que a partir de este proceso, junto a la rectificación subjetiva, tendrán la capacidad de trabajar con estos efectos psicológicos que las afligen, y reducir a su vez la magnitud de los mismos. Lo cual permitirá un mejor funcionamiento en los ámbitos de su vida, especialmente en el cuidado del menor.

¿Cuándo es recomendable la intervención con estas madres?

Es evidente que, atravesar por este tipo de situación puede resultar como una vivencia traumática, provocando una serie de consecuencias psicológicas, como lo son la depresión, culpa, angustia, rechazo, negligencia hacia su hijo, o puede aparecer la negación. Debido a esto, la intervención psicológica es fundamental en la vida del sujeto, especialmente en estos casos, puesto que tiene como objetivo producir un cambio personal que le permita al sujeto optimizar sus recursos personales y reducir la angustia para evitar que lo paralice (Ricou et al, 2019). Sin embargo, si no recibe una atención psicológica en el momento adecuado, la mujer no tendrá la capacidad de responder ante la angustia que le causan estos efectos psicológicos, dificultando su propio cuidado y de igual forma, la responsabilidad de la crianza y atención de su hijo.

Entonces, puede aparecer la pregunta ¿Cuándo deberían recibir atención psicológica estas mujeres? Muchas veces se atraviesan por diversas circunstancias que han sido resueltas por uno mismo, no obstante, gracias a que esto se convierte en una costumbre, no se suele hacer caso a las señales que se pueden presentar. Es necesario tomar en cuenta el buscar ayuda profesional en los momentos en que se manifiestan sentimientos de incapacidad acerca de la resolución de alguna situación que provoque un desbordamiento (Zohn, 2015). Siguiendo esto, en el caso de estas mujeres con hijos que presentan una condición diagnóstica, estos momentos recomendables para asistir a terapia serían cuando se manifiestan sentimientos de tristeza profunda constante y pérdida del sentido de su vida, ya que alude a una depresión. También cuando aparecen pensamientos negativos sobre sí misma y su hijo, para evitar cualquier tipo de conductas violentas que se puedan desarrollar.

De igual forma, en ocasiones se presenta en el sujeto “un conflicto emocional ocasionado por una dolencia en su dolor psíquico, representado por sentimientos de vacío, tristeza, culpa o angustia que son desagradables y

cortantes para su libertad y su interacción con otras personas” (Campo, 2004, p. 127), siendo éstas un indicio para acudir a una intervención. En estos casos, las mujeres suelen llenarse de estos sentimientos debido a la carga y responsabilidad de lo que están afrontando, ocasionando problemas significativos en su estilo de vida. Es posible observar esto dentro del caso “C”, una madre de un hijo con depresión cerebral neonatal, la cual presentaba sentimientos de culpa muy profundos, ya que se sentía responsable de la condición de su hijo debido a su propia depresión ocasionada por la muerte de su madre. En el caso de “C”, fue indispensable una intervención debido a que su sentimiento de culpa junto al malestar y constante tristeza, producía complicaciones con respecto al cuidado de su recién nacido.

Por lo tanto, para evitar que el estilo de vida de estas mujeres se vea aún más afectado, es imperativo que acudan a una terapia psicológica. Para que de esta manera, junto con el psicólogo y sus intervenciones, se pueda trabajar con herramientas y adquirir recursos para poder reducir el malestar que ocasionan estos efectos. Es necesario tener en cuenta que una forma en la que estas intervenciones puedan llegar a ser efectivas, la mujer debe estar dispuesta a asistir y colaborar en la práctica, sino al contrario, existirán tales resistencias que no le permitirá visualizar una mejoría ante esto.

Posible intervención sobre los efectos psicológicos

Como se ha mencionado durante este capítulo, cada sujeto actúa y reacciona de forma individual, pues se atraviesan distintas experiencias que construyen el inconsciente. Por esta razón, no es posible intervenir e interpretar su historia de la misma manera. Sin embargo, a pesar de que no se pueda generalizar una sesión, se puede intervenir a partir del inconsciente establecido, debido a que “es una referencia primordial a través de la cual pueda operar el clínico [...] a partir de allí se puede visualizar las modalidades de una historia de singularidades.” (Mass, 2013, p. 39). Así pues, se comprende que la herramienta principal para una correcta intervención es permitir que el inconsciente del sujeto salga a flote a partir de la palabra, con la finalidad de que se ejecute la asociación libre.

Desde el psicoanálisis de Freud, las intervenciones que se llevan a cabo en una terapia son denominadas interpretaciones analíticas, las cuales tienen la función de permitir que el paciente se dé cuenta de sus ideas inconscientes, por medio de la palabra (Pérez, 2007). Dando cuenta de que el analista será quien dará cabida a la interpretación de los dichos del sujeto. Ahora bien, por otra parte, siguiendo con esta teoría, Lacan la formaliza a través de la fórmula $S1 \rightarrow S2$, entendiéndose como S1 a las palabras que se les puede dar un significado y S2 como el sentido que tienen estas palabras. (Lacan como se cita en Pérez, 2007). De este modo, el propósito de una intervención psicoanalítica es el intentar que caiga el S1, es decir, procurar que se reduzcan las identificaciones que el sujeto pueda formar a partir de este significante, para despojarlo del sentido que le brinda. Así, se podrá distinguir el significante amo, el cual es el principal responsable del malestar del sujeto, para replantearlo y brindarle un nuevo significante que lo sostenga.

En este sentido, para poder intervenir dentro de una sesión, es fundamental comprender la importancia de la escucha activa dentro del espacio analítico, debido a que a partir de esta, es posible capturar el inconsciente y al significante amo que lo aqueja a partir de un dicho o frase que lo identifique. De esta manera, para poder intervenir con los efectos psicológicos, es necesario poder interpretar aquello que lo aqueja, debido a que el sujeto se presenta con un malestar, mas no el porqué del mismo. La pulsión y el goce son las razones principales que se encuentran en el inconsciente del sujeto. Por lo tanto, para que se pueda llevar a cabo una transformación pulsional y el goce se vuelva soportable, Lacan utiliza los recursos poéticos retóricos del inconsciente (Laurent, 2020, p. 30), por lo que se entiende que a partir de esto, es posible traducir el goce. La interpretación no busca aconsejar, afirmar o negar su discurso, en realidad busca dirigir al sujeto con la verdad, es decir, con su S1. Por esta razón, a partir de la misma, se puede acercar al sujeto con el deseo y alejarlo de la demanda inicial, la cual era la angustia que no se comprende. (Bustos, 2014)

Para poder interpretar e intervenir en el sujeto, es necesario la ejecución de un desgaste de los mecanismos de defensa para evitar que estos

dominen el inconsciente (Quintana, 2009, p. 3017), sino que al contrario, estos se reduzcan y se permita la ruptura de lazo entre el significante amo con el significado como tal. Pero, ¿cómo se efectúa el desgaste dentro del discurso del sujeto? Para generar este desgaste es importante tratar de buscar el primer momento de la aparición del malestar, en donde seguramente fue instaurado el significante amo y modificó el pensamiento del sujeto. Es poco común que sea directo el encuentro con este primer momento, por esta razón, se deben realizar preguntas tales como: “¿Cuándo fue la primera vez que te sentiste así?” o “¿Recuerdas la primera vez que pensaste esto?”.

Este retroceso le permitirá al sujeto disminuir sus defensas de manera gradual hasta la llegada del momento como tal. A partir de aquí, con la caída del significante amo, se da una rectificación subjetiva, debido a que este significante imposibilitaba al sujeto. Haciendo referencia al caso de “C”, se intervino a partir del desgaste, en donde se le preguntó desde cuando se sentía culpable por el diagnóstico de su hijo. En primer lugar, mencionaba la muerte de la madre, seguido por la ausencia de deseo de su embarazo y finalmente, mencionó que su hija le repetía durante varias ocasiones cuando se encontraba embarazada que debe superar a la madre, porque le iba a ocasionar un daño al bebé. Dando a entender que esta era la verdadera razón por la que estos sentimientos se presentaron en ella; luego de descubrir el S1 que ocasionaba su malestar, se pidió al doctor de área que se acercara a la madre para explicar que no existe relación entre ambas afecciones, lo que permitió que la mujer se haya sentido un poco más aliviada.

De esta manera, se entiende que la intervención depende exclusivamente del sujeto, de su estructura psíquica y malestar específico que presente. A partir de una correcta intervención dentro de la sesión, se permite la entrada a una interpretación, la cual busca acercar al sujeto a su deseo y descubrir las razones de su malestar. Esto quiere decir que la interpretación tiene la finalidad de resignificar aquello que se aqueja (Bustos, 2014), dando paso a una reducción del malestar. En el caso de las mujeres que atraviesan una maternidad no deseada, es posible intervenir a partir de sus efectos psicológicos manifiestos, pues estos de cierta manera les provocan angustia y malestar en su vida y cuidado, tanto de ella como el de su hijo. A partir de la

interpretación, será posible dar cuenta la razón por la cual le aqueja esta maternidad e incluso, porqué en algunos casos llega a negar o sobrecompensar la crianza de un hijo.

Efectos de la intervención

El objetivo de este capítulo es determinar la importancia de la intervención psicológica en las mujeres con una maternidad no deseada, cuyos hijos tienen una condición diagnóstica. De esta manera y previo a lo anteriormente trabajado, se puede determinar que estas intervenciones son fundamentales para reducir la angustia y relacionarse de mejor forma con los otros, especialmente con su hijo, pues permitiría asumir su cuidado y vínculo. Sin embargo, es necesario comprender más a fondo qué tipo de efectos tiene la intervención. Así pues, Piguave (2013) comenta que:

Los efectos terapéuticos tienen que ver con cambios en la posición subjetiva de los sujetos, depende del caso y la subjetividad, y como este responda a las intervenciones hechas por el analista, que siempre irán acompañadas intrínsecamente de la relación transferencial para moverse. (p. 37)

A partir de esto se entiende que los efectos de la intervención no son universales, debido a que cada sujeto es un ser que puede sacar distintas conclusiones con respecto a estas intervenciones e inclusive, puede existir una diferenciación a partir del analista, las técnicas que utiliza y el nivel de transferencia establecido durante la sesión.

Los efectos terapéuticos se pueden llegar a producir a través de la caída del significante amo, el cual provocaba que el sujeto se encuentre sufriendo constantemente, también se pueden producir por medio de la superación de una inhibición (Mattera, 2004, p.10). Esto da cuenta de que en muchas ocasiones, el sujeto decide reprimir ciertos comportamientos y sentimientos que no considera adecuados, lo cual pudo haber sido provocado por un acontecimiento traumático.

Por otra parte, el significante amo es un vacío de significación, el cual designa como tal al mismo (Savio, 2015, p. 50), de esta manera, se debe comprender qué domina al sujeto dentro de su propio discurso, pues es el primer significante establecido. Así pues, el discurso del amo se posiciona como aquello que nombra al sujeto, el cual ocasiona que aparezca su sufrimiento. Es necesario entonces, a partir de las intervenciones mencionadas anteriormente, trabajar con el sufrimiento que le ha causado al paciente, y de esta forma, opera una resignificación del mismo. El significante amo en las mujeres con una maternidad no deseada, variará dependiendo de su entorno y su moral, por ejemplo, en base al caso presentado en la viñeta “Culpa divina”, este significante era la culpa debido a la ausencia de deseo materno, lo cual a su vez la castigaba. Sin embargo, tras su caída, la culpa en la paciente se redujo, permitiendo que se implique de mejor forma en el tratamiento de su hijo.

Otros de los posibles efectos terapéuticos que pueden ser producidos a partir de una intervención han sido mencionados por Edelson (como se citó en Ávila, 1989), como una posible disminución a la inclinación de reaccionar frente a las mismas situaciones que desarrollaron su malestar y por último, llegar al insight a partir del propio análisis profundo de las intervenciones. Es decir, la capacidad de comprender un problema mediante una mirada diferente, lo que permite encontrar una solución que anteriormente no se había pensado.

Todos estos efectos terapéuticos, provocan que el sujeto posea interpretaciones racionales, tanto de sí mismo como de las cosas que lo rodean. De acuerdo a esto, dentro de los casos de estas mujeres, es posible que mediante un profundo trabajo de intervención psicológica, se pueda producir un efecto de la reducción de los síntomas psicológicos presentes en ellas, siendo capaces de llevar a cabo la rectificación subjetiva.

Capítulo IV

Metodología

Enfoque

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo analizar la maternidad no deseada y sus efectos psicológicos en mujeres con hijos con una condición diagnóstica para establecer la importancia de una intervención psicológica. Para esto, primero se realizó una revisión bibliográfica para determinar una línea base o punto de partida, que se profundizará con la aplicación de entrevistas a personas que cumplan con las características del objeto en cuestión.

Por lo tanto, se ha decidido utilizar el enfoque cualitativo, puesto que se trata de analizar y comprender la manera en que los sujetos perciben sus distintas experiencias y su reacción ante estas (Hernández et al, 2014). Esto permitirá establecer la importancia de una intervención psicológica temprana para que las madres aprendan cómo sobrellevar esta situación inesperada de potencial angustia.

Paradigma

El paradigma de este trabajo de investigación es el interpretativo, puesto que, como señala Perez Serrano (como se citó en Ricoy, 2006):

Intenta comprender la realidad, considera que el conocimiento no es neutral. Es relativo a los significados de los sujetos en la interacción mutua y tiene pleno sentido en la cultura y en las peculiaridades de la cotidianidad del fenómeno educativo. En este sentido, remontamos al pasado para comprender y afrontar mejor el presente. (p. 17)

Por lo tanto, es evidente que, a partir de este paradigma, se exploraron los diversos factores culturales, sociales y psicológicos que influyen sobre la decisión de estas mujeres a proseguir con la maternidad, lo que permite tener una visión más amplia sobre las causas que influyen sobre la problemática que se está abordando. De la misma forma, se utilizan recortes en base a la

propia experiencia clínica, lo que abre la posibilidad de captar la realidad de estas mujeres desde otro punto de vista.

Método

La investigación se llevó a cabo por medio del método descriptivo, puesto que, tomando en cuenta lo que señala Ramos (2020):

En este alcance de investigación ya se conocen las características del fenómeno y lo que se busca es exponer su presencia en un determinado grupo humano [...] Se busca realizar estudios de tipo fenomenológicos o narrativos constructivistas que busquen describir las representaciones subjetivas que emergen en un grupo humano sobre un determinado fenómeno. (p.3)

Los estudios en los cuales se utiliza el método descriptivo son característicos por ser univariados ya que tienen como objetivo que los investigadores relacionan las variables dependientes e independientes, estableciendo a través de metodologías estadísticas un análisis concreto que conlleve a corroborar la hipótesis planteada. Una metodología descriptiva se inicia con una exploración sobre el tema de estudio; incluyendo conceptos y terminologías que permitan conocer de forma clara los parámetros que se estudian. (Ochoa & Yunkor, 2019). Sin embargo, será de vital importancia conocer las características y modelos específicos que los investigadores desean desarrollar en el proceso de análisis de un tema en específico.

Por otra parte, este tipo de investigación es considerada como un proceso diagnóstico debido a que responde interrogativas que poseen niveles relacionales; funcionando, así como la respuesta a una propuesta concreta (Nieto, 2018). Así como también, se encuentran intrínsecamente conectadas a la toma de información de manera cualitativa; en este proyecto de investigación se procedió a realizar entrevistas a diferentes individuos para solventar la problemática planteada de forma inicial que es conocer cuáles son los efectos psicológicos provocados por una maternidad no deseada en mujeres de 18 a 25 años que tienen hijos con una condición diagnóstica.

Técnicas de recolección de información

Todo tipo de investigación, ya sea la metodología aplicada en la misma sin especificar un enfoque necesita cumplir con ciertos fundamentos que hacen referencia a un esquema sistemático, ordenado y real para poder ser tomado como una investigación seria. Por lo tanto, se procede a organizar la estructura de este proyecto de investigación con la finalidad de proveer datos reales y adecuados; los mismos que servirán como punto de partida para otros estudios futuros. Sin embargo, al usarse una metodología de recolección de datos cualitativa, no será posible detallar con exactitud debido a su función dinámica; por lo que su grado de confiabilidad será implementado a partir de las técnicas empleadas durante todo el proceso de elaboración del trabajo (Borjas, 2020).

Una técnica que se utiliza de manera continua es la entrevista y consiste en que el investigador interroga a una o más personas sobre un tema concreto de análisis; así como también se puede aplicar de forma grupal. En términos generales, la estructura de un proceso de investigación cualitativo debe ser medida de acuerdo a cinco pasos principales que son (Molina, 2019):

1. Definición del problema, este parámetro es posible que sea modificado a medida que avanza el análisis ya que los investigadores podrían concluir que existe una o más variables que deben ser incluidas.
2. Diseño de la investigación, es un proceso modificable que será considerado a partir de los datos y conceptos obtenidos.
3. Recolección de datos, se utiliza el análisis de información conceptual, entrevistas.
4. Análisis de datos, se caracteriza porque no se utilizan cifras, sino más bien se trabaja de forma subjetiva y de acuerdo con las consideraciones de los investigadores.
5. Validación de la información, será en función a los datos e información obtenida durante el proceso de investigación que adicionalmente deberán ser basados en datos confiables y verídicos.

De acuerdo a los conceptos expuestos sobre la metodología de investigación que fue aplicada en este proyecto, se expone que fue utilizada la entrevista estructurada como técnica de recolección de datos con la finalidad de obtener información sobre los diferentes tipos de efectos psicológicos que pueden ser presentados por las mujeres en estos casos, ya que se considera que es la forma adecuada para obtener toda los datos correspondientes y cumplir con los objetivos generales y específicos planteados de forma inicial.

Población

La selección de la población en un proceso de investigación corresponde al individuo o individuos que se busca analizar para determinar una conclusión, es indispensable reconocer que obtener la mayor cantidad de información referente a una problemática afectará de forma positiva a los resultados de la investigación **(Conejero, 2020)**.

Se considera como población de estudio para este proyecto de investigación a cuatro mujeres de Guayaquil entre 18 a 25 años que hayan atravesado un embarazo no deseado y que, a su vez, el hijo nació y/o desarrolló una condición diagnóstica.

Procedimientos necesarios para la organización, sistematización y análisis de datos.

Variable independiente: Maternidad no deseada

Variable dependiente: Efectos psicológicos en mujeres con hijos con una condición diagnóstica

La variable independiente fue tratada a partir de una revisión bibliográfica con la finalidad de identificar los factores influyentes por los cuales se puede efectuar una maternidad no deseada.

La variable dependiente también fue tratada por medio de una revisión bibliográfica para poder identificar cuáles son los efectos psicológicos que se presentan a partir de una situación de maternidad no deseada.

La correlación de ambas variables fue analizada con relación a una revisión bibliográfica junto a los resultados obtenidos de las entrevistas que

se llevaron a cabo a 4 mujeres que cumplen con las características requeridas.

Para poder realizar las preguntas utilizadas en esta entrevista, se llevó a cabo el cuadro de variables y subvariable, por lo cual se generó la siguiente matriz de operación de variables:

Variable	Subvariable	Dimensión conceptual	Dimensión instrumental	Preguntas de entrevista
Maternidad no deseada	La maternidad no deseada	La maternidad no deseada es una condición que afecta directamente a la subjetividad de la mujer debido a que, al no encontrarse preparadas emocionalmente para criar a un hijo, puede ocasionar una variedad de consecuencias como lo son la culpa, angustia o depresión (Aguilar et Al, 2021, p. 154).	Entrevista semidirigida	-Cuando se enteró de su embarazo ¿cómo se sintió?

	Factores culturales	<p>Maurice Duverger (como se citó en Tinoco et al, 2018) “Es un conjunto coordinado de maneras de actuar, pensar y de sentir, constituyendo los roles que definen los comportamientos expresados de una colectividad de personas”</p>	<p>- ¿A qué edad tuvo este hijo? -¿Su embarazo fue planeado o deseado?</p>
	Factores sociales	<p>Guzmán y Caballero (2012) quienes mencionan lo siguiente: “Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación social, como lo</p>	

		son: las estructuras sociales, instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, etc, las cuales [...] inciden en la realidad concreta como un todo en la misma forma que ella influye también en ellos". (p. 345)	
	Factores psicológicos	Así, en el factor psicológico forma parte el proceso de regulación emocional, en donde estas emociones se despliegan ante un suceso importante para el sujeto, afectando la experiencia subjetiva (Jiménez y Salcido, 2019, p. 15)	¿Ha recibido atención psicológica? y si no es así ¿Considera necesario recibir esta atención?

Efectos psicológicos en mujeres con hijos con una condición diagnóstica	Depresión	<p>“Esta condición puede manifestarse a partir de cambios de humor, cognitivos y psicomotores tales como: irritabilidad, llanto frecuente, sentimientos de impotencia, culpa, ausencia de energía y motivación, falta de concentración, trastornos alimenticios y de sueños, entre otros” (de Freitas, 2014)</p>	<p>- ¿Ha sentido una tristeza profunda en algún momento del embarazo o crianza de su hijo?</p> <p>- ¿Ha experimentado pérdida del interés y de la capacidad para disfrutar?</p>
	Angustia	<p>“De esta manera, las mujeres que experimentan sentimientos ambivalentes o negativos hacia su embarazo junto con los sentimientos de angustia, encuentran</p>	<p>- ¿Cuánto tiempo le tomó aceptar su situación?</p> <p>- ¿Se encarga sola de los cuidados de su hijo o recibe ayuda de alguien?</p>

		<p>complicado entablar una representación positiva con su bebé, de esta manera se convierte en algo complicado el establecer un deseo de interacción o relación afectiva con él” (Mcnamara, 2022, p. 7)</p>	<p>- ¿Considera que se encuentra constantemente preocupada?</p>
	Culpa	<p>“La emoción de la culpa es un sentimiento negativo que las personas pueden experimentar por una mala acción [...] La culpa se considera una emoción autoconsciente y moral porque implica una evaluación del yo. Además de sentirse mal por la acción, también se</p>	<p>- ¿Se ha llegado a sentir culpable en algún momento por el diagnóstico de su hijo? ¿Por qué?</p>

		caracteriza por sentimientos de arrepentimiento y tensión” (Day, 2014, p. 1)		
	Negación	Uesu (2016) “las madres que tienen o han sentido algún tipo de rechazo hacia la maternidad ocasiona un sentimiento de culpa, de esta manera, para calmarlo, mantenían una relación de sobrecompensación y sobreprotección con sus hijos, para de esta manera, lograr calmar los sentimientos de culpa y angustia.”		<ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene más hijos? y si es así: - ¿Ha sentido en algún momento que ha desprotegido a sus otros hijos? - ¿Considera que se ha enfocado más en los cuidados de su hijo, dejando de lado su vida social/familiar?
	Condición diagnóstica	“procedimiento en donde un profesional de la salud identifica una enfermedad o		<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué condición médica

		el estado del paciente con la ayuda de varias herramientas que permiten definir su cuadro clínico” (León, 2018).		presenta su hijo? - ¿Qué sintió cuando se enteró de esta condición?
--	--	--	--	--

Capítulo V

Presentación y análisis de resultados

Presentación de resultados

Para poder obtener los resultados de la investigación que se mostrarán más adelante, se llevó a cabo una entrevista semidirigida formada por 14 preguntas, las cuales fueron realizadas por medio de la matriz de operacionalización de variables. Las preguntas se hicieron a cuatro mujeres que cumplieran con todas las características de la temática trabajada.

Las entrevistadas fueron convocadas por medio de videollamadas que duraron 30 minutos aproximadamente. Es necesario dar cuenta que todas las participantes firmaron un consentimiento informado, se mostraron dispuestas a participar y sus respuestas fueron acorde al tema de investigación tratado.

Las preguntas que fueron ejecutadas a partir de la matriz de operacionalización de variables, están basadas en las siguientes variables: La maternidad no deseada y los efectos psicológicos de mujeres con hijos con una condición diagnóstica. Las 14 preguntas obtenidas son:

1. ¿Su embarazo fue planeado o deseado?
2. ¿A qué edad tuvo este hijo?
3. ¿Cómo se sintió cuando se enteró de su embarazo?
4. ¿Ha sentido una tristeza profunda en algún momento del embarazo o crianza de su hijo?
5. ¿Ha experimentado pérdida del interés y de la capacidad para disfrutar?
6. ¿Qué condición médica presenta su hijo?
7. ¿Qué sintió cuando se enteró de esta condición?
8. ¿Cuánto tiempo le tomó aceptar su situación?
9. ¿Se ha llegado a sentir culpable en algún momento por el diagnóstico de su hijo? ¿Por qué?

10. ¿Se encarga sola de los cuidados de su hijo o recibe ayuda de alguien?
11. ¿Considera que se ha enfocado más en los cuidados de su hijo, dejando de lado su vida social/familiar?
12. ¿Considera que se encuentra constantemente preocupada?
13. ¿Tiene más hijos? y si es así: ¿Ha sentido en algún momento que se ha centrado un poco más en su hijo que en los otros?
14. ¿Alguna vez ha recibido atención psicológica? y si no es así ¿Considera necesario recibir esta atención?

Análisis de resultados

Mediante el presente capítulo se procede a exponer los resultados obtenidos a través de las entrevistas planteadas y el análisis conceptual realizado durante el proceso de investigación, que se consideran que son datos confiables, reales y verdaderos que serán referenciales para concluir de manera acertada el presente trabajo de titulación.

- **Variable:** Maternidad no deseada.

Esta variable hace referencia a las situaciones en las que se pueden encontrar algunas mujeres, donde debido a diversas razones, deciden continuar con un embarazo que no fue planificado y por ende, no lo deseaban. A partir de esta variable se podrá conocer el punto de vista de las mujeres con respecto a la manera en la cual han atravesado este embarazo y maternidad. Para una mejor comprensión se muestra el índice de esta variable con las subvariables y códigos correspondientes

VARIABLE: MATERNIDAD NO DESEADA

SUBVARIABLE 1: MATERNIDAD NO DESEADA

¿Cómo se sintió cuando se enteró de su embarazo?

SUBVARIABLE 2: FACTORES CULTURALES Y SOCIALES

¿A que edad tuvo este hijo?

Código: Edad

¿Su embarazo fue planeado o deseado?

Código: Embarazo no deseado

SUBVARIABLE 3: FACTORES PSICOLÓGICOS

¿Alguna vez ha recibido atención psicológica?

Código 1: Ausencia de intervención

Código 2: Intervención

¿Considera necesario recibir esta atención?

Código 1: Importancia

Código 2: Relevancia

- **Subvariable:** La Maternidad no deseada

En relación a la pregunta **¿Cómo se sintió cuando se enteró de su embarazo?** Con referente a la subvariable la maternidad no deseada, se realizó el siguiente código:

Emociones

Con respecto a las emociones que se dieron al momento de descubrir su embarazo fueron: "Normal igual que con los otros porque ninguno fue planificado, y ya pues, ya me los mandó Dios y ya los tuve que aceptar" (M1); "Fue una serie de sentimientos, lloré mucho, me dio risa, náuseas, no sabía qué hacer. Llamé a mi mejor amiga, ella ya estaba planeando el baby shower, pero yo no sabía qué hacer, fue muy raro todo." (M2); "Sorprendida, no me lo esperaba, pero igual de cierta forma me alegré." (M3); "Bueno, no fue un embarazo tranquilo, porque tuve preclamsia, entonces estuvo bastante complejo en ese sentido, además de que yo en realidad no lo quería tener, entonces imagínese, me sentía muy mal. Además, estuve alejada de mi familia, porque estaba en Quito y ellos en Guayaquil y me sentía sola, porque también tenía muchos problemas con mi pareja en ese entonces, teníamos muchas discusiones". (M4)

Análisis de pregunta

De acuerdo a las respuestas de cada participante, es posible denotar que los sentimientos y emociones que se presentaron al momento de descubrir su embarazo son descritos de forma variada. Las emociones manifestadas fueron de tristeza, alegría, sorpresa, ambivalencia, tranquilidad e inclusive de resignación ante la situación que se presentó. De esta manera, se puede comprender que a pesar de ser un mismo acontecimiento, las reacciones ante este pueden ser distintas, dependiendo de la persona y las situaciones que se están atravesando. Hay que tener en cuenta el nivel de

deseo en relación a este embarazo, por ejemplo, la madre que aceptó el embarazo expresa un deseo inconsciente ante él, pues sintió alegría por la noticia; de igual manera, la resignación que presenta otra participante también se relaciona con el deseo, pues no es completamente nulo. Sin embargo, es oportuno dar cuenta de que los sentimientos de tristeza y ambivalencia que manifiestan las otras dos entrevistadas, son producidos a partir de la ausencia de deseo ante este hijo.

- **Subvariable:** Factores Culturales y factores sociales

Con respecto a la pregunta **¿A qué edad tuvo este hijo?** Con referente a la subvariable factores culturales y sociales, se estableció el siguiente código:

Edad

Las participantes indican que la edad en la cual concibieron a su hijo fue: "A los 24" (M1); "A los 19" (M2); "La tuve a los 25 años." (M3); "A los 24" (M4).

Análisis de pregunta

La edad es un elemento clave en esta investigación, debido a que, las personas entre 18 a 25 años suelen ser consideradas como adolescentes, sin embargo, en este proyecto se contempla a este rango de edad como adultas jóvenes. Por lo tanto, a partir de las respuestas de las participantes, es posible observar que dos de ellas tuvieron a sus hijos en edades diferentes, siendo 19 años la menor edad y 25 la mayor, mientras que las otras dos coinciden en la edad de 24 años.

Con respecto a la pregunta **¿Su embarazo fue planeado o deseado?** Con referente a la subvariable factores culturales y sociales, se estableció el siguiente código:

Embarazo no deseado

Se puede observar que las participantes dan cuenta con respecto a su embarazo que "No, no fue planificado, ni deseado" (M1); "No fue planificado ni deseado" (M2); "No, no lo planifiqué tampoco lo quería" (M3); "No fue un embarazo planificado ni deseado" (M4).

Análisis de pregunta

A partir del discurso de las participantes, es posible evidenciar que, por un lado, no tenían en mente ningún plan de tener un hijo en ese momento. Por otro lado, también es importante la ausencia de deseo de la cual hacen mención durante la entrevista, pues según su discurso, el embarazo no era parte de sus futuros cercanos.

- **Subvariable:** Factores psicológicos

En relación a la pregunta: **¿Alguna vez ha recibido atención psicológica?**, con referente a la subvariable factores psicológicos, se establecieron los siguientes códigos:

Ausencia de intervención

Con respecto a la intervención psicológica, las participantes han señalado lo siguiente: "No he recibido." (M1); "Yo no, pero a mi hija mayor si, la he llevado a consultas así de rutina con psicólogos. Incluso a la menor, empezó con psicólogos, pero al ver que no necesitaba un psicólogo le dieron el alta y fue a los profesionales que tienen que ver con su estado. Pero yo, así como al 100% no." (M3); "No" (M4).

Intervención

Con respecto a la intervención psicológica, una participante ha señalado lo siguiente: "Si he recibido atención psicológica" (M2)

En relación a la pregunta: **¿Considera necesario recibir esta atención?** se realizaron los siguientes códigos:

Importancia

Con respecto a la importancia de la atención psicológica, dos participantes han señalado lo siguiente: "Si lo considero necesario en la vida de todas las personas, tanto la salud mental como la física es muy importante." (M2); "Si yo creo que, por diversos motivos, necesitamos el apoyo de alguien profesional que nos guíe porque no solo el cuerpo como tal necesita atención, sino también lo emocional." (M4).

Relevancia

Con respecto a la importancia de la atención psicológica, dos participantes han señalado lo siguiente: "La verdad es que creo que no, mis psicólogas son las plantas" (M1); "Primero, Dios, ante todo, yo soy cristiana-evangélica y pienso que mi doctor y mi psicólogo es Dios. " (M3)

Análisis de pregunta

En relación a los factores psicológicos, se intenta comprender la importancia con respecto a la terapia psicológica. De esta manera, de acuerdo a lo mencionado por las participantes, dos mujeres consideran importante la terapia psicológica. Sin embargo, se puede evidenciar que solamente una de ellas se encuentra acudiendo a una intervención psicológica actualmente. Por otro lado, las otras mujeres no consideraban importante la intervención psicológica y, asimismo, no sentían la necesidad de acudir a pesar de que pasaron por sucesos traumáticos. Hay que tener en cuenta que aquellas que negaban la importancia, reprimían sus emociones y de cierta manera las redirigían hacia otras actividades como la religión y la jardinería.

Análisis de variable: La maternidad no deseada

A partir de todas las respuestas que han dado las participantes, se puede notar que el deseo no estaba muy presente en todas. Esto puede observarse por las distintas emociones que se manifestaron al momento de enterarse del embarazo. Es por esta razón, que se conoce que ante la noticia de un embarazo no deseado se pueden distinguir diferentes reacciones emocionales que experimentan las mujeres hacia este, las cuales pueden ser de felicidad, ambivalencia, tristeza, entre otras (Barton et Al, 2017, p. 3).

Sin embargo, se puede inferir que dos entrevistadas, M1 y M3, muestran un deseo inconsciente y repetitivo con respecto al embarazo y a la maternidad. García (2017, p 8) señala que "cuando el sujeto obtiene una satisfacción y experimenta dicha sensación se configura una huella mnémica que, posteriormente, será un referente ante la excitación de una nueva necesidad". De esta manera, se puede comprender que dentro del discurso

de M1, la repetición se encontraba presente, debido a que menciona que ninguno de sus embarazos fue planeado, sin embargo, los aceptó. Esto da cuenta que, a pesar de que no deseaba tener hijos, no realizó ninguna acción para evitar el embarazo, por lo que se infiere este deseo materno inconsciente. Por otro lado, durante la entrevista M3 menciona que su primera hija, aquella que no tiene condición diagnóstica, fue completamente deseada, por lo que se comprende su felicidad ante la noticia del nuevo hijo.

Con respecto a la importancia que le dan las entrevistadas a las intervenciones psicológicas, las mismas mujeres que podrían mostrar un deseo inconsciente y repetitivo, M1 y M3, fueron aquellas que evitaban y negaban la importancia de conseguir atención psicológica. Para comprender la razón por la cual existe una resistencia de la intervención con ellas, es necesario entender que “la resistencia se basa en la represión de contenidos amenazantes, lo que hace patente la incapacidad de la regla básica, es decir, que el paciente diga todo lo que le viene a la mente sin censurarlo” (Viaplana et Al, 2002, p. 236). De esta manera se puede entender que el hecho de que no consideren necesario ni importante el tener un seguimiento psicológico, puede deberse a que existe una resistencia para hablar sobre este tema, el cual puede resultar intimidante, debido a que existe una negación del deseo materno.

Por otro parte, las entrevistadas M2 y M4 comentaron abiertamente su ausencia del deseo materno y su reacción de tristeza y confusión ante la noticia del embarazo. Ellas, al contrario, no presentaron una resistencia, por lo que estuvieron de acuerdo con la importancia de una intervención psicológica. Inclusive M2 fue la única madre que se encontraba actualmente en terapia. Cabe mencionar que ambas entrevistadas eran las más jóvenes, por lo que se puede acotar que la edad también se relaciona con la importancia de la salud mental debido a que los jóvenes actualmente tienen un mayor conocimiento con respecto a la salud, tanto la física como la emocional es fundamental en su día a día. (Hernán, 2004, párr. 10)

- **Variable:** Efectos psicológicos en mujeres con hijos con una condición diagnóstica

Mediante el desarrollo de esta variable será posible analizar y comprender los distintos efectos psicológicos que se manifiestan en las mujeres, cuyos hijos nacieron o desarrollaron una condición diagnóstica. A partir de las entrevistas realizadas, se podrán conocer las diferentes reacciones emocionales que se han encontrado presentes en una maternidad no deseada, es decir, durante el embarazo y la crianza de su hijo, debido a que estas condiciones provocan que los infantes no tengan autonomía y un desarrollo común. En este sentido, es posible que su situación emocional se vuelva aún más complicada al momento de tener que cuidarlo. Para una mejor comprensión se muestra el índice de esta variable con las subvariables y códigos correspondientes.

VARIABLE: EFECTOS PSICOLÓGICOS EN MUJERES CON HIJOS CON UNA CONDICIÓN DIAGNÓSTICA

SUBVARIABLE 1: DEPRESIÓN

¿Ha sentido una tristeza profunda en algún momento de la crianza de su hijo?

Código 1: Tristeza

Código 2: Conflicto conyugal

Código 3: Tranquilidad

¿Ha experimentado pérdida del interés y de la capacidad para disfrutar?

Código 1: Pérdida

Código 2: Ambivalencia

SUBVARIABLE 2: ANGUSTIA

¿Cuánto tiempo le tomó aceptar su situación?

Código 1: Dificultad en aceptar

Código 2: Tiempo en aceptar

¿Se encarga sola de los cuidados de su hijo o recibe ayuda de alguien?

Código 1: Acompañada

Código 2: Sola

¿Considera que se encuentra constantemente preocupada:

Código 1: Preocupación

Código 2: Desinterés

SUBVARIABLE 3: CULPA

¿Se ha llegado a sentir culpable por el diagnóstico de su hijo? ¿Por qué?

Código 1: Culpa

SUBVARIABLE 4: NEGACIÓN

¿Tiene más hijos?

Código 1: Hijos

Código 2: Sin hijos

¿Ha sentido en algún momento que ha desprotegido a sus otros hijos?

Código 1: Cuidados

¿Considera que tal vez se ha enfocado más en los cuidados de su hijo, dejando de lado su vida social/familiar?

Código 1: Ausencia de vida social/familiar

Código 2: Indiferencias

Código 3: Dificultades económicas

SUBVARIABLE 5: CONDICIÓN DIAGNÓSTICA

¿Qué condición médica presenta su hijo?

Código 1: Condición física

Código 2: Condición psicológica

- **Subvariable:** Depresión

Con respecto a la pregunta: **¿Ha sentido una tristeza profunda en algún momento del embarazo o crianza de su hijo?**, Con referente a la subvariable depresión, se han establecido los siguientes códigos:

Tristeza

En relación a la tristeza profunda que sintieron las participantes durante el proceso de maternidad, señalan que: "Todo el embarazo me la pasé con mucha tristeza." (M1); "Sí, durante el embarazo pasé por varias etapas [...] En lo que es la crianza no les voy a mentir que si ha habido momento que me he sentido un poco triste porque las cosas han cambiado totalmente, o sea mi vida dio un giro de 90 grados, Cambio respecto a mis estudios, se me complicaba un poco más estudiar porque a veces no tenía quien cuidara a mi bebe." (M2); "Bueno la verdad es que sí, porque mi embarazo fue complejo y estaba lejos de mi familia". (M4).

Conflicto conyugal

En relación a los problemas que las participantes presentan con sus parejas, mencionan que: "tenía muchos problemas con mi cónyuge" (M1); "la relación con mi pareja siempre fue complicada, nunca fue la mejor, ha habido situaciones que no fueron nada agradables." (M4).

Tranquilidad

En relación a la tranquilidad que la participante sentía durante su embarazo, señala que: "Tuve un embarazo tranquilo, pero de pronto por la edad fue un poco más difícil por los malestares de mi embarazo, me hinchaba mucho y el cuerpo me pesaba." (M3).

Análisis de pregunta

Se puede comprender que, debido a la ausencia de deseo o inclusive ante el asombro debido al descubrimiento del embarazo, la mayoría de las madres atravesaron un período de tristeza durante la gestación e inclusive al momento de la crianza. Una de las causas más predominantes de su tristeza fue la presencia de los conflictos conyugales, pues dos de las madres, M1 y M4, atravesaban problemas con su pareja, lo cual convertía a la situación en algo más complicado de conllevar y aceptar. Además, la ausencia de pareja también se convertía en una problemática al momento de la crianza, por lo cual influye significativamente a la constante tristeza manifestada.

Por otro lado, la entrevistada M3 manifiesta que, a pesar de los dolores físicos del embarazo, tuvo un proceso tranquilo. Se comprende que esta madre, de cierta forma, atraviesa así el embarazo debido a su deseo inconsciente de maternidad, por lo cual no lo siente como un obstáculo o una problemática.

Con respecto a la pregunta: **¿Ha experimentado pérdida del interés y de la capacidad para disfrutar?**, Con referente a la subvariable depresión, se han establecido los siguientes códigos:

Pérdida

Con respecto a la capacidad de disfrutar a partir del nacimiento del hijo no deseado, las participantes señalaron que: "Mi niña con discapacidad no la había planificado, pero vino y la acepté, pero igual no las puedo tener conmigo siempre, por mi trabajo, pero el tiempo que ya estoy sin trabajo me dedico 100% a ellas. Ellas son lo primero. Así que no tengo mucho tiempo para

disfrutar" (M3); "Cuando estaba embarazada y los meses que lo crié sí, estaba estresada constantemente no quería hacer nada" (M4).

Ambivalencia

Con respecto a la capacidad de disfrutar a partir del nacimiento del hijo no deseado, las participantes señalaron que: "No, para disfrutar no, pero si por el estado de mi hija me la paso muy triste. Hasta ahora me la paso siempre triste" (M1); "La vida en general, o sea perder el interés no. Más bien me he enfocado en lo que más importa que es mi hijo, y no nunca fue que al principio estuve triste porque tuve que dejar de salir y compartir con mis amistades. Me ayudó a esforzarme más [...] porque ya no tenía que ver mis necesidades sino también los de otra persona." (M2).

Análisis de pregunta

Se comprende que el cuidado de un hijo con una condición diagnóstica es un trabajo demandante, pues en muchas ocasiones ellos requieren cuidados básicos y constantes debido a que no son completamente capaces de valerse por sí mismos. La constante atención que requiere el hijo, junto a la necesidad económica que provoca buscar recursos monetarios para poder subsistir y además, adquirir los medicamentos necesarios para el menor, disminuye el tiempo para la madre de poder disfrutar y tener momentos personales, cómo se puede observar en M3. Sin embargo, a partir del discurso de M2, a pesar de que comenta que no existe una pérdida del interés como tal, se puede observar como existe un incremento de responsabilidades debido al gasto económico.

Por otro lado, la ausencia del deseo materno también es un instigador para los sentimientos de tristeza y depresión, lo que ocasiona que la mujer evite realizar actividades por su estado emocional. Se observa en M4 que existía una disminución con respecto a la capacidad para disfrutar, mientras que, en M1, a pesar de que niega que no ha cambiado su dinámica, sí recalca que la tristeza siempre se encuentra presente.

- **Subvariable:** Angustia

En relación a la pregunta: **¿Cuánto tiempo le tomó aceptar su situación?**, Con referente a la subvariable angustia, se establecieron los siguientes códigos:

Tiempo en aceptación

Con respecto a la aceptación de la enfermedad, las entrevistadas comentaron que: "Demore en aceptarlo." (M2); "tenía la esperanza que solo fuera una simple epilepsia que se controlaba en un electro y al siguiente ya iba a estar bien, pero nada, demoré en aceptar todo." (M3); "No podría indicar fechas exactas. Recibimos el diagnóstico en octubre del año anterior, un poquito antes, tal vez me costó un mes o dos meses." (M4).

Dificultad para aceptar

Con respecto a la aceptación de la enfermedad, las entrevistadas comentaron que: "Bueno yo creo que una madre o un padre nunca termina de aceptar una situación en el estado de un hijo enfermo, porque esa sería la palabra me parece a mí." (M1)

Análisis de pregunta

Como ha sido mencionado durante el desarrollo de esta investigación, la angustia se presenta como una respuesta del yo a partir de una situación traumática. Por lo tanto, se comprende que, además de que atravesó por una maternidad no deseada, se desarrolló en el infante una condición diagnóstica, volviéndose en algo más complicado de asimilar de lo que ya era, pues se esperaba el nacimiento de un niño completamente sano. Este imaginario se rompe y genera una angustia. Por esta razón, la aceptación de la noticia de la enfermedad fue complicada de aceptar en la mayoría de las mujeres, como M2, M3 Y M4, pues la crianza de un hijo no deseado se iba a tornar más complicada, yendo en contra de la idea que tenían formada. Sin embargo, se puede dar cuenta que M1 reconoce que hasta el día de hoy se le dificulta aceptar esta situación, por lo que es predominante esa angustia.

En relación a la pregunta: **¿Se encarga sola de los cuidados de su hijo o recibe ayuda de alguien?**, Con referente a la subvariable angustia, se desarrollaron los siguientes códigos:

Acompañada

En relación a la ayuda con el cuidado del niño, la mayoría de las entrevistadas comentaron que: "A veces cuando me toca salir a trabajar mi mamá es la que me apoya con los cuidados del niño." (M2); "Ellos necesitan mucho amor, mi madre es la que me ayuda y una hermana que cuando mi mami no está ella me ayuda, además ya saben cómo hacerlo, ayudando a que camine y de pasos." (M3); "No vivo con mi hijo, no he pasado mucho tiempo con el bebé. Mi entorno familiar cercano como mi mamá, mis tíos o mi hermana me ayudan." (M4).

Sola

En relación a la ayuda con el cuidado del niño, la entrevistada comenta que: "Sola porque mi esposo es profesor y el sale de la casa de 5:30 a 6 de la mañana y vuelve a las 8 o 9 de la noche y como trabaja en colegios religiosos a veces hasta los fines de semana tiene que asistir. Igual cuando él está aquí muy poco me ayuda él, o sea, le atiendo yo sola a la niña." (M1); "Como les explico, yo vivo con mi hijo, vivimos solo los dos." (M2).

Análisis de pregunta

Los apoyos con respecto a los cuidados de los hijos también pueden ser considerados como un soporte emocional, debido a que de cierta manera disminuye la carga constante que se impone sobre la madre. Así, la mayor parte de ellas reciben ayuda con el cuidado de sus hijos de parte de sus familiares, mientras trabajan, para que sea más sencillo brindar el medio económico al hogar. Sin embargo, con respecto a M2, al tener una pareja ausente, la mujer es responsable del cuidado tanto físico como económico, lo que puede considerarse como un instigador de angustia y estrés. Por otro lado, a pesar de que la pareja de M1 la apoye con el ingreso económico, no se encuentra presente en la convivencia y crianza de su hija, por lo que puede incrementar la angustia y los sentimientos de tristeza en esta madre, como se ha observado en las anteriores preguntas.

Es posible observar a partir de los discursos de todas las participantes, que a pesar de que estén acompañadas de algún familiar, el padre siempre se encuentra ausente al momento de brindar cuidados al menor y, por consiguiente, no se manifiesta como un apoyo emocional. Solo uno aporta económicamente, más no en lo demás.

Finalmente, la entrevistada M4 no se encuentra presente en el proceso de crianza del niño, pues ha dejado su completo cuidado a su madre y sus hermanos, evitando la angustia que puede provocar el estar presente en la vida del niño y desligándose completamente de la responsabilidad de un hijo y de su función de madre.

Con respecto a la pregunta: **¿Considera que se encuentra constantemente preocupada?**, Con referente a la subvariable agustia, se desarrollaron los siguientes códigos:

Preocupación

En relación al estado constante de preocupación, las participantes señalan que: "Claro porque estoy pendiente de sus movimientos, de sus gestos, las 24 horas." (M1); "Hay momentos que estoy tranquila, pero, hay momentos que no. Lamentablemente tiene dos o tres días seguidos de crisis y a veces eso preocupa. Es complicado." (M2); "Sí me sentí preocupada al saber el diagnóstico final porque no sabía con qué me enfrentaba." (M3)

Desinterés

En relación al estado en el que se encuentra con respecto a la situación diagnóstica de su hijo, una de las participantes señala que: "En ocasiones pienso en el diagnóstico y en cómo estará él, pero no es una preocupación constante." (M4)

Análisis de pregunta

Se conoce que el superyó es el principal causante de la presencia de angustia, debido a que se posiciona en el lugar de la moralidad y de la preocupación. De esta manera, una de las principales funciones maternas que se relacionan también con lo moral es el cuidado y el sostenimiento del hijo con sus necesidades. Por esta razón, la mayoría de las madres comentan la

presencia de una preocupación constante con respecto al cuidado del hijo con una condición diagnóstica, pues como se ha mencionado anteriormente, estos niños necesitan más atención de lo común y, en ocasiones, un cuidado permanente. Siendo así, la angustia se encuentra presente en el discurso de estas madres al expresar que deben estar constantemente pendientes de las acciones del niño, su alimentación e inclusive su respiración.

Por otro lado, se conoce que M4 no cumple su función materna por lo que no está en constante preocupación por el hijo, sin embargo, expresa de igual forma cierta inquietud, demostrando así un superyó ambivalente, en donde no existe una relación cercana, sin embargo, en ocasiones el superyó se abre paso y esta angustia sale a flote inconscientemente.

- **Subvariable:** Culpa

En relación a la pregunta: **¿Se ha llegado a sentir culpable en algún momento por el diagnóstico de su hijo? ¿Por qué?**, Con referente a la subvariable culpa, se desarrollaron los siguientes códigos:

Culpa

Con respecto al sentimiento de culpa por la condición diagnóstica, las entrevistadas comentaron que: "Ah, eso sí. Porque incluso yo pienso que si hubiera hecho esto o aquello." (M1); "La verdad que casi todo el tiempo, cuando a él le suelen dar crisis me pregunto tal vez mi depresión en el embarazo causó esto." (M2); "Sí, porque quizás en algún momento pensé que el trabajo muy forzado que tenía había ocasionado eso, pero bueno." (M3); "Sí, yo creo que sí. A veces me cuestiono eso, porque no estoy con el niño." (M4).

Análisis de pregunta

Igual que la angustia, la culpa se relaciona con el superyó y la moralidad que se aprende a lo largo de la vida, debido a que, a partir de la aparición de este sentimiento, el yo se está autoevaluando y de cierta forma, demostrando que no ha cumplido los objetivos que debería. Al aparecer, la condición diagnóstica en este embarazo no deseado, es común que la culpa aparezca, debido a que la mujer debe afrontar esta ausencia de deseo que atravesó durante el embarazo, y las actividades que no realizó debido a la

misma. Así, se puede observar que todas las madres que participaron en la entrevista experimentan culpa con respecto a la condición diagnóstica de su hijo, surgiendo en la mayoría pensamientos tales como “pude haber hecho más” o inclusive “porque no me cuidé como debía”. Evidenciando su moral y autoexigencia con respecto a la maternidad.

Sin embargo, con respecto a M4, como se mencionó anteriormente, el superyó y la moral en ocasiones se presentan inconscientemente, para manifestar de esa manera la culpa. Dado que no ha cumplido con la imagen materna que se encuentra dentro del imaginario social que le han enseñado durante toda su vida, que es el cuidar de su propio hijo y cumplir con su función materna.

- **Subvariable:** Negación

Con relación a la pregunta: **¿Tiene más hijos?**, Con referente a la subvariable negación, se establecieron los siguientes códigos:

Hijos

Con respecto a la cantidad de hijos, las entrevistadas mencionaron que: "Si tengo más hijos." (M1); "Si tengo más hijos." (M3).

Sin Hijos

Con respecto a la cantidad de hijos, las entrevistadas mencionaron que: "No, no tengo más hijos" (M2); "No." (M4).

Con relación a la pregunta: **¿Ha sentido en algún momento que ha desprotegido a sus otros hijos?**, Con referente a la subvariable negación, se desarrollaron los siguientes códigos:

Cuidados

Los participantes se dan cuenta sobre el nivel de cuidado que ponen en sus otros hijos que: "Quizás yo no me he dado cuenta, pero mis otros hijos si lo sintieron cuando eran pequeños." (M1); "Me he centrado más en la otra niña por su condición, pues no puede hacer las cosas sola tengo que darle su desayuno en la boca y cuidarla. Incluso la niña mayor si se le compra algo está por igual, obviamente la atención se la lleva a la segunda niña por su condición."(M3).

Análisis de pregunta

A partir de la entrevista, es posible determinar que únicamente dos mujeres tienen dos o más hijos. Mediante el discurso de estas madres, se puede observar la presencia de la sobrecompensación y el constante cuidado que tienen sobre sus hijos con una condición diagnóstica, disminuyendo la atención a aquellos que nacieron sanos. De esta manera, esta compensación funciona como un mecanismo de defensa para de cierta forma poder contrarrestar la culpa por la ausencia de deseo y cuidado que sintieron durante el embarazo. Sin embargo, esta sobrecompensación suele afectar a los hijos que no padecen de una condición diagnóstica, debido a que en ellos no sienten culpa, ocasionando que los dejen de lado para enfocarse únicamente en el cuidado constante del hijo enfermo.

Se puede notar que, por un lado, M3 sí considera conscientemente que ha dejado de lado la atención de su primera hija, la cual nació sin condición diagnóstica, debido a que cree primordial estar más presente con la segunda hija por la enfermedad. Por otro lado, M1 no ha notado conscientemente sobre su preferencia ante la hija con una condición, mencionando que los hijos son aquellos que han demostrado una queja por el trato en el hogar.

En relación a la pregunta: **¿Considera que tal vez se ha enfocado más en los cuidados de su hijo, dejando de lado su vida social/familiar?**, Con referente a la subvariable negación, se han establecido los siguientes códigos:

Ausencia de vida social/familiar

Con respecto a las actividades sociales, las entrevistadas mencionaron que: "Bueno, desde que me hice de compromiso, vida social no he tenido porque ya la vida cambia muchísimo cuando vienen los hijos [...] La niña requiere mucho cuidado porque es una bebé grande, acaba de cumplir 14 años, pero es una bebé grande, porque hay que darle hasta el agua en la boca" (M1); "Si, la verdad que sí, siempre trato, bueno no es que trato, pero la verdad ahora mi hijo es mi prioridad." (M2); "Sí, claro, yo ya no voy a ningún lado." (M3).

Indiferencia

Con respecto a las actividades sociales, las entrevistadas mencionaron que: "Como le mencioné anteriormente, cuando estaba cuidando al niño pues si estaba muy preocupada, pero actualmente mi madre se encarga de eso."
(M4)

Dificultades económicas

En relación a la economía en el hogar, las entrevistadas mencionaron que: "Lo que si es que para contribuir económicamente si estoy bastante limitada porque con la niña no puedo movilizarme." (M1); "Bueno igual tengo que trabajar así que tengo que solventar los gastos de los dos y es un poco complicado." (M2)

Análisis de pregunta

Como se mencionó anteriormente, la sobrecompensación suele estar presente en una maternidad no deseada, especialmente si el hijo nace o desarrolló una condición diagnóstica. Esto se da debido al sentimiento de culpa presente por no haber deseado este embarazo e inclusive, por no cuidarse durante el mismo. Por esta razón, la mayoría de las madres denotan que han dejado de lado la mayor parte de su vida social y familiar para poder enfocarse en el cuidado de su hijo, debido a que insisten que necesitan completa atención y cuidado. Por otro lado, M1 y M2 mencionan que esto también les ha causado dificultades con respecto a lo económico, debido a que por un lado, M1 no tiene la capacidad de trabajar y aportar en el hogar, mientras que por otro, M2 es madre soltera y tiene la obligación de solventar todos los gastos económicos, tanto los de ella como de su hijo, por lo que empeora esta situación. Sin embargo, con respecto a M4, se puede notar que su vida ha continuado la misma rutina al abandonar su responsabilidad materna, y atribuirle a su madre el cuidado de su hijo, convirtiendo a esta abuela es ahora una madre-abuela.

- **Subvariable:** Condición diagnóstica

Con respecto a la pregunta: **¿Qué condición médica presenta su hijo?**, Con referente a la subvariable condición diagnóstica, se desarrollaron los siguientes códigos:

Condición física

En relación a la condición que padecen los hijos, las entrevistadas comentaron que: "Parálisis cerebral infantil" (M1); "Síndrome de Rett, que es algo que se provoca desde la barriga aparentemente, es algo que no lo pueden ver." (M3)

Condición psicológica

En relación a la condición que padecen los hijos, las entrevistadas comentaron que: "Mi hijo tiene trastorno autista." (M2); "Autismo en la niñez." (M4).

Análisis de pregunta

Esta investigación se basa en los efectos psicológicos de las mujeres cuyos hijos tienen una condición diagnóstica, por esta razón, es necesario que la población entrevistada siga este patrón. De esta manera, todas las mujeres tienen hijos, los cuales nacieron o desarrollaron una condición. Por un lado, con respecto a las condiciones físicas, las cuales se encuentran relacionada con la alteración de un órgano o una parte del cuerpo, se encuentran M1 y M3, pues sus hijos padecen parálisis cerebral infantil y síndrome de rett respectivamente. Mientras que, por otro lado, los hijos de M2 y M4 padecen autismo, la cual es una condición diagnóstica psicológica que altera los pensamientos y procesos cognitivos.

Con respecto a la pregunta: **¿Qué sintió cuando se enteró de esta condición?**, Con referente a la subvariable condición diagnóstica, se desarrolló el siguiente código:

Aceptación

En relación a la capacidad de aceptar la condición de su hijo, las entrevistadas mencionaron que: "No aceptaba lo que estaba pasando, no sabía cómo sentirme, era horrible." (M1); "Ahí me costó la verdad, me costó

muchísimo aceptarlo.”(M2); "Muy difícil, desde el momento en que el año y dos meses que ya me dieron el diagnóstico, yo negaba, no aceptaba” (M3); “Cuando me contaron esto del autismo, no me lo creía, pensaba que simplemente estaba comportándose como engreído”. (M4)

Análisis de pregunta

Se comprende que el descubrir una condición diagnóstica en un hijo que no fue planificado ni deseado puede considerarse como una experiencia impactante, puesto que, al tener proyectos de vida diferentes a su situación actual y al tener la idea de que este hijo saldría totalmente sano, estos imaginarios caen y son destrozados por la realidad. Por esta razón, al recibir tal noticia, se debe atravesar un proceso de aceptación, el cual difiere en todas las madres. Se puede notar que todas las entrevistadas tuvieron que pasar por este tipo de proceso, en el cual todas se encontraron confundidas y consideraban que fue difícil aceptar la condición, sin embargo, todas debieron procesarlo y aceptarlo paulatinamente.

Análisis de la variable: Efectos psicológicos en mujeres con hijos con una condición diagnóstica

Es común la presencia e incremento de los efectos psicológicos en una maternidad no deseada, debido a que a partir de la ausencia del deseo, las mujeres que están atravesando por esta situación deben afrontar un hijo que no deseaban, causando un cambio drástico en su vida. Ahora bien, cuando el hijo desarrolla algún tipo de enfermedad o condición diagnóstica tiende a empeorar la situación, debido a que en muchas ocasiones, este hijo no tendrá autonomía y, por ende, necesitará atención durante toda su vida. Por esa razón, a partir de la entrevista realizada a cuatro mujeres con hijos que atraviesan una condición diagnóstica, es posible observar mediante su propio discurso los efectos psicológicos que han atravesado durante esta experiencia, desde el embarazo no deseado, la crianza del hijo y el descubrimiento de su diagnóstico.

Por un lado, se observa a la depresión como un efecto predominante en las madres, especialmente en M1, quien constantemente en su discurso

narra que siempre se ha sentido triste, desde la gestación y actualmente por el cuidado de la hija. Además, es ella quien da cuenta, que aún no logra aceptar y superar la enfermedad de su hija. Otra de las circunstancias que tiene incidencia sobre su depresión son los constantes conflictos que tiene con su pareja, quien no coopera con los cuidados de la menor.

Sin embargo, ella no es la única mujer que ha atravesado por este proceso de tristeza, sino que M2 y M4 comentan que durante el embarazo presentaban un constante sentimiento de tristeza por el cambio de los planes y por la ausencia de apoyo del padre. Debido a que, por un lado, M2 es madre soltera, mientras que M4 tenía una relación complicada. Hay que tener en cuenta que durante la depresión o la tristeza extrema también se manifiesta la pérdida de interés en las actividades. Esto se demuestra en M1 y M2, quienes enfocan su rutina diaria en el cuidado de sus hijas y la obtención de ingresos económicos, dejando de lado su propia vida y tiempo personal.

En cambio, M3 da cuenta de que su proceso fue más complicado, no por un sentimiento de tristeza profunda sino más bien, porque sentía muchos malestares en su cuerpo debido a su temprana edad. Así mismo, señala que, evidentemente su atención está dirigida, la mayor parte del tiempo, hacia su hija enferma, ya que no puede valerse por sí misma.

Es necesario comprender que la ausencia del apoyo de la pareja también influye en la permanencia de la depresión, así como otros efectos psicológicos como la angustia. La falta de una red de apoyo ocasiona que la mujer se torne la total encargada de los cuidados del hijo, desde lo emocional, físico y lo económico, provocando así una angustia al tener tanta carga encima. A partir de esto, se puede observar en los discursos de las entrevistadas que ninguna cuenta con el apoyo emocional y de crianza de su pareja, ocasionando que el cuidado del hijo se convierta en un trabajo agotador.

Por otra parte, el superyó es una de las instancias de la psique humana que más influencia tiene sobre la presencia de los efectos psicológicos. La exigencia basada en la moralidad aprendida a través de los años, ocasiona que se generen sentimientos de culpa, angustia e inclusive de sobrecompensación con respecto a la crianza del hijo.

De esta forma, todas las madres manifiestan que sintieron emociones de culpa al enterarse de la condición diagnóstica. La culpa se presenta en ellas, debido a que consideran que la ausencia de cuidado durante el embarazo y la presencia de la tristeza constante son las causantes de la enfermedad de su hijo. Sin embargo, a pesar de que en ocasiones no son responsables del diagnóstico, la culpa se manifiesta a partir de una autoexigencia de la moralidad, por lo que, al realizar acciones en contra de lo establecido, estos sentimientos incrementan.

Análogamente de la aparición de la culpa, se presenta la angustia, debido a que se relaciona directamente con estas emociones de autoexigencia, en donde deben estar atentas constantemente ante las atenciones de su hijo, dejando de lado su propio cuidado personal. Como se mencionó anteriormente, la autoexigencia trabaja de la mano con la moralidad y la culpa, debido a que, a partir de este sentimiento las madres consideran que deben realizar acciones compensatorias a sus hijos, por lo que dejan de lado su vida social, familiar. De esta forma, M1, M2 y M3 mencionaron que ninguna tiene oportunidad de una vida social debido al tiempo que le consume el cuidado constante del menor. Además, M1 y M3, quienes tienen más hijos, manifiestan que le brindan mayor atención a aquel con una condición diagnóstica, dejando de lado la crianza emocional de aquel que se encuentra sin ninguna enfermedad.

No obstante, es a partir de M4 que es posible notar que existe un cierto rechazo e indiferencia hacia su hijo, puesto que decidió dejarlo con sus padres para que se encargaran de criarlo. De esta manera, señala que se muestra un poco inquieta cuando aún estaba con él debido a su condición, pero sin ser un sentimiento constante. Por lo tanto, es la única de las entrevistadas que tomó la decisión de no continuar con la crianza del menor.

Análisis general

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general analizar la maternidad no deseada y sus efectos psicológicos en mujeres con hijos que presentan una condición diagnóstica. De este modo, a través del análisis de las respectivas variables y subvariables, es posible dar cuenta de la presencia de la depresión en solo dos mujeres, siendo estas M1 y M2. En la participante M4 sí se da un sentimiento de tristeza profunda, sin embargo, esto ocurre durante el embarazo, ya que a los 3 o 4 meses de dar a luz se lo dio a sus padres y hermana para que lo pudieran cuidar, debido a que no se siente preparada para cuidar de él. Sin embargo, al enterarse de la condición de su hijo, siente un poco de culpa por no acompañarlo.

En cambio, en las otras participantes se pueden evidenciar sentimientos de culpa con respecto a la condición con la que terminaron sus hijos. Por otra parte, la negación del no haber deseado al infante, solo se manifiesta en la entrevistada M3, puesto que menciona que se había sentido feliz, cuando al principio había señalado que su hija no fue deseada. Por lo tanto, da cuenta de una ambivalencia emocional.

Finalmente, la sobrecompensación se encuentra en las participantes que se han hecho cargo de su maternidad, es decir en M1, M2 y M3, debido a que por un lado han disminuido su atención con respecto a su vida social y personal, enfocándose únicamente en el cuidado de su hijo. Además, las entrevistadas que tienen más de dos hijos, consideran que han dejado de lado la atención de aquellos que no presentan una condición diagnóstica, enfocándose más en el que sí. Esto demuestra de la misma forma una sobrecompensación, debido a que no conocen la manera de balancear su atención con ambos hijos, enfocándose únicamente en la enfermedad.

Conclusiones

Mediante el proceso de investigación del presente trabajo, se puede evidenciar que los efectos psicológicos se manifiestan en ciertas mujeres que atraviesan una maternidad no deseada, pues cada sujeto sintomatiza de manera distinta, dependiendo de las experiencias atravesadas a lo largo de su vida. De igual forma, se puede observar que el hecho de tener hijos con una condición diagnóstica intensifica la presencia de los mismos, pues a las mujeres se les suele asignar esta gran responsabilidad.

Dentro del primer objetivo de la investigación es posible llegar a la conclusión de que existen diversos factores que son influyentes en la decisión de la maternidad en la mujer, como lo puede ser la religión y el machismo. Estos se ubican dentro de lo moral de la sociedad, por lo que es común que se aprenda durante la infancia y se instauren estas creencias dentro del ser humano. Así mismo, se analiza que la maternidad no es la única salida de la feminidad, debido a que la mujer no puede generalizarse. Al contrario, cada una dispone de singularidades que demuestran que no se puede escoger una única salida. Esto, junto a las formas de pensar de las nuevas generaciones que permiten que la mujer pueda integrarse en las actividades de la comunidad con más libertad, ocasiona que tengan más posibilidad de una búsqueda de deseo. De esta manera, la mujer encuentra forma de hacer con esta falta aparte de la maternidad.

Los efectos psicológicos que se analizan en el segundo objetivo son demostrados a partir de los casos obtenidos durante las prácticas preprofesionales y las entrevistas. De esta forma, es posible señalar que no todos los efectos se encuentran en estas mujeres. Los más predominantes son, el sentimiento de culpa, la angustia y la depresión, ya que por un lado, se puede observar que la mayoría se mostraron tristes ante la noticia de su embarazo. Es importante señalar que dos de los infantes presentan condiciones físicas, siendo estas parálisis cerebral infantil y Síndrome de Rett, mientras que los otros dos presentan Trastorno del Espectro Autista. Por lo tanto, a partir de la aparición de la condición diagnóstica, las participantes generaban sentimientos de culpa, lo que provoca una notable angustia. Por

otra parte, la negación de la ausencia del deseo por el menor se mostró únicamente en una madre, causando en ella un sentimiento de alegría y tranquilidad al enterarse de su embarazo. Por último, solo una de las entrevistadas dio cuenta del rechazo, al señalar que ella no se encarga de la crianza de su hijo, sino que esto lo hacen sus padres.

A partir de las entrevistas se ha podido evidenciar que estos efectos se presentan como limitantes en la vida de la mujer, debido al malestar que genera el constante sentimiento de tristeza, angustia o culpa. Esto permite señalar la importancia de la intervención psicológica, debido que, a partir de esta, es posible tramitar la angustia y aliviar el malestar del síntoma. Es fundamental recalcar que una intervención es efectiva únicamente si la desea atravesar, caso contrario, las resistencias no permitirán levantar la represión y por ende, no se podrá efectuar una tramitación e implicación.

Referencias

- Academia Americana de Pediatría. (21 de noviembre del 2015). *Dealing with your own feelings*. <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/chronic/Pages/Dealing-With-Your-Own-Feelings.aspx>
- Adame, M. y Santiago, G. (2009). La religión como una dimensión de la cultura. *Redalyc*, 22(2), 2. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18111430003>
- Aguilar, C., Tellez, F. y Vázquez, A. (2021). *Afectaciones en la subjetividad de mujeres jóvenes a causa de la maternidad forzada en la adolescencia*. [Tesis de grado, Universidad Autónoma Metropolitana]. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/retrieve/a43fa075-cb7f-43b2-a7d3-b6599bda462e/50749.pdf>
- Aguilar, C., Tellez, F., & Vázquez, A. (2021). *La maternidad no siempre es deseada. Afectaciones en la subjetividad de mujeres jóvenes a causa de la maternidad forzada en la adolescencia*. [Tesis de grado] <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/retrieve/a43fa075-cb7f-43b2-a7d3-b6599bda462e/50749.pdf>
- Alonso, M. (2019). Género y religión. A la búsqueda de un modelo de análisis. *Aposta. Revista de ciencias sociales*, 82, 124-136. <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/mjalonso5.pdf>
- Ávila, A. (1989). Psicoanálisis, psicoterapias de orientación psicoanalítica y efectividad terapéutica. *Clínica y análisis grupal*, 11(1), 6-7. https://www.psicoterapiarelacional.es/portals/0/Documentacion/AAvila/Psi coanálisis_Efectiv_terapeutica.PDF
- Azagra, B. (2018). ¿Pero qué le pasa a mi madre? Implicaciones de la maternidad en la clínica infantil. *Revista AECPPNA*. (14), 32 - 41. https://www.escuelapsicoanalitica.com/en_clave/numero-14/
- Barton, k., Redshaw, M., Quigley, M. y Carson, C. (2017). Unplanned pregnancy subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. *BMC Pregnancy and childbirth*, 3.

https://www.researchgate.net/publication/312923895_Unplanned_pregnancy_and_subsequent_psychological_distress_in_partnered_women_A_cross-sectional_study_of_the_role_of_relationship_quality_and_wider_social_support

Bogaert H. (2012). La depresión: Etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, 37(2), 188-189. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87024179002>

Borjas García, J. E. (2020). Validez y confiabilidad en la recolección y análisis de datos bajo un enfoque cualitativo. *Trascender, contabilidad y gestión*, 5(15), 79-97. <https://www.scielo.org.mx/pdf/tcg/v5n15/2448-6388-tracender-15-79.pdf>

Bracamonte, L. (2014). Catolicismo y condición femenina: representaciones de género sobre la maternidad y la domesticidad en la prensa del suroeste bonaerense argentino a principios del siglo XX. *Secuencia*, (88), 88-108. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-03482014000100004

Brodsky, G. (2004). *Clínica de la sexuación*. NEL-BOGOTÁ.

Brown, S. & Eisenberg, L. (1995). *The best intentions: Unintended pregnancy and the wellbeing of the children and families*. The National Academies of Sciences. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK232137/>

Bustos, V. (2014). Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una perspectiva analítica. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 97-112. <https://www.redalyc.org/journal/213/21345152007/html/>

Campo, A., Alonso, R., Amador, R., Díaz, R., Durán, M. y Ballesté, I. (2011). Maltrato infantil en hijos de madres adolescentes en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(4), 477-485. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400006&lng=es&tlng=es.

Campo, M. (2004). Epistemología y Psicoterapia. *Opción*, 20(44), 120-137. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31004407>

- Carmona, O. (14 de mayo del 2017). La culpa, compañera de viaje en la maternidad. *El país*.
https://elpais.com/elpais/2017/05/10/mamas_papas/1494416392_156883.html
- Castañeda, M. (2007). *El Machismo Invisible Regresa* (1.^a ed.). Taurus.
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ryPzaSG0d6wC&oi=fnd&pg=PT9&dq=el+machismo+y+la+misoginia&ots=cs0JOz_tCz&sig=h0xBSqKCi_bpik-QbrNZCiwVZVs#v=onepage&q=el%20machismo%20y%20la%20misoginia&f=false
- Chemama, R. (1996). *Diccionario del psicoanálisis*. Amororrtu.
<https://espaciopsicopatologico.files.wordpress.com/2017/02/diccionario-del-psicoanc3a1lisis-roland-chemama.pdf>
- Chemama, R. (2007). *Depresión: la gran neurosis contemporánea*. Nueva visión.
- Colom, R. (2000). Algunos «mitos» de la Psicología: entre la ciencia y la ideología. *Psicothema*, 12(1), 1-14. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72712101>
- Conejero, J. C. (2020). Una aproximación a la investigación cualitativa. *Neumología Pediátrica*, 15(1), 242-244. <https://www.neumologia-pediatrica.cl/index.php/NP/article/view/57/57>
- Cooper, K (26 de marzo de 2016). ¿Por qué progresó el cristianismo mientras otras religiones fracasaron?. *BBC News Mundo*.
https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/03/160316_semana_santa_cristianismo_exito_ac
- Cors, R. (2013). Lacan en femenino. *Virtualia*, 27.
<https://www.revistavirtualia.com/articulos/229/debates/lacan-en-femenino>
- Cuello, R. (1978). Síndrome de negligencia materna. *Revista médica de Honduras*, 46(3), 83. <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol46-3-1978-7.pdf>

- Cueva, L. (2014). *Maltrato intrafamiliar y mecanismos de defensa en el adulto mayor*. Centro de Salud Pachacutec [Tesis de post grado, Universidad Nacional de Cajamarca]. <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/252/T%20305.244%20C965%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Day, M. (2014). Guilt. *Encyclopedia of deception*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 427-429. <http://dx.doi.org/10.4135/9781483306902.n164>
- de Freitas, D. R., Vieira, B. D. G., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Leão, D. C., Morett Romano, da Cruz, Amanda Fernandes, do Nascimento, Azevedo, C. d. S., y Gaiva, M. A. M. (2014). Alojamento conjunto em um hospital universitário: depressão pós-parto na perspectiva do enfermeiro *Revista De Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, 6(3), 1202-1211. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/alojamento-conjunto-em-um-hospital-universitario/docview/1552759585/se-2>
- Echeverría, C. (2004). *Melancolía: un obstáculo al deseo* [Tesis de post grado, Universidad Oberta de Catalunya]. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/meta/n3/n3a06.pdf>
- Eckerdt, A. (2020). Desde la madre hasta la mujer ¿El hijo como deseo?. *Revista de la Universidad Nacional de Córdoba*. 5(3), 179-188. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/31285>
- Espert, M. (2009). *Tiempos y efectos terapéuticos en psicoanálisis*. [Sesión de conferencia]. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-020/625.pdf>
- Esteban Nieto, N. (2018). Tipos de investigación. <http://repositorio.usdg.edu.pe/bitstream/USDG/34/1/Tipos-de-Investigacion.pdf>
- Etxebarria, I. (1972). Sentimientos de culpa y abandono de los valores paternos. *Journal for the Study of Education and Development, Infancia y Aprendizaje*, 57, 67–88. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=48389>

- Ferrero, A., Lucero, F., De Andrea, N. (2018). *Aspectos centrales de la confidencialidad en psicología*. [Discurso principal]. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-122/728.pdf>
- Fielding, S. (2022, 14 de enero). Adoption is no substitute for abortion: Forced pregnancy impacts mental health. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/mental-health-implications-of-forced-pregnancy-5212669>
- Freud, S. (1910). *Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre: Vol. Tomo XI*. Amorrortu.
- Freud, S. (1913–1914). Animismo, magia y omnipotencia de los pensamientos. En *Obras Completas* (XIII ed., Vol. 13, pp.79 –102). Amorrortu. <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/13%20-%20Tomo%20XIII.pdf>
- Freud, S. (1914). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Amorrortu. [http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Clinica-de-la-urgencia-Sotelo/Pulsiones%20y%20destinos%20de%20pulsion%20\(Freud\).pdf](http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Clinica-de-la-urgencia-Sotelo/Pulsiones%20y%20destinos%20de%20pulsion%20(Freud).pdf)
- Freud, S. (1916–1917). 23ª conferencia. Los caminos de la formación del síntoma. En *Obras Completas* (XVI ed., Vol. 16, pp. 326–340). Amorrortu. <https://bibliopsi.org/docs/freud/16%20-%20Tomo%20XVI.pdf>
- Freud, S. (1925). “Inhibición, síntoma y angustia”. En *Obras completas*. Tomo XX. Ed. Amorrortu. Pág. 136. <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/20%20-%20Tomo%20XX.pdf>
- Freud, S. (1929). *El malestar en la cultura*. Amorrortu. <http://www.afoiceeomartelo.com.br/posfsa/autores/Freud,%20Sigmund/Freud,%20Sigmund%20-%20Malestar%20en%20la%20cultura,%20El.pdf>
- Fuentes, A. (10 de octubre del 2005). *La angustia de nuestro tiempo*. <https://nucep.com/publicaciones/la-angustia-de-nuestro->

tiempo/#:~:text=Para%20el%20psicoan%C3%A1lisis%2C%20la%20angustia ,tratarla%20y%20cernir%20su%20causa.

Garbarino, H. (2012). Las diferentes concepciones psicoanalíticas de la angustia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (114), 19-20. <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201211402.pdf>

García, G.(2017). *¿El deseo materno? El hijo, maternidad y mujer, una perspectiva psicoanalítica* [Tesis de grado]. <https://bibliotecadigital.usb.edu.co/server/api/core/bitstreams/12081c3c-48dc-492f-a725-3a60b87bad2c/content>

Garcia, J. (2015). La religión en el Mundo Actual. *La Albolafia: Revista de humanidades y cultura*. 1(4), 9-28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5139099>

García, M. (2020). Complejidades del “no es no”: un análisis del stealthing como fenómeno que afecta la autonomía sexual y el consentimiento personal. *Revista Jurídica de la Universidad de Palermo*, 18(1), 117–136. https://www.palermo.edu/derecho/revista_juridica/pub-18-1/Revista-juridica-ano-18-N1-08.pdf

Gómez, E. (2016). Maternidad o construcción subjetiva. Monografías sobre problemas de la infancia y la adolescencia. Colombia. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/8038/1/GomezEdy_2016_MaternidadInstintoConstruccion.pdf

Gómez, G. (2011). La ética del psicoanálisis. *Revista Pensando Psicología* 7(12), 151-164. La ética del psicoanálisis - Revistas UCC <https://revistas.ucc.edu.co/article/download>

Gonzalez, L. (2018). *Intervenciones psicoanalíticas en el marco de la psicoterapia actual*. [Tesis de grado] <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/15931>

Guzmán, O. y Caballero, T. (2012). La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. *Santiago*, (128), 345.

<https://link.gale.com/apps/doc/A308294319/IFME?u=anon~7d01ed2a&sid=googleScholar&xid=8ba272c7>

Herd, P., Higgings, J., Sicinsky, K., Merkurieva, I. (2016). The Implications of Unintended Pregnancies for Mental Health in Later Life. *American Journal of Public Health*, 106(3), 421-429. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302973>

Hernán, M., Fernández, A., & Ramos, M. (2004). La salud de los jóvenes. *Gaceta Sanitaria*, 8(4), 47-55. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400010&lng=es&tlng=es.

Hé Hernández, R., Collado, C. F., Lucio, P. B., Valencia, S. M., & Torres, C. P. M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Hutter, R. (2001, 26 junio). Love, Anger and Guilt: Coping With a Child's Chronic Illness. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2001/06/26/health/love-anger-and-guilt-coping-with-a-child-s-chronic-illness.html>

Jiménez, Ó. J., & Cibrián, L. J. S. (2018). Emoción, toma de decisiones y mindfulness. *Alternativas psicológicas*, 29(40) <https://www.alternativas.me/numeros/29-numero-40-agosto-2018-enero-2019/177-emocion-toma-de-decisiones-y-mindfulness>

Juárez, S. (2014). Culpa y castigo. Una explicación psicoanalítica. *Vida Científica Boletín Científico De La Escuela Preparatoria No. 4*, 2(4). <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa4/article/view/1903>

Kizer, M. (2004). Los principios de la práctica analítica. *Metaphora*, (3), 139-146. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-06962004000100018&lng=pt&tlng=es.

Lacan, J. (1977). *Psicoanálisis, Radiofonía & Televisión*. Editorial Anagrama.

- Laurent, E. (2020). *El nombre y la causa*. Instituto de Investigaciones Psicológicas. <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/16881/ÉRIC%20LAURENT%20-%20El%20Nombre%20y%20la%20Causa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- León, T. (4 de diciembre del 2018). ¿Cuál es el diagnóstico clínico y cuál es su importancia?. *Noticias UTPL*. <https://noticias.utpl.edu.ec/que-es-el-diagnostico-clinico-y-cual-es-su-importancia>
- Levinton, N. (2000). El superyó femenino. *Aperturas psicoanalíticas: revista internacional de psicoanálisis*, 1(1). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=55>
- Leyva, G, y Villalva, G. (2017). Condiciones socioculturales y valoración subjetiva del embarazo no deseado en madres adolescentes del distrito de San Jerónimo de Tunan, provincia de Huancayo. [Tesis de grado, Universidad Nacional del Centro del Perú]. <https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/3914/Leyva%20Ramirez-Villalva%20Lopez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lilienfeld, S., Jay, S., Ruscio, J., & Beyerstein, B. (2009). *50 grandes mitos de la psicología popular : las ideas falsas más comunes sobre la conducta humana*. Biblioteca Buridán. https://www.academia.edu/45336446/50_Grandes_mitos_de_la_psicolog%C3%ADa_popular
- Lombardi, G. (2009). Rectificación y destitución del sujeto. *Aún: revista de psicoanálisis*, 1, 27-42. https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=xBUi7FMAAAj&citation_for_view=xBUi7FMAAAj:2osOgNQ5qMEC
- Lopez, E. (2018). El delito de violencia psicológica contra la mujer y miembros del núcleo familiar en relación al principio de mínima intervención penal. [Tesis de pregrado, Universidad Regional Autónoma de los Andes] <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/9414/1/PIUAAB095-2018.pdf>

- Mantilla, J. (2016). Detección, diagnóstico e intervención a temprana edad en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua [Tesis de maestría, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/40397/1/T38102.pdf>
- Mass, L. (2013). Familia y maltrato infantil: Una revisión teórica en torno a la clínica contemporánea. *Revista Cultura, Educación y Sociedad – CES*, 4(2), 35-43. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7823364>
- Mattera, S. (2004). *Efectos terapéuticos del psicoanálisis*. [Discurso principal]. XI Jornadas de Investigación. Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-029/303.pdf>
- McNamara, J., Risi, A., Bird, A. L., Townsend, M. L., & Herbert, J. S. (2022). The role of pregnancy acceptability in maternal mental health and bonding during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04558-6>
- Mendoza, R. (2007) Ética y Psicología clínica. *Perspectivas psicológicas*. 18-22. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v5/v5a04.pdf>
- Miller, J. (2006). *Introducción al método psicoanalítico* (1.ª ed., Vol. 5). Paidós México. <https://psiligapsicanalise.files.wordpress.com/2014/09/jacques-alain-miller-introduccion3b3n-al-mc3a9todo-psicoanal3adtico.pdf>
- Molina, M. (2019). Hay otros mundos, pero están en este. Investigación cualitativa. *Revista Electrónica AnestesiaR*, 11(6), 2. <file:///C:/Users/ASUS%20TUF%20A15/Downloads/Dialnet-HayOtrosMundosPeroEstanEnEstelInvestigacionCualitat-8425738.pdf>
- Moral, J. y Ramos, S. (2016). Machismo, victimización y perpetración en mujeres y hombres mexicanos. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 22(43), p. 37-66. <https://www.redalyc.org/journal/316/31646035003/html/>
- Muskens, L., Boekhorst, M., Willem, J., Van den Heuvel, M., Pop, V. & Beerthuisen, A. (2022). The association of unplanned pregnancy with perinatal depression:

a longitudinal cohort study. *Arch Womens Ment Health* 25, 611–620.
<https://doi.org/10.1007/s00737-022-01225-9>

Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2),171-190.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44012058011>

Narváez, P. (2017). *Perfil psicológico y social de las adolescentes en edades entre los 15 a 19 años que presentan embarazo precoz*. [Tesis de grado, Universidad Central del Ecuador].
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12862/1/T-UCE-0007-PPS006.pdf>

National Institute for Health and Care Research. (16 de noviembre del 2021). Mothers of children with life-limiting conditions are at risk of serious health problems. <https://evidence.nihr.ac.uk/alert/children-life-limiting-conditions-mothers-more-likely-to-die/>

Ochoa, J., & Yunkor, Y. (2019). El estudio descriptivo en la investigación científica. *Acta jurídica peruana*, 2(2).<http://201.234.119.250/index.php/AJP/article/view/224/191>

Organización de las Naciones Unidas. (2021, 18 enero). *Salud del adolescente y el joven adulto*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Organización Mundial de la Salud (8 de junio del 2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia sexual. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/98821>

Organización Mundial de la Salud. (13 de septiembre del 2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2019). Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. [ARCHIVO PDF]

Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos ...[https://apps.who.int › iris › rest › bitstreams › retrieve](https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/retrieve)

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Palacios, R. (2008). El complejo de edipo en la teoría psicoanalítica. Puntualizaciones. [Tesis de grado, Universidad Autónoma de Querétaro] <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/976/1/RI001009.pdf>

Perez, J. (2007). La interpretación y el psicoanálisis. *Revista Filosofía UIS*, 6(1), 212-221. <https://core.ac.uk/download/pdf/230229684.pdf>

Piguave, K. (2013). Efectos terapéuticos rápidos en pacientes oncológicos. [Tesis inédita de grado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/8410/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-133.pdf>

Pithod, A. Súper-yo y vida moral : una valoración tomista de la hipótesis psicoanalítica. *Sapientia*. 1991, 46 (180), 111-117. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/13149>

Plaza, M. y Sagbay, B. (2017). Estrés durante el embarazo en pacientes que acuden a la Unidad Anidada. Gualaceo [Tesis de post grado, Universidad de Cuenca]. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28113/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

Quintana, L. (2009). *La dirección de la interpretación*. [Discurso principal]. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-020/704.pdf>

Ramírez, C. (2017). *Las violencias contra las mujeres: alcances y consecuencias / DELS*. Organización Panamericana de la Salud. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/las-violencias-contra-las-mujeres-alcances-y-consecuencias>

- Ramos-Galarza, C. A. (2020). Alcances de una investigación. *CienciAmérica*, 9(3), 1–6. <https://doi.org/10.33210/ca.v9i3.336>
- Real Academia Española. (2021). Culpa. En *Diccionario de la Lengua Española* (23.^a ed.). <https://dle.rae.es/culpa>
- Real Academia Española. (2021). Enfermedades físicas. En *Diccionario de la Lengua Española* (23.^a ed.). <https://dle.rae.es/enfermedad>
- Ricou, M., Marina, S., Vieira, P. M., Duarte, I., Sampaio, I., Regalado, J., & Canário, C. (2019). Psychological intervention at a primary health care center: predictors of success. *BMC Family Practice*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1005-9>
- Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educação. Revista do Centro de Educação*, 31(1), 17. <https://www.redalyc.org/pdf/1171/117117257002.pdf>
- Robles, R. (2012). Maternidad: ¿Un deseo femenino en la Teoría Freudiana?. *Revista Nomadías*. (16), 119-135. <https://doi.org/10.5354/n.v0i16.24966>
- Rodriguez, L. (2013). Definición, fundamentación y clasificación de la violencia [Archivo PDF]. <https://trasosdigital.files.wordpress.com/2013/07/articulo-violencia.pdf>
- Rohner, R. (1975). *They Love Me, They Love Me Not: A Worldwide Study of the Effects of Parental Acceptance and Rejection*. Ct: HRAF Press. <https://hraf.yale.edu/ehc/documents/3>
- Romero, A. (2020). *Relación entre las actitudes maternas y los niveles de ansiedad que presentan las madres de un establecimiento penitenciario de Lima metropolitana* [Tesis de post grado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8976/Relacion_RomeroGutierrez_Andrea.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sánchez, J. (2013). Mecanismo de defensa. En *Sublimación y racionalización. Dos caras psicológicas en el derecho*. UNAM, Instituto de Investigaciones

Jurídicas. (11), 1–5.
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3603/3.pdf>

Savio, K. (2015). Aportes de Lacan a una teoría del discurso. *Folios*, 42, 43–54.
<https://doi.org/10.17227/01234870.42folios43.54>

Sosa, J. (2014). El mal-estar del sujeto en la clínica psicoanalítica. Superyó y síntoma: la depresión en la mujer. *Alternativas en psicología. Revista semestral*, 30, 27-32. <https://alternativas.me/attachments/article/53/2%20-%20El%20mal-estar%20del%20sujeto%20en%20la%20cl%C3%ADnica%20psicoanal%C3%ADtica.pdf>

Stirling, J. (2019). Understanding Medical Neglect: When Needed Care Is Delayed or Refused. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13(3), 271–276.
<https://doi.org/10.1007/s40653-019-00260-6>

Tan, A. y Lim, K. (2002). Singaporean Graduate Majors in Education Perceptions of Workplaces and Roles of Psychologists. *Perceptual & Motor Skills*, 94(2), 663.

Tibaná, D., Arciniegas, D., Delgado, I. (2020). Tipos de manifestaciones de la violencia de género: una visibilización a partir de relatos de mujeres víctimas en Soacha, Colombia. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (30).
<https://revistapropectiva.univalle.edu.co/index.php/prospectiva/article/view/8803/12863>

Tinoco, A., Albornoz, N., Mazuera, R., Carreño, M., Cuberos, M., Vivas, M., Arenas, V., Solyszko, I., Cafaro, G., Alves, A., Sierra, A., Bonilla, N., & Villamizar, Z. (2018). Influencia de la cultura en el embarazo de adolescentes. En *Adolescencia: vulnerabilidades* (1.a ed., pp. 87–118). Ediciones Universidad Simón Bolívar.
https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2331/Cap_2%20_Influencia.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Uesu, A. (2016) Asociación entre actitudes maternas y el estado nutricional de sus niños menores de tres años de un centro de Salud de Ate-Vitarte. [Tesis

inédita de post grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos Perú]
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5258/Uesuta.pdf?sequence=3>

Universidad de la laguna. (2018, 11 enero). Análisis de la insensibilidad maternal. *ULL - Noticias*. <https://www.ull.es/portal/noticias/2018/analisis-la-insensibilidad-maternal/>

Viaplana, G., Gómez, G., Sánchez, V., Laso, E. (2002). La resistencia en psicoterapia. El papel de la reactividad, la construcción de sí mismo y el tipo de demanda. *Análisis y modificación de conducta*, 28(118), 235-288. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=259940>

Villanueva, S. (2012). ¿Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia?. *Revistas UNIFE*, 20(1), p. 46 - 48. <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2012/sabinadeza.pdf>

Villarini, A. (1994). La Enseñanza Moral en el Currículo Universitario. *La Educación Moral en la Escuela: Fundamentos y Estrategias para su Desarrollo. Colección Praxis*. 251-353. <https://scholar.google.com/citations?user=9Ok9LIsAAAAJ&hl=en>

Wallis, L. (25 de septiembre del 2013). ¿Y si la adolescencia se prolonga hasta los 25 años?. *BBC News*. https://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/09/130925_salud_25_frontera_madurez_adolescentes_ap

Winkler, M., Pérez, S., López, L. (2005). ¿Embarazo deseado o no deseado? Representaciones sociales del embarazo adolescente, en adolescentes hombres y mujeres habitantes de la comuna de Talagante, Región Metropolitana. *Terapia psicológica*, 23(2), 19-31. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523203>

World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. *Editorial Médica Panamericana*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

- Zainabu, M. (2018). *La negligencia materna y su impacto en la interacción madre-hijo/a* [Tesis de Maestría, Universidad de la Laguna]. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/16869/La%20negligencia%20materna%20y%20su%20impacto%20en%20la%20interaccion%20madre-hijoa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zohn, T. (2015). ¿Cuándo y por qué ir a terapia?. *Revista Miranda*, (19), 5-10. <http://hdl.handle.net/11117/3966>
- Zuluaga, B. (2006). La mujer freudiana. *Desde el jardín de Freud*, 6, 285-286.
- Zumba, G., Falconi, J. y Cedeño, A. (2012). La educación sexual y su incidencia en los embarazos no deseados en las alumnas del bachillerato del colegio fiscal “Señoritas Quevedo” del cantón Quevedo, provincia de “Los Ríos”, durante el año 2007. [Tesis de maestría, Universidad Técnica de Babahoyo]. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/2097/TESIS%20DE%20%20MAESTR%c3%8dA%20DE%20GINA%20REAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

Entrevista #1

1. ¿Su embarazo fue planeado o deseado?

No, no fue planificado, ni deseado

2. ¿A qué edad tuvo este hijo?

A los 24

3. Cuando se enteró de su embarazo ¿cómo se sintió?

Normal, igual que con los otros porque ninguno fue planificado, y ya pues, ya me los mandó Dios y ya los tuve que aceptar

4. ¿Ha sentido una tristeza profunda en algún momento del embarazo o crianza de su hijo?

Todo el embarazo me la pasé con mucha tristeza, tenía muchos problemas con mi cónyuge

5. ¿Ha experimentado pérdida del interés y de la capacidad para disfrutar?

No, para disfrutar no, pero si por el estado de mi hija me la paso muy triste. Hasta ahora me la paso siempre triste

6. ¿Qué condición médica presenta su hijo?

Parálisis cerebral infantil

7. ¿Qué sintió cuando se enteró de esta condición?

Bueno, lo que pasa es que ella si venía bien, pero como tuvo asfixia prenatal entonces ahí en el parto fue la complicación. No aceptaba lo que estaba pasando, no sabía cómo sentirme, era horrible.

8. ¿Cuánto tiempo le tomó aceptar su situación?

Bueno yo creo que una madre o un padre nunca termina de aceptar una situación en el estado de un hijo enfermo porque esa sería la palabra me parece a mi.

9. ¿Se ha llegado a sentir culpable en algún momento por el diagnóstico de su hijo? ¿Por qué?

Ah, eso si. Porque incluso yo pienso que si hubiera hecho esto o aquello. Todo el embarazo la pasé muy triste, estuve casi dos meses botando líquido amniótico y a pesar de que fui con el ginecólogo y no se dió cuenta o bueno de pronto pude haber ido a otro lugar, me confíe de la palabra de ese médico. Creo que pude haber hecho algo un poco más.

10. ¿Se encarga sólo de los cuidados de su hijo o recibe ayuda de alguien?

Sola, porque mi esposo es profesor y el sale de la casa de 5:30 a 6 de la mañana y vuelve a las 8 o 9 de la noche y como trabaja en colegios religiosos a veces hasta los fines de semana tiene que asistir. Igual cuando él está aquí muy poco me ayuda él, o sea, le atiendo yo sola a la niña.

11. ¿Considera que tal vez se ha enfocado más en los cuidados de su hijo, dejando de lado su vida social/familiar?

Bueno, desde que me hice de compromiso vida social no he tenido porque ya la vida cambia muchísimo cuando vienen los hijos y forman un hogar. Lo que si es que para contribuir económicamente si estoy bastante limitada porque con la niña no puedo movilizarme y siempre he sido un poco activa en ese sentido a pesar de que igual de una manera u otra si contribuyo con la economía dentro de la casa me dedico a coser, cocinar o trato de vender algo, pero ya no como lo hacía antes porque no puedo salir a hacer las compras o a hacer las entregas. La niña requiere mucho cuidado porque es una bebé grande, acaba de cumplir 14 años, pero es una bebé grande porque hay que darle hasta el agua en la boca

12. ¿Considera que se encuentra constantemente preocupada?

claro porque estoy pendiente de sus movimientos, de sus gestos, las 24 horas. No se si me vaya a convulsionar o si le vaya a dar un paro cardíaco. Cuando le estoy dando de comer tengo que estar muy atenta para evitar que se atore o cosas así.

13. ¿Tiene más hijos?

Si tengo más hijos.

14. ¿Ha sentido en algún momento que ha desprotegido a sus otros hijos?

Quizás yo no me he dado cuenta, pero mis otros hijos si lo sintieron cuando eran pequeños, ahora ya son adultos. De hecho, el mayor también se graduó de psicólogo. Le contaban a mi hermana que se sentían así, que yo desde que nació la niña a ellos los hice a un lado.

15. ¿Alguna vez ha recibido atención psicológica?

No he recibido.

16. ¿Considera necesario recibir esta atención?

La verdad es que creo que no, mis psicólogas son las plantas, cuando me siento demasiado triste o enferma y no puedo andar por ahí me dedico a las plantas. O a la costura. Así me despejo y desvío la atención de conmigo misma. Las plantas ayudan muchísimo en ese sentido porque también necesitan de cuidado y uno se dedica a atenderlas y así se me pasa el tiempo.

Entrevista #2

1. ¿Su embarazo fue planificado o deseado?

No fue planificado ni deseado

2. ¿A qué edad tuvo este hijo?

A los 19

3. Cuando se enteró de su embarazo ¿cómo se sintió?

Fue una serie de sentimientos, lloré mucho, me dio risa, náuseas, no sabía que hacer. Llamé a mi mejor amiga, ella ya estaba planeando el baby shower, pero yo no sabía que hacer, fue muy raro todo.

4. ¿Ha sentido una tristeza profunda en algún momento del embarazo o crianza de su hijo?

Sí, durante el embarazo pasé por varias etapas. Lo que pasa es que yo perdí a un familiar muy cercano en el embarazo entonces entré en una depresión profunda que casi me ocasiona un aborto, porque la mayor parte del tiempo pasaba deprimida, triste y no me alimentaba de la forma correcta. Más que todo esa parte en lo que es el embarazo. En lo que es la crianza no les voy a mentir que, si ha habido momentos que me he sentido un poco triste, porque las cosas han cambiado totalmente, osea mi vida dio un giro de 90 grados. Porque yo tenía otro tipo de planes, proyectos, para ser sincera no estaba en mis planes tener un hijo, pero una vez que asimile dije bueno, no voy a abortar, voy a aceptar lo que se viene. Cambio respecto a mis estudios, se me complicaba un poco más estudiar, porque a veces no tenía quien cuidara a mi bebe. Estaba con una responsabilidad, es una responsabilidad grande, y estaba en la universidad y pensaba si mi hijo estaba bien o no, si lo estaban cuidando bien, todo esto que la gente romantiza, pero en realidad es complicado y difícil.

5. ¿Ha experimentado pérdida del interés y de la capacidad para disfrutar?

La vida en general, o sea perder el interés no. Más bien me he enfocado en lo que más importa que es mi hijo, y no nunca fue que al principio estuve triste

porque tuve que dejar de salir y compartir con mis amistades. Más bien, me ayudó en centrar más mis ideales, en centrarme más, en forzarme más. Porque ya no tenía que ver mis necesidades sino también los de otra persona

6. ¿Qué condición médica presenta su hijo?

Mi hijo tiene trastorno autista, una discapacidad del 47% con un nivel de autismo moderado. Fue diagnosticado hace aproximadamente dos años. Ha sido complicado todo el proceso, pero con el paso del tiempo ha mejorado y no les voy a mentir que ha sido muy difícil y ha habido momentos en los que no he sabido que hacer, me he sentido muy asustada o triste. Creanme que es desesperante criar a un niño con autismo. Y muchas veces la gente te señala no solo a ti sino a tu hijo porque la gente no conoce sobre el tema, y no entiende, y lo que normalmente piensan que uno malcría a los hijos o que el niño de por sí es malcriado y no saben realmente lo que hay detrás de todo eso.

7. ¿Qué sintió cuando se enteró de esta condición?

Ahí me costó, Ahí me costó la verdad, me costó muchísimo aceptarlo. Cuando me dieron el diagnóstico yo no me quede con un solo diagnóstico, busqué otro psicólogo infantil y otro neurólogo pediátrico, fui a muchos médicos y cómo sólo éramos los dos me terminé haciendo relajo. Entonces, fue muy complicada y muy difícil la situación.

8. ¿Cuánto tiempo le tomó aceptar su situación?

Demoré en aceptarlo, pero una vez que crucé el proceso de subida y bajada fue algo satisfactorio más que, es muy bonito en medio de todo porque son niños que dan mucho amor, que en medio de lo que puedan llegar a pensar o a sentir, son seres de luz en tu vida.

9. ¿Se ha llegado a sentir culpable en algún momento por el diagnóstico de su hijo? ¿Por qué?

La verdad que casi todo el tiempo, y constantemente me pregunto cuando a él le suelen dar crisis me pregunto tal vez mi depresión en el embarazo causó esto, tal vez fue genética y lo he pensado muchísimo y me he llegado a sentir

en cierta parte culpable porque tal vez no controle mis emociones de la forma adecuada pensando en él, sino que solamente pensaba en mi

10. - ¿Se encarga sólo de los cuidados de su hijo o recibe ayuda de alguien?

Como les explico, yo vivo con mi hijo, vivimos solo los dos. Pero a veces cuando me toca salir a trabajar mi mamá es la que me apoya con los cuidados del niño. Y de ahí regreso a la casa, lo paso viendo donde mi mamá y de ahí regreso a la casa.

11. ¿Considera que tal vez se ha enfocado más en los cuidados de su hijo, dejando de lado su vida social/familiar?

Si, la verdad que si, siempre trato, bueno no es que trato, pero la verdad ahora mi hijo es mi prioridad. Y puede haber un sin número de cosas, no sé, fiestas o reuniones, lo que sea, pero para mi primero siempre va a ser mi hijo, siempre va a ser así. Bueno igual tengo que trabajar así que tengo que solventar los gastos de los dos y es un poco complicado pero la mayor parte trato de compartir con él, de compartir su proceso, de estar pendiente de sus terapias, de asistir a sus terapias y ese tipo de cosas.

12. ¿Considera que se encuentra constantemente preocupada?

Hay momentos que estoy tranquila, pero, hay momentos que no. Por ejemplo, él es cariñoso, pero lamentablemente tiene dos o tres días seguidos de crisis y a veces eso preocupa, porque igual hay muchos gastos de todas sus necesidades, y a veces los tiempos no son tan buenos. Es complicado.

13. ¿Tiene más hijos?

No, no tengo más hijos.

14. ¿Alguna vez ha recibido atención psicológica?

Si he recibido atención psicológica

15. ¿Considera necesario recibir esta atención?

Si lo considero necesario en la vida de todas las personas, tanto la salud mental como la física es muy importante. A veces las personas dejan a un lado la salud mental porque pensamos que los psicólogos o la psicología es

para los locos, pero no, es importante. Yo asistí a terapia por un sin número de cosas, cuando a mi me dieron el diagnóstico de mi hijo fue como la gota que derramó el vaso, entonces yo sentía que no podía con muchas preocupaciones, responsabilidades y estrés. Como les decía, yo siempre fui una chica independiente así que pasé mi embarazo y todo el proceso sola, y era complicado, llegue a un punto de cansarme, de tener malas ideas y de pasar deprimida la mayor parte del tiempo, de perder interés por muchas cosas y me he llegado a sentir hasta mala madre porque mi hijo se daba cuenta cuando no estaba bien y me abrazaba. Eso fue lo que me ayudo a buscar terapia y ayuda, porque no me gusta contarle mis cosas a mi mamá, a mi papá ni a nadie porque son mis problemas y responsabilidades y no quiero cargarlos a ellos con mis cosas y yo dije que necesito ir a un psicologo porque no puedo y me estoy volviendo loca.

Durante el embarazo si lo pensé, como le mencione anteriormente por la muerte de mi familiar cercano que fue la persona que me crió y entonces pensé en tomar porque no estaba llevando un duelo correcto, pero justo en ese tiempo pasé la universidad y mi tesis, deje de lado mi salud mental y me enfoque en otras cosas.

Entrevista #3

1. ¿Su embarazo no fue planificado?

No, no fue planificado, tampoco lo quería

2. ¿A qué edad tuvo este hijo?

La tuve a los 25 años.

3. Cuando se enteró de su embarazo ¿cómo se sintió?

Sorprendida, no me lo esperaba, pero igual de cierta forma me alegré.

4. ¿Ha sentido una tristeza profunda en algún momento del embarazo o crianza de su hijo?

No creo, tuve un embarazo tranquilo, pero de pronto por la edad fue un poco más difícil. Pero durante el embarazo no supe si venía con una discapacidad. Difícil por los malestares de mi embarazo, me hinchaba mucho y el cuerpo me pesaba.

5. ¿Ha experimentado pérdida del interés y de la capacidad para disfrutar?

mi primera hija fue planificada y la segunda no, porque justamente mi primer trabajo no me permitía disfrutar de ella, por eso siempre fui responsable. Mi niña con discapacidad no la había planificado, pero vino y la acepté, pero igual no las puedo tener conmigo siempre, por mi trabajo, pero el tiempo que ya estoy sin trabajo me dedico 100% a ellas. Ellas son lo primero. Así que no tengo mucho tiempo para disfrutar.

6. ¿Qué condición médica presenta su hijo?

Una niña normal, hasta el año, de ahí tenía su control mes a mes, de ahí la niña no tenía el mismo desarrollo que tuvo mi anterior hija. La pediatra le decía que tal vez es más lenta, pero ya me di cuenta que la niña en vez de avanzar iba retrocediendo, lo que aprendía se le estaba olvidando. Lo lleve a un neurólogo y recién ahora le pueden dar un diagnóstico. El primer diagnóstico de un neurólogo era epilepsia, pero no se sabía la razón. Sus convulsiones no eran notorias, me quedé muy sorprendida, porque las convulsiones de ella era una mirada perdida, un movimiento de un pie, un brazo, yo no las notaba.

Incluso convulsiona mientras duerme, entonces la diagnosticaron con retraso en el desarrollo. No es hasta ahora que me dicen que tiene Síndrome de Rett, que es algo que se provoca desde la barriga aparentemente, es algo que no lo pueden ver.

7. ¿Qué sintió cuando se enteró de esta condición?

Muy difícil, desde el momento en que el año y dos meses que ya me dieron el diagnóstico, yo negaba, no aceptaba, pero ya viendo la condición de ella y como iba retrocediendo ahí la he tenido en terapias, pero ahora que ya se exactamente con que tengo que luchar, entonces ya lo acepto y sigo las reglas que los médicos me ponen y conociendo más de lo que trata la enfermedad y cumpliendo con su medicamento a tiempo, porque son convulsiones que deben ser controladas pero su condición es algo que no se va a corregir del todo pero si se va a ayudar a controlar, pero ya estoy aprendiendo a vivir con esto y tratar de ayudarla, por eso el tiempo que no sé estoy trabajando se lo doy 100% a ella.

8. ¿Cuánto tiempo le tomó aceptar su situación?

tenía la esperanza que solo fuera una simple epilepsia que se controlaba en un electro y al siguiente ya iba a estar bien, pero nada, demoré en aceptar todo. Entonces la desesperación me llevó a querer saber de que provenía, no tengo mucho conocimiento de la enfermedad, pero creo en Dios que tiene control de todo, la ha puesto en sus manos y lo poco que se de la enfermedad, la base de controlar sus convulsiones y se que, si están controladas, porque ya no se ven como antes y ayudarla en sus terapias. Estoy tranquila, porque sé que estoy haciendo todo lo que puedo hacer como madre, a pesar de que tengo que trabajar, porque el tratamiento cuesta y no puedo quedarme de brazos cruzados esperando a que mejore, tengo que buscar a profesionales también.

9. ¿Se ha llegado a sentir culpable en algún momento por el diagnóstico de su hijo? ¿Por qué?

Si, por que quizas en algun momento pense que el trabajo muy forzado que tenía había ocasionado eso, pero bueno. ya me doy cuenta que es algo genético porque incluso los médicos me han explicado que no es por nada

que yo haya hecho o que mi pareja haya tenido o alguna consecuencia, sino que ya por los genes o cromosomas, la criatura ya no se llega a formar. ahora ya se que no es mi culpa, porque sentía culpa de que de pronto yo no la haya cuidado y haya salido con eso. Por eso ya estoy tranquila, tratando de sobrellevar lo que ella se enfrenta y conocerla porque igual con su mirada ella me dice lo que necesita.

10. ¿Se encarga sólo de los cuidados de su hijo o recibe ayuda de alguien?

Ellos necesitan mucho amor, mi madre es la que me ayuda y una hermana que cuando mi mami no está ella me ayuda y que ya saben como hacerlo, ayudando a que camine y de pasos. Pero hay veces que no pueden. Yo me siento intranquila porque me han dicho que contrate a una persona, pero no hay plata para eso y no le van a dar el mismo cuidado, yo antes de irme a mi trabajo le dejo haciendo terapia o la llevo y de ahí me voy a mi trabajo, pero estoy pendiente. Mi pareja también me ayuda mucho, porque sí se necesitan bastantes personas.

11. ¿Considera que tal vez se ha enfocado más en los cuidados de su hijo, dejando de lado su vida social/familiar?

Sí, claro, yo ya no voy a ningún lado. Incluso mi otra hijita dice siente celos porque dice que yo ya no le doy tiempo a ella, pero bueno, trato de darle amor a las dos, pero le hago entender que tengo que estar pendiente de ella porque no puede valerse por sí sola, pero obvio el tiempo que tengo disponible es para estar con ella. Ella necesita salir, estar en un entorno donde hay niños, donde ve juegos, estar siempre activa, porque no puede enfrascarse en este mundo en el que está porque si no va a poder avanzar o si voy algun evento que sea en horas tempranas ahí la llevo, todo el mundo la conoce, pero de ahí no, el tiempo no da para más que dedicarse a la familia.

12. ¿Considera que se encuentra constantemente preocupada?

Sí me sentí preocupada al saber el diagnóstico final porque no sabía con qué me enfrentaba y como le digo lo que te hablan los doctores te tratan de dar aliento y te enseñan a sobrellevar esto. Pero si uno se pone a investigar en Internet se encuentra con muchas cosas y yo no soy de eso, aunque si me

han dicho que de pronto me involucre, pero es en grupo porque esta enfermedad no es conocida, cuando yo les explico a la gente no la conocen. Entonces ¿qué es eso? ¿Cuál es el síndrome de down que es más común? Y a veces ni yo sé que responder. Por eso igual me preocupé porque no sabía lo que me enfrentaba, pero la doctora me explico y siempre hay que esperar la voluntad de Dios y hacer lo que los médicos me digan, me siento un poco más tranquila a pesar de qué a veces el tiempo de trabajo me consume y siento que no le doy el tiempo necesario. Por ejemplo, hoy le trataba de dar todo el día porque es mi día libre. Igual el conocer el diagnóstico me ayuda a sentir es más tranquila porque ya sabía que me enfrentaría, antes tenía que ir a un lado y a otro lado y no sabía que tenía.

13. ¿Tiene más hijos?

Si

14. ¿Ha sentido en algún momento que ha desprotegido a sus otros hijos?

Me he centrado más en la otra niña por su condición, pues no puede hacer las cosas sola tengo que darle su desayuno en la boca y cuidarlo. Incluso la niña mayor si se le compra algo está por igual, obviamente la atención se la lleva a la segunda niña por su condición e incluso que es una niña que si la dejan sentada se queda, pero no llora por gusto y si deja hacer las cosas cuando uno tiene que ir a otro lado, porque está pendiente de que la otra niña no se lo haya comprado. Pero, por lo general mi amor es para las dos, porque la discapacidad de ella es algo que no se puede mover y se la puede dejar en un lugar, en cambio hay otros niños que sí se pueden mover y hay que estar más pendientes.

15. ¿Alguna vez ha recibido atención psicológica?

Yo no, pero a mi hija mayor si, la he llevado a consultas así de rutina con psicólogos. Incluso a la menor, empezó con psicólogos, pero al ver que no necesitaba un psicólogo le dieron el alta y fue a los profesionales que tienen que ver con su estado. Pero yo, así como al 100% no.

16. ¿Considera necesario recibir esta atención?

Primero, Dios, ante todo, yo soy cristiana-evangélica y pienso que mi doctor y mi psicólogo es Dios. Pero bueno, Dios envía personas también a tu alrededor que te ayudan y por eso hizo la ciencia y les ha dado la sabiduría para ayudar a las personas que quizás necesita en algún momento una orientación y bueno si aportar a mi vida. Si me haría de pronto en algún momento, y bueno, en las manos del psicólogo estaría si ya estoy harta de enfrentar el diagnóstico de mi hija

Entrevista #4

1. ¿Su embarazo fue planeado o deseado?

No fue un embarazo planificado ni deseado

2. ¿A qué edad tuvo este hijo?

A los 24

3. Cuando se enteró de su embarazo ¿cómo se sintió?

Bueno, no fue un embarazo tranquilo, porque tuve preclampsia, entonces estuvo bastante complejo en ese sentido, además de que yo en realidad no lo quería tener, entonces imagínese, me sentía muy mal. Además, estuve alejada de mi familia, porque estaba en Quito y ellos en Guayaquil y me sentía sola, porque también tenía muchos problemas con mi pareja en ese entonces, teníamos muchas discusiones.

4. ¿Ha sentido una tristeza profunda en algún momento del embarazo o crianza de su hijo?

Bueno la verdad es que sí, porque, como le dije, mi embarazo fue complejo y estaba lejos de mi familia. Además, como dije, la relación con mi pareja siempre fue complicada, nunca fue la mejor, han habido situaciones que no fueron nada agradables. También, todas situaciones durante mi embarazo que me causaba mucho estrés y angustia, pienso yo que fue una de las razones por las que el bebe nació prematuramente, porque fue un bebe prematuro.

5. ¿Ha experimentado pérdida del interés y de la capacidad para disfrutar?

Cuando estaba embarazada y los meses que lo crié sí, estaba estresada constantemente y no quería hacer nada. Pero cuando lo llevé con mi familia pues me sentí más tranquila porque pude enfocarme en más cosas.

6. ¿Qué condición médica presenta su hijo?

Autismo en la niñez, se le hizo un diagnóstico presuntivo hace aproximadamente un año. Luego de eso, la psicóloga lo derivó a un hospital de especialidades, donde tuvo la cita con la neuróloga, con psiquiatría y

psicología. Aún no tiene un diagnóstico seguro, pero la psicóloga que lo vio decía que según su experiencia ella sí ve posibilidades bastante altas de que lo que presente sea autismo, por lo que está en terapias para poder avanzar con su desarrollo.

7. ¿Qué sintió cuando se enteró de esta condición?

Bueno, para esto tengo que decir que yo lo llevé a Guayaquil cuando tenía 3 o 4 meses de edad para que viviera con mi familia, porque yo la verdad no me sentía bien y tampoco lista como para cuidar de él. Entonces cuando me contaron esto del autismo, no me lo creía la verdad, pensaba que simplemente estaba comportándose como engreído. Pero ya cuando me dijeron sobre el diagnóstico, pues se explicó el detalle de la enfermedad y nos fuimos adaptando a la situación. ahí

8. ¿Cuánto tiempo le tomó aceptar su situación?

No podría indicar fechas exactas. Recibimos el diagnóstico en octubre del año anterior, un poquito antes, tal vez me costó un mes o dos meses. Porque donde nosotros vivimos pues se desconoce un poco la situación, que engloba la enfermedad porque escuchábamos el término, la palabra, los rasgos, pero no conocemos lo principal. Entonces, tratamos de pasar las etapas de duelo y poder aceptar todo lo más pronto posible con la ayuda de personas cercanas, especialistas en el tema o sitios web para poder actualizar.

9. ¿Se ha llegado a sentir culpable en algún momento por el diagnóstico de su hijo? ¿Por qué?

Sí, yo creo que sí. A veces me cuestiono eso porque no estoy con el niño, pero realmente creo que no podría ser capaz de criarlo, y menos con la enfermedad.

10. ¿Se encarga sólo de los cuidados de su hijo o recibe ayuda de alguien?

No vivo con mi hijo, no he pasado mucho tiempo con el bebé. Mi entorno familiar cercano como mi mamá, mis tíos o mi hermana me ayudan, lo visito temporalmente y mantengo el contacto a través de videollamadas.

11. ¿Considera que tal vez se ha enfocado más en los cuidados de su hijo, dejando de lado su vida social/familiar?

Como le mencioné anteriormente, cuando estaba cuidando al niño pues si estaba muy preocupada, pero actualmente mi madre se encarga de eso.

12. ¿Considera que se encuentra constantemente preocupada?

En ocasiones pienso en el diagnóstico y en cómo estará él, pero no es una preocupación constante.

13. ¿Tiene más hijos?

No

14. ¿Alguna vez ha recibido atención psicológica?

No

15. ¿Considera necesario recibir esta atención?

Si yo creo que por diversos motivos, necesitamos el apoyo de alguien profesional que nos guíe porque no solo el cuerpo como tal necesita atención sino también lo emocional



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Riccio Alvarado, Antonella Angie**, con C.C: # 0926226754 autora del trabajo de titulación: **La maternidad no deseada y sus efectos psicológicos en mujeres con hijos con una condición diagnóstica**, previo a la obtención del título de **Licenciatura 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: **Riccio Alvarado, Antonella Angie**

C.C: **0926226754**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Uscocovich Cassis, María Nathalia**, con C.C: 1311755167 autora del trabajo de titulación: **La maternidad no deseada y sus efectos psicológicos en mujeres con hijos con una condición diagnóstica**, previo a la obtención del título de **Licenciatura 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: **Uscocovich Cassis, María Nathalia**

C.C: **1311755167**



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	La maternidad no deseada y sus efectos psicológicos en mujeres con hijos con una condición diagnóstica.		
AUTORES	Riccio Alvarado, Antonella Angie Uscocovich Cassis, María Nathalia		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Psic. Cl. Estacio Campoverde, Mariana De Lourdes, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de filosofía, letras y ciencias de la educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	12 de septiembre de 2022	No. DE PÁGINAS:	126
ÁREAS TEMÁTICAS:	Maternidad, intervención psicológica, efectos psicológicos.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Maternidad no deseada, condición diagnóstica, mujeres, intervención psicológica, efectos psicológicos.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El presente trabajo de investigación se enfocó en analizar la maternidad no deseada y sus efectos psicológicos en mujeres con hijos que tienen una condición diagnóstica. Se consideró fundamental el análisis de esta problemática con mujeres jóvenes, debido a que se ha podido observar la falta de trabajos que estudien las consecuencias psicológicas cuando el menor nace o desarrolla una condición. De esta manera, el desarrollo del primer objetivo se llevó a cabo por medio de una revisión de carácter bibliográfico, en donde se establecieron tres posibles factores influyentes en la maternidad no deseada, además de explicar la individualidad del deseo femenino. Posteriormente, en el segundo objetivo se aplicaron entrevistas semidirigidas a mujeres que cumplieron con las características establecidas de la población, en donde se identificaron los posibles efectos psicológicos presentes en la maternidad no deseada. Finalmente, a partir de lo realizado, fue posible establecer la importancia que tiene la intervención psicológica sobre estos efectos que son parte predominante de la vida de estas mujeres. La investigación determinó la particularidad de los efectos psicológicos manifestados en cada mujer, en donde predominaron la culpa y la angustia.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfonos: +593 96 840 3980 +593 97 935 6778	E-mail: Antonella_angie8@hotmail.com marianatalia3005@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: tatiana.torres@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):			