



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

*Relación de pareja y su impacto en la salud mental durante el embarazo:
propuesta de intervención.*

TESIS

Para obtener el Grado de Maestra en Psicología

PRESENTA

Margarita Sarahí Martínez Rodríguez

Directora de Tesis:

Dra. Bruma Palacios Hernández

Comité Revisor:

Dr. Luis Pérez Álvarez

Dra. María del Rosario Valdez Santiago

Dra. Lorena Elizabeth Castillo Castillo

Dra. Berenice Pérez Amezcua

Cuernavaca, Morelos, abril de 2026

Las mujeres sostienen al mundo, pero ¿quién sostiene a las mujeres?

A mi familia, por siempre estar.

A Aldito por sostenerme y caminar conmigo.

A todas las mujeres que atraviesan con dificultades la etapa perinatal, que este trabajo sea una pequeña contribución para seguir comprendiendo y elaborando sus experiencias.

Esta tesis se terminó de escribir en medio de una etapa difícil para Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), la dedico a todas las compañeras que la violencia nos ha arrebatado: Aylin, Kimberly y Karol. Y seguimos esperando a Viridiana.

A todas aquellas personas que la violencia nos quitó.

Agradecimientos

Agradezco a la UAEM por brindarme los conocimientos y experiencias que facilitaron mi formación; al Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi), particularmente al Laboratorio de Salud Mental Perinatal por formarme en y por facilitar mi desarrollo profesional en el área perinatal. A la Facultad de Psicología, por ser mi segunda casa y recibirme con los brazos abiertos. A la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) por la beca otorgada durante la maestría. Al Instituto de la Mujer de Cuernavaca, por el apoyo brindado en la difusión de este proyecto.

La conclusión de esta tesis no hubiera sido posible sin el respaldo y la orientación de mi directora de tesis, la Dra. Bruma Palacios Hernández, cuyos conocimientos compartidos han generado grandes aprendizajes, no solo para mi formación profesional, sino también para la vida. Gracias por empujarme a seguir mejorando y por confiar en que puedo lograr las cosas que me proponga. Te admiro por tu profesionalismo y calidad humana, por tu compromiso social con la investigación y la población.

A la Dra. María del Rosario Valdez Santiago, a la Dra. Berenice Pérez Amezcua y la Dra. Lorena Elizabeth Castillo Castillo, por sus aportaciones a este proyecto y por compartir su conocimiento. Gracias por poner en ejemplo lo que las mujeres pueden lograr. Al Dr. Luis Pérez, por ser guía y ejemplo en mi formación como psicoterapeuta, por enseñar a nombrar y reconocer la subjetividad en lo colectivo.

Agradezco a mi coterapeuta, Dani, por ser los otros ojos en el grupo, por brindar tu mirada a aquello que no alcanzaba a observar y por ser compañera y apoyo en este proyecto.

Agradezco también a mis compañeros del Laboratorio, quienes han acompañado mi

trayectoria en este camino de la salud mental perinatal, particularmente a Fernanda, Cristina y Frida.

Sobre todo, agradezco a mi familia. A mis padres Patricia y Abraham, por estar presentes en todo el camino, por su paciencia y comprensión y por brindar las herramientas que necesitaba para poder lograr aquello que me proponga. A mis hermanas: Rebeca por ser ejemplo de que, a pesar de las dificultades, se puede cumplir lo que uno se proponga y que con un carácter firme se atraviesan los obstáculos; y a Carolina por enseñarme a que los vínculos se pueden reconstruir.

A Aldito, por ser soporte y contención en todo el proceso, por creer en mí y no soltarme, por ser mi fan número uno y por enseñarme a ser cuidada, más en los momentos de mayor dificultad. Lo logramos.

Por último, agradezco a todas las mujeres que me compartieron sus historias y me dieron la oportunidad de conocerlas. Gracias por confiar en mí.

Índice	
Resumen	8
Introducción	9
Antecedentes	12
Capítulo 1. Marco Teórico	21
1.1 La violencia contra la mujer de parte de la pareja	21
<i>1.1.1 Definición</i>	21
<i>1.1.2 Prevalencias a nivel mundial</i>	24
<i>1.1.3 Violencia de pareja (VP) en el embarazo</i>	27
<i>1.1.4 Consecuencias de la VP en el embarazo</i>	29
<i>1.1.5 Factores de riesgo para presencia de VP y mantenimiento de la relación</i>	32
<i>1.1.6 Roles de género y violencia de pareja</i>	33
<i>1.1.7 La violencia de pareja desde la teoría de las relaciones objetales</i>	37
1.2 El embarazo y maternidad	48
1.3 Salud mental perinatal	53
<i>1.3.1 Depresión perinatal</i>	54
<i>1.3.2 Ansiedad perinatal</i>	56
1.4 Enfoque de intervención: Psicoterapia psicodinámica	57
<i>1.4.1 Psicoterapia grupal de base psicoanalítica</i>	63
Capítulo 2. Planteamiento del Problema	71
2.1. Planteamiento del Problema	71
2.2 Justificación	76
2.3 Preguntas de investigación	77
2.4 Objetivos	77
<i>2.4.1 Objetivo General</i>	77
<i>2.4.2 Objetivos específicos</i>	77
2.5 Hipótesis	78
Capítulo 3. Método	79
3.1 Diseño de investigación	79
3.2 Participantes	79
<i>3.2.1 Criterios de inclusión</i>	80
<i>3.2.2 Criterios de exclusión</i>	80
3.3 Instrumentos y técnicas de recolección de datos	81

3.4 Diseño de la Intervención	84
3.4.1. Procedimiento	87
<i>Primera etapa: reclutamiento y selección de la muestra</i>	87
<i>Segunda etapa: Implementación del programa de intervención</i>	87
<i>Tercera etapa: Seguimiento y evaluación</i>	88
<i>Evaluación de la intervención</i>	89
3.5 Análisis de datos	90
3.6 Aspectos éticos del estudio	90
Capítulo 4. Resultados	93
4.1 Descripción de la muestra	93
4.1.1. Viñetas de las participantes	95
<i>Descripción general de las participantes que no asistieron (n=3)</i>	103
4.1.2. Descripción sociodemográfica y de salud perinatal de las participantes	106
<i>Síntomas depresivos</i>	109
<i>Síntomas ansiosos</i>	110
4.2 Resultados de la intervención grupal	116
4.3 Resultados del seguimiento de la intervención grupal	136
Capítulo 5. Discusión	143
5.1 Limitaciones y recomendaciones	165
Capítulo 6. Conclusiones	168
Anexos	203
Anexo 1. Oficio de aceptación del Comité de ética.....	203
Anexo 2. Hoja informativa para participante.....	206
Anexo 4. Aviso de privacidad.....	211
Anexo 5. Poster de difusión.....	213

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1. Diferencias entre Psicoanálisis y la terapia Psicodinámica.....	58
Tabla 2. Programa de intervención.....	85
Tabla 3. Descripción sociodemográfica y de salud perinatal de las participantes.....	107
Tabla 4. Puntajes de síntomas depresivos, antes, después y en seguimiento de la intervención.....	110
Tabla 5. Síntomas de ansiedad (PASS-Mx) antes, después y al seguimiento de la intervención.....	111
Tabla 6. Puntajes de violencia psicológica antes, después y en el seguimiento de la intervención.....	112
Tabla 7. Puntajes de violencia física antes, después y en el seguimiento de la intervención.....	113
Tabla 8. Puntajes de violencia física severa antes, después y en el seguimiento de la intervención.....	114
Tabla 9. Puntajes de violencia sexual antes, después y en el seguimiento de la intervención.....	114
Figura 1. Proceso de selección de participantes.....	94
Figura 2. Nombre de las sesiones asignado por las participantes.....	122

Resumen

La violencia contra las mujeres constituye un problema de salud pública en México debido a su alta prevalencia y a los efectos multidimensionales en el bienestar psicosocial. Cuando esta violencia la ejerce la pareja, las consecuencias suelen agravarse por la existencia del vínculo afectivo con el agresor. Durante la etapa perinatal la violencia de pareja (VP) impacta directamente a la salud física y mental de la mujer, así como la del bebé.

Por ello, el objetivo de esta tesis fue diseñar, implementar y evaluar una intervención grupal de orientación psicodinámica enfocada a reducir la sintomatología de depresión y ansiedad en mujeres embarazadas, mediante la elaboración de la experiencia de VP en nivel leve.

El grupo de intervención estuvo conformado por tres mujeres embarazadas. Para la evaluación se utilizó la Entrevista Stafford, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), la Perinatal Anxiety Screening Scale en su adaptación mexicana (PASS-Mx) y la Escala de Severidad de violencia (ESV).

La intervención se realizó en modalidad virtual y consistió en ocho sesiones grupales. El análisis cualitativo se desarrolló desde la teoría de las relaciones objetales y las funciones yoicas. Los resultados sugieren que el grupo favoreció la elaboración de la experiencia de violencia, incrementó el reconocimiento de la VP y promovió la creación de estrategias de protección y cuidado. Sin embargo, la mejoría de la salud mental perinatal y la reducción de los episodios de violencia, no se mantuvo en todas las participantes durante el primer mes de posparto posterior a la intervención.

Palabras clave: violencia de pareja, salud mental perinatal, intervención grupal, psicodinámica

Introducción

La violencia contra las mujeres es considerada un problema de salud pública a nivel mundial debido a su alta prevalencia y a los diversos efectos en la salud física y mental. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente una de cada tres mujeres ha experimentado violencia por parte su pareja a lo largo de su vida (OMS, 2021). De acuerdo con datos obtenidos a través de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2022), se estima que, en el estado de Morelos, México, de las mujeres de 15 años y más que han tenido una relación de pareja, 40.8% han sido violentadas por su pareja a lo largo de la relación actual o en la última relación y, de estas, 17.4% han experimentado violencia psicológica en los últimos 12 meses (datos recogidos de octubre de 2020 a noviembre de 2021). En Latinoamérica, la violencia adquiere particular relevancia debido a factores estructurales y socioculturales, que contribuyen a su mantenimiento y a la dificultad para nombrarlo.

Durante la etapa perinatal (embarazo, parto y posparto), la violencia de pareja (VP) adquiere mayor relevancia debido a las consecuencias que tiene para la salud mental materna y el bienestar del bebé. Este periodo se caracteriza por cambios físicos, psicológicos y relacionales, así como por proceso de reorganización psíquica asociados a la transición a la maternidad. Diversos estudios (Howard et al., 2013; Lara, et al., 2019; Díaz-Ogallar et al., 2025) han señalado la asociación de la VP y mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés, así como dificultades en el vínculo materno-infantil (VMI).

Desde la perspectiva psicoanalítica y psicodinámica, la etapa perinatal implica una reorganización psíquica de la mujer, que reactiva experiencias vinculadas con relaciones primarias que favorece el resurgimiento de conflictos psíquicos no elaborados con

anterioridad y favorecer mayor vulnerabilidad frente a las relaciones actuales. La presencia de VP puede intensificar o generar sintomatología de salud mental perinatal que dificulta los procesos propios de esta etapa.

A pesar de la importancia de este fenómeno, existen poca evidencia sobre intervenciones psicológicas de orientación psicodinámica dirigidas a mujeres en etapa perinatal que viven VP. La mayoría de las intervenciones existentes se centran en enfoques psicoeducativos o cognitivo-conductuales. Por ello resulta relevante considerar propuestas de intervención específicas para esta etapa, que contribuyan a la disminución de la sintomatología y la comprensión del fenómeno desde una perspectiva vincular.

Por ello, la presente tesis tuvo como objetivo diseñar, implementar y evaluar una intervención grupal de orientación psicodinámica enfocada a reducir la sintomatología de depresión y ansiedad en mujeres embarazadas, mediante la elaboración de la experiencia de VP en nivel leve. La investigación se desarrolló a partir de un diseño cuasiexperimental, con un único grupo experimental conformado por mujeres embarazadas; además se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de la sintomatología de depresión y ansiedad, así como de la VP en nivel leve. Se realizó una intervención grupal de orientación psicodinámica, conformada por ocho sesiones en modalidad virtual, en donde se promovió la elaboración de la experiencia de VP y el fortalecimiento de las funciones egoicas de las participantes que contribuyeran a la creación de estrategias de cuidado y toma de decisiones.

La presente tesis se organiza en diversos apartados. En el capítulo de antecedentes se hace una revisión de las intervenciones psicológicas diseñadas para mujeres que viven violencia, se enfocan en la disminución de los síntomas y la reducción de los episodios de violencia. En el marco teórico se aborda lo relacionado a la VP, su definición, características y consecuencias,

así como los factores para el mantenimiento de esta. Además, se incluye una aproximación de la VP desde la teoría de las relaciones objetales para una comprensión desde la perspectiva vincular. Se aborda el embarazo y maternidad, la salud mental perinatal y el enfoque psicodinámico y el modelo grupal de intervención. En el tercer capítulo se presenta el método de investigación, incluyendo el diseño, la descripción y caracterización de las participantes, los instrumentos de evaluación, el procedimiento de la intervención y los aspectos éticos considerados. Finalmente, se presentan los resultados y el análisis, seguido de la discusión de los resultados relacionados con el marco teórico utilizado. Para finalizar se presentan las conclusiones y limitaciones del estudio.

Antecedentes

La violencia hacia la mujer, durante las últimas décadas ha ido en incremento, por lo cual se ha catalogado como un problema de salud pública. Se calcula que, a nivel global, de los 736 millones de mujeres, una de cada tres, han sido víctimas de violencia física y/o sexual al menos una vez en su vida por parte de su pareja, fuera de una relación o de ambas (ONU, 2018). La violencia en contra de la mujer ha tenido como consecuencia incrementos en las tasas de depresión, ansiedad, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, entre otras. Es por eso por lo que las intervenciones dirigidas a la prevención y reducción de las consecuencias de la violencia en la salud mental de las mujeres han tomado relevancia y se consideran dentro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ONU,2018), articuladas al objetivo 5 que hace referencia a lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas, eliminando todas las formas de violencia contra las mujeres en los ámbitos públicos y privados.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2018), en la región de las Américas, el 25% de las mujeres han sido objeto de violencia por parte de su pareja, y durante el embarazo se reportó una prevalencia del 1 al 28% en diversos países.

Diversos países han generado intervenciones psicológicas que coadyuven a reducir las consecuencias en la salud mental de las mujeres que sufren la violencia de pareja (VP). Las intervenciones están basadas en distintas estrategias y técnicas de intervención, así como en la modalidad, ya sea individual o grupal. Se han establecido principios básicos para la atención de la mujer que vive VP (OMS, 2014), con programas de atención basados en el apoyo ANIMA: Atención al escuchar, No juzgar y validar las emociones y necesidades de la mujer,

Informarse sobre las necesidades y preocupaciones, Mejorar la seguridad y Apoyar a la mujer para recibir los servicios de atención.

Dentro de las intervenciones psicológicas basadas en el modelo cognitivo-conductual (TCC), Habizang (2019) reporta una intervención de psicoterapia individual con 4 mujeres con antecedentes de VP, sin evaluar población en etapa perinatal. Se evaluó la sintomatología depresiva, ansiedad y trastorno de estrés postraumático, los instrumentos utilizados fueron: el Inventario de Ansiedad de Beck [BAI] (Beck, Epstein, Brown y Sterr, 1988 adaptado por Cunha, 2001), el Inventario de Depresión de Beck [BDI] (Beck, Ward Mendelson, Mock y Erbauch, 1961, adaptado por Gorenstein y Andrade, 1996) y la entrevista estructurada basada en el DSM IV utilizada para evaluar el trastorno de estrés postraumático (Del Ben et al., 2001). Después de la evaluación de la sintomatología, se realizó la psicoterapia individual constituida por 13 sesiones, utilizando la psicoeducación y reestructuración cognitiva (cuatro sesiones), la exposición gradual a las memorias traumáticas (tres sesiones), resolución de problemas (dos sesiones) y la prevención a la recaída (cuatro sesiones). Dentro de los resultados se reportan cambios significativos en la disminución de los índices de ansiedad y depresión, en una evaluación post intervención.

Kiely (2010) realizó un ensayo aleatorizado con una muestra de 1044 mujeres afroamericanas embarazadas residentes de Estados Unidos, las cuales recibieron sesiones de asesoramiento, y ocho sesiones de TCC. Se brindaron dos sesiones de seguimiento durante el posparto para reforzar la intervención previa. Las sesiones de intervención tuvieron una duración de 50 minutos una vez a la semana y las mujeres recibieron un apoyo económico. Las mujeres con VP grave mostraron una reducción significativa de los episodios de violencia en el posparto (OR = 0,39; IC del 95 % = 0,18 a 0,82). Las mujeres que participaron en la intervención

tuvieron significativamente menos bebés prematuros ($p = 0,03$) y una edad gestacional media aumentada ($p = 0,016$).

Otro enfoque de intervención es aquel en el que la relevancia de la intervención con mujeres víctimas de violencia, pone mayor énfasis en las condiciones sociales y estructurales que determinan el fenómeno. La terapia narrativa, cuyo enfoque promueve la atención selectiva de los intentos de resistencia y los recursos que las mujeres emplean para sostener o liberarse del abuso (Lloret, 2004). Las principales estrategias utilizadas son las historias alternativas, que señalan las nuevas versiones de las mujeres enfocándose en los logros aislados o protestas contra las situaciones de abuso. El reescribir la experiencia se basa en la premisa de que ninguna historia puede encapsular la totalidad, que incluya la “esperanza” que las cosas pueden ser diferentes. De manera general, Lloret (2004), dice que intervenciones de este tipo buscan romper el silencio y aislamiento impuesto por el abuso y dejar espacio para lo no dicho (soledad, miedo, angustia, rabia, esperanza), lo no expresado, de la experiencia de las mujeres.

Dentro de la misma línea, se encuentra la terapia interpersonal que se basa en relacionar la sintomatología con el contexto psicosocial de las personas, las intervenciones están centradas en trabajar en “el aquí y el ahora” mediante la exploración de las relaciones personales y ayuda a abordar los factores de riesgo interpersonales que surgen durante el período posparto (Grigoriadis, 2007).

Una intervención de Zlotnic et al. (2011), cuyo objetivo fue reducir la depresión y el estrés postraumático, se realizó en una muestra de mujeres embarazadas de bajos recursos económicos de Rhode Island, Estados Unidos, que recientemente habían sufrido violencia en su relación de pareja. La muestra estuvo conformada por 54 mujeres, asignadas al azar en dos

grupos (experimental y control), el proceso de intervención consistió en cuatro sesiones durante el embarazo y una de reforzamiento durante el posparto, cada una con una duración de 60 minutos una vez por semana. Para evaluar la salud mental materna se utilizaron los siguientes instrumentos: la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo [EPDS], la Escala de Trauma de Davidson y la Escala Tácticas de conflicto [CTS-2]. La intervención estuvo basada en los principios de la Terapia Interpersonal, dicho modelo de intervención ayudó a construir y/o mejorar las redes de apoyo social de las mujeres, que sirven de factor protector contra la VP en la salud mental materna.

Los programas de intervención en el periodo perinatal se han focalizado a la prevención e intervención temprana de los episodios de violencia y salud mental, desde un enfoque grupal en un modelo cognitivo-conductual (psicoeducación, desensibilización) y han mostrado un impacto significativo en un periodo corto y con reducción de los episodios de violencia, así como en la prevención de recaídas (Austin, 2005).

O'Reilly et al. (2010) realizaron una revisión sistemática sobre intervenciones psicológicas dirigidas a mujeres que sufren VP durante el embarazo. El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad de la detección de la VP y la intervención dirigida a mujeres, durante los años 1995 a 2009 en Reino Unido. Concluyeron que la efectividad de las intervenciones de acompañamiento y consejería en su mayoría, no se puede demostrar o está limitada por el contexto sociocultural (nivel de educación, acceso a los servicios de salud y situación económica) en el que las mujeres viven en el momento de la intervención.

En China, una intervención dirigida a empoderar a las mujeres para reducir la VP y mejorar su estado de salud, se realizó en una clínica hospitalaria de Hong King (Tiwari, 2005). La muestra estuvo conformada por 110 mujeres con antecedentes de abuso por parte de sus

parejas, divididas en dos grupos (control y experimental) asignadas al azar. Se utilizó la Escala de Evaluación del Abuso (Abuse Assessment Screen [AAS]) y para evaluar la depresión se utilizó la EPDS. La intervención grupal estuvo basada en el protocolo diseñado por Parker (1999), la cual consistió en aconsejar a las mujeres sobre sus áreas de seguridad, la toma de decisiones y resolución de problemas. Dentro de los resultados se reportó una reducción significativa en la VP y mejora en la salud mental de las mujeres.

La atención médica y por parte de los servicios de salud a las mujeres en el embarazo, es un área de oportunidad para la detección de VP y canalización a otros servicios de mayor alcance, intervenciones por parte del área de Trabajo Social han estado enfocadas a reducir el número de episodios violentos y han sido efectivas cuando se realizan por medio de visitas domiciliarias y consejería (Jahanfar et al., 2014).

El área de enfermería, al ser el primer medio de contacto que en hospitales o consulta externa se tiene con las mujeres durante el embarazo, puede detectar e intervenir en situaciones de VP, trabajos como los de MacFarlen (2000), donde se reportan tres tipos de intervenciones: breves, de consejería e intervención con apoyo externo. Las intervenciones breves sugeridas por MacFarlen consistieron en brindar a la mujer un folleto con números telefónicos de servicios de atención legal, centros de mujeres y policiales, así como características del plan de seguridad a seguir; los servicios de consejería brindados por un experto en VP de manera ilimitada a las mujeres que asistían a las clínicas de atención, donde se les orientaba y educaba sobre temas referentes a servicios de atención y cuidado; y el tercer tipo de intervención consistía en el apoyo del consejero y de una “madre mentora” que las apoyaba y orientaba sobre servicios comunitarios de atención y temas referentes al embarazo. Los tres tipos de intervenciones demostraron la importancia de la evaluación de rutina dentro de

control prenatal que brinde apoyo e información a las mujeres embarazadas sobre recursos de ayuda y protección, reduce la aparición de episodios y concientiza a las mujeres sobre el riesgo que representa la VP.

En un análisis sobre las intervenciones psicológicas con mujeres víctimas de violencia (Matud et al., 2004), las técnicas que han demostrado ser más efectivas y mayormente utilizadas, son: estrategias para el control de la ansiedad (respiración profunda), técnicas de reestructuración cognitiva, inoculación de estrés y el entrenamiento en solución de problemas.

Dentro de las intervenciones psicológicas con marco referencial psicoanalítico, se ha tomado en cuenta los principios de la psicoterapia breve propuesta por Leopoldo Bellack (1983) acerca de la psicoterapia con metas específicas que prevengan y reduzcan alteraciones crónicas, y los propuestos de Héctor Fiorini (2001), quien menciona que las psicoterapias breves logran una comprensión de la vida del paciente y cubran las demandas de atención en el Sistema de Salud.

Echegoyen (1996) menciona que el objetivo de la psicoterapia psicoanalítica durante el embarazo es traer a la conciencia las relaciones objetales y las representaciones primitivas que generen conflictos o que hayan quedado sin resolver, esto con el fin de integrar los aspectos infantiles de la personalidad a los más maduros, siendo que el embarazo permite la reelaboración de dichos conflictos.

La intervención centrada en el fortalecimiento de las funciones yoicas y las posibilidades de afrontar de manera adaptativa los cambios que el embarazo en sí mismo implica, puede llevarse a cabo de manera grupal y bajo la orientación dinámica, como la realizada por Gómez *et al.* (2009), que se realizó con mujeres embarazadas que presentaran alguna

problemática en su salud mental y estuvieran siendo atendidas en una institución de salud reproductiva de la Ciudad de México (Gómez et al., 2009), donde los motivos de consulta principales se relacionan con su estado emocional alterado a partir del embarazo manifestando principalmente sintomatología ansiosa o depresiva, cuyos conflictos principales se relacionan con la relación de pareja.

Existe evidencia científica que compara los tres modelos de intervención (TCC, consejería y psicoterapia psicodinámica) en mujeres con depresión posparto (Cooper et al., 2003), siendo la terapia psicodinámica la que demostró reducir la depresión clínica. Las intervenciones se realizaron con una muestra de 193 mujeres de Cambridge, y se utilizó el EPDS para la evaluación de la depresión posparto, divididas en 4 grupos de intervención. El grupo que recibió psicoterapia psicodinámica buscó promover la comprensión de la representación de la madre y su bebé, mediante los antecedentes de apego de la madre.

La revisión sistemática Cochrane de Hameed et al. (2020), que incluyó 33 ensayos clínicos aleatorizados en países de medio-alto ingreso, en donde se evaluaron a 5517 mujeres víctimas de VP, en diversas modalidades, principalmente violencia física y psicológica, fueron evaluadas en diferentes contextos (centros de salud, refugios y población general); refiere que las intervenciones psicológicas mayormente reportadas son las terapias cognitivo-conductual, humanista e integrativa, realizadas en modalidad presencial e individual, pocos estudios reportaron modalidades grupales. Los resultados indican que este tipo de intervenciones reducen los síntomas depresivos y ansiosos, aunque la eficacia reportada fue de moderada a baja. Cabe destacar que no se incluyó información en población perinatal, ni de enfoque psicodinámico.

Hasta la fecha, no se encontró evidencia reportada sobre la evaluación de la eficacia de la psicoterapia psicodinámica durante el embarazo y ante situaciones de violencia contra la mujer en la pareja. Sin embargo, existen diversos estudios de su uso para reducir la depresión posparto. Una revisión sistemática (Valverde, 2023), reporta siete estudios que incluyeron, con un total de $n=521$ mujeres en la etapa perinatal, de los cuales tres fueron ensayos controlados aleatorios y cuatro estudios longitudinales. La herramienta de evaluación más utilizada para evaluar sintomatología depresiva fue la EPDS, cinco fueron intervenciones individuales y las otras dos fueron intervenciones grupales. Los siete estudios comprueban la eficacia de las intervenciones psicodinámicas para la depresión posparto.

Otra revisión sistemática (Sapkota et al., 2019), cuyo objetivo fue evaluar la eficacia sobre las intervenciones de países de ingresos bajos y medios (países africanos, India y Perú) que estén enfocadas en reducir y/o controlar la VP en mujeres embarazadas, reporta 2 ensayos controlados y 3 estudios cuasiexperimentales, con intervenciones realizadas en instituciones de salud, de enfoque breve (rango: 1 sesión de 20 min hasta 4 sesiones semanales), las intervenciones incluyeron programas de empoderamiento femenino, consejería para facilitar estrategias de afrontamiento, estrategias cognitivo-conductuales e intervenciones multidisciplinarias con los servicios de atención y control prenatal.

De las intervenciones antes mencionadas, podemos concluir que se hacen uso de diversos instrumentos de evaluación que permitan evaluar los índices de ansiedad, depresión y estrés postraumático de las mujeres víctimas de violencia, para reducirlas considerando que fueron las psicopatologías perinatales mayormente evaluadas, y el modelo cognitivo-conductual ha sido el mayormente usado para la reducción de la sintomatología en corto tiempo. Las intervenciones con marco referencial psicoanalítico fueron escasamente reportadas, cuando se

relacionan con la violencia contra la mujer en la pareja. La modalidad de intervención grupal destaca el fortalecimiento del apoyo social para las mujeres embarazadas, y las sesiones individuales permiten la expresión emocional de cada mujer, generando un espacio seguro para ella.

Las generalidades de las intervenciones reportadas coinciden con los manuales de atención psicológica a mujeres víctimas de violencia (Odriozola & De Corral, 1998; Hirigoyen, 2006) e incluyen estrategias de toma de consciencia y empoderamiento, el establecimiento de límites, trabajar la culpa, mejorar la autoestima, el entrenamiento de habilidades sociales y solución de problemas. Sin embargo, pocas intervenciones reportan la exploración de la historia individual de la mujer y la elaboración de sus experiencias tempranas que se pueden reactivar ante la violencia presente.

En resumen, existe aún reducida evidencia en las intervenciones de las técnicas utilizadas o las temáticas exploradas en el proceso de atención psicoterapéutica, ya sea en modalidad individual o grupal. Destaca que la psicoterapia breve ha sido utilizada para la detección e intervención temprana de la violencia, siendo que, al ser focalizada resulta estratégica para la prevención y reducción de la sintomatología ocasionada por la VP, de igual forma, se ha visto la reducción de los episodios de violencia cuando las mujeres logran ser conscientes de sus propios recursos y estrategias para cuidarse.

Capítulo 1. Marco Teórico

1.1 La violencia contra la mujer de parte de la pareja

1.1.1 Definición

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2023), en su informe sobre la Violencia Contra las Mujeres en las Políticas y Protocolos de Salud de la Región de las Américas, refiere que aproximadamente una de tres mujeres y niñas han sufrido de violencia física o sexual por parte de su pareja, lo que hace que la VP sea la más prevalece a nivel mundial, y que atraviesa las distintas problemáticas que viven las mujeres.

En México, la Ley General de Acceso de las mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), define la violencia en contra de la mujer como cualquier acción u omisión, basada en el género, que cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado como en el público (CDHCU, 2023).

La violencia en contra de la mujer está tipificada como un problema de salud pública, ya que está correlacionada con los problemas de salud mental y física que las mujeres pueden llegar a presentar a lo largo de la vida, y que constituye una violación a los derechos humanos que tiene impacto en todos los sectores sociales, así como en las relaciones interpersonales que pueda establecer.

Al ser el género un factor dentro de las matrices de opresión, la violencia contra la mujer es un proceso de sometimiento, desigualdad y dominio, destacan las diferencias estructurales que repercuten en la vida de quien la sufre, principalmente en las relaciones interpersonales, donde es el hombre quien realiza aquel patrón repetitivo de maltrato hacia la mujer,

caracterizado por una serie de conductas coercitivas que pueden incluir: violencia física, violencia emocional, violencia sexual y violencia económica (Valdez-Santiago et al., 2006)

Quien ejerce la violencia es la pareja íntima, quien es alguien con quien la víctima tiene una conexión emocional, contacto físico o relaciones sexuales frecuentes (Eikemo et al., 2023) y la severidad de esta se evalúa, de acuerdo con Valdez-Santiago et al., (2006) mediante la frecuencia de los actos violentos se presentan en un periodo determinado (1 año) y la gravedad de los eventos que representen un peligro real de muerte para la mujer.

La LGAMVLV conceptualiza los distintos tipos de VP, en las cuales refiere a:

- **Violencia psicológica y emocional:** Cualquier acción de negligencia, abandono, intimidación, coacción, devaluación, marginación, anulación, conducta celotípica, prohibiciones, aislamientos, condicionamientos, restricción a la autodeterminación y amenazas, que provocan en quien las recibe deterioro, disminución o afectación en las diferentes áreas de la vida, que genere miedo a través de la intimidación, críticas constantes, en infravalorar sus capacidades, insultarla o someterla a otros tipos de abuso verbal.
- **Violencia física:** Cualquier acto intencional en el que se utiliza parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de las mujeres, independientemente de que se produzcan o no lesiones internas o externas o ambas y que va encaminado a obtener el sometimiento y control. De acuerdo con la OMS, este tipo de violencia consiste en usar o intentar causar daño a una pareja golpeándola, propinándole patadas, quemándola, agarrándola, pellizcándola, empujándola, dándole bofetadas, tirándole del cabello, mordiéndole,

denegándole atención médica u obligándola a consumir alcohol o drogas, así como empleando cualquier otro tipo de fuerza física contra la mujer.

- **Violencia sexual:** Es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto, obligando a la mujer a participar en un acto sexual sin su consentimiento. Dentro de este tipo de violencia, se incluye el acoso sexual, la violación y la cultura de la violación.
- **Violencia patrimonial:** Cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la mujer. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la mujer;
- **Violencia económica:** Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la mujer. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral, que tiene como fin último el lograr una dependencia financiera de la mujer manteniendo un control total sobre sus recursos financieros.

La violencia en cualquiera de sus manifestaciones suele ir en crecimiento y ser repetitiva. Una herramienta para identificar este ciclo es la que generó Walker (2009), que establece la espiral de la violencia, pues esta se da de manera circular y ascendente. Las fases de esta espiral son las siguientes:

Fase 1. Acumulación de tensión: en esta fase el agresor comienza con irritabilidad o señales de intolerancia, puede comenzar la violencia psicológica. La persona agredida puede comenzar a adoptar una actitud de sumisión con la intención de disminuir la tensión.

Fase 2. Explosión o Agresión: es el periodo en el que la violencia estalla y no hay posibilidad de comunicación, el agresor descarga toda la tensión de la fase anterior, siendo la violencia física, sexual y los feminicidios sus expresiones más agresivas.

Fase 3. Luna de Miel: la persona que ha ejercido violencia se muestra arrepentida, inician conductas de compensación y promesas de que no volverá a suceder. En esta fase, la persona que ha sido agredida entra en confusión y en posible estado de idealización, pues observa solo el lado positivo del agresor.

La VP, además de su alta prevalencia a nivel mundial y de ser la forma más común de violencia contra la mujer, se encuentra directamente vinculada al lazo afectivo que esta mantiene con su pareja. Si bien la VP se inserta en contextos de desigualdad sociocultural y de género, este tipo de violencia va más allá de estas, al ser un tipo de violencia que se instaura en el vínculo afectivo, el impacto que tiene en el psiquismo de la mujer suele ser más complejo, ya que la cercanía emocional y las implicaciones subjetivas pueden intensificar sus efectos (Dutton, 2025), por lo que resulta de suma importancia atenderla en espacios clínicos.

1.1.2 Prevalencias a nivel mundial

En el reporte de la OMS sobre la Prevalencia estimada de la violencia contra las mujeres (2018), se calcula que, en todo el mundo, una de cada tres mujeres han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja, de violencia sexual fuera de la pareja, o de ambas, al menos una vez en su vida (el 30% de las mujeres de 15 años o más). La prevalencia

de la VP en mujeres de 15 a 49 años en la región de las Américas es del 25%, reportando que han sido sometidas a violencia física y/o sexual por parte de la pareja actual o alguna vez en la vida (a partir de los 15 años).

El informe de la Organización Panamericana de la Salud (2023), reporta que la violencia ejercida por parte de la pareja es una de las formas más extendidas de violencia contra las mujeres en la región convirtiéndolo en un problema de salud pública. De igual forma, el Observatorio de Igualdad de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], registró que en 2021 al menos 4,473 mujeres fueron víctimas de feminicidio en 29 países de la región. Estos datos resaltan el riesgo de la VP que puede llegar a extremos de muerte, además de la frecuencia de las agresiones que afectan a la salud de las mujeres.

En los últimos 5 años, a partir de la pandemia por COVID-19, la VP ha ido en incremento debido al aislamiento social y a la tensión que se vive en los hogares, de acuerdo con el informe *Midiendo la pandemia de sombra: La violencia contra las mujeres durante el COVID-19* (ONU, 2021), destacando que la violencia contra la mujer se ha agudizado estructuralmente. En este informe se reporta que el 45% de las mujeres declararon que ellas o una mujer o niña que conocían habían sufrido alguna forma de violencia, el 68% reportó que la violencia por parte de su pareja se ha vuelto más común y 1 de cada 2 mujeres informó que la violencia comenzó en la pandemia.

De acuerdo con una revisión sistemática, la prevalencia de mujeres que sufren violencia durante el embarazo varía del 10% al 61.8% (Herrera et al., 2022). Cabe destacar que la VP durante el embarazo tiene características contextuales que contribuyen a estimar la prevalencia de la violencia, en función de la definición utilizada (violencia doméstica, violencia de género, violencia de pareja, etc.) y el instrumento de medición utilizado

(Román-Gálvez, 2021), de ahí la importancia de diferenciar la prevalencia estimada en función del país o la región donde se evalúe la población.

Una revisión sistemática y metaanálisis, elaborada por Román-Gálvez et al., (2021), que evaluó 155 estudios que reportaban la prevalencia de VP en el embarazo a nivel mundial, reportan que la prevalencia de VP global, sin diferenciar por tipos de violencia, es del 25,0 % (IC del 95 %: 20,3–30,5). Cuando se habla de VP física la prevalencia es del 9,2 % (IC del 95 %: 7,7 a 11,1), la psicológica del 18,7 % (IC del 95 %) a 15,1–22,9), y la sexual del 5,5% (IC 95% 4,0–7,5). Las prevalencias reportadas por los estudios muestran diferencias por región, en África se reportaron las prevalencias más altas (36,1 %, IC 95 % 27,7–45,4) en comparación con Asia (32,1 %, IC 95 % 22,7–43,2), o en el Sur (25,6 %, IC 95 % 21,1–30,7) o en América del Norte (20,4 %, IC del 95%: 6,9–47,1). La prevalencia más baja se informó en Europa (5,1 %, IC 95 %: 3,4–7,5). No hubo diferencias según el uso o no de una herramienta validada, ni según el alcance del estudio, a pesar de que la tasa de prevalencia fue el doble para los estudios de diagnóstico que para los de tamizaje.

Las tasas de VP en el embarazo son más altas en países de bajo ingreso, y se tendrían que considerar los factores sociodemográficos propios de cada región para poder comprender en su totalidad el fenómeno de la VP durante el embarazo, considerando los factores de riesgo y protección.

Un estudio (Devries et al., 2010) que analiza la prevalencia de VP en el embarazo en 19 países, incluyendo Latinoamérica (Colombia, Haití, Republica Dominicana y Nicaragua), reporta que, a nivel global, la prevalencia oscila entre el 3.9 y el 8.7%, siendo la región de Latinoamérica con la mayor prevalencia de VP reportada.

La prevalencia de VP contra las mujeres en países latinoamericanos varía ampliamente, de acuerdo con una revisión sistemática en donde se incluyeron 31 estudios (Han & Stewart, 2013) y estudios realizados en la región (Bejarano-Gaston et al., 2024), oscilando entre el 3% y el 44%. La violencia evaluada incluye la física, sexual y psicología. Se ha reportado la violencia psicológica como la principal, presentando una prevalencia entre el 1.6% al 78%, seguida de la física del 1.8% al 67.4%, de acuerdo con datos de Argentina, Chile, Perú y Uruguay (Guzmán & Pantoja, 2024). En México, la prevalencia de VP oscila entre 18-32%, resaltando la violencia psicológica y física (Cervantes-Sánchez et al., 2016; de Castro et al., 2014).

1.1.3 Violencia de pareja (VP) en el embarazo

Si bien la VP se puede manifestar en cualquier etapa de la vida de la mujer, la etapa perinatal que, desde la gestación hasta el posparto, se convierte en un periodo de mayor vulnerabilidad para la mujer. Diversos estudios indican que durante esta etapa la violencia puede iniciar o incrementar, tanto en la frecuencia como en la severidad de las agresiones (de Gracia, 2019; Devries et al., 2010). Los cambios propios del embarazo, así como las implicaciones que tiene este en la relación de pareja puede generar condiciones que incrementen el riesgo de VP o aumentar las dificultades previas (Ma & Zhang, 2025).

La violencia durante el embarazo sigue los mismos patrones de coacción y control en contra de la mujer que en cualquier otra etapa de vida, manifestada de forma física, sexual, emocional o una combinación de estas, por parte de su pareja o expareja ante, durante y hasta un año después del nacimiento del bebé (Gómez, 2020). Las consecuencias pueden prolongarse al posparto, o incluso, a presentar consecuencias no deseadas en generaciones

posteriores, siendo la VP considerada como el precursor de la violencia intrafamiliar, afectando a las personas menores de edad que viven con el agresor.

La VP en la etapa perinatal se diferencia de otras etapas de la vida porque afecta directamente la salud física y mental de la mujer y la del feto y/o al recién nacido. La evidencia científica reporta que la presencia de la VP durante el embarazo se asocia a peores resultados adversos tanto para la mujer como para su hijo. En una revisión sistemática (Han & Stewart, 2013) donde se incluyeron 31 estudios, se observó que la VP durante el embarazo está vinculada a bajo peso al nacer, mayor riesgo de parto prematuro, complicaciones neonatales, baja asistencia a control prenatal y problemas de salud mental. Un estudio longitudinal (Galbally et al., 2024) reportó que la exposición a la VP durante el embarazo está altamente asociado a síntomas de depresión y ansiedad materna, en comparación con las que no experimentaron violencia en esta etapa.

La VP se asocia a consecuencias inmediatas y a largo plazo en múltiples esferas de la vida. Estudios en contextos latinoamericanos han identificado mayores prevalencias de síntomas de depresión, ansiedad y TEPT (Devries et al., 2013; Díaz-Ogallar et al., 2025). Además de las consecuencias en la salud, la VP tiene un impacto socioeconómico, la sintomatología de salud mental y las consecuencias de salud física pueden limitar la estabilidad laboral de las mujeres (Staggs & Riger, 2005), presentando mayor el ausentismo y afectando el rendimiento laboral de las mujeres (Asencios-Gonzalez et al., 2023), reduciendo su productividad y contribuyendo a las diferencias por razón de género, aunado a las dificultades de la etapa perinatal en el campo laboral.

Aunque los tipos de VP durante el embarazo y el posparto siguen las mismas características previamente descritas, en este periodo perinatal surgen manifestaciones relacionadas con la

gestación, el parto y la crianza. Estudios reportan que la violencia previa al embarazo puede implicar coerción reproductiva, que es aquellas conductas que interfieren en las decisiones reproductivas (presionar para continuar o interrumpir el embarazo, quitarse el condón durante las relaciones sexuales, controlar o prohibir anticonceptivos) (Grace & Anderson, 2016).

Estas conductas de control y coerción pueden influir en el acceso a control prenatal, retrasar el acceso a servicios de atención (Grace et al., 2025). Dentro de la VP se expresa en conductas de control, Stark (2023) describe el control coercitivo como conductas de menosprecio sistemático a la capacidad de maternar, como una estrategia para destruir la autoeficacia de la madre. Si la desvalorización escala puede llegar a amenazas directas sobre la custodia de los hijos o en negación de la paternidad, como extensión de la violencia económica y estructural, como lo señala Vives- Cases et al. (2021), el rechazo del reconocimiento legal y afectivo de los hijos, impactan en la disminución de los recursos económicos y aislamiento social de la madre, impactando en su salud mental.

1.1.4 Consecuencias de la VP en el embarazo

Como hemos revisado hasta ahora, la VP es la violencia más común contra la mujer, siendo la VP física y psicológica las mayormente reportadas, sin embargo, (Lagdon et al., 2014) en una revisión sistemática, encontró que la violencia psicológica tiene mayor impacto en la salud mental.

Las consecuencias de la VP en la etapa perinatal están presentes en la salud de la madre y del feto, en cuanto a las que se presentan las mujeres, las podemos clasificar en:

- Físicas: fracturas, moretones, quemaduras, hemorragias, anemias, muerte materna por feminicidio, suicidio o patologías agravadas, heridas cortantes, síndromes intestinales

(síndrome de intestino irritable, colitis, gastritis), síndromes neuro-musculares (contracturas musculares, parestesias, etc.).

- De salud sexual y reproductiva: baja o nula asistencia a control prenatal, preclamsia, hipertensión, diabetes gestacional, parto pretérmino y/o partos prolongados, abortos espontáneos, riesgos de embarazos no planeados y no deseados, infecciones de transmisión sexual, infecciones intrauterinas, preclamsia, infección por VIH, muerte materna (Mella et al., 2021; Eikemo et al., 2023)
- Salud mental: conductas de riesgo (autolesiones, consumo de sustancias tóxicas), consumo de drogas duras y marihuana (Bacchus, 2018), depresión en el embarazo y depresión posparto, riesgo suicida, ansiedad perinatal y estrés postraumático (Gelaye et al., 2016; Zaho y Zhang, 2020; Fulgencio Juárez et al., 2017; Palladino et al., 2011). Las mujeres pueden manifestar desconfianza, malestar consigo misma, culpabilidad y dependencia a la relación de pareja, sensación de humillación, pérdida de control ante la situación, despersonalización y desrealización.

Y como riesgos para el bebé, se incluyen el bajo peso al nacer, prematuridad, aumento de peso insuficiente hemorragias intracraneales, fracturas, patologías neonatales, muerte neonatal y fetal; así como niveles reducidos de lactancia materna (Donovan et al., 2016; Pastor-Moreno et al., 2020; Lau et al., 2007).

La violencia tiene consecuencias transgeneracionales, la exposición a la violencia en el hogar, afecta la salud emocional y el comportamiento infantil, e incrementa el riesgo de que los infantes sufran violencia más adelante en su vida (OPS,2023). Esto hace referencia a la transmisión intergeneracional de la violencia, que se refiere a que la VP en la vida adulta es consecuencia de haber experimentado violencia de manera directa o indirecta en la infancia

(Puno et al., 2023; Black et al., 2009), lo que aumenta la probabilidad que los niños que han crecido en entornos violentos reproduzcan estos mismos patrones, ya sea como víctimas o agresores, validando o normalizando la violencia como mecanismo para resolver conflictos o manifestar el afecto.

La VP durante la etapa perinatal está asociada a prácticas parentales negativas, a la aceptación de la agresión en la adultez por parte de los niños expuestos a VP (Chiesa, 2018; McFarlane, 2014). Autores como Huth-Bocks (2004), señalan a la violencia como el factor de riesgo para que las mujeres tengan representaciones negativas de sus hijos y de ellas mismas como madres, es decir, que presentan alteraciones en el vínculo materno-infantil (Levendosky et al., 2011) con bajo apego prenatal, esto quiere decir que las representaciones maternas que tiene la mujer pueden ser negativas, así como la crianza, la respuesta afectiva retrasada y los comportamientos parentales posteriores.

Las mujeres que viven VP en el embarazo reportan su gestación con peor autopercepción de la salud, mayor probabilidad de problemas de morbilidad psíquica, mayor uso de medicación, y adquieren estilos de vida más perjudiciales durante el embarazo (Pastor-Moreno, 2020). Por ello la VP resulta el factor de riesgo principal para la salud de la mujer, no sólo afectando su vida, sino la transición a la maternidad y la vida del bebé, aunado a ello, las consecuencias que se instauran en el psiquismo de la mujer en esta etapa vulnerable pueden ser perjudiciales a lo largo de la vida si no se llegan a nombrar y no cuentan con acceso a servicios de atención temprana.

1.1.5 Factores de riesgo para presencia de VP y mantenimiento de la relación

Los factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales son factores de riesgo para que se presente la violencia, resaltando las desigualdades de género y los desequilibrios de poder entre los sexos (hombres y mujeres). Desde las posturas feministas, se considera que la socialización en el género atribuye valores diferentes a lo femenino y lo masculino lo que desemboca en una distribución desigual de poder (Figuroa & Luna, 2021), ocasionando inequidades en el ámbito personal, social y de salud.

Los factores de riesgo principales para la VP en mujeres durante el embarazo incluyen antecedentes de maltrato en la infancia o adolescencia, bajos niveles de educación, inestabilidad laboral, bajo o nulo apoyo social, situación de migración, edad menor a 30 años, consumo de sustancias tóxicas, dependencia económica del agresor, consumo de alcohol por parte de la pareja y de la mujer durante el embarazo, embarazo no planeado, ser multípara, presentar violencia antes del embarazo (Doubova et al., 2007), Eikemo et al., 2023; Mella et al., 2021; Martínez-Galiano & Delgado-Rodríguez, 2020; González-Terrazas et al., 2022), y considerando que el embarazo puede ser el resultado de la violencia sexual. De igual forma, los factores de salud mental que se consideran de riesgo son: depresión, dependencia emocional, pocas o nulas estrategias de afrontamiento y de toma de decisiones, emociones ambivalentes entre culpa y miedo (Aiquipa & Canción, 2020; Puente-Martínez et al., 2016), rasgos de personalidad compulsivos en las mujeres víctimas (Ballester & Villanueva, 2014). Estos factores han sido reportados como factores de riesgo para presentar VP en el embarazo y para que las mujeres permanezcan en una relación de ese tipo.

Los comportamientos y sentimientos que presentan las mujeres en estas situaciones, que les impiden salir o que las mantienen en una relación violenta, son diversos y han sido estudiados por varios autores, pueden tener varios orígenes como los antecedentes de trauma infantil, repetición de patrones, creencias del amor romántico, roles de género (Hirigoyen, 2006).

Existen factores que se han presentado en la mayoría de los estudios (Gilligan, 1982; Lagarde, M. 1997; Martínez et al., 2015), entre los cuales destacan:

- **Vulnerabilidad social:** esto hace referencia a la percepción del rol de la mujer, que en algunos contextos sigue asociándose a la posición de inferioridad, y particularmente en el embarazo, que es una etapa de vulnerabilidad física y mental, asociado al espacio privado y que ha sido motivo de discriminación en algunos espacios para la mujer.
- **El comportamiento sumiso:** puede responder a un mecanismo de adaptación y supervivencia, ya que optar una posición de confrontación directa contra el agresor, puede incrementar gravemente la violencia, así como un comportamiento aprendido por el rol asociado a la mujer en el sistema patriarcal.
- **La culpa:** asumida por la idealización y romanización de la pareja y principalmente, bajo la idea de la familia. Hirigoyen (2006) habla de la *inversión de la culpabilidad* en la cual la mujer no logra formular la situación en la que vive y no logra atribuírsela a su pareja, por lo que terminan ocultando esas conductas agresivas y no logran reconocerlas, y se la atribuyen en un fallo en su función de pareja, y de madre en el caso del embarazo.

1.1.6 Roles de género y violencia de pareja

El género es parte una de las matrices de dominación que perpetúan la opresión y la violencia contra la mujer. El concepto matriz de dominación (Collins, 2000) hace referencia a un

sistema de opresión social (racismo, clasismo, homofobia, machismo, entre otros) que, al interactuar entre sí, generan dinámicas de opresión de origen multicausal. Bajo estos sistemas, las mujeres experimentan distintas formas de discriminación y violencia en sus relaciones interpersonales. Particularmente en la relación de pareja, la violencia ejercida contra la mujer suele estar influenciada por los roles de género (Ellsberg & Heise, 2005; Silva et al., 2022). Cuando hablamos de roles de género, nos referimos a aquel conjunto de normas y expectativas socioculturales que atribuyen características, conductas y funciones distintas a hombres y mujeres en función de su sexo biológico, estableciendo diferencias significativas y jerarquizadas las áreas de la vida de cada persona, así como la percepción de sí mismo (Eagly, 1987; Lamas, 2000; Lagarde, 1996).

De acuerdo con Vargas (2021), las características atribuidas al hombre, en el rol de género masculino en contextos latinoamericanos, se han asociado históricamente y como parte de las normas tradicionales, al ejercicio de poder, la autoridad, la capacidad de decisión sobre los recursos, al ser proveedor, el espacio público y a la organización familiar. Por el contrario, a las mujeres, por el rol femenino, se les han atribuido características de cuidado, afectividad y pasividad frente a las necesidades de otros, vinculadas a espacios privados, como lo es el hogar y la crianza de los hijos (Bustelo et al., 2024). Ambos roles tienen su construcción en la sociedad, por ello, con el paso del tiempo y de cultura, pueden ir cambiando y su manifestación suele ser distinta, sin embargo, se siguen sosteniendo las diferencias en las relaciones interpersonales cuya base son las dinámicas de poder (Ellsberg & Heise, 2005). Por ello, en las relaciones de pareja, los roles de género adquieren un papel esencial siendo que posibilitan el ejercicio de la violencia, mediante la reproducción de la jerarquización de los géneros, en donde el hombre puede asumir esta posición de supuesta superioridad y sentir que

tiene poder sobre las decisiones y conductas de la vida de la mujer. La violencia ejercida contra la mujer se vuelve el medio para controlarla y seguir manteniendo esta dinámica de poder que normaliza la violencia.

Las agresiones contra la mujer llegan a ser minimizadas, justificadas o no reconocidas, cuando se presentan en contextos donde persisten los roles de género tradicionales, que resaltan la actitud pasiva de la mujer y la dependencia de ella. Estas normas socioculturales contribuyen a la aceptación y normalización de la violencia como forma de relacionarse (Villagrán, 2024). Un informe titulado *Rompiendo moldes : cambiando los sistemas de creencias y las normas de género para eliminar la violencia contra las mujeres*, analizó las creencias de jóvenes de 15 a 25 años, de ocho países de América Latina y el Caribe, sobre la violencia y las relaciones de pareja, reporta que la idea distorsionada de amor como control lleva a normalizar la violencia ejercida contra la mujer en donde el hombre tiene “derecho” y control sobre las acciones, decisiones y el cuerpo de la mujer, lo que lleva a normalizar y reproducir agresiones en la relación (*Breaking The Mould | Oxfam International*, 2019).

De acuerdo con Beitia (2014), los roles de género son radicalmente antagónicos, reconociendo al hombre como un ser activo que debe mostrar su poder y agresividad, situando a la mujer en un plano de subordinación. Por lo tanto, para las mujeres que han sido víctima de violencia basada en los roles de género, tienen dificultades para reconocer y nombrar la violencia, en ocasiones llegan sentimientos de culpa, vergüenza o por idealización de la relación de pareja. Socialmente cuando se nombra esta violencia, tiende a revictimizarse y reafirma la culpa de la mujer, responsabilizándola y justificando la violencia por el cumplimiento de los mandatos de ser *buena pareja, madre o mujer* (Walker, 2009).

Esta socialización basada en los roles de género tiene un impacto en la etapa perinatal y en la maternidad, donde se les asignan expectativas de cómo tienen que ser, tanto el ejercicio de la maternidad, como la mujer que es madre (Bolaños, 2022). Durante el embarazo, puede influir en la distribución de los cuidados y responsabilidades que se les atribuyen a las mujeres y a los hombres. El rol masculino plantea la expectativa del hombre como proveedor principal, que favorece un menor involucramiento afectivo en la crianza y en las tareas de cuidado durante el periodo perinatal, reforzando la creencia de que estas tareas corresponden únicamente a las mujeres (Aguayo et al., 2016; Faur, 2020). Datos de la última Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados [ENASIC] realizada en 2022 (INEGI, 2023), indican que el tiempo promedio semanal que las mujeres dedican al cuidado de labores de cuidado es de 37.9 horas/semana, mientras que los hombres dedican 25.6 horas/semana, lo que implica una diferencia de 12.3 horas, resaltando una diferencia de género que resalta la distribución desigual de las mujeres en las tareas de cuidado no remunerado y limita su participación en otras áreas de la vida (laboral, académica y personal). De igual forma, la ENASIC (2022) reporta que el 96% de las personas que fungen como cuidadora principal de niñas y niños de 0 a 5 años, son mujeres. Esta información resulta relevante en el periodo perinatal, siendo que la demanda de cuidado es mayor y la falta de corresponsabilidad parental aumentan el riesgo de que las mujeres en etapa perinatal presenten síntomas de depresión y/o ansiedad (Zhang & Razza, 2022).

Como se ha revisado hasta ahora, los roles de género son construcciones sociales que han sido internalizadas, por lo que pueden influir en la idealización de la maternidad, generando expectativas sobre cómo la mujer debe ser, sentir y actuar durante el embarazo y posparto. Estas normas sociales remiten al ideal de “ser madre” que incluye rasgos pasivos, sumisos y

auto sacrificados (Lara, 1993), como algo inherente de las mujeres y la identidad femenina, invisibilizando las necesidades de las mujeres. Delgado-Herrera et al. (2024) realizó tres estudios en población mexicana sobre las actitudes y percepciones de los roles de género en la maternidad, encontrando que las creencias tradicionales sobre la maternidad están asociadas a síntomas de ansiedad y depresión durante la etapa perinatal, junto con falta de apoyo social y vulnerabilidad socioeconómica. El cumplimiento de lo rol tradicional de la mujer puede limitar el reconocer las necesidades individuales y el apoyo social, siendo que se suele priorizar las necesidades ajenas y se estigmatiza expresar el malestar emocional (Albuja et al., 2016).

De acuerdo con Hicks et al. (2021), los roles de género que legitiman el ejercicio de la violencia por parte de la pareja masculina en contra de la mujer la colocan en una posición de vulnerabilidad y pérdida de su autonomía, esto se puede incrementar durante el embarazo, afectando gravemente a la salud física y emocional de la mujer y del futuro bebé.

1.1.7 La violencia de pareja desde la teoría de las relaciones objetales

La relación de pareja es una interacción entre dos sujetos que se involucran aspectos biológicos, psicológicos, interaccionales, sociales y culturales (Stange et al., 2017). Es decir, una relación de pareja refiere a un vínculo interpersonal entre dos sujetos, comparten su propia subjetividad y mutuos acuerdos de configuración de la relación, que están condicionados socialmente. Puget y Berenstein (1989), describen cuatro características que definen el vínculo de pareja: la cotidianidad, las relaciones sexuales, el proyecto vital compartido y la tendencia monogámica.

Es por ello por lo que se utilizará la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales para darle lectura a la violencia contra la mujer en la relación de pareja, ya que, representa el estudio de

la naturaleza y origen de las relaciones interpersonales, de la estructura intrapsíquica que deriva en las relaciones internalizadas del pasado y reactivándolas con otras en el contexto presente (Ramírez, 2010). Esta teoría aborda no sólo el cómo se originaron esos vínculos, sino, la calidad de la interacción en las primeras relaciones que se internalizaron y la actualización de estas para establecer nuevas relaciones, que, de igual forma, se introyectarán la experiencia de estas.

Laplanche y Pontalis (1996) describe los tres aspectos principales que hacen referencia al objeto: a) como el fin de la pulsión, aquella entidad que permite la satisfacción de la pulsión; b) como correlato de afectos (amor/odio), se trata de la relación con la persona total o de la instancia del yo; y c) como correlato del sujeto que percibe y conoce. Estos autores definen a las relaciones objetales como el modo de relación del sujeto con su mundo (interno y externo) que resulta de una determinada organización de la personalidad, de la fantasía de los objetos introyectados y de los tipos de defensa predominantes.

Los objetos serían entonces, aquellas representaciones mentales de las figuras reales con las que se vinculó en un primer momento. Elías (2018) nos dice que las funciones mentales de las personas, como lo son la percepción y estima de sí mismo, la capacidad para vincularse afectivamente, las emociones, el pensamiento, entre otras, se ven afectadas por el funcionamiento de la primera relación objetal.

Freud (citado en López 2004) en su tópica estructural que hace referencia a las instancias que conforman el psiquismo del sujeto, plantea que el yo y el superyó son derivados de la primera relación con el objeto, las cuales se encuentran formadas por identificaciones. Recordemos que el yo, de acuerdo con Freud (1938), es aquella entidad que regula los instintos y pulsiones del ello y el mundo exterior, de igual forma, cumple o no, la función reguladora con el

superyó; el cual, recoge aportes e introyecta a las figuras de los padres y la parte sociocultural, cuando este es persecutorio, predomina la culpa en el sujeto. Bajo el psicoanálisis clásico, el concepto de objeto se relaciona con el narcisismo primario que plantea Freud en *Introducción al Narcisismo* (1914), el cual implica una no-relación con el mundo externo, ya que toda la carga afectiva está dirigida hacia el yo, que sería el primer objeto y no hay otra relación que no sea con el yo o con los representantes de este. En el narcisismo secundario, las cargas afectivas, libidinales, están orientadas hacia la persona.

Esto guiaría la elección de pareja, pues Freud (1914) plantea que existe una elección con base en el narcisismo. Serra (2016) menciona que en la elección narcisista de objeto se busca la admiración y el cariño de sí mismo, se busca un objeto que represente lo que uno fue, es o querría ser, la otra persona se vive como un aparte del sí-mismo. Y la otra elección por apuntalamiento, se busca una pareja que cumpla las funciones nutricias y de protección, se relaciona con la totalidad de la persona y no en función de su utilidad, como en el narcisismo primario.

A diferencia del psicoanálisis clásico, Klein (1964) citada por Segal (1964/1981) plantea que la relación del niño con el mundo exterior está representada por su primer vínculo (con la madre), lo cual se considera el primer objeto de relación, como un ser que satisface o no sus necesidades; es a través del mecanismo de introyección que el niño internaliza los objetos cargados de amor u odio. Bajo estos preceptos, Klein desarrolla así su teoría de las posiciones que se generan en el mundo interno (psiquismo) del sujeto. Dicha teoría hace referencia a los objetos que han sido introyectados por el niño y que interactúan entre sí produciendo significados y motivaciones, que convergen entre sentimientos de amor y odio, existen dos posiciones que son constituyentes de la formación de la persona, la *posición esquizo-*

paranoide que organiza la vida mental en los primeros tres meses y se conforma por: la ansiedad persecutoria (la angustia que siente el yo de ser destruido por elementos externos), la relación de objeto parcial (el objeto se introyecta escindido: idealizado y persecutorio) y los mecanismos por el cual el yo del bebé se defiende ante la angustia: disociación, identificación proyectiva, introyección y negación. En esta primera relación, el bebé percibe a su primer objeto como una extensión de él, y es quién satisface y cubre todas las necesidades, siendo el objeto idealizado; y todo lo “malo” y lo que genera displacer es proyectado hacía el exterior y fuera de la díada madre-bebé. En la primera posición que plantea Klein, existen dos objetos: el idealizado al que se le asignan las experiencias placenteras y el persecutorio, al que se le atribuyen las frustraciones (Bleichemar, 2011).

En esta etapa la relación está guiada por la satisfacción de las necesidades del bebé, por ejemplo, si éstas son cubiertas de manera adecuada y satisfactoria, si la madre frustra lo necesario, se irá integrando de manera total el objeto, para poder acceder a la siguiente posición. Como resultado el bebé estará integrando el vínculo de manera satisfactoria y no mediante la negligencia del cuidado a sus necesidades.

En esta primera posición, surge la envidia que tiene como finalidad, según Klein citada por Gómez (2015) de conseguir a toda costa las cualidades del objeto bueno, pues el bebé al darse cuenta de que, no puede quitarle esas cualidades, tratará de hacerlo dañándolo o destruyéndolo, dando así paso a la siguiente posición. La envidia sería parte esencial de los estados narcisistas de las relaciones objetales, en las cuales está presente la fantasía de omnipotencia y la falta de diferenciación ente el yo y el objeto. Cuando la envidia se vuelve patológica en la adultez y hay una fijación en el narcisismo primario, la envidia narcisista buscará la destrucción del objeto para obtener aquello que no se tiene y que se desea poseer

del otro, quitándole las posibilidades incluso de tener aquello que el sujeto desea. Desde la perspectiva de Klein (1946/1990), la envidia conduce a ataques destructivos contra el objeto, para impedir que este conserve aquello que el sujeto siente que le falta. La destrucción del objeto no solo consiste en apropiarse de aquello que no se tiene, si no de eliminar su valor en el otro, lo que construye las bases para una relación caracterizada por la devaluación y la imposibilidad de reconocer las diferencias.

El siguiente proceso constitutivo que plantea Klein (1935/1990), es el de la integración total de los objetos, que pasa de la posición esquizoparanoide a la posición depresiva. Cuando el yo integra los aspectos buenos y malos del objeto, la ansiedad persecutoria disminuye, surgiendo sentimientos depresivos, caracterizados por culpa y deseo de reparación. Esto ocurre cuando el yo se integra de manera total y de igual forma, el objeto se incorpora como objeto total.

Esto representa la entrada a *la posición depresiva* que está constituida por la ansiedad depresiva (cuando el yo reconoce que las agresiones fueron parte de su deseo y por la envidia, la destrucción contra el objeto amado que antes percibía como persecutorio, y siente culpa por ello), la relación con un objeto total (se vincula con los aspectos “bueno” y “malos” del objeto) y su mecanismo principal contra la culpa, es la reparación (Bleichmar, 2011). De acuerdo con Klein (1937) citada por Davins et al., (2014), describe que la conducta de “buscar” o relacionarse con la agresión, sería una externalización de un maltrato interno, es decir, de la introyección del objeto parcializado.

La internalización del objeto, en primera instancia genera sentimientos de ambivalencia. El sujeto incorpora aspectos gratificantes y aquellos que han sido fuente de frustración, el amor y el odio comienzan a coexistir en un mismo objeto. La integración del objeto comienza con la posición depresiva (Klein 1935/1990), que implica el reconocimiento de que el objeto amado

y odiado es el mismo, lo que hace que surjan sentimientos de culpa por el daño fantaseado hacia el objeto. Segal (1964/1981) refiere que esta integración favorece una mayor cohesión yoica y favorece la tolerancia a la ambivalencia. Desde esta teoría, la culpa tiene la función de organizar el vínculo, ya que la preocupación por el objeto da lugar a la reparación de este para preservarlo. Cuando se transita de manera efectiva a esta posición, la reparación abre la posibilidad de establecer relaciones más recíprocas, en caso contrario, cuando la culpa adquiere un carácter excesivo puede contribuir a relaciones violentas marcadas por el sacrificio y la permanencia en relaciones violentas. En estos casos, cuando la culpa se instaura de manera arcaica, no da lugar a la reparación y refuerza la repetición de este tipo de relaciones (Rosenfeld, 1971).

La relación con el objeto determinaría entonces cómo el sujeto percibe su mundo interno y el externo, y la manera de vincularse en sus futuras relaciones (Klein, 1948/1996). Bernard (2006) retoma la definición de Klein sobre las relaciones de objeto que permiten establecer el adentro y el afuera vincular; esto quiere decir que el objeto estaría cargado de fantasías inconscientes que permitirán construir, a partir de ellas, un sistema de interacciones recíprocamente determinantes entre el sujeto y su contexto intersubjetivo y social (Bernard, 2006). Los objetos internos serían entonces representaciones introyectadas o identificatorias de personas o vínculos que se encuentran en la realidad. Dentro de la misma línea, Fairbairn citado por Kenberg, (1976) dice que el objetivo principal del aparato psíquico es establecer relaciones con otros seres humanos, por lo tanto, el yo principalmente es un buscador de Objetos, quien responde con agresión cuando existe una falla en los cuidados maternos. El yo es ese buscador de relaciones con los objetos, que de acuerdo con Fairbairn (1943), inviste a

los objetos de cargas afectivas y pulsionales, que pueden estar ligadas a objetos malos que han sido internalizados y reprimidos.

Otros teóricos como Berenstein (2001), plantean la diferencia entre *relación de objeto* y *vínculo entre sujetos*, en la primera el deseo es unidireccional, es de un sujeto deseando al otro, diferenciando entre la realidad interna y externa. En cambio, el vínculo entre sujetos es una relación intersubjetiva entre dos sujetos, el deseo es bidireccional, ambos sujetos son dadores y receptores del deseo del otro. Desde esta perspectiva, la relación de pareja entonces sería una estructura vincular entre dos personas.

Para fines de esta tesis, se abordará la relación de pareja de tipo heterosexual con dos personas de diferentes sexos (hombre y mujer) donde el vínculo es la parte que conecta el yo de ambos sujetos, en un espacio intersubjetivo. En relación con el objeto se inicia un proceso de subjetivación con el otro en ese vínculo, donde lo pasado y el mundo interno, se encontrará con lo presente y la realidad externa (Bergagna, 2020).

Desde esta teoría que aborda y explica el mundo interno del sujeto, se pueden plantear tres espacios mentales en el que el sujeto habita: el individual (intrasubjetivo), el vincular (intersubjetivo) y lo social. Se propone en el presente estudio poner énfasis en lo vincular, donde recae el análisis de la violencia, puesto que lo violento es una cualidad de ciertas acciones y conductas que están ligadas a la agresión contra otro sujeto ante la falta de tolerancia al límite ofrecido por él, en cuanto a su mente y su cuerpo (Berenstein, 2001).

La VP recae en el espacio vincular, pues son aquellos actos que un sujeto (quien ejerce violencia) despoja de su carácter de individuo al otro, en su intento de transformarlo en semejante o idéntico a sí mismo. Aquellos actos que eliminen la autonomía del otro, a través

de la palabra o de hechos físicos, se consideran violencia, que generalmente surgen cuando existen diferencias no tolerables para el sujeto y las anula, volviéndolo un objeto pasivo, que no reacciona ante las agresiones recibidas; que opera sobre la relación a la que desestructura, sobre su mente y en particular, sobre su cuerpo (Berenstein, 1990). La VP desde esta teoría trata entonces, de colocar a la mujer en una posición de objeto que comienza a someterla progresivamente para que esté a disposición, en una posición de dominio y control. En esta relación, el agresor logra borrar los límites contra la víctima, que consiste en lo que Hirigoyen (2006) plantea como la etapa de efracción, que consiste en difuminar los límites con el yo del otro, invadir su psiquismo y lograr un dominio sobre ella.

Desde la perspectiva vincular, la VP puede definirse como cualquier acción o situación de carácter aniquilador, destructor e impositivo, que se exprese de manera física, psicológica, sexual, económica y patrimonial en la cual ejerce la voluntad de un yo a otro yo sin tener en cuenta su deseo (Arias-Sierra, 2019). Se trata de igual forma, de relaciones de poder, en la que existe asimetría, relacionada con la idealización de la pareja; que, al presentar sus diferencias o límites individuales, el yo del sujeto que percibe al otro como Objeto único, es incapaz de tolerarlo y desea su anulación, volviéndolo incapaz de pensar y de ser autónomo (Puget & Berenstein, 1989).

El objeto único, descrito por Berenstein (1989), establece que, en la relación de pareja, se le atribuyen características de omnipotencia, omnipresencia y omnisciencia al otro en el proceso de enamoramiento, el cual se vuelve único e irremplazable. Al idealizar a la mujer en la relación de pareja y en las dinámicas socioculturales, en donde se le atribuyen roles de poder en función de los sexos, ella como objeto único, se mantiene de forma pasiva y si falla a las demandas de amor del otro, es cuando para Berenstein (1989), el objeto único muestra sus

“imperfecciones” en el vínculo lo que origina las crisis de violencia. Es así como por medio de la violencia el sujeto busca la continuidad y la semejanza con su objeto, el cual no tolera que presente rasgos de individualidad, ya que la mujer se consideraría por parte del sujeto que violenta, como una prolongación de sí mismo. Sin embargo, podríamos considerar, que el sujeto que violenta destruye el vínculo con la mujer al envidiar las cualidades positivas, que por idealización y después por dejar de ser ese objeto único, se le han atribuido; en este sentido refiere Gómez (2015) al hablar de la envidia que Klein plantea en las primeras relaciones objetales, al envidiar destruimos al otro y al mismo tiempo la relación existente.

Resulta útil retomar los conceptos de envidia y culpa establecido por Klein (1937) para poder explicar la violencia en las relaciones de pareja que se viven posterior. La envidia generaría que la persona que ejerce la violencia desea poseer alguna cualidad del Otro que percibe como buena, o como que le hace falta (derivado a las fallas en la satisfacción de sus necesidades o a la idealización retraída hacia sí mismo), por ello busca la destrucción del objeto (la persona agredida) para eliminar toda posibilidad de que tenga las condiciones para conseguir eso que no se tiene, y obtenerlo. El sujeto agresivo, plantea las condiciones para aislar y volver a la persona dependiente, convirtiendo las relaciones en utilidad, mantiene al objeto mientras le sirva (Hirigoyen, 2006). Sin embargo, esto se puede perder cuando la mujer se encuentra embarazada, siendo que la atención ya no solo se centra en la pareja, si no, en el futuro bebé, la atención de la mujer al estar puesta en esa diada y buscar cubrir las necesidades del bebé, ya no solo de su pareja, reactiva la envidia y el impulso de destrucción para recuperar la continuidad previa.

La culpa puede explicar el vínculo que se establece en una relación donde la pareja es agresiva y quien recibe la agresión puede tener la tendencia a querer reparar a ese objeto por

la necesidad de tener o preservar el objeto bueno, que reciba el amor que el sujeto brinda, el reconocimiento y cuidado por parte del otro (Bleichemar,2011). Estas fantasías que se reactivan en la mujer remiten a la primera relación objetal, en donde no fue vivida satisfactoriamente, existe la falsa creencia que ella es quien ocasiona la agresividad en el otro (Klein, 1937), por eso aparecen conductas de sumisión y posible reparación en el vínculo.

Quien ejerce la violencia entonces, no tolera la individualidad del otro, y es un sujeto activo que desea anular y eliminar al objeto que se mantiene pasivo. Si las relaciones presentes, están constituidas por la introyección de objetos primarios, la pasividad de la mujer ante los actos de violencia, tendrían que ver, de acuerdo con Arias-Sierra (2019), con su percepción con respecto a la realidad, siendo que la función de cuidado no se instaura en la psique y se atribuye a un objeto externo, que decide o no cuidarla.

Para una comprensión mayor de las funciones de cuidado, son de utilidad los planteamientos de Donald Winnicott (1960) en donde, la madre es quien gratifica y satisface las necesidades del bebé (sujeto), y deberá entonces establecer un ambiente consistente de cuidado y que solvete las necesidades. Para Winnicott la función materna es aquella en la que la madre sirve de yo auxiliar para el bebé por medio de las funciones de sostén (holding) y de manipulación (handling); es la madre quien presenta los objetos permitiendo que el bebé pueda desarrollarse al satisfacer sus necesidades y frustrarlo en ocasiones necesarias. Si esta dinámica se establece en un ambiente negligente, el sujeto introyectará figuras dañadas y que son coercitivas con él. Cuando existe un vínculo con la madre que no es consistente con el bebé, en donde la madre no ha podido leer las necesidades del recién nacido de manera empática, se produce una mala adaptación a la realidad (Winnicott, 1945).

Cuando los cuidados no han sido gratificantes o lo suficientemente buenos para el sujeto en su primera infancia, o ha sido frustrado en exceso, que vive bajo ambientes de violencia, el proceso de desidealización que se tiene con las primeras relaciones objetales (la madre, los padres) no se da de manera progresiva, el sujeto, en este caso que ha vivido violencia, tiende a vincularse con objetos parciales y a considerarlos, lo que Berenstein (2001) llamaría objetos únicos (la parte buena introyectada y que es proyectada al exterior). Esta forma de vincularse con el otro prepara el terreno para la persona violenta pueda controlar, y posicionar en un rol sumiso.

Las carencias afectivas en la infancia, el rol social de género asociado a la mujer, la colocan en una posición de sumisión, o como lo refiere Hirigoyen (2006), la VP se vuelve algo determinante para lo que no hay otra solución, asociado a las primeras relaciones, en donde se percibió rechazo, y no se recibió la seguridad necesaria por parte de sus primeros objetos, no se consideran amadas, se opta por conductas reparadoras, pues en esa posición se configuró el medio para *merecer el amor de aquel que se ama*. Este proceso remite a una fragilidad del yo, que desestabiliza a la mujer para que pierda poco a poco la autonomía, la confianza en sí misma y su libertad cuando se enfrente a violencia en una situación de relación de pareja.

Davins (2014) gracias al trabajo psicoterapéutico que ha realizado con mujeres que han sido maltratadas por su pareja, concluye que las experiencias relacionales infantiles, el trato recibido y la relación observada entre los padres, forjan las bases sobre las características de las relaciones íntimas que se establecen en la edad adulta.

En el embarazo, se revive inconscientemente la primera relación objetal que se tuvo, es decir, con su madre, lo cual puede ser un momento para reconciliarse con ella o puede revivir las fallas en los primeros vínculos de la mujer (Lemoine-Luccioni, 1976). Si esa relación objetal

primaria fue vivida de manera negligente o violenta, en el embarazo pueden aparecer o agravarse los conflictos derivado de eso.

1.2 El embarazo y maternidad

Existen diversas etapas en la vida de la mujer que implican cambios biopsicosociales, entre ellos se encuentra el embarazo. De acuerdo con el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia [ACOG] (2020), el embarazo es el periodo de la vida reproductiva de la mujer en el cual un feto se desarrolla en el útero, durante aproximadamente 40 semanas, que se calculan desde el último periodo menstrual hasta el parto.

El embarazo comprende cambios psicológicos relevantes para la mujer, sin importar si es un embarazo con o sin complicaciones médicas. Los aspectos psicológicos del embarazo integran la representación de los instintos y deseos inconscientes de la mujer con respecto a la maternidad (desde la concepción hasta la crianza), se presentan cambios de humor caracterizados por ambivalencia, trastornos emocionales (ansiedad, depresión, fobias, etc.) y es una etapa de maduración psicológica en la que se presentan crisis de imagen, posibles regresiones a etapas infantiles, conflictos con la maternidad (Bjelica et al., 2018).

Como se menciona anteriormente, el componente biológico del embarazo comprende los aspectos de salud de la madre y el bebé, los posibles riesgos que se pudieran presentar y los cambios fisiológicos, que se dividen en trimestres. Los trimestres están caracterizados por sintomatología característica de cada etapa del embarazo, y en función del desarrollo del bebé y las características psicológicas que presenta la mujer. Es importante resaltar que cada mujer vive este periodo diferente y presenta sintomatología distinta, en función de sus propios deseos y la cultura en la que se inscribe, ya que pueden variar en la idealización de la maternidad, los roles de género, la influencia de su entorno social, las propias identificaciones

parentales, y su vivencia personal (Lujambio, 2016). Sin embargo, se describirá de manera general las particularidades de cada trimestre que permitan entender los cambios, sin problemas clínicos, a los que se enfrenta la mujer durante el embarazo y que servirán de antecedentes para el periodo de posparto.

De acuerdo con Lorenzo (2020), en su libro *Psicología del Embarazo*, describe las características fisiológicas y biológicas del desarrollo del bebé, así como por las implicaciones psicológicas de la mujer en el embarazo, los cuales se describen a continuación:

- **Primer trimestre:** desde la concepción y concluye hasta la catorceava semana de gestación (SDG), en el cual se comienzan a desarrollar los órganos del feto. Se caracteriza por el riesgo de abortos espontáneos; las reacciones ante las primeras alteraciones hormonales son cansancio y/o somnolencia, así como la aparición de náuseas y vómitos. En cuanto a las primeras preocupaciones con respecto al embarazo, se encuentra el temor a lo desconocido ante una nueva etapa y ambivalencia entre la aceptación y el rechazo. Algunas mujeres suelen retraerse en sí mismas o volverse dependientes de su entorno social para demandar comprensión y protección (Gómez, 1986), que se puede relacionar el estado de vulnerabilidad propio del embarazo.
- **Segundo trimestre:** comprende de la semana 15 a la 28 SDG. Los cambios físicos de la mujer suelen ser más notables, el crecimiento de los senos permite la preparación para la lactancia. Los movimientos fetales comienzan a aparecer, lo cual promueve el apego prenatal materno y la aparición del vínculo entre la madre y el bebé. Los órganos vitales y sistemas del bebé se encuentran más desarrollados y permite la

evaluación médica de las posibles anomalías y el sexo del bebé. Esto puede permitir que las fantasías con respecto a la salud del bebé incrementen, así como las fantasías persecutorias, ante los movimientos en el vientre, de que el bebé quiere dañar a la madre y comienza el temor por la incertidumbre de la imagen del hijo del que no se conocen sus características (Soifer, 1977). Al acercarse al final de este periodo, se incrementa la ansiedad por el parto, los conflictos ante la imagen corporal de la mujer que puede asociarse con conflictos en la pareja. Sin embargo, los síntomas del primer trimestre disminuyen, dando paso a una mayor estabilidad y bienestar físico y emocional de la mujer.

- **Tercer trimestre:** periodo que abarca de la semana 29 a la semana 40 aproximadamente. El bebé se encuentra mayormente desarrollado, se termina la maduración necesaria para la vida extrauterina. Los cambios físicos de la madre se hacen más evidentes, los órganos se comprimen para dejar mayor espacio para el bebé, lo que implica mayor dificultad para respirar, el cansancio constante, un aumento en la presión sanguínea y en el peso; posible aparición de estrías y mayores dificultades para dormir. El cuerpo se prepara para el parto, comienzan las “falsas contracciones”, lo que puede incrementar la ansiedad y el temor a parto. Es el momento donde la mujer y la familia comienzan a “hacer lugar” para el futuro bebé, comienzan a realizar preparativos y se prepara psíquicamente para ello (Saxbe & Repetti, 2010). En cuanto a las fantasías inconscientes, se puede presentar un estado de ambivalencia entre la expulsión-retención del bebé asociado al parto, y ante el bebé que dejará de ser una imagen y se convertirá en un ser real (Soifer, 1977).

Durante el embarazo la mujer enfrenta diversos cambios a nivel social, familiar e individuales; se reactivan las fantasías y conflictos infantiles, que tendrán impacto en el vínculo materno-infantil, se reactivan conflictos en la relación que la mujer tiene con su propia madre (Lemoine-Luccioni, 1976) y se transforman los vínculos sociales, particularmente con la pareja. Los estados anímicos se caracterizan por la ambivalencia con respecto al bebé, al propio cuerpo y todo lo que existe alrededor del embarazo (Rodríguez-Rendo, 2003).

El papel de la madre o de la figura materna, es vital para la constitución psíquica del bebé y que, a partir de esas experiencias tempranas, se establece la personalidad de este, y sus relaciones interpersonales futuras. La figura paterna, de igual forma, juega un papel relevante para la constitución de este, sin embargo, la función de autoconservación, nutricia, de cuidado y de protección, suele recaer en quien cubre las necesidades básicas que es la madre (Freud, 1914).

Desde las relaciones objetales, la madre se vuelve ese primer objeto de amor al que se le atribuyen las cualidades positivas de una relación, que cubre las necesidades y da lectura a las sensaciones físicas que se traducen en emociones para el bebé, transforma emociones que pueden resultar desagradables en emociones más tolerables para él, y que brinda la capacidad para afrontar el mundo externo (Ramírez, 2010). La experiencia introyectada por ese primer objeto permitirá al sujeto entender el mundo y actuar en función de ello, así como la manera de vincularse con los otros.

La maternidad es un concepto complejo y ha tomado diferentes características. Vivas (2021), refiere que no se puede hablar de un sentido único de la maternidad, puesto que hay tantas

definiciones como experiencias, y cada una depende del contexto social, económico y del momento vital de la mujer.

Stern (1999) habla de la psiquis materna, donde el proceso de nacimiento de una madre comienza durante el embarazo y se va completando después del parto y en el posparto. Esta nueva configuración de la mujer que transitará hacia la maternidad se configura ante las ideas de su bebé, la nueva identidad que ella tendrá, el rol de su pareja (ahora como padre), su experiencia como hija y el interés por la maternidad de su madre. Para Stern, se pueden activar angustias por garantizar la sobrevivencia y cuidados del nuevo bebé, y se construyen nuevos vínculos afectivos y de apego. Durante la gestación, en la psiquis de la mujer que se prepara para ser madre, nace una necesidad de comprender sus vínculos primarios para poder vincularse con su bebé (Bydlowski, 2007). El embarazo se vuelve una etapa en donde se puede reeditar las primeras relaciones objetales de la mujer, y en el cual se transforman sus relaciones actuales. La violencia que pueda experimentar la madre en este proceso altera su transición a la maternidad.

La VP vivida durante el embarazo contribuye a alterar el estado emocional de la mujer, exacerbando el estado de transparencia psíquica (Bydlowski, 2007) que se caracteriza por ser un estado psíquico que se desarrolla gradualmente para alcanzar la sensibilidad materna, y por un resurgimiento de los recuerdos infantiles o pasados, que emergen del inconsciente a la consciencia. Estos fantasmas inconscientes, suelen estar cargados de experiencias o traumas no resueltos (Fraiberg et al., 1975). La madre que se encuentra en este estado de vulnerabilidad puede utilizar la identificación proyectiva (Klein, 1946/1996) como mecanismo para depositar en el bebé sus propios aspectos o la figura del agresor. Como

consecuencia, se genera sentimientos de culpabilidad y ambivalencia ante la maternidad, ante un temor de repetir los vínculos abusivos que dificultan un vínculo de protección para el bebé.

Al reactivarse el conflicto infantil durante el embarazo, una de las consecuencias de la VP ejercida contra la mujer, es reactivar el no reconocimiento y el poco o nulo cuidado, de no haber sido sostenida adecuadamente en sus relaciones primarias (Winnicott, 1998). Las fallas en la función materna pueden presentarse a partir de la incapacidad de la madre para interpretar los signos que le permiten satisfacer las necesidades físicas y emocionales de bebé; la imposibilidad de ofrecer el sostén necesario para la formación del yo, como imposibilidad de la madre debido a sus problemáticas personales que no logren establecer las condiciones psíquicas necesarias que establecen la integración significativa con el mundo (Vargas, 2022).

La etapa de embarazo, por los cambios fisiológicos, hormonales y físicos que presenta la mujer, la pone en una posición de vulnerabilidad (Aschbacher et al., 2021), aunado a ello, las cuestiones psicológicas y la función materna que es vital, permite reeditar conflictos previos, ya que se reactivan las configuraciones psíquicas tempranas y se reactivan las historias de trauma previo, que desencadena problemas emocionales que si no son atendidos pueden afectar la salud mental de la mujer y de su bebé.

1.3 Salud mental perinatal

La salud mental perinatal (SMP) hace referencia al bienestar psicológico durante el periodo perinatal, el cual abarca desde el embarazo hasta el primer año de posparto, de igual forma comprende el estudio de factores de riesgo y protección asociados al bienestar biopsicosocial de la madre, el recién nacido y las personas que interactúan e inciden en ellos y su entorno (Brockington et al., 2017). El periodo perinatal se caracteriza por cambios físicos, emocionales, psicológicos y sociales, que son significativos en la vida de las mujeres, quienes

pueden desarrollar diversos problemas de salud mental como ansiedad, depresión, entre otros. Estos problemas de salud mental no solo impactan en la mujer que atraviesa el embarazo, sino que sus efectos tienen consecuencias no deseadas en el bebé y en sus relaciones interpersonales (pareja, familia) que se relacionan en su experiencia y transición a la maternidad. Por ello, Contreras-Carreto et al., (2022), retoman la importancia de la adaptación de la mujer al embarazo y al funcionamiento armónico de su actividad psíquica, que impactan tanto en su integración individual, como social.

1.3.1 Depresión perinatal

La depresión se considera un problema de salud pública, el cual, a nivel mundial, aproximadamente 280 millones de personas presentan este trastorno. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Bienestar Autor reportado [ENBIARE] (INEGI, 2021), de las mujeres de 18 y más años, 16.3 % declaró sentirse con depresión. En palabras de Roudinesco (2018), el sufrimiento psíquico se manifiesta actualmente bajo la forma de depresión, que es aquella en la que el sujeto se encuentra herido en cuerpo y alma, en una mezcla de tristeza, apatía y pérdida de identidad.

La depresión, si se presenta durante el embarazo o en el posparto, se caracteriza por los cambios de humor en la mujer, generalmente tristeza, pérdida de interés y gratificación, incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, disminución de las funciones cognitivas (atención, memoria y concentración), sentimientos de inferioridad, así como culpabilidad, desesperanza con respecto al futuro, pensamientos de insuficiencia (“no sirvo para ser mamá”), angustia, labilidad emocional, cansancio extremo y, muy a menudo, alteraciones del sueño que exceden la perturbación del mismo originado, comúnmente, al cuidado del bebé (Jadresic M., 2017; Villegas Loaiza et al., 2019).

La etiología de la depresión se atribuye a un origen multifactorial en donde interactúan factores sociales, psicológicos, hormonales y biológicos.

La depresión podría ser la reacción continua o no elaborada del proceso de duelo. Freud en *Duelo y Melancolía* (1917), define al duelo como la reacción adecuada a la pérdida de una persona, situación o cosa amada (Objeto de amor), que incluye la incapacidad o pérdida de interés por el mundo exterior. Cuando aparecen sentimientos ambivalentes, caracterizados por culpa y hostilidad, ante la pérdida de dicho objeto y no puede ser elaborado por la persona se presenta la depresión (Corderch, 1991).

Una de las problemáticas de salud mental más asociadas a la VP en el embarazo es la depresión, puesto que existe una pérdida en el vínculo con la pareja, que atraviesa una crisis de transformación y transición familiar de la relación mujer-hombre. Desde el psicoanálisis, el conflicto intrapsíquico que da origen a la manifestación de la sintomatología depresiva se relaciona con la pérdida del objeto y un deseo irrealizable, que se ubica en el ideal del yo, produciendo heridas narcisistas y la disminución de la valoración del yo (Gentes, 2020). La pérdida experimentada en la VP es de aquel ideal de pareja que se tenía en función de la elección de Objeto, es la muerte simbólica donde la pareja muere en vida desde el mundo psíquico de cada uno de ellos (Caruso, 1989).

Los factores de riesgo asociados a la depresión perinatal en las mujeres incluyen situaciones adversas durante la vida (violencia, economía y trabajo inestable, pérdidas y duelos, entre otros), antecedentes de depresión, falta de red de apoyo, VP, falta de acceso a atención médica, nivel socioeconómico bajo, multiparidad, antecedentes de aborto, embarazos no deseados, enfermedades durante el embarazo y consumo de sustancias tóxicas, como alcohol y tabaco (Krauskopf & Valenzuela, 2020; Setyorini, 2023).

Martínez-Paredes & Jácome-Pérez, (2019) en una revisión sistemática que realizaron, encontraron que entre las consecuencias más frecuentes de presentar depresión en el embarazo está el deterioro en el autocuidado y asistencia a control prenatal, aumento de conductas de riesgo, deterioro en el neurodesarrollo fetal, recién nacidos con baja talla, alteraciones en el ciclo de sueño, mayor probabilidad de parto prematuro, riesgo de preclamsia e ideación suicida. Spitz (1974) citado en Bedoya (2011), reporta que la relación con una madre gravemente deprimida o preocupada con sus propias necesidades y angustias no posibilita un ambiente adecuado para el crecimiento y desarrollo del bebé, y existe mayor riesgo de fallas en el autocuidado y el establecimiento de vínculos afectivos.

1.3.2 Ansiedad perinatal

Los trastornos de ansiedad pueden causar considerable sufrimiento para la mujer gestante, interfieren con la posibilidad de que goce la relación con su bebé y afectan negativamente la calidad de las interacciones entre ellos (Maldonado-Durán, 2011).

Durante el embarazo, la manifestación de la ansiedad está relacionada a temores y angustias relacionados con el mismo proceso de embarazo, lo que pueda suceder durante el parto y en el periodo posterior. A menudo se llega a confundir la ansiedad perinatal con las propias angustias del embarazo, un factor para distinguirlos es la intensidad con la que se presenta la ansiedad y preocupación, ocasionando que se interfiera con el bienestar y el funcionamiento de la mujer embarazada, donde el propio embarazo y la transición a la maternidad se verán afectados por la ansiedad constante (Maldonado-Durán & Lartigue, 2008).

Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada en la etapa perinatal son similares a los trastornos de ansiedad en otras etapas de la vida. Los temores principales se refieren a muchas posibles áreas (la familia, el trabajo, la salud, las relaciones con otras personas, la autoimagen,

etc.), son excesivos e incontrolables. Los síntomas somáticos consisten en sensación constante de tener algo atorado en la garganta, sentir que no se puede inhalar suficiente aire, taquicardia, sensación de opresión en el pecho, hiperventilación, tensión muscular y sudoración. Existen dificultades para mantener la concentración, fatiga e inquietud constante. En cuanto al miedo con respecto a la etapa perinatal, se presentan ideas sobre cómo será el parto, el dolor y sobre los cambios constantes durante el embarazo (Alfonso, 2018), y la desinformación con respecto a este proceso que genera incertidumbre sobre los cambios físicos y sociales a los que se enfrentan (Jiménez, 2020).

1.4 Enfoque de intervención: Psicoterapia psicodinámica

Si bien la terapia psicodinámica tiene como base el psicoanálisis, entre ellas se muestran diferencias significativas, en la estructura de la terapia, la focalización y los alcances de esta, como lo define Coderch (1987) y se muestra en la Tabla 1.

Kernberg citado en Coderch (1987) define a la terapia psicodinámica como un tratamiento de base psicoanalítica que no trata de resolver sistemáticamente los conflictos inconscientes y las resistencias, sino que trabaja parcialmente con algunos mecanismos de defensa y con aumentar las fortalezas y la flexibilidad del yo.

En la relación de pareja violenta durante el embarazo, se buscaría entonces comprender y trabajar los aspectos inconscientes y los conflictos no resueltos que impactan en la dinámica actual de la mujer, coadyuvando a integrar y procesar el impacto de la violencia.

En capítulos anteriores se plantea la teoría de cómo los vínculos tempranos tienen un impacto en el psiquismo de la mujer y que sirven de experiencias tempranas que pueden influir en cómo se vincula en sus relaciones futuras.

Tabla 1*Diferencias entre Psicoanálisis y la psicoterapia Psicodinámica*

	Psicoanálisis	Terapia psicodinámica
Teoría de base	Psicoanálisis	Técnica terapéutica derivada del psicoanálisis
Estructura de la terapia	Generalmente, el paciente se acuesta en diván	Se da cara a cara
Métodos y técnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Provoca una neurosis regresiva de transferencia que se resuelve por interpretación • Asociación libre • Interpretaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretación de la transferencia, trabajar con reacciones transferenciales • Resaltar la vinculación entre la realidad y las fantasías • Confrontación, clarificación, interpretación
Rol del terapeuta	Tiene una posición neutral	Tiene un papel más activo, conduce la terapia
Focalización	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración profunda del inconsciente y de los conflictos generados en la infancia. • Restructuración psíquica a largo plazo • Favorecer la regresión transferencial • Trabaja con el desvelamiento del inconsciente y de la transferencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación y resolución de los conflictos presentes relacionados con los conflictos pasados • Modificar las áreas de conflicto • Trabaja con los síntomas derivados del conflicto • Reforzar las capacidades del yo
Frecuencia de las sesiones	3 a 5 sesiones por semana	1 o 2 sesiones por semana
Duración	No hay una temporalidad definida	Puede durar algunas semanas o años

Fuente: Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Heder

Desde el enfoque psicodinámico se buscará hacer consciente esos patrones inconscientes y el reconocimiento el conflicto actual, ya que la mujer que es víctima de VP, la instancia psíquica con mayor conflicto sería el yo, pues no logra mediar los conflictos inconscientes de la repetición de patrones. Se trabajaría el impacto en las funciones yoicas para que la mujer tenga la capacidad para afrontar y modificar las consecuencias de la VP.

La VP tiene un impacto negativo en las funciones yoicas, puesto que el agresor busca debilitar el yo, en su autonomía o subjetividad, pues en ello radica la violencia, en la imposibilidad de tolerar el límite ofrecido por el otro (Beitia, 2014).

Las funciones yoicas, involucran al concepto del yo como un sistema de funciones que consta de una plasticidad y movilidad mayor que las otras dos instancias psíquicas (ello y superyó), lo que para Bellak y Goldsmith (1993) permitiría utilizar estos recursos en el proceso psicoterapéutico breve para poder generar cambios en la vida del sujeto, pues son capacidades que fortalecen al yo para la adaptación e interacción del sujeto con su entorno. Para estos autores, las funciones yoicas se pueden agrupar en tres grupos: a) básicas (dirigidas al mundo exterior, a los otros y a sí mismo como lo son: percepción, memoria, planificación, juicio), b) defensivas (dirigidas a neutralizar las ansiedades mediante diversas modalidades de manejo de conflictos) y c) integradoras, sintéticas y organizadoras (permiten reorganizar las relaciones del sujeto con el mundo externo e interno, a través de una movilización selectiva que permita la adaptación).

De acuerdo con el modelo propuesto por Bellak y Goldsmith (1993), existen doce funciones del yo que actúan como mediadoras entre las pulsiones y las demandas del entorno, lo que permitiría al sujeto adaptarse e interactuar en el mundo externo. En contextos de VP estas funciones pueden alterarse de manera progresiva ante la exposición constante de situaciones agresivas (García & Puerto, 2024).

A continuación, se describe de manera breve, las funciones yoicas que con mayor frecuencia se pueden encontrar afectadas en las mujeres que viven VP:

- **Juicio:** esta función hace referencia a la capacidad de anticipar consecuencias y evaluar de manera más real las situaciones con el objetivo de orientar las acciones y conductas (Bellak & Goldsmith, 1993). Se puede distorsionar como consecuencia de la manipulación ejercida por el agresor, en donde se minimiza la severidad de las agresiones o se culpabiliza a la mujer, lo que puede favorecer que la mujer llegue a responsabilizarse por los abusos o justificar las agresiones, y disminuye la percepción del riesgo (Galán et al., 2017).
- **Sentido de realidad y del self:** esta función involucra la construcción de la identidad y la delimitación entre el sí mismo y el entorno (Bellak & Goldsmith, 1993). En mujeres que han experimentado VP, el sentido de identidad puede verse deteriorado (baja autoestima), generando inseguridad y dudas sobre su propio valor. Durante la etapa perinatal, puede afectar la identidad materna, teniendo como consecuencia una autopercepción negativa del rol materno (Najmi & Mirghafourvand, 2024).
- **Relaciones objetales:** hace referencia a la calidad de los vínculos que el sujeto establece, la capacidad de reciprocidad y diferenciación con el otro, así como a la influencia de experiencias pasadas en las relaciones actuales (Gonzales de Rivera, 1992). En la VP la capacidad de reciprocidad se ve sustituida por el aislamiento defensivo, que hace referencia al aislamiento social por vergüenza o miedo, lo que reduce las redes de apoyo (Méndez et al., 2022). En el embarazo, este aislamiento y ambivalencia afectiva puede afectar la construcción del apego prenatal (Agarwal et al., 2023).
- **Regulación y control de impulsos y afectos:** esta función hace referencia a la capacidad del sujeto para expresar los impulsos, tolerar la frustración y expresar los afectos de manera integrada a la conducta (Gonzales de Rivera, 1992). En algunas

mujeres que están expuestas a VP pueden llegar a manifestarse respuestas impulsivas, humor irritable o aplanamiento emocional (Méndez et al., 2022), ante la exposición constante de situaciones estresantes que derivan en síntomas de depresión o ansiedad.

- **Funcionamiento defensivo:** hace referencia a los mecanismos que el yo emplea para protegerse frente a la angustia. En la VP existen mecanismos como el aislamiento y la negación que debilitan al yo, generando dependencia y la minimización de las agresiones. De acuerdo con Lucchese et al. (2017), las mujeres que sufren VP presentan dificultades de adaptación al entorno como consecuencia de su incapacidad de emplear recursos defensivos capaces de protegerlas de las tensiones del ambiente.
- **Funcionamiento autónomo:** esta función yoica hace referencia a los mecanismos de autonomía que se relacionan con las funciones ejecutivas (memoria, atención, planificación, toma de decisiones, etc.) y con la posibilidad de mantener hábitos y rutinas. Como se ha revisado anteriormente, la VP se ha asociado a síntomas de ansiedad y depresión, situaciones que influyen en la capacidad cognitiva y el funcionamiento cotidiano de las mujeres, aunado a la capacidad para tomar decisiones. En el embarazo, estas dificultades pueden interferir el autocuidado y la adherencia a controles prenatales, colocándola a ella y al bebé en situaciones de riesgo.
- **Función sintético-integrativa:** Gonzales de Rivera, (1992) define esta función como la encargada de la integración de los comportamientos, actitudes y las representaciones del sí mismo y de los demás. Esta función permite la integración entre los acontecimientos psíquicos internos y externos, que permiten un sentido de unidad y estabilidad de la estructura del sujeto. Ante la presencia de VP existe ambivalencia que el yo no logra sintetizar (amar y temer a la misma persona, deseo de

mantener el vínculo y esperanza de cambio), esta existencia de estados contradictorios genera estados de confusión e inestabilidad en la mujer (Lucchese et al., 2017).

- **Barrera a los estímulos:** permite filtrar los estímulos internos y externos, así como la regulación y defensa de estos. La VP mantiene a la mujer en un estado de hipervigilancia, que se caracteriza por un estado de anticipación del peligro, dificultades para identificar amenazas reales y ansiedad, ante la exposición continua de violencia (Dokkedahl et al., 2022).
- **Dominio y competencia:** función del yo que permite interactuar con el ambiente y genera un control y dominio activo de este, utilizando recursos externos para plantear alternativas de adaptación y resolución de conflicto. Maier y Seligman (1976) plantearon el concepto de indefensión aprendida que describe como la falta de control sobre acontecimientos adversos disminuyen la motivación para actuar y reduce la expectativa de éxito ante nuevas situaciones. En presencia de VP, este proceso se puede interpretar como la disminución de la búsqueda de ayuda y la dificultad que presentan las mujeres para la resolución de problemas, que se ha asociado a una menor percepción de control personal y dependencia, así como un menor control sobre la propia salud, incrementando la sintomatología de ansiedad y depresión (OPS, 2023). Durante el embarazo estas dificultades podrían interferir en la construcción de la identidad materna.

Los objetivos de atención bajo la psicoterapia de orientación psicodinámica para atender a las mujeres embarazadas que viven violencia en sus relaciones de pareja, se centraría en la reactivación de los recursos propios de la mujer que le permitan, mediante la elaboración, reconocer de forma consciente el ciclo de la violencia y sus capacidades internas, para

mejorar la toma de decisiones de manera autónoma, trabajar en la reconstrucción de su sentido del self y reducir el riesgo de alteraciones en el vínculo con el bebé. Adicionalmente, resulta esencial en una psicoterapia psicodinámica promover una toma de consciencia de cómo las relaciones objetales primarias pueden estar afectando sus relaciones actuales, en especial la vinculación violenta con la pareja.

1.4.1 Psicoterapia grupal de base psicoanalítica

Kaës (1993) refiere que en el grupo se establece un aparato psíquico grupal mediante la integración de las partes conscientes e inconscientes de los sujetos, el vínculo intersubjetivo es lo que conformara dicho aparato, pues el grupo existe con independencia de sus constituyentes singulares. El grupo posibilita la elaboración de las problemáticas y a la vez, el soporte que el sujeto necesita; en el mismo grupo se pone en escena los conflictos de las primeras relaciones y se vuelve un espacio para reeditar esos conflictos, y establecer nuevas formas de vincularse.

El grupo sería entonces como un conjunto de seres hablantes con diferentes subjetividades reunidos en un espacio/tiempo determinado y que, en su devenir, organizan una estructura grupal tejida por las diversas interacciones, interrelaciones y vínculos, construyendo una realidad psíquica compleja de pensamientos/afectos/acciones atravesadas por la realidad social (Gómez, 2017).

La psicoterapia grupal se convierte en un espacio de escucha y contención a personas que se enfrentan a cambios significativos, crisis o pérdidas importantes en sus relaciones interpersonales que, como consecuencia, manifiestan reacciones emocionales como ansiedad, depresión, miedo, y conflictos en la adaptación. Winnicot (1956) describe la preocupación materna primaria como la principal función en dónde la madre le hace un espacio físico y

simbólico a su futuro bebé, para satisfacer sus necesidades y frustrarlo en la medida, es necesaria para que el bebé comience a construir su sentido de sí y la capacidad para desarrollarse con el mundo. Al ser el grupo reactivador de las relaciones objetales, el terapeuta desarrolla funciones similares al de la madre en relación con su bebé, ya que deberá de existir un sostén (*holding*) terapéutico, en donde sirva de sostén para las preocupaciones y problemáticas de los pacientes, en donde se trabaje para el fortalecimiento de su yo y el reforzamiento de sus funciones. El grupo entonces se convierte en un *útero simbólico* (metáfora utilizada a partir del concepto de holding planteado por Winnicott, 1965), que pone en perspectiva la función de sostén y se convierte en un espacio seguro para que las mujeres puedan depositar los afectos reprimidos y no reconocidos en un espacio que pueda reducir el sentimiento de aislamiento y culpa que la VP pueda generar. El útero simbólico sería la representación de la función materna en el entorno grupal, lo que ofrece la protección para las mujeres y el desarrollo del proceso de elaboración, que puede compensar el entorno violento y la reactivación las representaciones primarias violentas.

Desde la teoría de Winnicott (1971), el grupo coordinado por dos terapeutas, es decir la coterapia, se construye como el soporte grupal, proporcionando un entorno facilitador donde la pareja terapéutica permite el intercambio de las emociones y el proceso de elaboración, ya que, al actuar como un soporte sólido para el grupo, este genera una elaboración simbólica de sus afectos (Bernard, 1991). Los coterapeutas podrían servir como representación de la pareja parental como un modelo de relación sana y funcional (Rice, 1987), contribuyendo al manejo y contención de las transferencias que surgen a raíz de las experiencias de violencia, asegurando la estabilidad del grupo y la posible internalización de relaciones sanas.

El trabajo elaborativo conduce a la “cura” en el psicoanálisis, pues es aquel proceso en el que el sujeto toma consciencia de los conflictos anteriormente reprimidos y logra, a través del análisis y la interpretación, poder elaborarlos y poder integrarlos de una manera menos dolorosas y/o angustiosas para el yo del sujeto. Laplanche y Pontalis (1996) definen la *elaboración psíquica* como el trabajo que realiza el aparato psíquico con vistas a dominar las excitaciones que le llegan y cuya acumulación ofrece peligro de resultar patógena y angustiante para el sujeto. Este trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas más tolerables. Los mismos autores retoman el concepto de elaboración para referirse al proceso que se da en la terapia, donde el *trabajo elaborativo* se trataría de una especie de trabajo psíquico que permite al sujeto aceptar ciertos elementos reprimidos y librarse del dominio de los mecanismos repetitivos, que impiden la simbolización de los eventos, volviéndolos traumáticos. En un proceso psicoterapéutico con bases psicoanalíticas, la función del terapeuta está orientada a promover y facilitar la comprensión y simbolización de los conflictos inconscientes que tienen impacto en su vida actual y en sus relaciones.

La elaboración en el proceso psicoterapéutico consiste en comprender el origen, los significados y las implicaciones de estas experiencias en la vida presente de la persona, integrar las experiencias pasadas, que se encuentran en el preconscious, e integrarlas en el momento actual, lo que facilita la comprensión consciente del conflicto psíquico de la persona. Desde la teoría de las relaciones objetales, la perspectiva de Klein (1946) resalta la importancia de integrar los aspectos escindidos del objeto, tolerando así la ambivalencia.

En el espacio psicoterapéutico, el vínculo va más allá de la diada paciente-terapeuta. La alianza terapéutica es vital para el proceso, en situaciones de VP la función de esta alianza,

como lo señala Romero (2010), el vínculo emocional representa el primer anclaje de seguridad para la mujer. En este sentido, la psicoterapia se convierte en una oportunidad para reconfigurar la realidad relacional y promover la internalización de relaciones vinculares más sanas. En el espacio grupal, no solo se analiza los vínculos, sino que se convierte en un escenario donde se reactualizan las interacciones. De acuerdo con Díaz Portillo (2000), en el grupo se movilizan proyecciones de la relación primaria y se pone en juego la estructuración del yo y de las relaciones objetales. El proceso grupal es relevante en situaciones de VP, siendo que además de la elaboración psíquica de la violencia, se requiere una reconstrucción de los vínculos sociales que la violencia intentó anular (Fernández, 2018).

En cuanto a la modalidad de psicoterapia breve y focalizada de orientación psicodinámica, ésta retoma las bases teóricas del psicoanálisis, promueve, a partir de la relación paciente-psicoterapeuta, el autoconocimiento -intrapersonal e interpersonal-, cambios psicológicos significativos y modificaciones en las respuestas que los sujetos dan a sus problemáticas, que tienen origen en épocas tempranas y se encuentra latente (Torralba et al., 2020). Sus características principales incluyen una reducción en la duración, y la concentración de las temáticas abordadas en el proceso psicoterapéutico, que son críticas para las áreas de la vida del sujeto y que alteran su cotidianidad. Este tipo de psicoterapia no busca ni logra un cambio en la estructura de personalidad, como lo hace el psicoanálisis clásico de larga duración, sino que el alcance que se tiene es que el sujeto, reconozca y articule sus experiencias pasadas y actuales, en el momento actual y que generan el conflicto psíquico, Pérez-Sánchez (2014) relaciona ese conflicto con su significación subjetiva, las defensas del paciente, así como sus afectos y vulnerabilidades.

La psicoterapia breve brinda al sujeto un ambiente favorecedor para la creación de vínculos interpersonales nuevos, que favorecen la catarsis de sus deseos, fantasías y temores; favorece el aprendizaje de la autoevaluación objetiva y crítica de su propia situación, que permitiría un ajuste realista; ayuda a la elaboración de un proyecto personal que implique la adquisición de cierto bienestar y permite ejercer cierta influencia en las pautas de interacción en sus vínculos que favorezcan su comprensión y que ayude a la elaboración de nuevos modos de ajuste interpersonal (Fiorini, 2002).

En este estudio, se plantea evaluar una intervención centrada en psicoterapia grupal, breve de orientación psicodinámica como medio de atención y que permita experimentar de forma repetida y más adaptativa las emociones, ansiedades y conflictos de la vida (López-Yarto, 2002), se elabora la experiencia conflictiva y se reactivan recursos yoicos para su adaptación.

Bajo la misma línea, el proceso de psicoterapia breve tiene que estar delimitado hacia un eje o punto central de la problemática por la que acude el sujeto, que suele denominarse foco/focalización. Fiorini (2002) establece que la focalización está guiada por la motivación de la persona, que jerarquiza tareas en función de resolver problemas vividos como prioritarios. Para ello, el yo del sujeto tiene que contar con ciertas funciones yoicas fortalecidas que movilicen el proceso adaptativo.

Como se revisó anteriormente, la VP genera un impacto negativo en las funciones yoicas de las mujeres que son víctimas, por ello el proceso psicoterapéutico se propone como un apoyo al yo que sirva para el alivio de la angustia. Fiorini (2002) hace énfasis en que el trabajo psicoterapéutico tendrá que estar dirigido a reforzar estas funciones que se encuentran comprometidas con el conflicto y con ello se lograría una liberación parcial del mismo para lograr mayor adaptación y alivio de la angustia del sujeto.

La focalización entonces está orientada por el motivo de consulta y por el conflicto nuclear exacerbado, el cual se inserta en una situación específica grupal, es decir, que recae en la vinculación con el Otro. El foco, de acuerdo con Fiorini (2002), está conformado por tres componentes:

1. Determinantes contextuales: aspectos psicodinámicos económicos y genéticos, que “originan” las bases del conflicto, así como la cuestión cultural e ideológica.
2. Aspectos caracterológicos individuales: la psicodinámica del individuo, los mecanismos defensivos y los recursos adaptativos con los que cuenta.
3. Situación grupal: los conflictos, roles y recursos que el individuo adquiere, así como el ambiente en el cual se inserte, y el aspecto histórico del conflicto.

El proceso psicoterapéutico planteado en el presente estudio se focalizará entonces en el fortalecimiento de los recursos de las mujeres, asociarlos a su historia de vida y al momento evolutivo (embarazo) en el que se encuentren, explorar los vínculos primarios y actuales que promueven la construcción de redes de apoyo para reducir el efecto del aislamiento generado por el agresor mediante la VP, y reconocer las estrategias de afrontamiento que se han generado. La psicoterapia logra situar la violencia y el embarazo en el ámbito de las relaciones vinculares, y el formato grupal, ubicará al grupo como repetición de un escenario familiar para trabajar las vivencias de las primeras relaciones objetales, en donde se reactivan los conflictos inconscientes de las primeras relaciones de la futura madre. Estos conflictos suelen ser aquellos con los padres, en particular con la figura materna, donde el bebé podría funcionar como un espejo dónde estaría proyectando sus propios deseos y miedos, incluso puede llegar a existir un intento de reparación de la relación con sus padres o su pareja, o ser

un objeto idealizado en donde la madre tenga miedo a repetir la relación con sus propios padres (Lebovici, 1995).

El grupo psicoterapéutico moviliza y agiliza los procesos de concientización de los participantes que potencian la elaboración de los conflictos que se deseen abordar en esa modalidad de intervención (Martín *et al.*, 2020). La propuesta del presente estudio es valorar cómo el proceso psicoterapéutico puede contribuir a la elaboración del impacto emocional de la VP y de la reactivación de las experiencias tempranas inconscientes.

El grupo se construye como un útero simbólico que sirve como entorno facilitador, permitiendo una regresión controlada que permite a sus integrantes experimentar la contención, sin temor al castigo o represalias. Esta experiencia podría contribuir a la reparación de las fallas del sostén (*holding*) materno vivido en sus propias experiencias tempranas.

La función de los coterapeutas se vuelve esencial, ya que su presencia dentro del grupo representa un modelo de vínculo seguro, que contrasta con las dinámicas de la VP. Al ser el embarazo una etapa de vulnerabilidad que permite la resignificación de experiencias tempranas, si se ponen de manifiesto dentro del contexto grupal se busca valorar cómo puede permitirse una elaboración y sostén mayor en un escenario psicoterapéutico.

De acuerdo con Aguilar de Mendoza, (2021), en la etapa perinatal, las mujeres se benefician de la construcción de las redes de apoyo y la identificación entre pares de la experiencia de transición hacia la maternidad, por ello, el trabajo grupal podría generar esa red de apoyo entre pares que brinde un espacio de escucha y atención de las problemáticas psicológicas e interpersonales de las mujeres embarazadas.

Los grupos de acompañamiento en el embarazo para mujeres que experimentan VP son espacios de contención y simbolización. En ellos, el acompañamiento y guía de los coterapeutas, se pueden elaborar la experiencia vivida, facilitar la creación del útero simbólico, para contribuir a la reparación y reconstrucción del yo.

Capítulo 2. Planteamiento del Problema

2.1. Planteamiento del Problema

De acuerdo con el Banco Nacional de Datos e Información sobre casos de Violencia Contra las Mujeres (BANAVIM, 2025), de enero del 2021 hasta septiembre del 2025 se han registrado 377,197 casos de violencia en el estado de Morelos y se han reportado a instituciones gubernamentales correspondientes, 4782 casos. Por lo cual, la violencia ejercida contra la mujer se ha tipificado como un problema de salud pública en México y en Morelos, por su prevalencia y efecto multidimensional en el bienestar psicosocial.

La mujer presenta un alto riesgo de experimentar algún incidente de violencia dentro de las relaciones de pareja, cuyas consecuencias suelen agravarse ante el vínculo afectivo existente. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2022), define la violencia contra la mujer en la pareja como los actos abusivos de poder u omisiones intencionales que pretendan dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y/o sexual a las mujeres. Esta violencia se suele ejercer por personas con quienes las mujeres hayan tenido una relación de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho.

De acuerdo con datos obtenidos a través de la ENDIREH, se estima que, en el estado de Morelos, de las mujeres de 15 años y más que han tenido una relación de pareja, 40.8% han sido violentadas por su pareja a lo largo de la relación actual o en la última relación y, de estas, 17.4% han experimentado violencia psicológica en los últimos 12 meses (datos recogidos de octubre de 2020 a noviembre de 2021).

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres en México (2003), reporta que el 25% de las mujeres encuestadas han sufrido algún tipo de violencia dentro de su relación de pareja. Refieren que las mujeres han sufrido humillaciones (8.4%), abuso sexual por su pareja (6.3%), golpes (5.3%), y patadas en el abdomen durante el embarazo (4.4%). El 48.6% de las mujeres embarazadas que eran víctima de violencia antes de su actual embarazo, continúan viviendo violencia durante el mismo y un 25.8% de las mujeres refiere que aumentó la violencia por el embarazo.

Un estudio realizado con 468 mujeres en su tercer trimestre de embarazo que acudieron a servicios de Salud del estado de Morelos, México, estima que la prevalencia de VP, tanto antes como durante el embarazo fue superior al 30%. Dicha prevalencia tuvo un ligero decremento no significativo ($\chi^2=.2375$, $p>.05$) al pasar del 33,6% antes del embarazo al 32,1% durante el embarazo (Castro, 2004).

Con estos datos resalta que el embarazo y posparto, antes considerados como un periodo de bienestar y protección para la madre y el bebé, se puede considerar como una crisis vital y evolutiva. Por sí mismo el embarazo, es una etapa reactivadora de conflictos pasados e incrementa los conflictos del presente, particularmente aquellos conflictos que tienen relación con el vínculo con los otros, y resulta una etapa especialmente vulnerable para incrementar o experimentar VP.

Existe evidencia científica que ha identificado la presencia de VP hacia las mujeres como uno de los factores de mayor riesgo asociado a peores resultados en la salud mental materna durante el periodo perinatal. Esta se asocia a depresión prenatal, riesgo suicida, ansiedad perinatal y estrés postraumático (Galayo et al., 2016; Saho y Zhang, 2020; Ahmed et al.,

2024); en cuanto a la salud física, se ha reportado que la VP provoca mayor riesgo de muerte materna, suicidios, enfermedades de transmisión sexual, trastornos ginecológicos, abortos espontáneos y partos pretérminos (Toboba et al, 2007).

La depresión durante la gestación incrementa el estrés normal que acompaña el proceso del embarazo en una mujer, derivado de los cambios y transformaciones biológicas y psicológicas que conlleva el nacimiento de una persona. Asimismo, es causa probable de que la madre descuide su salud y no asista a revisiones prenatales, lo cual afecta el desarrollo del feto (Lara et al., 2016). Presentar depresión durante el embarazo, es un factor de riesgo altamente relacionado con la depresión posparto, que afecta gravemente el bienestar de la mujer y de su hija/o (Krauskopf, 2020).

La ansiedad en la etapa perinatal también se ha asociado a la calidad de la relación con la pareja, como lo reporta una revisión sistemática de estudios publicados durante los años 2010 al 2016, (Field, 2017). En México se reporta una prevalencia de ansiedad en el embarazo entre 9 y 14.8% en población mexicana (Navarrete, et al, 2012), con alta comorbilidad entre la ansiedad y la depresión en el periodo perinatal. Tanto en la madre, como en el neonato, la ansiedad se asocia a la alteración materna de sus niveles hormonales generando problemas obstétricos y durante el parto, así como parto prematuro y problemas de salud (Mojica-Perilla, 2019). Al igual que la depresión, es frecuente que los síntomas de ansiedad continúen en el posparto, alterando la salud materna, y teniendo efectos directos en el bebé, en la calidad de vida de la madre y en particular en la crianza, afectando el desarrollo físico, emocional y mental del bebé (Calcagni et al., 2021).

La salud mental materna tiene un impacto directo en el vínculo materno-infantil (VMI) (Olsson et al., 2020). Una mala calidad del VMI genera consecuencias negativas entre los miembros de dicha diada, en especial en el bienestar del infante, entre las cuales se encuentran dificultades en el proceso de adaptación social y autorregulación emocional, el desarrollo cognitivo, entre otras. Las consecuencias negativas de mayor riesgo son el maltrato infantil, el infanticidio y el suicidio materno (Brockington, 2011).

Se considera que el embarazo ha dejado de ser percibido como un factor protector contra la VP, colocando a la mujer en una posición de vulnerabilidad. En México se realizó un estudio comparativo entre mujeres embarazadas y no embarazadas víctimas de VP, en el cual reportan mayor violencia psicológica (RM 2,29 IC 95% 1,39-3,75) y económica (RM 1,38 IC 95% 1,09-1,76) en las mujeres embarazadas, y mayor violencia física en las no embarazadas (Mendoza, 2008).

En cuanto los efectos de la VP en la salud mental materna, se reportan depresión, ansiedad, estrés postraumático (Lafaurie-Villamil & Cuadros-Salazar, 2015). En otro estudio realizado en China (Zhang et al., 2012) la prevalencia de VP durante el embarazo fue del 11.3%, relacionándola con la preocupación por la salud del bebé y con depresión posparto. La depresión y la ansiedad están fuertemente asociadas a la VP (Lara, et al., 2019), por lo cual las intervenciones psicológicas han estado orientadas a reducir la sintomatología de salud mental de las mujeres que sufren VP, en cualquier etapa de la vida. Destacan que las diversas modalidades de intervención con las mujeres están orientadas a reducir los episodios de violencia mediante el fortalecimiento de los recursos personales de la mujer, sin embargo, hasta la fecha existe poca evidencia reportada sobre intervenciones específicas para la etapa perinatal.

Dentro de las intervenciones para la VP, en el estado de Morelos, el Modelo de Atención Único (2019), elaborado por la Comisión de Atención del Sistema Estatal para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (SEPASE), establece los lineamientos para la intervención psicológica con mujeres en situación de violencia. Este modelo plantea que el proceso psicoterapéutico debe orientarse a favorecer la toma de consciencia respecto a la violencia vivida y promover la posibilidad de nombrarla. Con el objetivo de que las mujeres recuperen la autoconfianza y la autonomía, ya que la exposición a la VP debilita estas funciones. Los modelos de atención planteados contemplan diversas modalidades, como individual o grupal, dependiendo de las necesidades clínicas de la mujer y la valoración del riesgo identificado.

Los modelos de atención, incluyendo el propuesto por la SEPASE, proponen que las intervenciones psicológicas, tendrían que estar orientadas no solo a la sintomatología de las mujeres, sino también en la recuperación de su autonomía y promoción de la toma de decisiones.

A pesar de la alta prevalencia de la VP durante el embarazo y las consecuencias en la salud mental perinatal, en el estado de Morelos no se cuenta con intervenciones psicológicas diseñadas y evaluadas empíricamente, desde un enfoque psicodinámico dirigidas a mujeres embarazadas que experimentan VP leve. Esta limitante reduce el acceso a una atención pertinente y disminuye las posibilidades de prevenir y reducir las consecuencias psicológicas asociadas a la VP durante la etapa perinatal.

2.2 Justificación

La VP es uno de los factores de riesgo principales para que las mujeres presenten depresión y ansiedad en el embarazo, y esto se vuelve un riesgo para presentar problemas de salud mental en el posparto, así como en la creación de un vínculo positivo con su bebé. La VP genera afectaciones físicas y psicológicas que influyen en las complicaciones del embarazo y en resultados adversos en los recién nacidos (Jahanfar, 2014).

Por ello resalta la necesidad de generar intervenciones en la etapa perinatal que ayuden a reducir efectos negativos de la presencia de violencia contra la mujer de parte de la pareja y sus consecuencias en la salud mental materna, como lo es depresión y ansiedad durante el embarazo y que reduzcan el riesgo de presentar depresión posparto, alteraciones del VMI, entre otras afectaciones de la salud mental perinatal y a la transmisión intergeneracional de la violencia. Utilizar el modelo psicodinámico en las intervenciones psicológicas dirigidas a la etapa perinatal en contextos de VP, resulta enriquecedor con aportaciones clínicas, ya que considera los cambios propios del embarazo, que conllevan deseos, temores y recuerdos que determinarán o influenciarán sus sentimientos, acciones y relaciones interpersonales alrededor de la maternidad. En la etapa perinatal, la psicoterapia fomenta la elaboración y resolución de conflictos infantiles que permiten una mejor integración de los estados mentales y cambios que se enfrenta en esta etapa (Echegoyen, 1996).

El presente proyecto de intervención busca brindar un espacio de escucha y contención emocional para las mujeres, en donde se promueva la concientización y reconocimiento de la violencia vivida, en donde cada mujer pueda hablar de su propia historia, contribuir a la reducción de los malestares psicológicos (depresión y ansiedad). Reconocer la violencia y los factores que ayudan al mantenimiento de la relación violenta, contribuirá a la generación de

estrategias y toma de decisiones que salvaguarden la integridad de la mujer y su bebé, influyendo en la calidad de la interacción de ambos.

De igual forma, la intervención propuesta permitirá implementar una modalidad de intervención breve para la atención de las mujeres embarazadas en formato grupal, y evaluar la eficacia de esta, ya que existe poca evidencia reportada de intervenciones psicodinámicas utilizadas para casos de VP en el embarazo.

2.3 Preguntas de investigación

El presente estudio se plantea las siguientes preguntas de investigación:

¿La elaboración de la experiencia de violencia de pareja durante el embarazo es posible a través de una intervención psicoterapéutica grupal bajo el modelo psicodinámico?

¿La elaboración de la experiencia de violencia de pareja en una intervención de psicoterapia grupal psicodinámica durante el embarazo reduce la sintomatología de depresión y ansiedad de las mujeres embarazadas?

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo General

Diseñar, implementar y evaluar una intervención grupal de orientación psicodinámica enfocada a reducir la sintomatología de depresión y ansiedad de las mujeres durante el embarazo y en el primer mes de posparto, mediante la elaboración de la experiencia de violencia de pareja en nivel leve.

2.4.2 Objetivos específicos

- Evaluar presencia y gravedad de VP en mujeres antes y después de la intervención, y en los primeros cuarenta días del posparto.

- Evaluar sintomatología de ansiedad y depresión antes y después de la intervención, y en los primeros cuarenta días del posparto.
- Explorar la calidad en sus relaciones interpersonales (familia, amigos, compañeros de trabajo, etc.) que permita el establecimiento y fortalecimiento de redes de apoyo.
- Fomentar la toma de decisiones, estrategias de autocuidado y elaboración de plan de seguridad que prevengan situaciones de riesgo asociados con VP en el embarazo y posparto.

2.5 Hipótesis

1. Promover la elaboración de la experiencia de VP leve durante el embarazo, disminuye síntomas de depresión y ansiedad en el embarazo al finalizar la intervención
2. Aumentar el reconocimiento de prácticas de VP incrementa estrategias de afrontamiento y autocuidado más eficaces en el embarazo, y a su vez reducir la gravedad de la VP.
3. Promover la elaboración de la experiencia de violencia leve durante el embarazo, podría prevenir VP, síntomas depresivos, ansiosos y de alteración del vínculo materno-infantil en el posparto.

Capítulo 3. Método

3.1 Diseño de investigación

El diseño de la investigación es cuasiexperimental (Sampieri, 2010) con un único grupo experimental conformado por mujeres adultas que cursen el segundo trimestre de embarazo con cada participante fungiendo como su propio grupo control, permitiendo realizar una comparación cuanti y cualitativa previo y post intervención.

El enfoque de la investigación es mixto, siendo que se evaluarán las variables del estudio de forma cuantitativa y cualitativa, con una muestra por conveniencia.

3.2 Participantes

La muestra de las participantes definida para el estudio es de tipo intencionada y no probabilística. Se realizó un reclutamiento en población general por medio de invitaciones en redes sociales institucionales y eventos en colaboración con el Instituto de la Mujer de la Ciudad de Cuernavaca, Morelos. Las mujeres participantes fueron aquellas mujeres residentes del estado de Morelos que cumplieron con los criterios de inclusión (VP en nivel leve, síntomas de depresión y ansiedad). Los detalles del proceso de selección se detallan en el Capítulo de Resultados.

La muestra para la intervención estuvo conformada por seis mujeres embarazadas, que cursaban el segundo trimestre de gestación, residentes del estado de Morelos, y que se encontraban en situación de VP de nivel leve, con sintomatología de salud mental perinatal (depresión y ansiedad). Sin embargo, sólo se pudo concluir la intervención con tres mujeres, lo que representa una pérdida del 50% de las participantes.

3.2.1 Criterios de inclusión.

- Mujeres mayores de edad que cuenten con autonomía legal y capacidad para consentir su participación en el estudio.
- Mujeres que se encuentren cursando el segundo trimestre de embarazo.
- Mujeres residentes del estado de Morelos, México y que puedan trasladarse al centro donde se realizará la intervención.
- Mujeres que hablen, lean y escriban en idioma español.
- Mujeres embarazadas que experimenten violencia leve (índice de severidad de la violencia medido a través de la Escala de Severidad) en su relación de pareja.
- Mujeres que presenten sintomatología de depresión (puntaje ≥ 10 del EPDS), ansiedad (puntaje ≥ 26 del PASS-Mx) durante el embarazo de nivel leve-moderado y que puedan presentar riesgo suicida bajo (puntuación de ≤ 1 en el ítem 10 del EPDS y pregunta 34 de la Entrevista Stafford)
- Mujeres que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

3.2.2 Criterios de exclusión.

- Mujeres adolescentes.
- Mujeres que cursen el tercer trimestre de embarazo.
- Mujeres que presenten trastornos neurológicos, trastornos psicóticos previamente diagnosticados.
- Mujeres que tengan diagnóstico de embarazo de alto riesgo y/o alguna otra complicación médica.
- Mujeres que no firmen el consentimiento informado.
- Hallarse al momento de la evaluación e intervención en otro proceso psicológico.

- Mujeres embarazadas que presenten violencias graves (medido mediante la Escala de Severidad) en su relación de pareja.
- Mujeres con riesgo suicida alto explorado en la entrevista Stafford (pregunta 34) o el ítem 10 del EPDS con puntuación de ≤ 1 .

3.3 Instrumentos y técnicas de recolección de datos

- Instrumento de datos sociodemográficos

Se diseñó un instrumento que permitió recabar los datos sociodemográficos y de salud perinatal de las participantes. Los datos recolectados fueron: edad, nivel de educación, si tenían una relación de pareja, situación económica, situación laboral, planeación y deseo de embarazo, antecedentes de abortos previos, sexo del bebé, problemas de salud de la madre y del bebé.

Para evaluar la sintomatología de depresión, ansiedad en el embarazo, y vínculo materno-infantil en el posparto, así como experiencias de VP previo y/o durante el embarazo, se usaron instrumentos cuantitativos y una entrevista semiestructurada, descritos a continuación:

- Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo [EPDS] (Cox et al 1987; adaptación mexicana en etapa prenatal de Alvarado-Esquivel, 2014).

Es una escala de autorreporte, conformada por 10 ítems, que permite realizar una exploración de la sintomatología depresiva en el periodo perinatal (embarazo y posparto). Cada pregunta tiene opciones de respuesta en escala tipo Likert, cuyas puntuaciones van de 0 a 3 (a mayor puntaje, mayor severidad de los síntomas). Evalúa la presencia de sintomatología depresiva durante los últimos 7 días. El punto de corte para la detección de depresión en mujeres embarazadas de población mexicana (Alvarado-Esquivel,2014), es de 10. En posparto el punto de corte se modifica, siendo 12 o más puntos sospecha de depresión durante la semana

0-4 de posparto y 8 puntos o más, en el periodo de 4 a 13 semanas de posparto. Este instrumento ha sido reportado con altos niveles de confiabilidad, que van de .70 a .81 de coeficiente de Alfa de Cronbach, y mayor nivel de precisión (AUC = 0.965).

- Escala de Ansiedad Perinatal [PASS] (Somerville et al, 2014; adaptación mexicana de Romero et al, 2019).

Para evaluar los síntomas de ansiedad en el embarazo (tercer trimestre) y en el primer año de posparto, se hace uso de la escala de autorreporte PASS. La versión validada en México, para mujeres embarazadas, está conformada por 27 preguntas (PASS-Mx), con respuesta tipo Likert que van de 0 a 3 (a mayor puntaje, mayor ansiedad). A diferencia de los 4 factores que se evalúan en la versión original (ansiedad aguda y ajuste, preocupación excesiva y miedos específicos, perfeccionismo, control y traumatismo, y ansiedad social), la adaptación mexicana evalúa 3 factores: perfeccionismo, ansiedad aguda y preocupación/miedos. La confiabilidad de la versión mexicana es moderadamente alta ($\alpha=.891$; $KMO=.912$). El punto de corte del instrumento original para sintomatología ansiosa en mujeres es de ≥ 26 , el cual se determinó para identificar un caso probable de ansiedad perinatal.

- Entrevista Stafford de Salud Mental Materna, (Brockington *et al*, 2017, Versión Corta, Seneviratne et al., 2019, adaptada para México por Martínez-Pedraza y Palacios-Hernández en 2020, sin publicar).

Es una entrevista semiestructurada cuyo objetivo es la evaluación de la salud mental materna durante el periodo perinatal y el vínculo materno-infantil hasta un año posterior al parto. La entrevista se divide en dos secciones: preparto (puede ser aplicada en cualquier punto durante el embarazo) y contiene cuatro partes: Introducción; Historial social, psicológico y obstétrico del embarazo; Relación con él; Cambios emocionales y trastornos psiquiátricos en el preparto.

La sección de posparto contiene cinco partes: Parto; Historial social, psicológico y antecedentes médicos del parto; Trastornos psiquiátricos en el posparto; Relación madre-bebé; Observaciones, resumen, diagnóstico y plan de tratamiento. En la entrevista, se exploran los factores sociales, psicológicos y psiquiátricos de un solo embarazo, incluyendo la calidad de la relación de pareja durante la etapa perinatal. Existen dos versiones, para este estudio se utilizó la versión corta, cuya principal diferencia es la reducción de las preguntas, las respuestas son transcritas de manera literal y permite otorgar puntajes de las respuestas sugeridos por la entrevista para comparar mujeres en etapa perinatal de un mismo grupo. Para el primer momento de evaluación pre-intervención se utilizó solo el apartado de parto y en la sesión de seguimiento se aplicó el apartado de posparto.

Instrumentos de evaluación de la violencia de pareja

- Entrevista Stafford de Salud Mental Materna Se exploró la presencia de VP durante la entrevista en el embarazo, en específico con las preguntas: 5. “Relación con el padre del bebé”, 19. “Eventos Adversos en el actual embarazo” y 20. “Cambios en las relaciones”. Y durante el posparto, con las preguntas: 61. “Eventos adversos en el posparto”, 62. “Reacción del esposo/pareja al recién nacido”, 63. “Relación con el padre del bebé desde el nacimiento”, 65. “Celos por el bebé” y 66. “Actividad/vida sexual después del parto”
- Escala de Severidad de la Violencia [ESV] (Valdez-Santiago *et al.*, 2006)

Instrumento de auto reporte que evalúa la violencia contra la mujer por parte de la pareja masculina, y establece un índice de severidad que permite evaluar las dimensiones de daño emocional y físico de la misma violencia. Esta escala fue diseñada y validada en población

mexicana. Consta de 19 ítems divididos en cuatro factores: I. Violencia psicológica, II. Violencia física, III. Violencia física severa y IV. Violencia sexual. Las opciones de respuesta son en escala tipo Likert: nunca, algunas veces, varias veces y muchas veces. El alfa de Cronbach reportada fue muy alta de 0.99. Cada subescala se califica cuenta con rangos para identificar la presencia de violencia (no caso, caso de violencia y violencia severa) de acuerdo con los puntajes a continuación descritos: *Violencia psicológica*: no caso: 0 a 5, caso de VP: 5.1 a 18.2, VP severa: 18.3 a 81; *Violencia física*: no caso: 0 a 2.4, caso de VP: 2.4 a 12, VP severa: más de 12; *Violencia física severa*: no caso: 0, caso de VP más de 1; *Violencia sexual*: no caso: 0 a 1, caso de VP: 1.1 a 6, VP severa: más de 6.

3.4 Diseño de la Intervención

La intervención fue diseñada desde el enfoque de psicoterapia grupal de orientación psicodinámica, breve y focalizada, y presencial. Sin embargo, al considerar las condiciones de las participantes (dificultad en el traslado, problemas de salud física en el embarazo), se consideró ajustar el diseño inicial, en consecuencia, la intervención se adaptó a una modalidad virtual, con el fin de favorecer la continuidad y garantizar la accesibilidad al grupo.

El objetivo de la intervención se organizó en cuatro niveles, cada uno enfocado en abordar dimensiones específicas del proceso:

1. Incremento del reconocimiento y promoción de la elaboración de la experiencia de VP
2. Disminución de síntomas de depresión y ansiedad durante el embarazo
3. Reducción de la VP en embarazo y posparto
4. Reducción del riesgo de afectaciones en la salud mental materna en posparto (prevención de depresión, ansiedad, y alteración del vínculo materno-infantil).

Tabla 2*Programa de intervención*

Sesión	Temática propuesta	Temáticas emergentes	Objetivo general de la sesión	Actividades de los terapeutas	Modalidad
	Evaluación Pretest		Evaluar la Salud Mental Materna mediante la Entrevista Stafford	Enviar los instrumentos de auto reporte y el consentimiento informado:	Individual/ Virtual
			Selección de las participantes para la intervención grupal	EPDS PASS-Mx Escala de Severidad	
1	Relación de pareja en el embarazo	Situaciones con la pareja, motivos de tristeza y preocupaciones. Adaptación y transición en el embarazo, cambios físicos y emocionales Deseo y planificación del embarazo	Dar a conocer los objetivos de la intervención, y los motivos de las participantes, así como la exploración de la relación de pareja	Establecer el encuadre, las reglas de grupo y la confidencialidad Generar el inicio del vínculo terapéutico.	Grupal
2	Conflictos en la relación de pareja	Cambios en la relación, renunciaciones y dificultades durante el embarazo	Explorar los episodios de violencia leve, e identificar si existe un reconocimiento de la violencia	Promover que las mujeres nombren y verbalicen su experiencia	Grupal
3	Nombrando la violencia	Relación de pareja, vínculo con el bebé Antecedentes de violencia Respuestas emocionales	Identificar y comprender los distintos tipos de violencia, su ciclo y la influencia de los roles de género y las dinámicas de poder, por medio de la construcción y reflexión de las	Psicoeducación, ciclo de la violencia y tipos de violencia	Grupal

			definiciones personales de la violencia vivida.		
4	Consecuencias y acciones contra la VP	Miedos, ansiedad, depresión. Explorar riesgo suicida. Duelos no elaborados	Identificar el estado emocional ante la VP, explorar las estrategias de afrontamiento y recursos individuales	Movilizar la toma de decisiones para el autocuidado y reconocer las estrategias que les han funcionado	Grupal
5	Autocuidado y autoestima	Falta de atención prenatal, barreras para asistir a las consultas médicas. Cómo pedir ayuda, qué hacer para relajarse	Reforzar la capacidad de autonomía y recuperación de los recursos personales para promover el autocuidado y el del bebé	Establecer el plan de seguridad	Grupal
6	Redes de apoyo	Relación de pareja Dinámica familiar Apoyo de parte de amigos, compañeros, instituciones Relación con la madre	Explorar los vínculos con los que cuentan las participantes y cómo se han construido Fortalecer y/o crear redes de apoyo para prevenir violencia		Grupal
7	Sesión libre Tema establecido por el grupo	Preparación para el cierre de la intervención, reacción ante la separación	Explorar las emociones frente al fin de la intervención		Grupal
8	Recapitulación de las sesiones grupales	Cierre del grupo	Identificar las diferencias y posibles cambios que perciben en el transcurso de la intervención.	Retroalimentación Enviar los instrumentos de auto reporte al finalizar la sesión grupal	Grupal
	Seguimiento y evaluación post intervención	Exploración de la experiencia materna en los primeros días de posparto	Realizar el post test que permita evaluar la eficacia de la intervención para la disminución de la sintomatología de depresión y ansiedad prenatal	Enviar los instrumentos de auto reporte: EPDS PASS-Mx	Individual/ Virtual

3.4.1. Procedimiento

Primera etapa: reclutamiento y selección de la muestra

La identificación de las mujeres participantes se llevó a cabo mediante una convocatoria abierta por redes sociales (Facebook e Instagram), y difusión en actividades organizadas por el Instituto de la Mujer de Cuernavaca, ahí se les entregaba un volante con la información y el código QR para que pudieran acceder al cuestionario de evaluación. Las mujeres interesadas contestaban los instrumentos de evaluación en un Formulario de Google, posteriormente fueron contactadas vía WhatsApp para concretar la entrevista de evaluación. Quienes aceptaban la evaluación, se les realizó la entrevista semiestructurada (Entrevista Stafford, el apartado de embarazo) de manera virtual, por medio de una videollamada en la plataforma Zoom. A todas las mujeres se les envió el Directorio de Emergencia y la Hoja Informativa del proyecto; sólo a quienes aceptaban la entrevista se les hacía llegar el consentimiento informado vía correo electrónico. Las participantes que cumplieron con todos los criterios de inclusión fueron invitadas a participar al grupo de intervención. Aquellas que no cumplieron con los criterios, se les proporcionó datos de Servicios de Atención psicológica en dónde pudieran solicitar el apoyo. A todas las mujeres que aceptaron la entrevista, se les envió vía correo electrónico un reporte de devolución con las sugerencias de atención.

Segunda etapa: Implementación del programa de intervención

La intervención constó de 8 sesiones grupales, dos veces por semana, de las cuales 1 se llevó de manera presencial y 7 de manera virtual, esto considerando las propias características de las participantes (dificultad en el traslado, problemas de salud física en el embarazo). Las sesiones fueron videograbadas previa autorización de las participantes. Se coordinaron las sesiones por dos coterapeutas mujeres con experiencia en el tema.

Las sesiones del grupo de acompañamiento sirvieron para establecer un espacio de escucha y comprensión, promover la identificación de los tipos de violencia, las manifestaciones y su relación con los roles de género, promover la toma de decisiones, identificar y reactivar, establecer las estrategias de autocuidado, establecer acciones de protección, fortalecer su red de apoyo social.

El grupo psicoterapéutico, inicialmente, se conformó por seis mujeres embarazadas. Se tomó la decisión de iniciar con ese número de participantes como consecuencia del retraso en el proceso de selección y por la necesidad de considerar a las mujeres ya seleccionadas, que se encontraban cursando el segundo trimestre de gestación, trimestre que fue considerado dentro de los criterios de inclusión establecidos. El grupo fue cerrado, es decir, no se integraron más participantes una vez iniciado el proceso de intervención. Dicha decisión tuvo como objetivo proteger la confidencialidad, promover la cohesión grupal y facilitar la evaluación de la eficacia de la intervención.

Tercera etapa: Seguimiento y evaluación

Al finalizar la última sesión de la intervención, se enviaron los instrumentos de evaluación a las participantes, lo que permitió tener un contraste de su sintomatología post intervención y evaluar la efectividad de la intervención.

A las participantes se les contactó en las fechas de parto probable que reportaron en la última sesión de intervención, para monitorear las reacciones al parto y conocer su estado emocional, las participantes se contactaron vía mensaje al momento del nacimiento de sus bebés. A partir de esa fecha se les volvió a contactar al finalizar la cuarentena del posparto, aproximadamente 6 semanas posterior al parto, para tener la sesión de seguimiento. Esa sesión se realizó virtual y de manera individual, considerando la temporalidad del parto de cada una de las

participantes. En esta sesión de seguimiento se aplicó el segundo apartado de la Entrevista Stafford de posparto, que permitió conocer su estado emocional actual, la existencia de redes de apoyo, el vínculo materno-infantil, y el énfasis en la dinámica de la relación, para explorar la presencia o disminución de la VP.

Evaluación de la intervención

La evaluación de la intervención se realizó en tres etapas, consideraron la evaluación cuantitativa (puntajes de los instrumentos de la evaluación) y de manera cualitativa (con la entrevista y narrativa de las participantes). La primera evaluación se realizó previo a la intervención, en el proceso de selección, en donde aplicó el apartado de embarazo de la Entrevista Stafford y los instrumentos de evaluación. Al finalizar las sesiones de intervención se realizó la reaplicación de los instrumentos de evaluación (segunda etapa). Al finalizar la cuarentena de posparto de cada una de las participantes, se realizó la entrevista individual de seguimiento, en donde se aplicó el apartado de posparto de la Entrevista Stafford de Salud Mental Materna en su versión corta y la última aplicación de los instrumentos de salud mental materna y VP.

Seguimiento de la intervención.

Como seguimiento de la intervención, se realizó una sesión individual con cada una de las participantes posterior a su cuarentena de posparto, la cual se realizó por videollamada en la plataforma Zoom y se les aplicó el segundo apartado de la Entrevista Stafford que corresponde a la sección de posparto, que explora el parto y los eventos obstétricos relacionados, el estado mental durante y después del parto, el vínculo materno-infantil, así como las relaciones en el posparto (familiares, sociales y de pareja). En esta sesión se exploró las estrategias de afrontamiento generadas y el estado emocional actual (presencia o ausencia

de síntomas de depresión y ansiedad), que permitieron conocer la estabilidad del efecto de la intervención. A todas las participantes se les entregó un reporte de devolución y sugerencias de atención psicológica donde pudieran continuar su proceso psicológico en caso de que así lo quisieran.

3.5 Análisis de datos

Con los datos obtenidos se realizó una base de datos para analizarlos de manera cuanti y cualitativa. El análisis de datos cuantitativos se llevó a cabo mediante el Software estadístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) en su versión 23. Se realizaron análisis descriptivos que incluyan cálculo de frecuencias, porcentajes, medias y desviación estándar de los datos sociodemográficos y de los puntajes totales de los instrumentos EPDS, PASS-Mx y Escala de Severidad.

Se realizó un análisis cualitativo del contenido del discurso de cada una de las participantes. El análisis de contenido de tipo cualitativo pretende la comprensión a profundidad del discurso de las participantes, siendo el significado de las palabras y las ideas expresadas en el discurso lo que se pretende analizar. Esta técnica centra su búsqueda en los vocablos u otros símbolos que configuran el contenido de las comunicaciones y se sitúan dentro de la lógica de la comunicación interhumana (López, 2002).

3.6 Aspectos éticos del estudio

Los aspectos éticos del estudio atendieron los principios de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2019) de la Asociación Médica Mundial, que abordan los principios éticos para las investigaciones médicas realizadas en seres humanos, y los principios éticos establecidos en el Código de la Asociación Americana de Psicología, por sus siglas en inglés APA (2010), que menciona los principios de:

- **Beneficencia y no maleficencia:** la intervención y evaluación de los participantes buscó el salvaguardar el bienestar y los derechos de las participantes,

La presente propuesta de intervención representó bajo riesgo para la mujer embarazada, siendo que busca disminuir los riesgos para su salud mental. Se les informó a las mujeres que accedieron a ser evaluadas y a participar en la intervención, sobre los objetivos del estudio y las actividades en las que estarán participando. La participación dentro del proceso de intervención fue totalmente voluntaria y pudieron renunciar en cualquier momento sin ninguna consecuencia por dicha decisión.

- **Fidelidad y responsabilidad:** Se estableció una relación profesional y confidencial con las participantes, de ser necesario se establecieron relaciones con otros profesionales e instituciones según fuera necesario para servir los mejores intereses de las participantes.

Se contó con directorios de servicios de atención en crisis y servicios de apoyo a mujeres en situación de violencia, en caso de que se presentaran situaciones de riesgo para las participantes, recolectando un contacto de emergencia para su contacto. Dentro del directorio, se incluyeron servicios de atención gratuita y de bajo costo, así como contactos de asesoría legal especialistas en violencia de género, en caso de ser requerido, incluyendo opciones de la Red Nacional de Refugios AC.

- **Integridad:** establece que los datos obtenidos fueron reportados con exactitud, honestidad y veracidad; de igual forma, no se establecerán compromisos poco claros o imprudentes. En situaciones en las cuales el engaño pueda ser éticamente justificable para maximizar los beneficios y minimizar el daño, se tienen la obligación seria de

considerar la necesidad, las posibles consecuencias y la responsabilidad de corregir cualquier pérdida de confianza.

- **Respeto por los derechos y la dignidad de las personas:** se respetó la dignidad y el valor de todas las participantes y su derecho a la privacidad, a la confidencialidad y a la autodeterminación de las participantes, así como la no discriminación de los participantes y la emisión de prejuicios que interfieran en las actividades realizadas.

Las participantes que integraron el grupo de acompañamiento firmaron el consentimiento informado, en el que se detalló el procedimiento del presente estudio, así como la confidencialidad y anonimato de sus datos. Se les regresó una copia firmada vía correo electrónico. Durante el proceso de evaluación e intervención, se estuvo monitoreando la aparición de crisis y riesgo suicida de las participantes.

El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi) de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) con el número de folio 111024-126 y fecha de aprobación del 05 de febrero de 2025 (Anexo 1). Se han entregado hasta febrero 2026 dos reportes de resultados del estudio al CEI-CITPsi.

Capítulo 4. Resultados

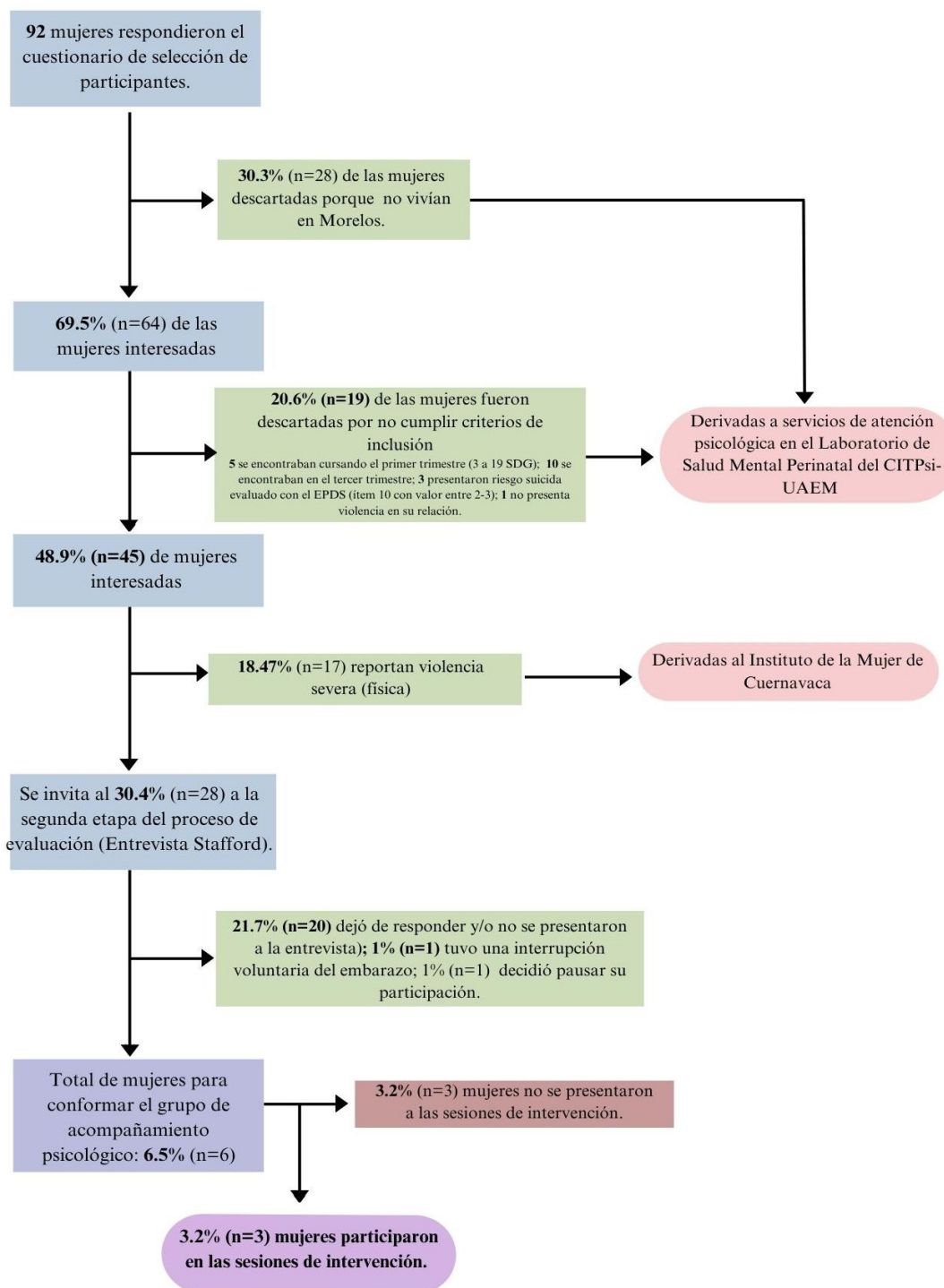
4.1 Descripción de la muestra

En cuanto a los resultados de la primera etapa del programa de la intervención, 92 mujeres respondieron el cuestionario de selección de participantes, de las cuales el 69.56% (n=64) no cumplía criterios de inclusión (no vivían en Morelos, niveles severos de violencia, se encontraban en primer o tercer trimestre de gestación). El 21.7% (n=20) no respondieron la siguiente etapa para el proceso de ingreso al grupo, 1.08% (n=1) tuvo una interrupción voluntaria del embarazo; 1.08% (n=1) decidió pausar su participación. El proceso de selección de las participantes se detalla en la Figura 1.

Las mujeres que no fueron incluidas en la intervención fueron derivadas a servicios de atención psicológica en el Laboratorio de Salud Mental Perinatal del CITPsi-UAEM, y para aquellas mujeres que presentaban niveles de violencia severa se derivaron al Instituto de la Mujer de Cuernavaca. A las 92 mujeres se les envió el directorio de los servicios de atención.

El grupo de intervención fue conformado por 6 mujeres que se encontraban cursando el segundo trimestre de gestación al momento de la primera evaluación. El grupo estuvo conformado en un inicio por 6 mujeres embarazadas, se decidió iniciar el grupo con ese número de integrantes, en consideración al periodo perinatal que se encontraban cursando (segundo trimestre de gestación), ya que era parte de los criterios de inclusión. El grupo fue cerrado, es decir, no se aceptaron más participantes después del inicio con el fin de no modificar la confidencialidad y la cohesión grupal, y para poder evaluar la eficacia del del programa de intervención. De las 6 mujeres confirmadas, sólo 3 participaron en el grupo.

Figura 1

Proceso de selección de participantes

Nota. EPDS = Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

SDG= Semanas de gestación

4.1.1. Viñetas de las participantes

- María*

Mujer de 19 años que cursa su primer embarazo, al momento de la primera evaluación se encontraba en la semana 22 de gestación, con problemas de salud física (infecciones de las vías urinarias) y presentó riesgo de aborto en las primeras semanas de embarazo. Su embarazo no fue planeado y lo recibió con tristeza ya que refiere que no se sentía lista, existe ansiedad anticipatoria por la maternidad. Tiene una relación de pareja de 8 meses, con una persona 3 años mayor que ella, quien es el padre del bebé. La relación inicia cuando tenían un mes de conocerse, considera que su relación ha avanzado muy rápido, el embarazo se da a los 3 meses de relación. A partir del segundo mes de embarazo, se muda con su pareja; la dinámica de la relación se ha modificado, su pareja se convierte en el principal proveedor del hogar, él trabaja todo el día, lo que hace que María pase la mayor parte del tiempo sola en casa, generando tristeza en ella. Reporta que, desde el inicio, existen discusiones por temas de celos, su pareja suele gritar durante las discusiones y ella “*tiene que contenerse para no generar más conflicto*”. Existe la percepción que desde el embarazo han incrementado las discusiones, principalmente por el tema económico, su pareja llega a alzar la voz y hace comentarios despectivos con respecto a sus emociones, la ha llegado a insultar, refiere que cuando su pareja se enoja se llega a jalar el cabello, lo que la asusta; otro tema de conflicto es el consumo de marihuana (3 veces por semana) por parte de su pareja. La reacción de la pareja ante el embarazo fue de felicidad y preocupación por los gastos que implica. La reacción de la pareja, en palabras de María, influye para que decida continuar con el

* Los nombres de las participantes son seudónimos, con el fin de preservar la confidencialidad y mantener el anonimato.

embarazo, ya que él ya se lo había comentado a su familia y reaccionaron con felicidad. La comunicación se ha visto afectada, su pareja le ha comentado que se ha sentido rechazado por su constante desánimo y que no entiende la preocupación que tiene María. Actualmente cursa el tercer semestre de una licenciatura. La preocupación principal de María durante este embarazo se centra en sus estudios universitarios, ya que ella no quiere dejar de estudiar y por ello teme que en el posparto se le dificulte continuar estudios y llevar la crianza de su bebé, ya que no cuenta con apoyo para cuidar al bebé. Reciente la mudanza, incrementando los sentimientos de soledad, siendo que antes pasaba la mayor parte del tiempo junto a su hermana menor (refiere que *“prácticamente ella (María) fue su mamá”*). Refiere que su personalidad y actividades han cambiado totalmente, lo que considera que *“se ha sacrificado a ella misma”* por el embarazo, se siente frustrada por interrumpir sus actividades. Se percibe un bajo apego prenatal, con falta de preparativos al parto e intentos de ocultar el embarazo (usa ropa holgada, no le ha comunicado a sus profesores y compañeros de clase que está embarazada). Existieron ideas de interrumpir el embarazo, lo que le generó miedo y culpa. No reporta preocupaciones por la salud de su bebé, sólo comenta tener miedo al pasarle la tristeza que siente *“porque es un ser vivo y también puede estar sintiendo”*. Describe un apoyo práctico por parte de su familia nuclear (madre y hermana), quienes le brindan apoyo económico para la escuela y acompañamiento a citas médicas. Describe conflictos con su madre durante la infancia, la comunicación con ella ha mejorado a raíz del embarazo. En cuanto, a la familia de su pareja, lo describe como suficiente y describe una relación cercana con la madre de su pareja, el padre de él es quien los apoya económicamente.

Los puntajes de los instrumentos de tamizaje, en el primer momento de evaluación, reportan en el EPDS (21ptos.) síntomas de depresión moderada-grave con riesgo suicida señalado por

el ítem 10 del instrumento; al explorarlo durante la entrevista, se identificó que está ideación no se encontraba presente; en el PASS su puntaje (41ptos.) indica síntomas de ansiedad moderada y en la ESV, en la subescala de violencia psicológica el puntaje (17ptos.) indica presencia de esta en nivel leve, así como en la subescala de violencia sexual (6ptos.).

Durante las primeras 7 semanas de posparto, la relación de pareja se ha visto modificada, el nacimiento de su hija incrementó el involucramiento económico y un interés en la crianza por parte de su pareja, sin embargo, los conflictos de pareja se mantienen ya que existen críticas con respecto a su rol como madre, derivando en un episodio de agresión física (empujones). Las discusiones con la pareja suelen ser por el apoyo que recibe María por parte de su madre, se mudaron a lado de ella a finales de su embarazo para que ella recibiera más apoyo en el posparto, pero la pareja percibe este apoyo como intrusivo y le ha dicho que “María es la única responsable de cuidar a su bebé”. Eso ha generado culpa y ambivalencia con respecto a su maternidad. Se identificó un incremento de la sintomatología de depresión y ansiedad asociada a la frustración por interrumpir sus estudios universitarios por falta de apoyo para el cuidado de su bebé. En cuanto al VMI se detecta una alteración vincular leve, caracterizada por ambivalencia.

- Sofia

Mujer de 34 años que cursa su primer embarazo, al momento de la evaluación se encontraba en la semana 19 de gestación. Actualmente tiene una relación de pareja de 1 año y 7 meses con el padre del bebé, se conocieron en una cafetería y reporta que “tardo en iniciar la relación” (no refiere cuanto tiempo), describe tener una relación cercana con su pareja, con quien se lleva bien. Sin embargo, existen constantes conflictos derivados del tema económico, ella le ha llegado a decir que “debería ir al psicólogo porque él viene de una ex relación de

maltrato” y esto ha influido en su dinámica actual de la relación, hablando la mayor parte de su exnovia y comparándola con Sofía, cuando existe una discusión él refiere que ella comienza a actuar como su exnovia. Las discusiones han sido por las deudas que su pareja tiene y porque ella es quien paga toda la atención médica, Sofía le ha llegado a prestar dinero y cuando le pregunta por el pago, es cuando la pareja se enoja y “se siente controlado”, diciéndole comentarios negativos con respecto a sus emociones, lo que le genera que ella tenga que “dejar decir lo que piensa” para que él no se enoje, ya que reporta que en esas situaciones su pareja llega a realizar comentarios negativos contra sí mismo y ella termina sintiéndose culpable. Sofía menciona que el embarazo vuelve más cercana su relación de pareja, ya que a raíz de esto les comenta a sus papás que tiene novio, sin embargo, se ha sentido más irritable ante los conflictos que se presentan. Cuando se entera del embarazo, ella reacciona con ambivalencia y negación, refiere que no fue un embarazo planeado y tampoco deseado (“*yo no quería quedar embarazada. No sé cuál fue mi reacción, como que no lo creía, no era real*”). Su pareja reacciona ante la noticia con confusión, le dice a Sofía que la apoyará en la decisión que tome “*pero que ella sabe que él sí lo quiere tener*”, ella refiere que no sintió tanto apoyo porque la decisión de continuar el embarazo recaía en ella. Describe su estado emocional con preocupación porque todo está siendo nuevo para ella y se ha sentido decepcionada ante sus sentimientos “*ya que ve a todos más felices que ella*”. En el primer trimestre de gestación presentó dificultades de salud con síntomas de cansancio y debilidad física, le detectaron un hematoma el cual fue atendido y mejoró, tuvo riesgo de aborto en la semana 6 de embarazo. Sofía reporta antecedentes de salud mental, con diagnóstico de episodio depresivo mayor en 2020, con inicio de tratamiento farmacológico (sertralina y metilfenidato), sin embargo, a partir del embarazo y por sugerencia de su psiquiatra, le modifican el medicamento (fluoxetina y metilfenidato) y le disminuyen la dosis. Su habla es

pausada y con tono de voz bajo; se observa labilidad emocional y tendencia al llanto cuando habla del embarazo y de la relación con su pareja. En cuanto a los síntomas de ansiedad, se presentan preocupaciones con respecto al parto y a la maternidad, y a los cuidados de un bebé, ya que refiere no tener conocimiento alguno con respecto al tema, ha comenzado a leer un libro sobre la crianza y la maternidad. Existe un bajo apego prenatal, no hay interacción con el bebé ni preparativos para el posparto. Con relación al apoyo social, refiere tener un grupo de amigas que le ayudan y con las que puede compartir sus emociones, es a una de sus amigas a quien le comunica primero el embarazo, incluso antes que a su pareja. Vive con sus padres actualmente, se percibe una relación distante con su familia que mejora a partir del embarazo. En el aspecto laboral, Sofía trabaja de manera independiente, ella es dentista y da consultas de manera privada, por el embarazo ha disminuido su carga laboral.

En cuanto a los puntajes de los instrumentos de tamizaje en el primer momento de evaluación, en el EPDS (2ptos.) indica ausencia de síntomas de depresión y de riesgo suicida, pero estos se manifiestan en la entrevista con dudas sobre su capacidad como madre y labilidad emocional, en el PASS su puntaje (18ptos.) indica ausencia de ansiedad y en la ESV, solo reporta presencia en nivel leve de violencia psicológica el puntaje (9ptos).

Sofía reporta que durante las primeras 6 semanas de posparto, su relación de pareja ha mejorado, siendo que él se involucra más en el ámbito económico y cubre gastos con respecto a su bebé, sin embargo, refiere que existe una participación limitada en las tareas de crianza. Menciona que ha tenido que pedirle a su pareja que se quede más noche en casa de ella para que se involucre más en el cuidado de su hija, resaltando la distribución desigual de las tareas de cuidado; ha recibido críticas por su pareja con respecto a la lactancia y justificando su poco involucramiento en el cuidado (*“es que tú solo quieres darle pecho, si le dieras formula, yo*

podría cuidarla”). Sofia reporta que ha dormido menos de tres horas al día, incrementando la irritabilidad y el cansancio, no se detectaron síntomas de depresión o ansiedad en el momento de la evaluación posparto. Con relación al VMI, se describe como positivo y destaca la necesidad de mayor apoyo en la crianza.

- Paola

Mujer de 42 años que cursa su tercer embarazo, es madre de un hijo de 3 años y tiene antecedentes de un aborto espontáneo en 2022, el cual describe como un “duelo no resuelto” y que no ha podido procesar. Al momento de la evaluación se encontraba en la semana 22 de gestación, reacciona al embarazo con ambivalencia, ya que ella sí deseaba tener otro hijo de la misma pareja, y al mismo tiempo siente que se “ata” más a él. Tiene una relación de 5 años, su pareja es el padre de ambos hijos, Paola refiere que su relación era “perfecta”, él la “presumía” en su trabajo y en redes sociales, describe que ella no era celosa y no tenía conflictos con su pareja, hasta finales del 2023 cuando él le es infiel. Su pareja, quien es 10 años menor que ella, se conocen en el trabajo, a los cuatro meses de novios se mudan juntos y al mes se embaraza de su primer hijo. Los problemas en la relación comienzan a raíz de la infidelidad de su pareja, de la cual se entera cuando lo escucha hablar por teléfono y posteriormente él le “confiesa” que se besó con otra mujer, Paola decide terminar la relación y lo corre de su casa, él la busca un mes después y decide continuar con él por su hijo de tres años y las promesas de cambio. Existen constantes discusiones e invalidación de las emociones de Paola por parte de la pareja (“ya supéralo, ya no lo voy a hacer”, “estás exagerando, te pones como loca”) cuando el tema de la infidelidad vuelve a aparecer. Ella decide intentar mejorar su estado emocional por su embarazo actual y considera que en el posparto podrá decidir si continúa o no la relación, ya que existen constantes conflictos entre

ellos, y siente que su pareja no toma en cuenta sus emociones, no le da su espacio personal y no valora lo que hace. En cuanto a su estado emocional, Paola manifiesta que, desde su parto anterior, se ha perdido totalmente, dejando su vida personal y laboral por cuidar a su bebé y que el embarazo actual reactiva sentimientos de dependencia a la crianza, tema que también ha generado irritabilidad con su pareja y reclamos por parte de él en donde le ha llegado a decir que “mientras ella se divierte, él trabaja”. Esto genera enojo y culpa en Paola porque ella ha dejado su vida personal y profesional para atender su pareja y a su hijo. Sus principales preocupaciones se relacionan con la infidelidad de su esposo, y por no tener trabajo ya que se dedica totalmente a la crianza. Anteriormente ella daba clases en dos universidades y se actualizaba constantemente en su profesión, tiene estudios de posgrado y diversos diplomados. El embarazo actual no fue planeado y fue recibido con ambivalencia. Por un lado, describe que estaba logrando la familia de sus sueños al tener dos hijos del mismo papá y felicidad ya que su primer embarazo lo describe como lo más bonito que le ha pasado; por otro lado, le generó miedo al sentir que se estaba “atando” más a su pareja y el temor de volver a perder al bebé. Los conflictos en la relación de pareja han influido en la conexión que siente por su bebé, menciona que está más concentrada en su pareja que en su embarazo actual.

En cuanto a su relación familiar, describe apoyo por parte de sus hermanas y de su mamá, aunque ella al ser la hermana mayor, ha sentido que descuida a sus hermanas y que no las puede apoyar como antes. Hace 10 años, refiere haber tomado terapia por la separación de sus padres derivado de infidelidades, refiere haber presenciado el intento de suicidio de su mamá, la vio tomarse varias pastillas y es ella quien la lleva al hospital. El intento de suicidio se da después de que la madre de Paola se enterara que su esposo le había sido infiel y que su mamá

“en venganza” le fue infiel a su papá. El tema de la infidelidad, para Paola es delicado “ya que destruye familias” y por ello busca apoyo para procesar sus emociones.

En cuanto a los puntajes de los instrumentos de tamizaje, en el EPDS (17ptos.) reporta síntomas de depresión moderada, sin riesgo suicida; en el PASS su puntaje (37ptos.) indica síntomas de ansiedad elevada, y en la Escala de Severidad de la Violencia, en la violencia psicológica el puntaje (23ptos.) lo que indica presencia de esta, en la misma escala reporta violencia física (jaloneos), sin embargo, al explorarla en la entrevista, actualmente no se presentan episodios de esta.

La relación de pareja de Paola durante la cuarentena de posparto se describe con una mejoría, manifiesta mayor apoyo y mejoras en la comunicación con su pareja. Refiere que su esposo se ha involucrado de manera más activa en las tareas del hogar y en el cuidado de su primer hijo, lo que ha generado que ella pueda descansar y “disfrutar más de su segundo bebé”. El nacimiento de su segundo hijo lo reconoce como un evento “reparador” en la relación, pues ha tenido más cercanía con él. La frecuencia de las discusiones ha disminuido, reporta una discusión derivada de que su pareja golpeo a su hijo como castigo, ella se enoja y confronta a la pareja, refiere que no quiere que sus hijos sean criados de esa manera. Paola reporta una mejoría progresiva en su estado emocional, se identificó un ataque de ansiedad en los primeros días de posparto relacionado con un temor a morir, lo presentó en dos ocasiones, al momento de la evaluación (semana 7 de posparto), no se identificaron síntomas de ansiedad.

Descripción general de las participantes que no asistieron (n=3)

- Sandra

Mujer de 30 años que cursa su primer embarazo (17SDG), el cual fue planeado y considera que fue más rápido de lo que pensaba, recibió la noticia con alegría y preocupación por la inestabilidad económica que presenta. Esto derivado de que se vio forzada a renunciar a su trabajo posterior a una experiencia de acoso y abuso sexual por parte de su jefe. A raíz de eso, pasa más tiempo en su casa, lo que ha incrementado los conflictos con su pareja, previo a esto describe la relación como “buena”, sin embargo, actualmente refiere irritabilidad ante la percepción de que ella ha tenido que “sacrificar más que su pareja”. Se identifica presencia de VP sexual leve, existen comentarios “insistentes” sobre la actividad sexual, Sandra refiere que su libido ha disminuido y su pareja “lo resiente”. Se perciben sentimientos de frustración por la renuncia laboral y preocupaciones maternas como miedo a *no ser una buena madre*, a desesperarse ante los cuidados constantes del bebé y dolor al parto. Describe su niñez como algo complicada por la dinámica entre sus padres, pero tiene buenos recuerdos de esa etapa, presenta antecedentes de consumo de sustancias en la adolescencia.

- Karina

Mujer de 37 años que cursa su segundo embarazo (23 SDG), tuvo una pérdida gestacional a las 12 SDG en el año 2020, situación que genera un episodio depresivo diagnosticado por un neurólogo y psicoterapeuta. El embarazo actual no fue planeado y en un inicio contempló la posibilidad de interrumpirlo, sin embargo, le hizo ilusión la idea de ser mamá y por ello decide continuarlo. La relación de pareja inicia hace 11 meses, la describe con muchos problemas, las discusiones llegan a tener gritos, jaloneos y con intentos de terminar la relación. En una discusión hubo una cachetada por parte de la pareja y ella, en reacción la

regresa; a partir del embarazo incrementan los conflictos. Las discusiones se derivan del consumo de alcohol por parte de su pareja y existe posibilidad de separación, sin embargo, el embarazo pone en duda a Karina sobre si tomar esa decisión o no. Refiere que su pareja es su principal apoyo. En cuanto a consumo de sustancias, Alicia consume tabaco actualmente, cinco cigarros a la semana aproximadamente y refiere que se llega a fumar más en las discusiones con su pareja, las cuales se presentan 3 o 4 veces por semana. Presenta síntomas depresivos moderados (EPDS= 15 ptos) y ansiedad elevada (PASS-Mx= 45 ptos.). Refiere bajo apoyo social y dificultades en la relación con su familia.

- Carmen

Mujer de 31 años, que cursa su tercer embarazo (13SDG). Reporta una situación difícil con su pareja que ha alterado su estado emocional. Llevan 15 años de relación, los cuales describe con diversos problemas y constantes discusiones, pero “siempre con la voluntad de continuar”; identifica que a partir de su primer embarazo (hace 11 años) comenzaron los problemas en su relación de pareja. Entre los años 2019 y 2020, hay una separación por dos años ya que “los conflictos eran muchos” y existía intromisión de la familia de su pareja. Decide retomar la relación en 2022 ante el fallecimiento de su padre, su pareja fue su principal apoyo. Refiere que han disminuido sus discusiones, siguen presente el miedo a que los conflictos vuelvan a incrementar. Se entera del actual embarazo posterior a una discusión con su pareja con posibilidad de separación, recibe ese embarazo con ambivalencia. Durante una semana se plantean la decisión de interrumpir el embarazo, sin embargo, llegan a acuerdos y mejoras de la relación por lo cual deciden continuar con el embarazo. Su pareja trabaja en otro estado, por lo cual se ven cada 15 días, hablan diario y cuando llegan a discutir de manera presencial, Carmen se queda callada porque “le da miedo verlo enojado”. Reporta

antecedentes de interrupción de embarazo en junio de 2024, toma la decisión por dudas en la relación de pareja y frustración en el ámbito profesional y laboral, actualmente están presentes sentimientos de culpa y autorreproche por esa decisión. Se reporta tristeza, preocupación económica, ya que depende totalmente de su pareja, y ansiedad persistente ante la posibilidad de perder autonomía profesional. Vive el embarazo como un proceso ambivalente: describe sus sentimientos hacia el bebé como “una montaña rusa”, que van del rechazo inicial, la culpa y una progresiva aceptación. Reporta una mala relación con su madre, sin identificar redes de apoyo más allá de su pareja.

Desde la narrativa de las participantes el embarazo es percibido como un momento de ajuste en las diversas áreas de su vida, resaltando las dificultades en sus relaciones vinculares proyectadas en la relación de pareja. Existen diversos mecanismos de defensa que se activan ante la noticia del embarazo como lo es la racionalización, que se manifiestan justificando su estado emocional ambivalente y las preocupaciones con respecto al futuro. Los antecedentes de abortos, pospartos difíciles y conflictos previos en la relación de pareja tienen un impacto emocional actual que dificulta la aceptación y adaptación al embarazo.

En relación con la reacción por parte de la pareja ante la noticia del embarazo, se manifiesta intentos de control en la toma de decisiones. Este control se manifiesta de forma sutil, como una presión implícita para que ellas actúen conforme a los deseos y expectativas de sus parejas; lo que incrementa el conflicto psíquico entre los deseos personales (continuar con sus proyectos profesionales, búsqueda de estabilidad económica, etc.) y las demandas del mundo externo (exigencias de la pareja e idealización de la maternidad). El embarazo también es visto como intentos de reparación de la relación de pareja, en donde la mujer se sacrifica para poder reconciliarse con la pareja, o se idealiza al hijo, se pone al futuro bebé como un lugar

para resolver los conflictos en proyección, o incluso como motivo de felicidad para que la relación de pareja continúe. Sin embargo, esto es una reproducción del ciclo de la violencia, principalmente el embarazo se identifica como la fase de reconciliación. Las tres participantes manifiestan deseos por mejorar su estado emocional y por ello buscan apoyo psicológico, existe un temor de que su estado emocional esté afectando la salud de su bebé, o que la relación de pareja afecte o empeore una vez que el bebé nazca.

De las tres participantes que no asistieron a las sesiones de intervención (Sandra, Karina y Carmen), se observó una mayor presencia de VP, así como una mayor probabilidad de separación dentro de la relación. El embarazo, para estas participantes, parece que funciona como un elemento para posponer la decisión de separarse y que, al mismo tiempo, incrementa los conflictos en la relación. Además, se identificaron otros factores de riesgo de riesgo asociados a mayor presencia de VP y con el incremento de sintomatología de salud mental perinatal, entre los que destacan: bajo apoyo social, consumo de sustancias, antecedentes de violencia familiar y antecedentes de aborto.

4.1.2. Descripción sociodemográfica y de salud perinatal de las participantes

Se realizó un análisis estadístico descriptivo (frecuencias, medianas y desviación estándar) para caracterizar a las participantes, para resaltar las diferencias y similitudes entre las participantes del grupo y aquellas que no asistieron a las sesiones de intervención, considerando las variables sociodemográficas y de salud perinatal (Tabla 3).

El rango de edad de las participantes que asistieron a la intervención fue más amplio (19-42 años) y con una mayor variabilidad (DE= 11.59). Cabe resaltar que una de las participantes se encontraba en una situación de embarazo adolescente, conforme a lo definido por la

Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece la adolescencia como la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y 19 años.

Tabla 3

Descripción sociodemográfica y de salud perinatal de las participantes (n=6)

Variable	Resultados de participantes que sí asistieron a la intervención (n=3)	Resultados de participantes que no asistieron a la intervención (n=3)
Edad (años)	Rango: 19 -42 (mediana=33, DE= 11.59)	Rango: 29- 36 (mediana=30, DE= 3.79)
Semanas de embarazo	Rango: 18 -22 (mediana=19, DE= 2.08)	Rango: 12-23 (mediana=17, DE= 5.51)
Calidad de la relación de pareja	Relación con pocos conflictos (n=2, 66.7%)	Relación con pocos conflictos (n=2, 66.7%)
Escolaridad	1 posgrado, 1 licenciatura, 1 preparatoria	Posgrado (n=2, 66.7%)
Situación laboral	1 sin empleo, 1 estudiante, 1 con empleo	Sin empleo (n=3, 100%)
Situación económica	Pocos ingresos y problemas económicos (n=2, 66.7%)	Pocos ingresos y problemas económicos (n=2, 66.7%)
Primiparidad	Primíparas (n=2, 66.7%)	Primíparas (n=2, 66.7%)
Planeación del embarazo	No planeado (n=3, 100%)	No planeado (n=2, 66.7%)
Problemas de salud física	Sí (n=3, 100%)	No (n=2, 66.7%)
Antecedentes de aborto	No (n=2, 66.7%)	Sí (n=2, 66.7%)
Ideas de interrupción del embarazo	No (n=2, 66.7%)	Sí (n=2, 66.7%)

En contraste con las que no asistieron, el rango de edad fue más reducido (29-36 años; DE=3.79). El grupo de intervención fue más heterogéneo en cuestión de edad. Las tres mujeres que sí participaron se encontraban en el segundo trimestre de gestación al momento de la evaluación inicial (18 y 22 semana de gestación (Mediana = 19.67, DE = 2.08)). En el grupo de las que no asistió, el rango de las semanas de gestación fue de 12 a 23. En cuanto a la primiparidad, el porcentaje de mujeres que eran madres primerizas fue igual (66.7% n=2),

indicando características comparables en este aspecto. En todos los casos de las participantes de la intervención, el embarazo no fue planeado y dos participantes (66.7%) negaron antecedentes de aborto e ideas de interrupción del embarazo. En relación con las que no asistieron, dos de tres (66.7%) reportaron embarazo no planeado, el mismo porcentaje coincide para los antecedentes de aborto. En las participantes que no asistió, sí reportaron ideas de interrupción del embarazo, lo que sugiere una mayor presencia de ambivalencia con respecto al embarazo. Todas las participantes que asistieron reportaron problemas de salud física, mientras que las que no asistieron dos de tres (66.7%) no reportó problemas.

En cuanto a los factores sociodemográficos, entre las participantes que asistieron se identificó mayor diversidad, incluyendo posgrado, licenciatura y preparatoria. A diferencia de las no participantes, en donde predominó la escolaridad de posgrado (66.7%). La situación laboral representó una diferencia clara entre los grupos, en las participantes que asistieron hubo diferencias en la situación laboral: una sin empleo, una estudiante y una con empleo; en cambio, las que no asistieron se encontraban sin empleo, lo que sugiere mayor vulnerabilidad en este aspecto. En ambos grupos, dos de tres participantes (66.7%) reportaron bajos ingresos con problemas económicos. En cuanto a la calidad de la relación de parejas, se identificaron similitudes, ya que dos de tres participantes, de ambos grupos, reportaron relación con pocos conflictos.

En síntesis, ambos grupos comparten características sociodemográficas y de salud perinatal (problemas económicos, primiparidad y calidad de la relación de pareja). Sin embargo, se identifican diferencias relevantes, las participantes que asistieron muestran mayor heterogeneidad en edad, escolaridad y situación laboral, así como presencia de problemas de salud física y embarazos no planeados; mientras que las que no asistieron reportaron

encontrarse sin empleo, mayores antecedentes de aborto y mayor presencia de ideas de interrumpir el embarazo.

4.1.3. Sintomatología de salud mental perinatal

Se aplicaron dos instrumentos de autorreporte que evaluaron la sospecha de depresión y ansiedad en el embarazo. En la Tabla 4 y Tabla 5 se muestran los puntajes de las participantes, tanto de las que sí asistieron (María, Sofía y Paola) a la intervención como las que no asistieron (Sandra, Karina y Carmen). Se reportan los puntajes de los tres momentos de evaluación (pre y postintervención, seguimiento en el posparto). Los puntajes de las participantes que no asistieron se reportan solo en el primer momento de evaluación, para describir los posibles factores de deserción.

Síntomas depresivos

En la primer y tercer evaluación, se corroboró la sintomatología reportada en el EPDS con la entrevista semiestructurada que se realizó de manera individual. En el caso de Sofía, se muestra un sub-reportaje de los síntomas en los instrumentos de evaluación, reportándose mayor presencia de los síntomas depresivos en la entrevista, lo que sugiere dificultades en el reconocimiento o minimización de los síntomas. María reporta un puntaje elevado en la primera evaluación, posterior a la intervención disminuye pudiendo indicar una mejoría a corto plazo. Sin embargo, en el seguimiento se reporta una recaída y regresa al puntaje inicial, sugiriendo que los efectos de la intervención fueron inmediatos, pero no se mantuvieron con el tiempo, lo que podría relacionarse con influencia de factores contextuales o persistencia de la VP en el posparto. En cuanto a los puntajes del EPDS se puede notar una variación del puntaje total de cada una de las participantes, Sofía reporta puntajes bajos en los tres momentos de evaluación, incluso por debajo del punto de corte. Paola muestra una reducción

progresiva de los síntomas, la disminución post intervención es moderada, e incrementa la reducción en el seguimiento, lo que podría indicar una mejoría sostenida.

En cambio, las tres participantes que no asistieron (Sandra, Karina y Carmen), sólo se cuentan con los puntajes de la evaluación inicial, los cuales se encuentran por encima del punto de corte para síntomas depresivos durante el embarazo, la ausencia de evaluaciones posteriores limita conocer la evaluación de los síntomas. Los puntajes iniciales indican la presencia de síntomas depresivos clínicamente relevantes.

Tabla 4

Puntajes de síntomas depresivos, antes, después y en seguimiento de la intervención

Participante	Pre	Post	Seguimiento
María	21	10	21
Sofía	2	3	3
Paola	17	15	8
Sandra	14	-	-
Karina	15	-	-
Carmen	19	-	-

Nota. Se reportan los puntajes totales del EPDS = *Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo* (punto de corte ≥ 10 para síntomas de depresión en el embarazo; ≥ 8 en el periodo de 4 a 13 semanas de posparto).

Síntomas ansiosos

Referente a la sintomatología ansiosa, los puntajes del PASS-Mx, reportan una ligera mejoría de la ansiedad en los tres momentos de evaluación (Tabla 5) de las participantes que asistieron a la intervención, y únicamente la evaluación inicial de las tres últimas participantes que no asistieron. María reporta puntajes elevados al inicio de la evaluación, posterior a la intervención su puntaje disminuye sugiriendo una reducción significativa a corto plazo. En el seguimiento su puntaje aumenta, superando el rango inicial, esto representa una recaída significativa en el posparto. Sofía reporta puntajes estables en los tres momentos de la

evaluación, como se observó en el EPDS, la sintomatología reportada en la entrevista no corresponde a lo autorreportado. Paola inicialmente reporta un puntaje elevado, posterior a la intervención reporta una pequeña reducción, bajando progresivamente en el seguimiento. Esto puede representar una reducción sostenida, al igual que los síntomas de ansiedad, indicando la mejoría con el tiempo.

Las participantes que no asistieron a la intervención, sus puntajes de la evaluación inicial se encuentran en síntomas elevados y de relevancia clínica al momento inicial. Podría indicar que las participantes que no asistieron reportaban, en promedio, niveles más altos de la ansiedad.

Tabla 5

Síntomas de ansiedad (PASS-Mx) antes, después y al seguimiento de la intervención

Participante	Pre	Post	Seguimiento
María	41	18	58
Sofía	18	17	17
Paola	37	28	23
Sandra	32	-	-
Karina	45	-	-
Carmen	62	-	-

Nota. PASS-Mx = *Escala de Detección de Ansiedad Perinatal*, adaptación mexicana (punto de corte original ≥ 26 para síntomas de ansiedad))

Violencia de pareja

Para evaluar cuantitativamente la presencia de VP leve, se utilizó la Escala de Severidad de la Violencia (ESV), que se divide en cuatro subescalas: Severidad de la violencia psicológica (SVP), severidad de la violencia física (SVF), severidad de la violencia física severa (SVFS) y severidad de la violencia sexual (SVS). A continuación, se presentan los puntajes de las participantes por cada subescala, en los tres momentos de evaluación (pre y postintervención,

seguimiento en el posparto). En la entrevista se corroboró si la presencia de violencia era actual o pasada, se exploró la frecuencia y riesgo para las participantes.

En cuanto a la presencia de violencia psicológica (Tabla 6), en las tres participantes se puede ver una disminución de los puntajes post-intervención. Durante la evaluación inmediata (post) a la intervención se ve la reducción de los puntajes a corto plazo. Paola es quien reporta la reducción de puntajes más significativa (de 23 a 0). Los puntajes de Sofía se mantienen estables, sin cambios inmediatos. En el seguimiento de la intervención, existe un incremento de puntajes en el caso de María, recupera e incrementa su puntaje inicial (de 17 a 18). Los puntajes de Sofía reportan una reducción en el seguimiento y Paola mantiene una reducción respecto al puntaje inicial, sin embargo, incrementa levemente durante el seguimiento sin regresar a los puntajes iniciales.

En cambio, las participantes que no asistieron a la intervención únicamente se cuenta con la evaluación inicial. Sandra reportó ausencia de VP psicológica, mientras que Karina y Carmen presentaron puntajes de leve a moderado, mayores a los de las que sí asistieron.

Tabla 6

Puntajes de violencia psicológica antes, después y en el seguimiento de la intervención

Participante	Pre	Post	Seguimiento
María	17	4	18
Sofía	9	9	5
Paola	23	0	4
Sandra	0	-	-
Karina	27	-	-
Carmen	26	-	-

Nota. ESV= Escala de severidad de la violencia

SVP= Severidad de la violencia psicológica

Los puntajes de la subescala de violencia física y violencia física severa (Tabla 7 y Tabla 8), muestran ausencia de este tipo de violencia en la mayoría de las mediciones. Antes y después de la intervención, las tres participantes no reportaron este tipo de violencia en el momento actual de la evaluación, a excepción de Paola quien en la fase pre, reporta un puntaje de 7, al explorarlo en la entrevista refirió que esos eventos habían ocurrido años antes. Posterior a la intervención los puntajes de Paola disminuyen y se mantienen en el seguimiento. Sofía mantiene puntajes de cero durante todas las mediciones. Caso contrario a María, quien presenta un puntaje relevante durante el seguimiento, lo que sugiere un incremento de VP física en el posparto, no reporta puntajes de violencia física severa, según los criterios de la escala.

Las participantes que no asistieron a la intervención se observaron puntajes iniciales más elevados en algunos casos, Sandra reportó ausencia de VP física (0), mientras que Karina y Carmen presentaron puntajes de 17 y 5, respectivamente. En la entrevista se corroboró que el episodio de VP física de Karina era reciente. No se reportaron puntajes de VP física severa en estas participantes.

Tabla 7

Puntajes de violencia física antes, después y en el seguimiento de la intervención

Participante	Pre	Post	Seguimiento
María	0	0	10
Sofía	0	0	0
Paola	7	0	0
Sandra	0	-	-
Karina	17	-	-
Carmen	5	-	-

Nota. ESV= Escala de severidad de la violencia

SVF= Severidad de la violencia física

Tabla 8*Puntajes de violencia física severa antes, después y en el seguimiento de la intervención*

Participante	Pre	Post	Seguimiento
María	0	0	0
Sofía	0	0	0
Paola	7	0	0
Sandra	0	-	-
Karina	0	-	-
Carmen	0	-	-

Nota. ESV= Escala de severidad de la violencia

SVFS= Severidad de la violencia física severa

En la Tabla 9 se presentan los puntajes de la subescala de la violencia sexual, en donde se puede ver un reporte estable en dos de las tres participantes, y un cambio específico en el caso de María. Sofía y Paola reportan puntajes de 0 que indica ausencia de violencia sexual en los tres momentos evaluados. En el caso de María, el puntaje se mantiene estable en los dos primeros momentos de la evaluación, en el seguimiento aumenta a un puntaje de 9. Con lo referido en la entrevista, el incremento pudiera asociarse a un mayor reconocimiento de la violencia vivida. En el grupo que no asistió a la intervención, sólo una participante (Sandra) reportó un puntaje inicial (9) en VP sexual.

Tabla 9*Puntajes de violencia sexual antes, después y en el seguimiento de la intervención*

Participante	Pre	Post	Seguimiento
María	6	6	9
Sofía	0	0	0
Paola	0	0	0
Sandra	9	-	-
Karina	0	-	-
Carmen	0	-	-

Nota. ESV= Escala de severidad de la violencia

SVS= Severidad de la violencia sexual

De manera general, los resultados cuantitativos se asocian con una disminución a corto plazo de la VP psicológica, los síntomas de depresión y ansiedad en la mayoría de las participantes, así como la disminución total reportada de la violencia física reportada en un solo caso como antecedente. En cuanto a las participantes que no asistieron a la intervención, el promedio de los puntajes de EPDS ($\bar{x}= 16$) indican niveles ligeramente más elevados que los puntajes de las que sí asistieron ($\bar{x}= 13.3$). En relación con los puntajes del PASS-Mx, las participantes que no asistieron presentaban niveles de ansiedad más elevados, con una media de 46ptos, en contraste con las que sí asistieron ($\bar{x}= 32$). De igual manera, se reportaron niveles iniciales más elevados de VP psicológica y física, en contraste a las que sí participaron en la intervención. Ante la falta de respuesta para las mediciones posteriores, el análisis de la evolución de sus síntomas no se pudo realizar.

En el seguimiento de la intervención, se identificaron diferencias entre las participantes que sí asistieron a la intervención, una de ellas presentó una recaída significativa en ansiedad, depresión y VP; otra de ellas mantiene la estabilidad en sus puntajes, considerando un posible sub-reporte de los mismos; y la tercera participante muestra una mejoría progresiva y sostenida, tanto en los síntomas de depresión y ansiedad, como la ESV. En cuanto a la violencia sexual, se reporta un incremento en un solo caso asociado a mayor reconocimiento de las conductas previamente no identificadas como violencia. Los datos de los tres momentos de evaluación podrían indicar que la intervención genera mejoría de los síntomas y disminución de la violencia a corto plazo, sin embargo, el posparto se considera un momento de vulnerabilidad con diversos factores que pueden incrementar la sintomatología y la violencia.

4.2 Resultados de la intervención grupal

Las primeras sesiones del grupo de acompañamiento estuvieron enfocadas en elaborar la VP y las consecuencias de esta en el estado emocional de las mujeres embarazadas.

A continuación, se describe brevemente el desarrollo de las sesiones:

- **Sesión 1:** Relación de pareja en el embarazo

Objetivo: Dar a conocer los objetivos de la intervención, y los motivos de las participantes, así como la exploración de la relación de pareja.

La primera sesión se llevó a cabo de manera presencial en las instalaciones del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi), se inició la sesión a los 15 minutos posteriores a la hora acordada, en espera de las integrantes del grupo, anteriormente se tuvo que cancelar la sesión por falta de la asistencia mínima. Se inició la sesión con dos participantes, se integraría a la sesión una tercera participante, pero no pudo acudir por situaciones familiares. Se dio a conocer el encuadre y los objetivos de la intervención. Los principales temas que se abordaron en la sesión fueron las experiencias de las participantes con sus problemas de salud física durante el primer trimestre de embarazo (infecciones de vías urinarias, hematomas) y los cambios hormonales que generan estrés, cansancio e irritabilidad. Las participantes mencionaron las reacciones de sus familias ante la noticia del embarazo, las reacciones fueron diversas entre aceptación y regaños; se manifestaron las principales preocupaciones que consistieron en la estabilidad económica y la preocupación por continuar con sus estudios. En cuanto a la relación de pareja, expresaron los conflictos frecuentes por temas económicos, problemas de comunicación, de confianza, y temas de consumo de marihuana de la pareja, así como el miedo a repetir “patrones familiares

negativos”. Resaltan las dificultades y preocupaciones con respecto al cuidado del bebé, la falta de planeación y reconocimiento del embarazo, y el bajo apoyo percibido por parte de las parejas de las participantes. La sesión mostró que las participantes comparten experiencias similares de incertidumbre, desafíos emocionales y físicos durante el embarazo. Al final se les solicitó a las participantes que nombran en una palabra o frase corta a la sesión, sus respuestas fueron: “*empatía*” y “comprendida”.

- **Sesión 2:** Conflictos en la relación de pareja

Objetivo: Explorar los episodios de violencia leve, e identificar si existe un reconocimiento de la violencia.

Por periodo vacacional, las instalaciones se encontraban cerradas, por ello se llevó a cabo la sesión en modalidad virtual. Previamente se les pidió la autorización a las participantes para integrarlas a un grupo de WhatsApp de uso exclusivo para temas de horarios y asistencia a las sesiones, por ese medio se les envió el enlace para la sesión en la plataforma Zoom. Se acordó dar 15 minutos de tolerancia, posterior a ello, se conectaron tres participantes. En esta sesión las participantes expresaron sus experiencias con sus parejas durante el embarazo. Los conflictos principales en la relación fueron con respecto a la situación económica, y la falta de consciencia por parte de las parejas ante la nueva etapa en la que se encuentran. Las participantes comparten la percepción de que la mayoría de las decisiones y responsabilidades recaen sobre ellas, desde trámites médicos hasta decisiones de la vida cotidiana. La pareja de la participante 3 (Paola), ha mostrado mayor compromiso al momento de ahorrar para mejorar la estabilidad económica. Así mismo, se expresaron las dificultades para comunicarse con sus parejas sin sentir que están minimizando sus emociones, o deciden no expresar sus emociones para evitar conflictos. Manifestaron frustración, cansancio y confusión sobre cómo manejar la

relación durante el embarazo. Se resaltó la importancia de diferenciar entre empatía y justificación por las acciones de la pareja. Las palabras para nombrar esta sesión fueron: “*desahogo*” y “*ayuda*”.

- **Sesión 3:** Nombrando la violencia

Objetivo: Identificar y comprender los distintos tipos de violencia, su ciclo y la influencia de los roles de género y las dinámicas de poder, por medio de la construcción y reflexión de las definiciones personales de la violencia vivida.

La sesión se llevó a cabo de manera virtual, conforme a los objetivos planteados, esta sesión se centró en el tema de VP durante el embarazo. Cada una de las participantes compartió su experiencia e identificaron la presencia de violencia en su relación actual. Se definieron los distintos tipos de violencia (en función de su experiencia): emocional, psicológica, económica y verbal. Las participantes reflexionaron sobre las señales de alarma, entre las que destacaron: hablar mal de exparejas o minimizar los sentimientos de la otra persona. Compartieron que en sus relaciones de pareja han experimentado violencia por la falta de comunicación y reconocimiento de sus emociones. A raíz del embarazo se incrementaron las dudas sobre continuar la relación o cómo modificarla, se presentan sentimientos de inseguridad, culpa y ansiedad, especialmente por cómo estos conflictos pueden afectar a sus bebés. Se analizó el ciclo de violencia y cada una de sus fases, principalmente la fase de luna de miel, en donde pudieron reconocer que existen promesas de cambio, pero generalmente no se concretan. Las palabras que eligieron para describir la sesión fueron: “*profunda*”, “*desahogo y contención*” y “*visibilizar*”.

- **Sesión 4:** Consecuencias y acciones contra la VP

Objetivo: Identificar el estado emocional ante la VP, explorar las estrategias de afrontamiento y recursos individuales.

La sesión se inició de manera puntual vía Zoom, un día antes de la sesión María tuvo un accidente por lo que inició comentando sus preocupaciones de salud. Paola comentó que de igual forma se está cuidando por temas de su hipertensión. Posterior a ello, se exploraron las reacciones emocionales ante el tema de la sesión anterior y su estado emocional actual. Las participantes atribuyeron su malestar emocional a las “hormonas” generadas por el embarazo y a la dificultad de manejar la intensidad de sus emociones. Las terapeutas señalaron la minimización e invalidación que hacen las participantes a sus emociones, y la necesidad de comprender el origen de ellas y el contexto en las que surgen. En cuanto a la relación de pareja, siguieron manifestando la necesidad de que sus parejas reaccionen con mayor responsabilidad y cómo ellas tienen que tomar decisiones para buscar su “independencia emocional y económica”. Se exploraron las relaciones interpersonales, ante lo cual las participantes manifiestan dificultades para mantener las relaciones previas y el poco apoyo familiar, que incrementan el sentimiento de aislamiento y soledad. Al finalizar la sesión, se consultó con el grupo la posibilidad de seguir las sesiones de manera virtual en consideración a su estado de salud física, las participantes estuvieron de acuerdo. Al cerrar la sesión, las participantes la nombraron como: “*priorizarnos*”, “*reflexión*” y “*descanso de saber que no estoy loca*”.

- **Sesión 5:** Autocuidado y autoestima

Objetivo: Reforzar la capacidad de autonomía y recuperación de los recursos personales para promover el autocuidado y el del bebé.

La sesión inició de manera puntual con la asistencia de las tres participantes. María inició compartiendo un conflicto que sucedió previo a la sesión con su pareja, comentando la culpa y preocupación por su bebé. La sesión continúa con la manifestación de la pérdida de confianza en las parejas de las participantes, resaltaron la importancia de identificar las señales que les pueden ayudar a identificar un episodio de violencia. Las terapeutas hicieron diferencia entre los conceptos de control y cuidado, así como en el reconocimiento de las estrategias de autocuidado con las que cada participante cuenta, y la importancia de identificar espacios seguros y su red de apoyo. Se concluyó la sesión con las participantes compartiendo sus estrategias de autocuidado, como hablar con familiares, buscar momentos de tranquilidad y establecer comunicación asertiva con sus parejas. Esta sesión fue nombrada por las participantes como: “*desahogo*”, “*espacio seguro*” y “*cuidarnos*”.

- **Sesión 6:** Redes de apoyo

Objetivo: Explorar los vínculos con los que cuentan las participantes y cómo se han construido.

Siguiendo con los objetivos de las sesiones, en esta sesión se abordó el tema del apoyo familiar, para lo cual las participantes comentaron cómo han recibido ese apoyo y cuáles son las situaciones en donde les gustaría que se involucraran más. Se resaltó el apoyo práctico por parte de la familia. Se introdujo el tema de los roles de género y se discutió la necesidad de distribuir las tareas de crianza de manera equitativa. Se cuestionaron los roles atribuidos a la mujer. Resalta la importancia que las participantes le han asignado a verbalizar sus emociones y necesidades. Se fue introduciendo el proceso de cierre del Grupo de acompañamiento, las participantes mostraron su interés en conocer más sobre los cambios en el embarazo y el parto, sugiriendo explorar temas como la depresión posparto en las próximas sesiones.

“Apoyo del entorno”, “tranquilidad” y “comunicación” fueron las palabras que las participantes utilizaron para nombrar la sesión de hoy.

- **Sesión 7:** Sesión libre

Objetivo: Explorar las emociones frente al fin de la intervención.

Esta sesión se llevó a cabo con dos participantes, (María y Sofía), Paola comentó que se integraría más tarde, sin embargo, tuvo complicaciones para poder llegar. En esta penúltima sesión, se les brindó información sobre la depresión y ansiedad en el posparto, las participantes se sintieron identificadas con los síntomas y reconocieron la presencia de esta sintomatología en su embarazo. Se identificaron cambios físicos y emocionales durante el embarazo, que ambas participantes comparten. El tema de la percepción social hacia la maternidad estuvo presente en la sesión. Las participantes expresaron sus preocupaciones por ser “buenas madres”, lo que llevó a la reflexión sobre sus estrategias de autocuidado, que les permitan descansar y encontrar una mejora a su estado emocional, y comprender que no hay una sola forma de ser madre. La sesión fue nombrada como: “*entendida*” y “*mamá autónoma*”.

- **Sesión 8:** Recapitulación de las sesiones

Objetivo: Identificar las diferencias y posibles cambios que perciben en el transcurso de la intervención. Reconocer si existen decisiones o cambios para el futuro.

A esta última sesión asistieron las tres participantes. El objetivo de esta sesión fue la recapitulación de las sesiones anteriores, se cumplió lo planteado resaltando las estrategias de afrontamiento con las que actualmente cuentan las participantes y el verbalizar sus emociones, todo ello a partir del episodio de violencia obstétrica que recientemente había

4.2.1. Análisis psicodinámico del contenido de las sesiones de intervención

Se realizó un análisis de contenido de las sesiones del grupo de acompañamiento, este se realizó en función del marco teórico planteado anteriormente. El análisis se detalla a continuación.

En la primera sesión las participantes generaron un proceso de catarsis en donde relataron sus preocupaciones por la estabilidad emocional de ellas y cómo esto podría afectar al bebé. Se identificaron aspectos relacionados al bajo apego prenatal y el no deseo de embarazo, con una aceptación progresiva a la situación, con temor a la repetición de dinámicas violentas, y justificando a la violencia por características de la pareja. La violencia se manifiesta con gritos, chantajes, reproches, agresión contra sí mismo y control económico.

“Antes de ir a terapia era muy explosivo, de todo se enojaba, cuando le preguntaba algo, me decía me estás vigilando, porque pues en su relación pasada era así [...] bueno yo siento que soy controladora, él terminó su relación de 5 años, dice que sí sufrió mucho, ella, la chica con la que estaba me dijo que era muy mentiroso, yo sí decidí creerle a él, [...] de repente no tiene dinero y le digo que si ya nadie se lo quita qué hace con eso [...]no le puedo preguntar cosas sencillas porque me dice que lo estoy vigilando, pero ya no explota tan rápido, explotaba por todo lo que le preguntara [...] pero sí han salido cosas como que miente [...] he notado cuando miente, ya no hay confianza, me dice que yo no quiero confiar en él, que entonces para qué seguimos juntos (S1, Sofía)”

Existe la carga mental en las mujeres, donde ellas terminan asumiendo la responsabilidad de la administración económica y de las emociones del otro.

“él me dijo que me daba todo su salario y que mejor yo hiciera las cuentas [...] se me hizo bien, yo hice las cuentas en el primer mes de cuanto para la renta, tanto para esto, tanto para comida y digamos que para su gasto de él, ya en este segundo mes sí se han aumentado mucho los problemas por ese tema porque pues él no sé si siente que le doy poco, pero siempre me está reprochando que es su dinero [...] me ha llegado a insultar mucho, en el sentido de que no valoro lo que él hace, me reprocha mucho, me hace sentir como yo ahorita no estoy trabajando, me hace sentir que siente él que

tiene mucha responsabilidad [...] de pagar cada mes las consultas, los ultrasonidos, porque pues sí nos gastamos mucho dinero al mes (S1, María)”

“una vez él me dio una palmada en la espalda y me dijo ya párale. ya cálmate [...] ya de ahí también me cayó el 20, sobre todo porque tengo hijo varón, fue cuando dije no, o sea, tanto él merece respeto como yo también [...] sí ha habido otras que sobre todo él cuando toma es muy necio, cuando se calma pues ya me pide disculpas, [...] Parece que estoy ya con otra persona, hay cosas que lo desconozco, no presta atención a mis emociones y ahorita con el embarazo ya les decía yo la verdad por salud he estado evitando hablar con él, les digo lloro en silencio, ya ni le digo nada (S3, Paola)”

Desde la narrativa de las participantes el embarazo es percibido como un momento de ajuste en las diversas áreas de su vida, resaltando las dificultades en sus relaciones vinculares proyectadas en la relación de pareja, donde hay una relación de objeto distorsionada con mecanismos de idealización-devaluación (“me hace sentir que no valoro lo que hace”, “lo desconozco parece que estoy con otra persona”). Al no ser reconocida la violencia, las mujeres tienden a revictimizarse y a vivir sus decisiones con culpa. Se manifiesta un conflicto psíquico latente en relación con el temor al abandono y la necesidad de validación por parte de sus parejas. La introyección del objeto primario puede ser un objeto ausente o negligente que, en la relación de pareja actual, se reproduce como alguien que “no las escucha” o minimiza la emoción.

El embarazo también es visto como un intento de reparación de la relación de pareja, en donde la mujer se sacrifica para poder reconciliarse con la pareja, o se idealiza al hijo como motivo de felicidad para que la relación de pareja continúe (“yo había hablado con él y yo le dije que después que naciera nuestro bebé y vamos a hablar y decidir si seguíamos juntos, solo que mi prioridad era ahorita mi bebé, estar sana yo para que también mi bebé estuviera sana”), sin embargo, esto es una reproducción del ciclo de la violencia, principalmente en la fase de reconciliación.

En cuanto a la ***dinámica de la relación de pareja***, se perciben conflictos inconscientes que se manifiestan en una inestabilidad de la relación, los principales temas que generan las discusiones en las parejas son la falta de confianza, la inestabilidad económica. Se puede mostrar una proyección de las expectativas de las participantes en sus parejas, así como en la necesidad de control que disminuya la angustia que se ha exacerbado en el embarazo. Las expectativas no cumplidas generan un conflicto interno en las participantes, donde su yo intenta mediar entre las demandas internas y la necesidad de validación, y permanencia de la relación.

“Sí me quedé pensando que hablé sobre la situación económica y después me quedo viendo a mi novio y me siento mal porque sí sé, o sea yo lo veo que trabaja mucho pero pues igual y le exigía mucho, no sé, me quedé pensando en eso [...] bueno no, bueno sí le exigía que ahorre porque luego tiene muchas deudas y no tiene dinero y yo lo veo trabajando mucho, entonces no sé por qué no tiene dinero [...] Pues sí lo he hablado con él y me dice que ya pronto va a salir de las deudas, pero nada más sale de una deuda y ya está en otra, pues sí quisiera confiar en él (S2, Sofía)”

Las relaciones objetales primarias de las participantes, pueden ser un factor de riesgo para que la dinámica de violencia se establezca, en donde la dinámica previa se puede internalizar los roles que tenían en la infancia, en donde se refleja una desigualdad ellos, estableciendo de manera inconsciente una repetición de dinámicas parentales, que limita la relación entre iguales. Dicha dinámica entre las parejas, podría ser un intento de reparar la relación o intentos de establecer un vínculo seguro.

“bueno es que él es 10 años menor que yo, entonces sí yo lo sentía como que tengo que protegerlo porque es más chico [...] sí siento como que lo protegía un poco más y, además, como yo trabajaba pues ahora sí ya saben ¿no? la mujer empoderada, ni le pedía nada, yo lo resuelvo (S2, Paola)”

En cuanto a las funciones yoicas de las participantes, el juicio se ve levemente alterado, pues existe una capacidad de negociación para atender las necesidades, sin embargo, se justifican

las acciones de la pareja. Las funciones yoicas se ven limitadas, como el funcionamiento autónomo y las relaciones objetales, que se manifiesta en la frustración o dependencia de la influencia de otros, en las decisiones que se quieran tomar que conlleva una indiferenciación de la dinámica de pareja con la familiar.

“sí siento que no le cae bien, muy bien el 20 del embarazo [...] él quería que me alivie en el Seguro y pues al principio como que no estábamos de acuerdo, pero yo le platicué que para mí sería más cómodo en un lado donde ya se alivió una prima cercana y pues 100 por ciento recomendado. Al principio no lo entendió, pero después de mucha paciencia explicarle, llegamos al acuerdo de ahorros para una clínica privada [...] siento que es como que más que nada que se deja mucho influenciar, [...] me ponía de ejemplo que como su mamá se alivió en el Seguro de sus tres hermanos, se dejaba mucho influenciar de que ay pues para qué vamos a gastar si mi mamá pudo pues tú puedes
(S2, María)”

“en esta parte del desenamoramiento, sí detecté varias cosas que él trae de familia y que ha tratado de cambiar, algunas definitivamente las ha cambiado, otras no. Menciona que las quiere cambiar pero veo que no, no ha podido y sí es algo difícil que viendo las ventajas de lo que nos ocurrió (con respecto a la infidelidad de la pareja), ya no se ha dejado influenciar tanto por las opiniones de su mamá, ya veo que le pone límites, nos defiende más pero pues sí hay cosas que en su momento yo no veía, lo que traía y que siento que a veces eso me frustra un poco, porque nos hace nos hace chocar, entonces en vez de llegar a acuerdos pues me doy cuenta que, pensamos completamente diferentes, pero son desde valores y aspectos familiares (S2, Paola)”

El embarazo puede exacerbar los conflictos de la relación de pareja, debido al aumento de estrés y vulnerabilidad que implica este periodo para la vida de la mujer, sin embargo, las participantes compartieron los conflictos de la relación previo al embarazo, lo que reconocen que inician desde antes de la gestación. El discurso de las mujeres manifiesta alteraciones en las funciones yoicas, si bien hay negociación y planificación dentro de sus decisiones que sugiere funciones yoicas adaptativas, se muestran fallos en la función de regulación de impulsos, en la función defensiva y dominio-competencia, lo que las limita en tomar acciones

en contra de la violencia. Existe una percepción de querer controlar a sus parejas, lo que puede reflejar un intento de disminuir la inestabilidad en la relación. La dinámica de las relaciones de pareja de las participantes muestra intentos de adaptación, dificultades en el manejo de conflictos, así como uso de mecanismos de defensa como racionalización y negación de la violencia vivida, y la influencia de factores sistémicos (factores económicos e influencia de familia) que perpetúan la normalización de la violencia.

Si bien la VP fue el tema central de las 8 sesiones del grupo psicoterapéutico, en la tercera sesión las participantes fueron *conceptualizando el término de VP*, lo que permitió establecer una definición propia y con ayuda de las terapeutas, se fueron puntualizando aspectos de la VP. La repetición inconsciente de las relaciones vinculares tempranas llevan a las participantes a justificar o minimizar las acciones violentas que sus parejas tienen en contra de ellas. Se puede percibir la distorsión entre los límites de la agresión o como una proyección de las relaciones primarias que fueron conflictivas, y que ahora se manifiestan en la relación de pareja, puesto que la agresión o abuso progresivo son percibidos como algo normal o inevitable de las relaciones.

“Siento que al final de todo es violencia ¿no? y que solamente va como en aumento dependiendo también que tanto permitamos, pero que también a veces minimizamos las cosas. Entonces decimos ay bueno no me pega, ay bueno esto y entonces ahí es cuando empezamos a permitir y pues hay veces que ya sin darnos cuenta llegamos a una violencia extrema pero ya había señales desde un principio (S3, Paola)”

“Está muy normalizado, aunque sea algo pequeño deberíamos de... son como las red flags que dicen, porque si dejamos pasar pues se va haciendo más grande. La definiría como agresión dentro de tu pareja, dentro de la relación de cualquier tipo (S3, Sofía)”

“Para mí, la violencia es cuando ya una persona trata mal a la otra siendo una relación, de igual manera sí conozco que hay varios tipos como la física, emocional incluso la violencia sexual, violencia económica y pues yo siento que todos estos tipos de violencias pueden ser muy peligrosos,

de igual manera empiezan en cosas pequeñas, de que ay de que las burlas, insultos y pues ya conforme va pasando el tiempo siento que va aumentando su nivel de agresividad (S3, María)”

Al identificar las conductas o componentes de la violencia, en la narrativa de las participantes se manifiesta una minimización y normalización de esta, lo que ha hecho que se establezcan dinámicas de manipulación y control, que en el embarazo podrían aumentar el riesgo del conflicto durante el periodo perinatal.

Si bien, la función defensiva, como función yoica, de las participantes se encuentra alterada, generando que la depresión y ansiedad aparecen como principal **consecuencia de la violencia** vivida, en la mayoría de las sesiones, las participantes manifestaban sus preocupaciones y su estado emocional deprimido con relación al embarazo.

“me hace sentir muy frustrada, muy culpable, porque me da miedo de que cuando ya nazca la bebé, él siga con estos problemas de ira, si ahorita me hace sentir mal, me da como que miedo, pues un bebé no tiene que escuchar los gritos [...] me da miedo que más adelante no sé qué pueda hacer [...] me da miedo que escale a más fuerte la discusión cuando la bebé ya esté presente [...] me hace sentir culpable, porque yo, yo no tuve un papá presente, y sí nos generó muchos problemas a mí y a mi hermana, y yo no quiero repetir esos patrones, yo no quiero pues que mi hija crezca con un papá así, que le genere muchos traumas, mucho daño, me hace sentir muy culpable de cómo permito yo esa situación [...] me genera mucho estrés, miedo, mucha culpa porque yo no quiero repetir esos patrones (S1, María)”

“A veces lloro en silencio, a veces ya trato de no llorar o distraerme con otras cosas para proteger de alguna manera a mi bebé, cada consulta ginecológica que llego y me dicen de la presión, me entra mucha angustia [...] a veces es tan difícil porque te dicen que no tienes que ponerte mal por tu bebé y tranquilizarte, pero a veces uno no sabe cómo hacerlo, ¿y cómo le hago, o sea, como ¿qué hago con esto que estoy sintiendo, [...] no sé cómo hacerlo, porque quiero estar bien por mí, por mi bebé, por nuestra relación, por mi otro hijo. Pero este tipo de situaciones se me salen de control y siento muy feo y me trae recuerdos [...] (S3, Paola)”

La violencia vivida hace que las participantes entren en un estado de constante angustia y culpabilidad, en donde la ansiedad se manifiesta con preocupación por el bebé y por querer

mantener la relación. Existe un temor a la repetición de patrones, en donde el embarazo se vuelve un momento para empezar a cuestionarse las acciones de sus parejas y que comiencen la toma de decisiones para protegerse a ellas y a sus bebés.

Durante las sesiones se identificaron acciones que hacen contra la violencia vivida y en ocasiones, no reconocida. Existe una clara relación ambivalente con la pareja, es vista como objeto bueno (“me abrazó y me pidió disculpas”) y objeto persecutorio (conductas agresivas, deslinde de responsabilidades, gritos). Se manifiestan los síntomas de ansiedad con temor al rechazo en los temores por generar o incrementar los conflictos, o con el miedo a lastimar al otro.

“en cuestión de mi pareja sí hemos tenido que aprender a comunicarnos mucho, él se siente agredido y como que me voltea la situación, aunque se la hable muy muy calmada, he tenido que buscar momentos para explicarle las cosas [...] Apenas tuvimos un problema y él fue a comer, discutimos, después regresó del trabajo, no nos hablamos ninguno de los dos. De hecho, él se fue a la sala yo en la recámara y al otro día ya él me mandó mensaje, y me dijo oye, discúlpame por lo de ayer estaba muy estresado y yo le dije sí, tú también, discúlpame, yo también estaba muy, muy estresada y fue un mal día para los dos [...] Y ya eso fue por mensaje en la mañana. Y ya cuando él llegó a comer, me abrazó y yo también lo abracé y continuamos nuestro día bien (S2, Paola)”

Podemos identificar cómo el ciclo de violencia se repite en los relatos de las participantes, donde existe la acumulación de la tensión (“me lo guardo para que no explote”), la expresión de la violencia (gritos, no hablarse) y la fase de luna de miel o reconciliación, en la cual hay afecto y promesas de cambio.

En cuanto a los mecanismos de defensa que se activan ante la violencia vivida, se pueden destacar la racionalización al justificar los comportamientos de la pareja y que provoca una falsa sensación de control de las emociones y la negación de las propias emociones, de la violencia y de la falsa resolución del conflicto.

“Sí es difícil, la verdad sí es bien complicado por lo mismo que explotas pero, yo lo que he intentado hacer es decirme yo misma, me pongo a hablar sola de que ya me voy a calmar, todo está bien o si él quiere seguir el conflicto yo solamente digo mejor hablamos ahorita que te tranquilices y ya mejor lo evito y aunque quiera explotar con él, intento aguantar hasta que yo estoy ya sola y ahí sí ya exploto sola, ya yo misma me voy diciendo ya tranquilízate, no ganas nada poniéndote así, hasta que ya va pasando la crisis y ya después me siento bien, ya voy a enfréntalo, de que a vamos a hablar bien ahora sí, así lo he estado como que manejando pero sí es difícil controlarse en ese punto.

(S4, María)”

“Estoy trabajando conmigo porque ahorita no puedo tomar decisiones por el embarazo [...] Por lo que entiendo que ahorita lo hormonal me tiene más sensible a ciertas cosas [...] (S4, Paola)”

La pareja al ser el que agrede a las participantes no funge como figura principal de apoyo, no es capaz de brindar sostén ante las emociones de ellas, por ello se muestra una necesidad de ser contenida, es decir, por objetos que permanezcan y toleren la emoción:

“Pues ya cuando se pone así, este mejor voy con mi amiga, o le hablo para irme por un café [...]”
(S2, Sofía)

“Sí, pues yo ahorita lo que he estado también tratando es de no guardarlo, pero, o sea, lo hablo con otras personas, con mi amiga o como les digo ese día, de que le hablé a mi hermana (S4, Paola)”

Existe una clara manifestación de la VP, en donde hay una minimización de las emociones de la pareja y ellos reaccionan de manera “explosiva” o irritable. En la dinámica de la relación, la mujer es quien asume la carga mental (decirle al otro lo que “debe” de hacer, asumir tareas de cuidado y contención emocional, etc.) y están en constante repetición del ciclo de violencia.

En el transcurso de las sesiones grupales, se fue cuestionando el rol tradicional de la mujer y de la maternidad, las sesiones brindaron un espacio de escucha y contención, en donde las participantes pudieron identificar sus necesidades y validar su estado emocional. Se percibe

un proceso de evolución en el fortalecimiento yoico de las participantes, siendo que hay mayor capacidad de integrar las acciones, emociones y poder verbalizarlo, así como la existencia de mayor reflexión y elaboración emocional progresivamente, en donde aparece una búsqueda de reflexión y mayor comprensión a sus emociones.

“Ahorita me siento ya un poco más tranquila. Yo misma ya me calmé, digamos ya lo hablé, ya se me bajó todo este sentimiento que tenía de culpa, de tristeza, de que quería llorar a mares, pero también ya irlo hablando, estar escuchando, estar pensando, ya me hizo sentir más tranquila y ya se me pasó todo ese sentimiento (S5, María)”

“Pues sí bueno, yo pienso que sí tratar de permitirme sentir esa emoción, pero de una manera también como reflexiva, de yo misma entender qué está pasando, por qué está pasando, más que juzgarme, ay, no te controlaste, sino más bien de manera más reflexiva, de saber de dónde viene y por qué pasó (S4, Paola)”

De igual forma, las terapeutas son percibidas como figuras de sostén y acompañamiento, sirviendo como modelo de una relación sana que se diferencia con la relación de pareja violenta. Su función contribuye a garantizar y establecer la contención durante las sesiones grupales.

“No, no minimizar, a lo mejor de que ay es que las hormonas estoy loca, no me entiendo ni yo, ni nada sino sí, como nos comentaba la psicóloga, hay un trasfondo de sus sentimientos, de esas emociones y pues tenemos que visualizarlo no para poder saber de dónde viene y qué está pasando y creo que poder curar y arreglar esto de raíz (S4, Paola)”

Conforme avanzan las sesiones, se observa un mayor grado de simbolización en los afectos y menor racionalización como mecanismo de defensa ante la violencia, surgen estrategias de afrontamiento más adaptativas que permiten a las participantes una toma de consciencia sobre sus síntomas y la validación de estos. Ejemplo de ello, es el reconocimiento de sus sentimientos como consecuencia de los conflictos en la relación y no su reducción a los desajustes hormonales propios del embarazo.

Como se mencionó anteriormente, la VP está influida por factores estructurales entendido como las condiciones socioculturales que organizan las relaciones sociales y la distribución desigual. Entre los cuales encontramos los *roles de género*, que pueden legitimar la jerarquización de las relaciones y contribuyen a la normalización y reproducción de la violencia contra la mujer. En la narrativa de las participantes se pueden detectar actitudes y conductas asociadas al rol tradicional de la mujer, particularmente en el periodo perinatal. La maternidad asociada como algo que compete únicamente a las mujeres da lugar a la desigualdad de tareas asociadas a la crianza, a la violencia psicológica y a la justificación de esta. El embarazo se vive como algo propio de las mujeres, en dónde ellas son quienes le dan lugar al hombre.

“[...] Ya estamos un poquito más equilibrados en nuestros papeles, cada uno y sí lo siento, que precisamente por eso, ha madurado más que al principio de la relación, porque lo he dejado también ser; nosotras nos desesperamos un poquito más porque ellos tardan más en que les caiga el 20 ¿no? y nosotras como traemos al bebé y pasamos por todo nuestro embarazo pues es un poquito más rápido de asimilar que ellos, pero ya ahorita en el segundo (embarazo) ya veo que cambió mucho. [...] también esa parte de involucrar a la pareja en las consultas, en las citas y todo esto es muy importante [...] les digo, sí lo involucro a él para que haga conciencia de todo esto (S2, Paola)”

La pareja vista como acompañante o como miembro ajeno al proceso de embarazo hace que no se involucre en los procesos médicos o incluso se deslinde de la toma de decisiones y/o la responsabilidad que le compete como padre del bebé.

“(hablando del parto) yo siento que sí es un poquito más nuestra decisión porque nosotros somos las que vamos a estar ahí, viviendo ese proceso entonces, entre más seguras y cómodas nos sintamos va a ser mejor, tanto para nosotros como para nuestro bebé ¿no? porque pues ellos (las parejas) son un acompañamiento, en ese momento nuestra pareja y tanto nuestros familiares son un acompañamiento, pero las que vamos a vivir el proceso pues somos nosotros, ¿no? (S2, Paola)”

Lo anterior se puede expresar como una interacción directa entre la internalización de los roles de género tradicionales y la dinámica de pareja en el periodo del embarazo, en donde las mujeres asumen mayor responsabilidad dentro del embarazo y no se sienten apoyadas por sus parejas, hasta que ellas los empiezan a involucrar, y el hombre asume un rol pasivo de “acompañamiento”. Sin embargo, conforme fueron avanzando las sesiones, el cuestionamiento a estos roles mostró una diferencia en la percepción de las participantes para reorganizar la forma de relacionarse, y modificar aquello disfuncional y que justificaba los comportamientos pasivos de parte de las parejas, para promover la división de las tareas de cuidado y crianza de maneras más equitativas como intentos de prevenir o contrarrestar la violencia que perpetúa la desigualdad entre hombres y mujeres.

La violencia asociada a los roles de género se asocia también con la ***idealización de la maternidad***, de una sola maternidad, como lo plante Vivas (2021), “la mamá al servicio, en primer lugar, de la criatura, y en segundo del marido”, aquella mamá que se sacrifica por poner los intereses de los hijos primero que los suyos, porque se supone que no tiene intereses propios.

“Yo ya no podía decidir sobre mis tiempos [...], o sobre lo que quiero hacer, como lo que lo quiero hacer y pues ser más yo, porque siento que me perdí, Paola ya no está, solo está mamá-Paola y pareja-Paola entonces quiero encontrarme otra vez conmigo, ser ese yo, extraño mucho a mi yo de antes (S4, Paola)”

“Sí, ahorita como que ya hago las cosas que puedo hacer, ya me meto a talleres, apenas la semana pasada tuve una clase con una amiga, o me voy al café, pero sí siento que ya cuando nazca ya no podré hacer tantas cosas, antes decía sí yo voy a seguir haciéndolo, pero es que te demanda mucho tiempo, pero en mi mente voy a seguir haciendo lo mismo, cuando no sé si pueda en realidad [...] porque sí, un bebé depende completamente de la madre y de las demás figuras de apego, pero principalmente de la madre (S4, Sofía)”

Y en donde pareciera que todos tienen derecho a emitir una opinión, principalmente la misma madre de la participante, al respecto de la forma de matinar, lo que genera culpa y ansiedad en las participantes.

“[...]sí he pensado eso (llevar al bebé a guardería) porque estoy en este dilema de, no quiero dejar de estudiar, pero me da miedo que el entorno digamos familiar se les salga algún comentario que te diga ay tan chiquito y ya lo estás dejando en una guardería o algo así. Y eso sí me hace sentir mal. Bueno, sí he recibido comentarios de mi mamá de que cómo voy a hacer eso, que no tengo sentimientos, cosas así. Y sí me hace sentir muchas dudas [...] yo creo que cada uno tiene su manera de educar a sus hijos, creo que a la gente no le debería de importar [...] yo siento que no debería de tener ese derecho de opinar mal porque al final de cuentas, siento que siempre, por lo más mínimo, critican a una mamá por cómo trata al bebé. (S7, María)”

Al visualizar la influencia de los roles de género en el ejercicio de la maternidad y cuestionarse las distintas formas de las sesiones, se comienza a manifestar una lucha por mantener su identidad individual contra las expectativas sociales. Se identifica en el siguiente fragmento, cómo las funciones yojicas de autonomía se manifiestan en el interés por la independencia de sus creencias y decisiones, así como en los procesos de adaptación a la maternidad.

“[...] mi hermana me hizo el comentario de que si se le iban a poner los agujeritos de las orejas le dije yo no le voy a poner, yo no le voy a hacer los hoyitos hasta que ella decida si quiere tenerlos y se me quedan viendo raro o lo del bautizo, yo no soy religiosa ni nada, pero pues mi novio, mi familia todo sí. Entonces digo bueno, está bien, pero algo rápido, [...] yo siento que ahí dicen ay pues es mala o no sé, no sigue las tradiciones, pero pues ya me conocen, saben cómo soy y pues me siento bien que respeten lo que decido (S7, Sofía)”

Los comentarios de terceros sobre las decisiones de las participantes en función de su contexto refuerzan los roles de género que atribuyen las tareas de cuidado y crianza exclusiva a la mujer, lo cual genera diversas emociones en relación con la maternidad, con culpa y ansiedad ante las decisiones a futuro. A lo largo de las sesiones del grupo, se vislumbra un

desarrollo de mayor autonomía de las mujeres y el fortalecimiento de la función defensiva para manejar la ansiedad ante las críticas sociales. Se expresa un conflicto entre las exigencias del entorno familiar y las necesidades individuales, en donde las participantes comienzan a desarrollar su autonomía.

Al inicio de las sesiones se percibía poca capacidad de simbolización de las emociones con una estructura del yo debilitada frente a la violencia vivida y a los cambios del embarazo, que se fue modificando al encontrar en ellas y ver en las otras formas de regulación emocional, entre las que destacaron el verbalizar lo que sienten, no minimizarlo y no justificar la violencia.

Al término de las sesiones, las participantes expresaron cambios notorios en su toma de decisiones y al priorizarse a sí mismas, lo cual es signo de un fortalecimiento en las funciones yoicas, principalmente en las que se relacionan al proceso de adaptación, entre ellas resaltan la prueba de realidad y juicio, al reconocer una situación o conducta que representa un riesgo para ellas, una mayor claridad a establecer límites con las demás personas, y en la regulación afectiva, al verbalizar sus afectos así como en la capacidad de contención emocional, encontrando en su red de apoyo un sostén emocional.

“En mi experiencia, sí he notado un gran cambio a como fueron las primeras sesiones, porque antes una vez al día me sentía mal, siempre me estaba culpando, estaba pensando demasiado, imaginándome, no sé, escenarios que a lo mejor y ni siquiera van a llegar a pasar, me atormentaba mucho por eso y pues siento que después de todo lo que hablamos, de darme prioridad a mí misma. Sí he sentido una gran mejoría porque pues ya no estoy sola, como no sé a lo mejor estoy sensible, me siento pues decaída, pero a comparación de cómo estaba antes [...] intento cuidarme, ya no estar sobre pensando mucho las cosas, porque pues me afectaba, y gracias por eso (S8, María)”

“Me está pasando eso de priorizarme, yo me acuerdo de que en la primera pregunta este que me hiciste la entrevista de quién es la persona más importante, antes cuando estaba soltera respondía que

yo y ya después de esa entrevista me percaté que en ningún momento te mencioné a mí [...] después dije esta vez, ya no me mencioné [...] ¿en qué momento cambió la respuesta?, y entonces ahorita estoy reaprendiendo a volver a darme mi valor, a ponerme como prioridad (S8, Paola)”

Las participantes a lo largo de las sesiones manifestaron roles de complacencia ante el otro. En el transcurso de la intervención se inició la aparición de acciones que implican autonomía y el reconocimiento de necesidades, que limita la repetición de una forma de vincularse de manera complaciente, de ser relaciones simbióticas o intentos, lo cual podría representar cómo el yo se diferencia y se reafirma frente al objeto.

“Una amiga en Colombia me estaba pidiendo unos favores para hacerle unos trámites de la universidad, pero pues ya había ido una vez [...] después fui una vez más y que no pudieron hacer el pago. Le dije si quieres mejor dile a alguien más porque yo ahorita no puedo, no voy a seguir intentando resolverle las cosas ahora que me siento más cansada (S8, Sofía).”

Las situaciones de violencia, no solo de pareja, sino obstétrica y familiar, ponen a las mujeres en una situación de vulnerabilidad constante. El proceso psicoterapéutico estuvo centrado en la reactivación de los recursos yoicos y en la elaboración de la violencia vivida, se puede ver cómo el embarazo es un momento que moviliza a las mujeres a tener un mayor cuidado de sí mismas y que en comparación a las ideas tradicionales de la maternidad, iniciar a cuestionarse que los cuidados no sólo deben ser por el bebé, deben de ser hacia sí mismas, reconociéndose como individuos diferenciados del otro, que son a su vez merecedoras de cuidado y protección.

4.3 Resultados del seguimiento de la intervención grupal

Para la tercera fase de la intervención, se planteó una sesión de seguimiento de manera individual, con cada una de las participantes, misma que se llevó a cabo posterior a los cuarenta días de posparto, aproximadamente en la semana 6-7 de posparto. Para ello se contactó a las participantes días previos a su fecha de parto para tener el registro de su parto y

contactarlas para el seguimiento. Las participantes estuvieron en comunicación y accedieron a la sesión de seguimiento que se llevó de manera virtual, mediante una videollamada de Zoom. Durante la sesión de seguimiento se aplicó el segundo apartado de la Entrevista Stafford, que permitió conocer el estado emocional de cada participante y una exploración general de la relación de pareja posterior a la intervención. A continuación, se reportan los resultados obtenidos.

Dos de las tres participantes (66.7%) tuvieron cesárea programada, derivado de problemas de salud física (hipertensión gestacional presente en el último trimestre de embarazo), sin complicaciones médicas durante el parto, dos de los tres bebés (66.7%) son de sexo femenino. En cuanto a la relación de pareja, se mantuvo la percepción de una relación con pocos conflictos en dos de las tres participantes (66.7%). Al momento de la evaluación, las participantes reportaron encontrarse en descanso derivado del periodo de posparto en el que se encontraban. Dos de las tres participantes refieren estar dando lactancia materna exclusiva, sin embargo, reportan apoyo de biberón para que sus parejas puedan alimentar también al bebé y ellas puedan descansar.

En cuanto al parto, Sofía tuvo un parto humanizado acompañada por sus parteras y su pareja, quien recibe a la bebé, su experiencia de parto la describe satisfactoria. Al igual que María y Paola, quienes estuvieron acompañadas por su pareja durante la cesárea, además de su suegra y madre respectivamente. La experiencia de parto, las tres participantes la describen como buena y no tienen quejas sobre la atención del personal de salud.

Se identifica una mejoría cualitativa en el estado de ánimo en dos de las tres participantes (Sofía y Paola) quienes describen un estado de tranquilidad, sin embargo, reportan tristeza por la falta de actividades sociales y la deprivación del sueño, lo que mantiene un estado de

mayor irritabilidad y tristeza ocasional. Existe una recaída del estado de ánimo deprimido en María, quien describe periodos de tristeza prolongada, desánimo y cansancio, además de periodos de llanto constante y la presencia de culpa y arrepentimiento por embarazarse en esta etapa de su vida. Se identifica que dicha recaída es ocasionada por la decisión de darse de baja temporal de sus estudios de licenciatura, decisión que ella no quería tomar, pero se ve forzada a hacerlo ya que no contaba con apoyo para los cuidados de su hija. Esta decisión incrementó la tristeza y culpa por *no ser buena madre*.

En los primeros días de posparto se reporta en Sofía y Paola sintomatología ansiosa derivada de la preocupación constante por el estado de salud de sus bebés. Ambas participantes refieren que el grupo de acompañamiento facilitó la identificación de funciones yoicas como la capacidad de discriminar entre lo que está bajo su control y aquello que sobrepasa su capacidad de accionar. La intervención promovió una mayor regulación emocional que se mantuvo en el posparto inmediato, y que disminuyó la ansiedad reforzando la prueba de realidad de las participantes.

En el caso de María, se identificaron síntomas que coinciden con un cuadro de ansiedad moderada, ya que reporta preocupación por el futuro y los cuidados de su bebé, acompañada de pensamientos constantes con relación a la interrupción temporal de sus estudios y la angustia por las limitaciones derivadas de esto, en el ámbito académico y laboral. Estas manifestaciones de ansiedad indicarían un conflicto psíquico entre el deseo de autonomía y exigencias del rol materno, aunado a la falta de apoyo práctico por parte de la pareja en la crianza del bebé. De igual forma, el terror embarazarse de nuevo, se puede interpretar como una consecuencia de las dificultades presentadas desde el embarazo y la dinámica de pareja

violenta que la coloca en una posición de vulnerabilidad e influyen en las funciones yojicas de María, principalmente la función sintético-integrativa y dominio-competencia.

Derivado de la intervención, las tres participantes reportan un mayor reconocimiento de su estado emocional y la verbalización de sus necesidades, que se puede ver reflejado en la comunicación con la pareja, ya que solicitan de manera explícita la necesidad de involucramiento de las parejas en las tareas de crianza para que ellas puedan descansar.

En el seguimiento de la intervención que se realizó al finalizar la cuarentena de posparto, se observó un mayor reconocimiento de la vivencia de VP, situación que no se nombraba durante la evaluación inicial. La VP durante el posparto, desde la narrativa de las participantes, disminuyó en frecuencia e intensidad, las tres participantes refieren tener mayor cercanía y apoyo por parte de sus parejas, sin embargo, este apoyo es práctico y económico, dejando en ellas la mayor parte de los cuidados del bebé. María y Sofía identifican como situación problemática y de VP en el posparto, la falta de involucramiento de sus parejas en la crianza, así como las críticas por parte de sus parejas con respecto a su forma de materner. Estos aspectos se encuentran reforzados los mandatos de los roles tradicionales de género, quienes asignan a la mujer como la principal responsable del cuidado del bebé y al hombre el rol proveedor económico.

El proceso de conceptualizar y reconocer la violencia se mantiene en el posparto posterior a la intervención, lo que indica mayor conciencia, capacidad de *insight* y de cuestionamiento de las formas de vincularse que anteriormente se normalizaban. Se identifican dinámicas desiguales y la minimización de su trabajo como cuidadoras principales de sus bebés, lo que afecta su estado anímico y dificulta el disfrute de su maternidad, particularmente en el caso de

María y Sofía. Paola reportó una distribución equitativa de las tareas de cuidado y crianza, lo que le ha permitido mayor tiempo para descansar y disfrutar su maternidad.

Desde el análisis cuantitativo y cualitativo, se identifica la presencia de VP psicología de manera leve en dos de las tres participantes. María reporta además VP sexual, durante la entrevista de seguimiento se exploró la situación y refiere que, durante el posparto inmediato, su pareja insistía en retomar la actividad sexual. Se registra también un solo episodio de VP física en su caso, en donde posterior a una discusión, su pareja la empuja para salir de una habitación. La discusión se da cuando María se sentía abrumada por el llanto de la bebé y solicitó apoyo de su mamá para poder calmarla porque “*no sabía qué estaba pasando*”. La pareja interpreta esta necesidad de apoyo como insuficiencia de la capacidad de materner de María, incrementando la discusión.

Se mantiene la capacidad de reconocimiento de sus necesidades, manifestada en la solicitud de apoyo emocional y práctico durante el posparto, particularmente en las primeras semanas. Este mantenimiento de la mejoría en el reconocimiento de sus necesidades sugiere un fortalecimiento del yo, particularmente en sus funciones de prueba de realidad, juicio y el sentido de realidad del sí mismo, lo que ha permitido reconocer sus propios límites y la necesidad de apoyo por parte de su pareja y familia. La capacidad de pedir ayuda coadyuva a la identificación y disminución de los efectos de la VP, así como la frecuencia de los episodios, que previamente invalidaban sus emociones y necesidades.

La evaluación en el posparto permitió una identificación de la calidad del vínculo materno-infantil de las participantes durante el primer mes de posparto. De las tres participantes, sólo en una (María) se identificó una alteración vincular leve caracteriza por sentimientos de ambivalencia, en donde existía confusión posterior al parto y arrepentimiento por su estado

emocional durante el embarazo. Esto se puede interpretar como un conflicto psíquico entre el deseo de responder adecuadamente a las demandas de la bebé, y asociar al embarazo y bajo apoyo para las tareas de cuidado y crianza, como el motivo para interrumpir su proyecto de vida (continuar con sus estudios). A diferencia de Paola, el VMI se reportaba con una buena calidad, manifestando disfrute al estar con su bebé y “conectada con él”, lo que se puede asociar como una capacidad adecuada de regulación y control de los afectos, así como el apoyo por parte de la pareja para que ella pudiera descansar y él dedicarse al cuidado de su otro hijo, y de las actividades del hogar. En el caso de Sofía, no se identificó propiamente ambivalencia en el vínculo, expresó sentimientos de alegría al ver a su bebé, sin embargo, describió las conductas de cuidado como mecanizadas, que se puede interpretar como el vínculo en construcción, derivado de una adaptación inicial para la ejecución adecuada de los cuidados del bebé.

Las tres participantes reportaron estrés asociado a la demanda de la crianza, a las exigencias y dificultades de la lactancia. Estos factores se pueden encontrar en relaciones donde la violencia está presente, en función del discurso de las participantes, se asocia a una mayor sobrecarga emocional y críticas con respecto a su forma de criar, así como las creencias asociadas a los roles de género, que atribuyen la principal responsabilidad de cuidado a la mujer, esto último fue reportado por dos de las tres participantes. A pesar de esto, se observó un fortalecimiento en la función del yo de dominio y competencia, ejemplo de ello es la decisión de introducir el biberón para involucrar a las parejas en la alimentación y poder tener mayor independencia en sus actividades.

La reactivación e incremento de la sintomatología de depresión y ansiedad en María, durante el posparto, se puede asociar a la presencia y aumento de VP, que incrementa la

vulnerabilidad propia del posparto, con críticas a su capacidad de maternar, aislamiento (disminuir el apoyo de parte de su familia) y bajo apoyo para cuidar a su bebé, lo que deriva en la interrupción parcial de sus estudios, poniendo en pausa su proyecto de vida y confirmando la principal preocupación del embarazo. Los retos propios del posparto generan mayor estrés en las participantes, sin embargo, cuando la VP disminuye e incrementa el apoyo por parte de la pareja, la sintomatología de salud mental puede ir disminuyendo progresivamente, como en el caso de Paola.

Capítulo 5. Discusión

El objetivo general de esta tesis fue diseñar, implementar y evaluar una intervención grupal de orientación psicodinámica enfocada a reducir la sintomatología de depresión y ansiedad de las mujeres durante un embarazo y en el primer mes de posparto, mediante la elaboración de la experiencia de violencia de pareja en nivel leve. Los resultados obtenidos permiten comprobar que la intervención grupal de orientación psicodinámica permite la elaboración psíquica, a través de la cual se promovió el reconocimiento de la violencia y se redujo los síntomas de ansiedad y depresión posterior a concluir la intervención, mediante el fortalecimiento del yo.

Los resultados permiten, en primer lugar, confirmar la hipótesis que señalaba que el promover la elaboración de la experiencia de VP leve durante el embarazo, disminuye síntomas de depresión y ansiedad en el embarazo al finalizar la intervención, y se respalda por los resultados cuanti y cualitativos reportados. El proceso psicodinámico, breve y focalizado, favoreció que las participantes pudieran elaborar su experiencia, permitiéndoles nombrar, reflexionar y comenzar a simbolizar la violencia vivida durante el embarazo. Este proceso redujo mecanismos de negación y promovió un mayor nivel de consciencia respecto a su dinámica relacional. La teoría psicodinámica con bases teóricas psicoanalíticas permitió analizar cómo el dolor psíquico no simbolizado y verbalizado, tiene como consecuencia síntomas que afectan la salud mental, mientras que la elaboración de estos contribuye a incrementar la capacidad de consciencia de los mismos conflictos.

Una de las preguntas de investigación del presente estudio fue conocer si la elaboración de la experiencia de VP en una intervención de psicoterapia grupal bajo el modelo psicodinámico durante el embarazo disminuye la sintomatología de depresión y ansiedad. Como se ha

detallado en capítulos anteriores, dentro de las principales consecuencias de la VP se encuentra la afectación en el estado emocional de las mujeres en etapa perinatal. Diversas investigaciones (Navarrete et al., 2020; Ahmed et al., 2024; Díaz-Ogallar et al., 2025) han reportado que la exposición a la violencia durante el embarazo incrementa el riesgo de presentar síntoma de depresión y ansiedad, tanto en el embarazo como en el posparto, afectando la salud mental de las mujeres, la experiencia de la maternidad y el VMI. Por ello, uno de los objetivos específicos de este estudio fue evaluar la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en tres momentos de la intervención: previo al inicio, al finalizar el proceso y posterior a la cuarentena de posparto de las participantes. Estas evaluaciones permitieron conocer si el trabajo elaborativo, entendido como el proceso psíquico que realizaron las participantes para poder poner en palabras las experiencias que antes se manifestaban como síntomas aislados, y que generan una nueva comprensión del conflicto. Lo cual se puede relacionar con cambios en la sintomatología de salud mental perinatal.

Los puntajes de los instrumentos de evaluación de depresión y ansiedad, y la entrevista Stafford, permitieron explorar los malestares emocionales y los principales síntomas que las mujeres presentaban. Previo a la intervención, los síntomas de las participantes eran caracterizados por preocupaciones con respecto a la maternidad, llanto constante, irritabilidad, ansiedad, dificultad para reconocer sus emociones, sentimientos de culpa y dificultad en la toma de decisiones importantes para ellas. De acuerdo con los puntajes obtenidos en el primer momento de evaluación, se pudo detectar niveles moderados de sintomatología depresiva y niveles moderados-graves de ansiedad, lo cual coincide con datos de estudios reportados en México, donde se ha reportado que la prevalencia de síntomas depresivos oscila entre el 20%

y el 35%, y la ansiedad entre el 15% y 38% en mujeres embarazadas, especialmente donde existen presencia y antecedentes de VP (Rodríguez-Baeza et al., 2015; Lara et al., 2012).

El análisis clínico cualitativo mostró que las participantes presentaban esta sintomatología como consecuencia de la dinámica en su relación de pareja, sin embargo, esto no era reconocido previo a la intervención y se lo atribuían al embarazo y las preocupaciones por la maternidad. En este sentido, este hallazgo se puede comprender como un proceso defensivo en la construcción de las relaciones objetales, bajo esta perspectiva, el objeto (pareja) se idealiza como “bueno”, mientras que las agresiones quedan separadas o minimizadas. El uso de este mecanismo, remite a la *posición esquizo-paranoide* planteada por Klein (1946), en donde la relación con el objeto se introyecta parcialmente (escindido), para mantener el vínculo, desplazando la fuente del malestar hacia el exterior, o en este caso, a situaciones esperables como lo son las propias de la etapa perinatal. La dificultad para reconocer la VP como el origen de la sintomatología, puede entenderse como el uso de mecanismos defensivos como la escisión o la negación, que se usan para mantener la relación con el objeto.

Las relaciones donde hay VP, las necesidades propias de las personas que la viven, en este caso las mujeres en etapa perinatal quedan relegadas o poco reconocidas (Wen et al., 2025), en favor de sostener el vínculo, derivado de mecanismos de idealización y dependencia afectiva (Benjamin, 1998). La intervención, al promover la elaboración de la VP, contribuyó un aumento de la consciencia de la VP, por lo cual, las participantes comenzaron a identificar sus emociones y reconocer las necesidades dentro del espacio vincular. Este proceso se puede entender como el fortalecimiento de las funciones yoicas, y la capacidad de ir integrando los aspectos escindidos del objeto, lo que favorece a la integración total del mismo. El

reconocimiento de sus propias necesidades y la posibilidad de comunicarlas refleja el proceso hacia una mayor autonomía frente al objeto, y a una reorganización de las relaciones que son caracterizadas por la dependencia o el sometimiento (Benjamin, 1998). Establecer límites más claros contribuye a mantener un estado de seguridad frente a la VP y a los retos de la etapa perinatal.

La VP leve, principalmente se manifestó en las participantes de la intervención de forma psicológica, lo cual resulta difícil de reconocer por su naturaleza enmascarada y manipulativa, contribuye significativamente a la depresión y ansiedad perinatal. De acuerdo con una revisión sistemática y metaanálisis sobre los factores de riesgo para la presencia de este tipo de violencia (Chen et al., 2025), los resultados reportados en países de medio-bajo ingreso, coinciden con las vulnerabilidades sociales de las participantes, como lo son bajo nivel educativo, embarazo no deseado, dificultades en la salud física y dependencia económica, así como antecedentes de violencia en la infancia. En las tres participantes de la intervención, el embarazo fue recibido con ambivalencia, y dos de ellas sintieron la presión por parte la pareja para continuar con el embarazo, lo que es una manifestación de VP como coerción reproductiva, que hace referencia a la interferencia en las decisiones con respecto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres (Grace & Anderson, 2016). La decisión de continuar con el embarazo puede intensificar la dependencia al objeto (pareja), particularmente cuando se reactivan necesidades de cuidado, protección y sostén emocional. Un hallazgo relevante, fue que en el caso de las tres participantes que asistieron a las sesiones de intervención, el embarazo, además de no ser deseado, no fue planeado y durante el primer trimestre de gestación existieron sentimientos de rechazo o negación del embarazo. Esto coincide con estudios que mencionan que las mujeres que viven situaciones de violencia tienen una mayor

probabilidad de presentar embarazos no deseados que influyen de manera negativa en el desarrollo del apego prenatal (Maghalian et al., 2024).

Bajo el deseo de mantener el vínculo, las mujeres pueden aceptar continuar con la relación aun cuando el embarazo o la relación en sí, sean causantes de conflictos. Por ello se puede generar una ambivalencia psíquica que se caracteriza por la presencia de deseos contradictorios, por un lado, la necesidad de una figura de sostén durante la transición a la maternidad, y, por otro lado, el deseo de independencia y separación, y la angustia por perder su identidad. Reforzando mecanismos de idealización (el bebé reparará el vínculo, lo va a mejorar) o de negación (no creía que fuera real). La fantasía de que el embarazo funcione como elemento reparador, en algunos casos, se ve contrastada con la realidad de la relación, particularmente en el posparto, en donde se puede intensificar el aislamiento y la desigualdad si se mantiene la VP. La presencia de los roles de género tradicionales tiende a reforzar la desigualdad de la relación, lo que limita la autonomía de la mujer y mantiene las necesidades individuales subordinadas a las demandas de la pareja.

La etapa de posparto conlleva diversos procesos de adaptación y estudios (Antoniou et al., 2021) han demostrado que el apoyo principalmente de la pareja constituye un factor protector para la salud mental materna, reduciendo los riesgos de alteraciones del vínculo materno-infantil, depresión y ansiedad posparto. En las tres participantes se puede identificar una mejora en la comunicación de sus necesidades y solicitud de ayuda, lo que permitió incrementar las estrategias de afrontamiento y de autocuidado. Este proceso implicó el reconocimiento de sus emociones y necesidades, así como la posibilidad de externarlas y solicitar el apoyo cuando lo requieren. Sin embargo, es importante resaltar que el fortalecimiento de los recursos de las mujeres no sustituye ni resuelve los factores

estructurales que contribuyen a la presencia de la violencia. En este sentido, la construcción de estrategias de afrontamiento y el fortalecimiento de los recursos personales no implica que la responsabilidad de la VP recaiga en la mujer, ni que dependa exclusivamente de ella modificar las condiciones que la generan.

Cuando la relación de pareja es violenta o existe una disminución del involucramiento de la pareja en las tareas de cuidado y crianza del bebé, dicha relación se convierte en un factor de riesgo que altera la experiencia subjetiva de la maternidad y contribuye a dificultades en la adaptación al rol materno. Desde la teoría de las relaciones objetales, la pareja puede representar una figura de sostén, sin embargo, cuando el objeto es inconsistente o violento, se genera conflicto entre la necesidad de apoyo y la percepción de frustración o abandono. Como lo manifestaron las participantes del presente estudio, que reportaron escaso apoyo por parte de sus parejas, sin embargo, se identificó una percepción de disminución de los conflictos en la relación en dos de las tres participantes. La percepción de la disminución de los conflictos podría interpretarse como un mecanismo para preservar el vínculo, como lo menciona Berenstein (2001), la pareja pasa a ser el objeto único donde el otro (pareja) pasa a ser el centro de la organización de la experiencia subjetiva, de esta manera el vínculo puede sostenerse incluso cuando esto resulta contraproducente, los conflictos o desigualdades en la relación y se podrían reconocer como parte de la relación. Por otro lado, la percepción de aumento en el desequilibrio de las tareas de crianza puede reflejar una mayor toma de consciencia de la dinámica de la relación y de las cargas asociadas a la maternidad. En el caso de Paola se identificó una mejora en la capacidad de pedir apoyo con relación al cuidado del bebé y descanso de ella, lo que podría indicar un fortalecimiento en la función autónoma y defensiva. En cambio, cuando la VP se mantiene, como en el caso de María, aunado a otras

condiciones de vulnerabilidad, aumenta la probabilidad de síntomas de depresión y ansiedad en el posparto (Díaz-Ogallar et al., 2025), lo que puede interferir en la función materna.

Desde esta perspectiva, las dificultades en la adaptación a la maternidad se pueden entender como el resultado de la configuración vincular en la organización psíquica de la mujer.

Los efectos observados en la evaluación de seguimiento, que corresponde a la tercera hipótesis, se pueden entender como parte del proceso de elaboración psíquica de la experiencia de la VP. El grupo de acompañamiento, al promover la reflexión y reconocimiento de la VP leve, contribuyó a un reconocimiento de las necesidades de las mujeres dentro del espacio vincular. La disminución de la sintomatología de salud mental al finalizar la intervención se puede interpretar como una mayor capacidad para identificar las manifestaciones de la violencia y responder a ellas de manera más adaptativa. Este proceso responde a una transformación en la forma que tienen las participantes al posicionarse frente al objeto, que permite a una percepción más integrada del vínculo, así como el fortalecimiento de las funciones yoicas, en particular las relacionadas con la autonomía y expresión de las necesidades. En el caso de María, el proceso de elaboración promovida por la intervención puede verse limitada cuando se combinan múltiples factores de riesgo. Durante el posparto María presentó un incremento de síntomas de depresión y ansiedad, y la VP se manifestó en un episodio de violencia física (empujones); los factores de riesgo, como la suspensión de estudios, la dependencia económica y el aislamiento social, pudieron contribuir a la dependencia hacia el objeto y limitar las posibilidades de reorganización del vínculo, junto con percepción del objeto como persecutorio. Elementos que el grupo de acompañamiento no alcanzó a cubrir. O'Reilly et al. (2010), en su revisión sistemática sobre intervenciones psicológicas para atención a VP en el embarazo, concluyen que la eficacia de estas está

limitada por el contexto sociocultural en el que las mujeres viven en el momento de la intervención. Lo cual coincide con los resultados de la presente intervención, que sugieren que, aunque el trabajo psicoterapéutico contribuye a la elaboración psíquica y a los cambios en la relación, su alcance se encuentra condicionado por los factores estructurales y el contexto que pueden intensificar las dinámicas de VP.

La etapa perinatal se ha visto, desde la perspectiva psicodinámica, como una etapa de transparencia psíquica en el que se pueden reactivar y resignificar experiencias tempranas vinculadas con los objetos primarias, particularmente la representación de la figura materna. Winnicott (1956/1965) describe este estado psicológico como una regresión adaptativa que permite reorganizar la experiencia psíquica en torno al vínculo temprano.

Durante el seguimiento de la intervención, se identificaron diversos factores considerados de riesgos para la salud mental de las participantes, entre ellos destacan la limitación para poder continuar con proyectos personales (suspender los estudios) y la falta de apoyo social. Estos factores tienden a debilitar las funciones egoicas de regulación y defensa, lo que favorece la reactivación de conflictos asociados con experiencias tempranas de frustración, o los relacionados a experiencias tempranas de ausencia de la figura materna. Estas primeras experiencias pueden reactivarse en la maternidad, en donde la mujer se confronta con sus propias representaciones de cuidado y dependencia (Winnicott, 1965; Stern, 1995).

En algunos casos, los síntomas de depresión y ansiedad habían incrementado durante el seguimiento, a pesar de que la intervención grupal contribuyó a iniciar el proceso de elaboración del conflicto, los efectos resultan condicionados por el entorno de las participantes. Los efectos de la intervención se manifestaron con mayor claridad a corto plazo, su mantenimiento podría depender de factores contextuales como de los propios

recursos de las mujeres para integrar para integrar y adaptar los cambios que esta etapa conlleva. De acuerdo con Stern (1995), la pareja forma parte del sostén relacional de la mujer hacia la transición hacia la maternidad, cuando existe VP se puede convertirse en la fuente de angustia y conflicto, alterando el proceso de la maternidad, la seguridad emocional para la construcción del VMI. El caso de la participante María, muestra cómo la interacción de diversos factores contextuales puede influir en la sintomatología de salud mental, aspectos que la intervención breve no siempre logra abarcar a totalidad. María reporta bajo apoyo social para el cuidado de su bebé, por lo que tuvo que suspender temporalmente sus estudios durante el estudio, este tipo de interrupciones coincide con lo reportado por la OMS (2024), que reporta que es una de las consecuencias más frecuentes asociadas al embarazo adolescente. La ruptura o interrupción del proyecto de vida, puede intensificar sentimientos de dependencia, pérdida o ambivalencia frente a la nueva identidad como madre, influyendo en la manera en que se reorganiza las representaciones de sí misma. En este caso, los roles de género resultan relevantes en la construcción de la identidad materna, al atribuirle exclusivamente la responsabilidad de la crianza a la mujer. En el caso de María, este mandato se conjuntó con la exigencia por parte de la pareja de que asumiera la maternidad sin el apoyo de su propia madre, lo que se identifica como conducta de VP y favoreció a la reactivación de experiencias tempranas relacionadas a sentimientos de abandono y dependencia. La ausencia de redes de apoyo en VP afecta la salud mental de la madre, interfiere con la construcción de la identidad materna y genera entornos desfavorables para el establecimiento del VMI (Surkan et al., 2011; Ansarifard et al., 2023; Zhang & Shen, 2024).

Las vulnerabilidades sociales como: embarazo adolescente, la falta de ingresos propios, la inestabilidad laboral y la baja percepción de apoyo social son factores de riesgo para la

presencia y mantenimiento de relaciones de pareja violenta (OMS, 2024; ENDIREH, 2021; Krug et al., 2002). Que coinciden con las otras vulnerabilidades que las participantes presentaban y con los hallazgos documentados en un estudio en población mexicana (Rodríguez, L. & Saldaña, L., 2019), que indica que la percepción de bajo apoyo social incrementa el riesgo de violencia y dificulta la búsqueda de ayuda.

En relación con el diseño de la intervención se tomaron de referencia los diversos estudios en población perinatal, principalmente en mujeres embarazadas, que presentaran sintomatología de depresión y/o ansiedad, y las generalidades de los manuales de intervención para mujeres víctimas de VP. Se tomaron en cuenta las recomendaciones de la revisión sistemática elaborada por Sapkota y colaboradores (2019) que concluyen que fortalecer las estrategias de afrontamiento de las mujeres y los programas de empoderamiento femenino, así como establecer estrategias de intervención multidisciplinarias, favorecen la atención de las mujeres que viven violencia. Es por ello por lo que la intervención estuvo diseñada para reactivar los recursos propios de las participantes, aumentar el reconocimiento de prácticas de violencia, conocer los diferentes tipos y sus fases, y brindar un espacio en de escucha y contención en donde las mujeres pudieran hablar de la dinámica de su relación

Si bien la intervención se planeó en un inicio de manera presencial, considerando que pudiera ser una modalidad que favorecería las condiciones de privacidad y seguridad de las participantes, fue necesario realizar adaptaciones al protocolo. Entre ellas, se incluye la modificación de la modalidad presencial a virtual, en consideración al estado de salud física de las mujeres embarazadas y a las dificultades que reportaron para el traslado. La modalidad virtual permitió continuar con la intervención; sin embargo, implicó diversos retos relacionados con la creación de espacios seguros y privados para el desarrollo de las sesiones.

Como alternativa para disminuir estos riesgos, se solicitó que se pudieran conectar desde un lugar donde se encontraran solas y utilizar audífonos con el objetivo de que la información compartida durante las sesiones fuera más confidencial. En algunos casos, las condiciones contextuales presentaron limitantes referentes a la privacidad, por lo que en una sesión se sugirió el uso del chat de la videollamada para facilitar una comunicación más privada. Misma alternativa se utilizó cuando las participantes presentaban problemas de conexión. Esto coinciden con lo reportado en intervenciones psicológicas para VP, donde se señala que la falta de privacidad en el hogar constituye un obstáculo para garantizar la atención remota (Sabri et al., 2020).

De igual forma el bajo apoyo percibido para el cuidado de los hijos influyó, como es el caso de Paola, quien manifestó dificultad para asistir de manera presencial siendo que es la cuidadora principal de su hijo. Esto coincide con lo reportado en diversos estudios (Bacchus et al., 2018; Cuesta-García, 2022) donde se destacan las barreras de acceso de las mujeres víctimas de VP para acceder a servicios de atención psicológica, se encuentra que las tareas de crianza no compartidas, el bajo apoyo social y el control por parte de la pareja. Es por ello por lo que la modalidad virtual surge como alternativa para el acompañamiento psicológico en situaciones de violencia, particularmente cuando se implementan estrategias que garanticen la privacidad, confidencialidad y el acceso seguro a la tecnología (Torous et al., 2020). En el presente estudio, la adaptación de la intervención a modalidad virtual permitió ofrecer mayor flexibilidad en el horario de atención, disminuir las barreras de acceso y la permanencia de las participantes en el proceso de intervención. Wood et al. (2020) refiere que la modalidad virtual permite que las mujeres tengan un primer acercamiento más discreto a servicios de atención y facilita que las mujeres hablen sobre su experiencia de VP.

El periodo perinatal, particularmente el embarazo, en el que las mujeres atraviesan nuevos procesos de adaptación a los cambios físicos y emocionales, puede aumentar el riesgo a vulnerabilidades, reactivación de conflictos previos no elaborados y aumentar el estrés o conflictos previos en la relación de pareja, lo que implicaría que los recursos yoicos se ven puestos a prueba por los cambios que las mujeres enfrentan.

La depresión y ansiedad durante el embarazo, así como el bajo apego prenatal son factores de riesgo para presentar alteraciones en el vínculo materno-infantil, por lo cual otro de los objetivos de la intervención fue la prevención de la sintomatología y las alteraciones en el vínculo materno-infantil.

Al establecer el proceso de reflexión, cuando las participantes logran reconocerse y establecer cuáles son sus necesidades, se puede interpretar como un indicio de fortalecimiento yoico mediante la elaboración de los afectos. Al inicio de la intervención las participantes manifestaban inestabilidad emocional, entre ellas culpa, sentimientos de soledad, aislamiento, llanto frecuente, preocupación por el futuro y una ansiedad anticipatoria por la maternidad, los cuales coinciden con lo reportado en estudios previos como el de Howard et al. (2013) y Bacchus et al. (2006) coincidiendo en que las mujeres embarazadas que experimentan VP principalmente emocional y/o económica, tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar síntomas de depresión y ansiedad. La exposición continua a la violencia, y más si es una violencia sutil que impide la identificación, interfiere con el apego prenatal y el bienestar psíquico.

El grupo funcionó como un espacio de contención y sostén emocional que facilitó la simbolización y expresión del conflicto psíquico asociado a la vivencia de la violencia. Poner en palabras la angustia vivida fue una forma en que las participantes iniciaron a darle sentido

psíquico a su malestar, transformando un sentimiento mudo en pensamiento compartido (Kaës, 2007; Bion, 1962). No obstante, los efectos de la intervención se observaron a corto plazo y la sintomatología de salud mental no se mantuvo de manera sostenida en todos los casos. Esta situación puede estar relacionada con la complejidad propia de la VP, así como la dificultad para fomentar una elaboración más profunda en las participantes de los conflictos subyacentes. Recordando que en el periodo perinatal se pueden reactivar representaciones primarias de dependencia, cuidado y desamparo, lo que favorece la repetición de las primeras relaciones objetales internalizadas. Bajo esta perspectiva, la disminución parcial o progresiva podría explicar por qué el proceso de intervención no alcanzó a profundizar completamente en la identificación y posible reestructuración de estos patrones. En contextos de VP durante el embarazo, la prioridad se vuelve la reactivación de los recursos de las mujeres para contribuir a la protección de la salud mental y la prevención de la transmisión intergeneracional de la violencia.

En comparación a otros modelos de intervención, como las terapias psicológicas cognitivo-conductuales o enfoques integrativos, de las cuales existe una mayor evidencia reportada para la reducción de síntomas depresivos y ansioso en mujeres que han sido víctimas de VP, este tipo de intervenciones presentan limitaciones para abordar con mayor profundidad el trauma (Hameed et al., 2020). El modelo psicodinámico surge como alternativa para poder explorar los patrones relacionales, que permitirían la elaboración de procesos inconscientes y relacionales de la violencia. El enfoque psicodinámico de la intervención permitió que las participantes tuvieran un proceso de reflexión focalizado en la reactivación de los recursos yoicos para la regulación emocional y reconocimiento de la violencia, puesto que la VP en el embarazo no sólo genera síntomas psicológicos, sino que, junto con los propios retos de la

etapa perinatal, contribuye a la reactivación de conflictos intrapsíquicos y la internalización de los vínculos primarios, que pueden ser de dependencia o violentos. Como señalan Fonagy y Target (2002), el fortalecimiento de las funciones reflexivas en espacios seguros contribuye a incrementar la capacidad de pensamiento en situaciones que implican cargas emocionales, que a través de la palabra pueden contribuir a generar una representación más segura de sí mismas.

El establecimiento del vínculo materno-infantil en el posparto es fundamental para el desarrollo del bebé y la calidad de la salud mental de la madre, sin embargo, este vínculo puede verse afectado negativamente por la presencia de violencia. Estudios como el de Bernard *et al.* (2022), señala que madres que vivieron VP desde el embarazo tienden a disminuir el contacto físico con sus bebés, y contribuye a las dificultades en la sensibilidad materna, situación que se intensifica cuando existe depresión posparto. Los resultados de la intervención coinciden con el de la literatura, particularmente en el caso de una de las participantes (María), en quien se identificó una alteración vincular caracterizada por ambivalencia en los sentimientos por su bebé, en la que se identifica un riesgo de la presencia de violencia desde el embarazo, resalta la importancia de prevenir la violencia en el posparto para proteger la díada madre-bebé. Las intervenciones desde embarazo pueden contribuir a la prevención y mejora de los síntomas de depresión y ansiedad derivados de la VP, que favorecen un vínculo más seguro. La efectividad de las intervenciones no es garantía para el establecimiento del VMI, ya que la construcción del vínculo es un proceso en el que influyen diferentes factores, que pueden potenciar los efectos negativos de la VP. Entre los factores de riesgo identificados en las participantes se encuentran embarazos no deseados, bajo apego prenatal, edad joven materna y sintomatología de salud mental materna. Aunado a ello, la

calidad de la interacción de las madres con sus bebés se puede ver afectada por el agotamiento físico, la falta de involucramiento de las parejas en las tareas de crianza (bajo apoyo) y las críticas hacia la forma de maternar.

Así mismo, los objetivos de la intervención buscaban aumentar el reconocimiento de la violencia durante el embarazo, que permitiera estrategias de afrontamiento y autocuidado más adaptativas durante el embarazo y que a su vez, reduzcan la gravedad de la violencia en el periodo actual y la prevengan durante el posparto. Lo cual se logró a través de las sesiones, este proceso consistió en el reconocimiento de las necesidades individuales particularmente en el embarazo y la comunicación con la pareja, así como la necesidad de reforzar las redes de apoyo familiares con las que se contaba. El generar acciones de autocuidado y estrategias de afrontamiento que fueran más adaptativas en función de su contexto real y psíquico, permitió tener una mayor regulación de impulsos y afectos, manifestando así, un mayor reconocimiento de su individualidad. Esta capacidad de las participantes para nombrar y elaborar la violencia se considera en sí misma una estrategia de empoderamiento que contribuye a reducir la sensación de aislamiento y desesperanza (García-Moreno et al., 2015). Lo último resulta relevante, puesto que el aislamiento social es de los principales factores de riesgo para el mantenimiento de la relación de pareja violenta (OMS, 2021) y la construcción de redes de apoyo en donde la mujer se sienta segura, sería un factor protector frente a la violencia.

Parte de los objetivos específicos fue el fomentar la toma de decisiones, estrategias de autocuidado y elaboración de plan de seguridad que prevengan situaciones de riesgo asociados con VP en la etapa perinatal. El grupo de acompañamiento invitó a la reflexión a las participantes para identificar sus necesidades e incrementar el reconocimiento de prácticas

dañinas en la relación de pareja. Entre las acciones que surgieron a través de las sesiones estuvieron la expresión de sus emociones sin culpabilizarse o invalidarlas, la distribución equitativa de las tareas domésticas y la crianza, cuestionarse los roles de género y las críticas sociales con respecto a la maternidad. Dichas acciones establecidas por las participantes están encaminadas a tener acciones contra la violencia.

La internalización y normalización de la violencia dificultan la elaboración simbólica del maltrato y la negación de las afectaciones, limitando el reconocimiento de las consecuencias emocionales en las mujeres que la viven, dificultando así la transición y adaptación al embarazo. Este mecanismo está asociado a un yo debilitado, donde la capacidad de juicio y las respuestas adaptativas se ven alteradas, manteniendo vínculo donde no existan límites diferenciados entre el amor y la violencia (Duque et al., 2025; Puget, 1990).

Con base a la pregunta de investigación planteada sobre si la elaboración de la experiencia de VP durante el embarazo es posible a través de una intervención grupal bajo el modelo psicodinámico, los resultados fueron positivos. La posibilidad de hablar de los conflictos y nombrar la violencia permitió que las participantes pasaran del síntoma a una narración subjetivizada, promoviendo la integración de las situaciones violentas. El grupo de acompañamiento psicológico permitió que las participantes pudieran evocar las situaciones dolorosas que había sido minimizadas, e incluso negadas, haciendo uso de defensas menos rígidas lo cual permitió que la sintomatología de depresión y ansiedad fueran disminuyendo, así como la posibilidad de tener un mayor pensamiento defensivo. El proceso de elaboración consistió en traer al consciente de las participantes las reacciones y emociones que forman parte de la dinámica de la relación, identificando la justificación de las conductas de la pareja y la responsabilidad asumida de estas.

En las primeras sesiones del grupo de acompañamiento, las participantes manifestaron los conflictos psíquicos no resueltos que generaban desconfianza, el temor a ser abandonadas o a terminar la relación de pareja, el control como falsa idea de disminuir la angustia generada por la violencia y el posible desplazamiento de las emociones originadas en experiencias pasadas, que se proyectan en la pareja (Kernberg, 1998). Desde esta misma perspectiva, se puede considerar que las mujeres establecen un vínculo en donde la idealización-devaluación, tanto a sí mismas como hacia el otro, es constante, y la representación idealizada del otro coexiste con la presencia de VP que queda escindida o minimizada. Este tipo de vínculo se puede entender desde los patrones vinculares que se configuran en las primeras relaciones objetales y que posteriormente tienden a repetirse en la vida adulta, ya que el uso de este mecanismo de defensa puede generarse a partir de experiencias tempranas de ambivalencia o cuidado inconsistente.

La duración y focalización de la intervención limitó que se pudiera profundizar sobre la dinámica de las primeras relaciones objetales. El grupo de acompañamiento estuvo centrado principalmente en la elaboración de la experiencia actual de violencia, así como en el fortalecimiento de los recursos de las participantes para que pudieran afrontarlas, esto limitó la posibilidad de profundizar en las primeras relaciones. Por ello, la exploración de la configuración de las primeras relaciones objetales requiere un proceso terapéutico sostenido que permita construir gradualmente un espacio de contención y sostén suficiente para abordar aquellas experiencias que han sido dolorosas sin que el sujeto sea desbordado por la angustia (Bowlby, 1988). Para poder promover la elaboración de dichas relaciones, se requiere que la dinámica grupal se encuentre consolidada, en esta intervención la dinámica grupal se vio limitada por la cantidad de participantes, además de que se requiere un mayor número de

sesiones que favorezcan la estabilidad de la dinámica grupal. Sin embargo, el fortalecimiento del yo, promovido en la intervención, pudiera permitir el incremento de los recursos de las participantes para tolerar la angustia que pudiera generar las representaciones conflictivas de sus primeros vínculos.

Durante el proceso de evaluación y de intervención, se manifestaron conflictos con las propias madres de las participantes, que permiten hipotetizar como ejemplos de repeticiones en los vínculos disfuncionales que limita la capacidad de establecer vínculos iguales, en donde la mujer no sea la figura parental de la pareja. Si recordamos que en la VP se busca anular la autonomía del yo (Berenstein, 2001), en el caso de las participantes al inicio de la intervención, los límites con el otro se encontraban difusos, entre el yo y el objeto, que se manifiesta en frases como “yo le digo que hacer”, “me dice que yo haga las cuentas”, “yo ahora sí siento que a lo mejor no voy a volver a hacer la misma de antes”. Frases referentes a la pérdida de autonomía y la presencia de una figura masculina pasiva y dependiente apunta a una ausencia de autonomía psíquica en la relación (Winnicott, 1965). La violencia simbólica se manifiesta en los duelos vividos por parte de las mujeres ante la pérdida de su espacio individual y la transición de la maternidad vivida con ansiedad. Al no ser reconocida la violencia, las mujeres tienden a revictimizarse y a vivir sus decisiones con culpa, responsabilizándose y justificando las acciones de su pareja por el cumplimiento de los mandatos de ser buena pareja, madre o mujer (Walker, 2009). Durante el avance de las sesiones grupales y al finalizar la intervención, las participantes comenzaron a dejar de normalizar la violencia, a identificar sus necesidades e individualidad, lo que genera una perspectiva de sí mismas con menor culpa y mayor independencia frente al yo del otro, independencia que se mantiene en el primer mes de posparto, sin embargo, se ve alterada por

los retos de la crianza, en donde las mujeres reconocen la necesidad de mayor apoyo por parte de sus parejas y familia.

A lo largo del desarrollo de las sesiones grupales, de manera progresiva las participantes dejaron de centrar su discurso en la pareja y comenzaron a enfocarlo en su autonomía y en la validación de sus emociones, y en la toma de decisiones relacionadas a la salud de su bebé y de ellas mismas. Dichos cambios podrían interpretarse como indicadores de la disminución de los episodios de violencia psicológica, y en la distribución más equitativa de la responsabilidad económica y al involucramiento de las parejas en los temas relacionados con el embarazo. Esto último se puede interpretar como la disminución de la violencia económica, que, si bien es menos reconocida, puede resultar más significativa durante la gestación (Cochran, et al., 2023) y coloca en un estado de mayor vulnerabilidad a las mujeres durante el posparto, ya que incrementa la inseguridad sobre la capacidad para cubrir las necesidades básicas de alimentación, accesorios de cuidado para el bebé y atención médica (Scott et al., 2024). El grupo de acompañamiento permitió que las participantes elaboraran representaciones de sí mismas más conscientes, lo que favoreció una integración de afectos que se encontraban escindidos, desde esta perspectiva, la baja disminución de la sintomatología de salud mental en el posparto y el reconocimiento de una desigualdad en los cuidados del bebé y del hogar, podría indicar una mayor toma de consciencia y la posibilidad de simbolizar los conflictos que previamente estaban negados.

Leckman et al. (2004) menciona que el embarazo reactiva conflictos en los vínculos primarios, por lo cual las intervenciones que brinden un espacio de escucha y contención para las mujeres se vuelven esenciales para disminuir la sintomatología generada o que dichos conflictos se proyecten en el bebé que está por nacer, por ello las intervenciones sobre la VP

en esta etapa se vuelven necesarias para poder elaborar los conflictos reactivados. El embarazo es un momento donde las mujeres ven como oportunidad el trabajar aspectos que en otra etapa estarían negados o no tendrían la motivación para solicitar apoyo. Autores como Stern (1997) señalan que la maternidad es un momento de reorganización de la identidad de la mujer, que si bien reactiva traumas previos, es una posibilidad de reparación psíquica si existe un ambiente suficientemente bueno.

Entre los hallazgos de esta investigación, se encuentran las consecuencias en la salud física que la misma violencia genera. En el caso de las participantes se manifestaron con riesgo de parto prematuro, hipertensión, riesgo de preclamsia e infecciones de vías urinarias. Lo que coincide con datos reportados por la OMS en 2013, en donde se asocia la VP durante el embarazo y el aumento del riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, hipertensión y complicaciones obstétricas como preeclampsia e infecciones. A pesar de eso, las participantes no dejan de asistir a sus consultas de control prenatal, lo que puede representar indicios de cuidados hacia el bebé y a ellas mismas, Alhusen, y colaboradores (2015), sugieren que las mujeres víctimas de violencia que asisten de forma regular a sus controles prenatales podrían estar expresando vínculos afectivos con su bebé y estrategias de autocuidado, a pesar de la violencia.

Cabe resaltar la importancia de identificar las barreras para el acceso a servicios de atención psicológica en esta población, que generalmente se asocian al miedo y control por parte de la pareja violenta, la tendencia al aislamiento social, la culpa y vergüenza, así como la dificultad para reconocer la VP, particularmente en modalidades leve, lo que dificulta el reconocimiento de la necesidad de atención (Liang., et al., 2005). Se pueden identificar estas barreras en las dificultades de respuesta de las mujeres interesadas a participar en el grupo y en la cantidad

reducida de participantes que integró el grupo de acompañamiento que se puede considerar una consecuencia de la misma VP. De las seis mujeres que estaban consideradas para conformar el grupo de acompañamiento, sólo tres de ellas asistieron a las sesiones. Las tres que no asistieron, reportaron mayor frecuencia de los episodios de VP, así como un embarazo no deseado y la respuesta ante el embarazo fue de enojo y frustración, de igual forma fueron quienes tuvieron mayor dificultad para verbalizar los conflictos. Pallitto, (2005) reporta que las mujeres víctimas de violencia y con un embarazo no deseado tienen mayor probabilidad de aislarse, evitar espacios de ayuda y mostrar dificultad para elaborar verbalmente sus experiencias, lo que reduce su participación en intervenciones psicoterapéuticas, particularmente en modalidad grupal. Esto puede relacionarse a conflictos sobre la percepción de sí mismas (no sentirse merecedoras de apoyo), la capacidad de confiar en otros (Warshaw, 2013), o a funcionamientos de yo más regresivos que impide la elaboración simbólica del conflicto. Además, la presencia de sintomatología psicológica para el acceso y permanencia en los servicios de salud mental. Entre las dificultades se encuentran la baja consciencia de los síntomas, el estigma asociado a estos problemas, así como el miedo a ser juzgadas y el aislamiento social, factores relacionados a búsqueda tardía de ayuda y menor adherencia a los tratamientos (Clement et al., 2014; Liang et al., 2005). En este contexto, es importante reconocer que la intervención propuesta en esta tesis estuvo focalizada, orientada principalmente a la elaboración de la VP en nivel leve y el incremento de los recursos yoicos de las participantes. Por ello, su alcance resulta limitado frente a situaciones donde los síntomas de salud mental y la VP son más graves, en dichos casos se suele requerir de intervenciones más intensivas, individualizadas y multidisciplinarias (Bott et al., 2012).

El grupo de acompañamiento psicológico desde el enfoque psicodinámico breve y focalizado se centró en la reactivación de los recursos yoicos, mostrando ser un espacio seguro para que mujeres que viven VP en nivel leve durante el embarazo puedan elaborar sus experiencias perinatales. Este modelo logró construir escenarios clínicos que incrementó la identificación de la manifestación de la VP, donde las coterapeutas fungieron como yo auxiliar para promover la reactivación de los recursos yoicos de las participantes lo que contribuyó a la toma de decisiones, construcción de estrategias de autocuidado y para su seguridad. Estos hallazgos tienen implicaciones clínicas relevantes, y sugieren que intervenciones dirigidas a la elaboración VP, tendrían que orientarse a aumentar el reconocimiento de esta, en especial cuando se presenta en modalidad leve, ya que las manifestaciones suelen ser sutiles. Las intervenciones como la aquí propuesta pudieran contribuir a la prevención de síntomas más graves en la etapa perinatal. Es posible que este tipo de intervención breve se puede reaplicar con muestras similares, que se pueda brindar un enfoque preventivo y reparador para la salud mental materna y la calidad del VMI. Como lo sugiere la literatura revisada, la detección de antecedentes de vínculos violentos y sintomatología de salud mental en mujeres que atraviesan la etapa perinatal, son ventanas de oportunidad para una atención pertinente.

El modelo psicodinámico elegido para el análisis y diseño de esta intervención contribuye a un tratamiento que no sólo se enfoque en la disminución de la sintomatología, sino en el análisis de los vínculos tempranos, y de manera estructural, que facilite la integración del conflicto psíquico y el poder nombrarlo, contribuye al fortalecimiento de las funciones del yo de manera más adaptativa, promoviendo la capacidad de toma de decisiones, el pedir ayuda y el cuidado de sí misma, así como del bebé.

“Cuando buscamos ayuda psicológica emocional y todo esto es porque pues también nosotros ya nos estamos preocupando y nos estamos como dando amor a nosotras mismas, porque no todas las personas se atreven a dar este paso de ayuda [...] yo lo veo conmigo, dije necesito ayuda y pues la encontré [...] entonces ya entendí que cuando uno busca ayuda, ya está dándose uno ese amor que necesita y que no lo va a encontrar en ningún lado más que en uno mismo (S8, Paola)”

5.1 Limitaciones y recomendaciones

Una de las principales limitaciones de este trabajo es la poca cantidad de participantes que integraron el grupo psicoterapéutico, lo que limitó la dinámica grupal, así como la generalización de los resultados y ubica este estudio como un estudio piloto. Adicionalmente, la modalidad de la intervención, la cual fue en su mayoría virtual, limitó ciertos aspectos de la dinámica grupal. Se observó una menor interacción entre las participantes y redujo la posibilidad de registrar elementos de la comunicación no verbal, como el movimiento corporal y las facies de las participantes. Por ejemplo, María mantuvo su cámara apagada la mayor parte de las sesiones, lo que dificultó la observación clínica de sus reacciones emocionales y su participación dentro del grupo. En futuras intervenciones se recomienda priorizar, desde el encuadre inicial, la importancia del uso de la cámara y la generación de espacios que favorezcan la interacción entre las participantes, con el objetivo de fortalecer la cohesión grupal y el proceso de intervención.

Otra de las limitaciones relacionadas con la poca cantidad de participantes, se relaciona con la dificultad para establecer la dinámica grupal, ya que disminuyen la diversidad de subjetividades y experiencias cuando el número de participantes es limitado. Cuando el grupo es pequeño se disminuye la elaboración colectiva del conflicto psíquico y el sostenimiento del encuadre presenta un reto. La ausencia de una de las participantes impacta significativamente en la continuidad del proceso, porque las ausencias o deserciones pueden romper el encuadre

y limitar la consolidación del grupo. Se recomienda para futuras investigaciones contar con un mayor número de participantes para enriquecer la identificación y mejorar la dinámica grupal.

La confidencialidad y privacidad de las participantes se vio parcialmente limitada en la modalidad virtual, ya que no todas contaban con un espacio privado para poder tomar las sesiones; en algunos casos sus parejas irrumpían el espacio dónde se encontraban, lo que podría interferir en la continuidad de la sesión como en la seguridad de las participantes. La dificultad para garantizar condiciones adecuadas de privacidad en la modalidad virtual evidencia la necesidad de desarrollar y adaptar protocolos de seguridad digital específicos para mujeres que experimentan VP, que contemplen estrategias para resguardar su privacidad y reducir posibles riesgos durante la intervención.

Otra de las limitaciones del estudio, son las complicaciones de salud física propias del embarazo, que llegaron a dificultar el traslado y movilidad de las participantes, lo que hizo necesario mantener el formato virtual de la intervención. Si bien la intervención fue diseñada en modalidad breve y focalizada, intervenciones más ampliadas en tiempo podrían favorecer la profundización de la problemática de las participantes, permitiendo explorar los vínculos tempranos y la repetición de estos. Como lo menciona Valverde (2023), la psicoterapia psicodinámica breve, que facilita la comprensión de la repetición de los conflictos intrapsíquicos y de sus manifestaciones en los vínculos actuales, se ve limitada por el tiempo que dura el proceso de intervención. Por ello se recomienda que este tipo de intervenciones pueda extenderse más allá del embarazo, dando continuidad al proceso de intervención durante el posparto. La inclusión de sesiones adicionales que aborden las particularidades de esta etapa permitiría fortalecer el acompañamiento psicológico en un momento de constantes

cambios del posparto, y contribuir al desarrollo de mayores estrategias de afrontamiento. De igual manera, podría promover un efecto más sostenido de la intervención y en la consolidación del VMI.

Para futuras intervenciones con mujeres que viven violencia en su relación de pareja, se recomienda considerar desde el inicio la preferencia de cada participante respecto a la modalidad de atención (en línea o presencial), con el objetivo de favorecer su participación y nivel de interacción dentro del grupo de intervención. La posibilidad de elegir la modalidad podría contribuir a una mayor adherencia al proceso y a una participación más activa durante las sesiones. Así mismo, resulta relevante fortalecer las estrategias de reclutamiento mediante convocatorias en lugares estratégicos, como centros de salud o servicios donde las mujeres acuden a sus controles prenatales. La vinculación con estos espacios podía facilitar el acceso a un mayor número de posibles participantes y favorecer la conformación de grupos más amplios, lo que permitiría continuar evaluando la efectividad de este tipo de intervenciones en población perinatal. Se sugiere difundir la información de concientización de la VP en el embarazo y las consecuencias en la salud mental perinatal, que incremente la visibilización de esta problemática que contribuya a una mayor identificación de situaciones de VP para una búsqueda de apoyo pertinente.

Finalmente, resulta relevante el diseño y validación de instrumentos de evaluación que midan de manera específica la VP en la etapa perinatal, ya que contar con las herramientas particulares de este periodo, favorecería una detección más precisa de las mujeres que experimentan VP, y contribuiría a mejorar los procesos de intervención y atención clínica.

Capítulo 6. Conclusiones

A modo general se puede concluir que una intervención de psicoterapia grupal psicodinámica durante el embarazo mostró reducción a corto plazo de los síntomas de depresión y ansiedad que presentan las mujeres con experiencias de VP leves.

La VP leve que vivieron las participantes de este estudio está caracterizada, principalmente por violencia psicológica que se traduce en conductas de control, invalidación de sus emociones, y un rol más pasivo por parte de las parejas, logrando deslindarse de responsabilidades en las tareas de la casa y en todo lo referente al embarazo de sus parejas. Este nivel y tipo de VP se asoció con síntomas que indicaron episodios depresivos y de ansiedad actuales en las mujeres durante el embarazo, como lo fueron llanto frecuente, preocupación por el futuro y las tareas de crianza, retraimiento, irritabilidad. Lo que coincide con otras investigaciones que asocian la presencia de VP y los síntomas de depresión y ansiedad durante el embarazo. Destaca, asimismo, que las tres participantes del estudio que concluyen la intervención y reportaron VP leve, todas experimentaron embarazos no deseados ni planeados. Los resultados del presente estudio coinciden con la literatura existente que resalta cómo la VP tiene un impacto negativo en la salud mental perinatal y por ello se vuelve necesario realizar intervenciones tempranas y focalizadas (Howard et al., 2013).

El grupo de acompañamiento con enfoque psicodinámico, breve y focalizada, contribuyó al fortalecimiento de las funciones yoicas de las participantes que favoreció el incremento de reconocimiento de la manifestación VP, así como a disminuir su normalización, promover la toma de decisiones que establezcan medios de protección y búsqueda de apoyo. La modalidad grupal permitió que las participantes construyeron una red de apoyo más segura y con capacidad de sostenerlas emocionalmente, se pudieron ver identificadas y reflejadas con

otras mujeres que están pasando por lo mismo, en un espacio seguro, donde no se justifiquen ni invaliden sus emociones. El proceso grupal facilita la elaboración de los conflictos y la verbalización de las emociones. Sin embargo, destaca que el efecto favorable en la salud mental perinatal de las mujeres, no se sostuvo por completo en el primer mes de posparto, después de concluida la intervención. Esto sugiere que este tipo de intervención podría ampliarse a un número mayor de sesiones para llegar a profundizar en las relaciones objetales de las participantes y mantenerse durante el primer mes de posparto que resulta altamente estresor para las mujeres. El modelo teórico elegido contribuyó a la construcción de un proceso de simbolización, donde se incrementó la conciencia de la violencia, y de las consecuencias de esta, que tuvo un impacto en la capacidad de regulación de afectos, anticipación de respuestas emocionales y la toma de decisión más adaptativa. Podría suponerse que la intervención no solo tuvo impacto en los síntomas, sino en los procesos intrapsíquicos, que puedan prevenir recaídas en la sintomatología de salud mental perinatal y/o en las alteraciones vinculares.

El diseño de intervenciones clínicas en salud mental debe reconocer el periodo perinatal no solo como una etapa de cambios físicos y biológicos, sino como un proceso de reorganización psíquica en la mujer, donde se reactivan conflictos psíquicos previos, reviviendo la historia de los vínculos primarios y las representaciones asociados a estos. Los síntomas de depresión y ansiedad durante este periodo a menudo son manifestaciones sintomáticas de estos conflictos psíquicos, que se incrementan por la presencia de ambientes violentos, y las exigencias del nuevo rol materno, es decir, por la adaptación a la función materna. Por ello resulta de vital importancia, comprender este periodo sensible y los factores asociados para poder garantizar evaluaciones y abordajes integrales de la salud mental perinatal, así como de los factores de

riesgo asociados en condiciones de alta vulnerabilidad como lo es la VP. Generar espacios de intervención que prioricen la escucha y contención de las mujeres que viven violencia, y que reconozcan las dinámicas profundas, así como a repetición inconsciente de dinámicas que se reactivan en la etapa perinatal se vuelve indispensable, ya que permiten que las mujeres puedan resignificar sus experiencias, permitiendo el fortalecimiento del yo y la integración de estas. Si las intervenciones promueven la resignificación de los vínculos, que se logran en proceso de atención ampliados, en donde las mujeres tengan una mayor conciencia y autonomía de sí misma, podrá impactar de manera efectiva en la calidad del VMI.

Las etapas de evaluación, como la realizada durante el primer mes de posparto, permitieron conocer la eficacia de la intervención grupal, donde se identificó un mantenimiento parcial de la mejoría de los síntomas en la mayoría de las participantes, aunado a la calidad del VMI. El efecto post-intervención, se manifestó principalmente en las estrategias de autocuidado y toma de decisiones que posibilitó la creación de espacios más seguros para ellas y sus bebés. Resulta importante, considerar la influencia de factores externos y estructurales, no considerados inicialmente en el diseño de la intervención, como la interrupción de estudios y el bajo apoyo social, que incrementaron la sintomatología durante el posparto a pesar de la mejoría a corto plazo.

Se identificaron barreras para el acceso a los servicios de atención, que coinciden con las reportadas por la literatura, las mujeres que presencian niveles más graves de VP en su relación tienden al aislamiento y a la normalización de la violencia. Se confirmó el papel del apoyo social como factor protector esencial para la reducción de la VP y la mejora de la salud mental, en donde las redes de apoyo familiar, social como profesional, funcionan como sostén que puede contrarrestar la vulnerabilidad que la VP genera en periodos perinatales.

Para finalizar, esta investigación resalta la importancia de integrar el enfoque psicodinámico a las intervenciones en salud mental perinatal como una estrategia de atención clínica y preventiva, especialmente en contextos donde la VP se mantiene invisibilizada y normalizada.

Referencias

- Aiquipa Tello, J. J., & Canción Suárez, N. M. (2020). Mujeres supervivientes de violencia de pareja: factores y procesos psicológicos implicados en la decisión de permanecer o abandonar la relación. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(1), 189-202. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7139>
- Agarwal, S., Prasad, R., Mantri, S., Chandrakar, R., Gupta, S., Babhulkar, V., Srivastav, S., Jaiswal, A., & Wanjari, M. B. (2023). A Comprehensive Review of Intimate Partner Violence During Pregnancy and Its Adverse Effects on Maternal and Fetal Health. *Cureus*, 15(5), e39262. <https://doi.org/10.7759/cureus.39262>
- Aguayo, F., Barker, G., & Kimelman, E. (2016). Editorial: Paternidad y Cuidado en América Latina - Ausencias, Presencias y Transformaciones. *Masculinities & Social Change*, 5(2), 98-106. <https://doi.org/10.17583/mcs.2016.2140>
- Aguilar de Mendoza, A. S., & Quintanilla-Campos, M. N. (2021). El apoyo social presente en el embarazo y puerperio de la madre adolescente. *Revista Entorno*, (72), 55–65. <https://doi.org/10.5377/entorno.v1i72.13238>
- Ahmed, A. G. M., Saeed, M. M., Hussein, H. A., & Nahas, H. G. E. (2024). Relation Between Intimate Partner Violence During Pregnancy and Postpartum Mother Psychological Wellbeing. *South Eastern European Journal Of Public Health*, 291-296. <https://doi.org/10.70135/seejph.vi.1672>
- Albuja, A. F., Lara, M. A., Navarrete, L., & Nieto, L. (2016). Social Support and Postpartum Depression Revisited: The Traditional Female Role as Moderator among Mexican Women. *Sex Roles*, 77(3-4), 209-220. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0705-z>

- Alhusen, J. L., Ray, E., Sharps, P., & Bullock, L. (2015). Intimate partner violence during pregnancy: Maternal and neonatal outcomes. *Journal of Women's Health, 24*(1), 100–106. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4872>
- Alvarado Esquivel, C., Sifuentes Alvarez, A., & Salas Martínez, C. (2014). Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a population of adult pregnant women in Mexico. *Journal of Clinical Medicine Research, 6*(5), 374–378. <https://doi.org/10.14740/jocmr1883w>
- American Psychological Association. (2010). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Ansarifar, F., Rahimzadeh, M., Keshavarz, M., Babaheidari, T. B., & Saeieh, S. E. (2023). Predictor Role of Intimate Domestic Violence During Pregnancy and Mental Health in Maternal Competency with Moderating Role of Mother-infant Attachment: A Structural Equation Model. *Current Women's Health Reviews, 20*(6). <https://doi.org/10.2174/0115734048259773230920104420>
- Antoniou, E., Stamoulou, P., Tzanoulinou, M., & Orovou, E. (2021). Perinatal Mental Health; The Role and the Effect of the Partner: A Systematic Review. *Healthcare, 9*(11), 1572. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111572>
- Aschbacher, K., Hagan, M., Steine, I. M., Rivera, L., Cole, S., Baccarella, A., Epel, E. S., Lieberman, A., & Bush, N. R. (2021). Adversity in early life and pregnancy are immunologically distinct from total life adversity: Macrophage-associated phenotypes in women exposed to interpersonal violence. *Translational Psychiatry, 11*(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01498-1>

- Asencios-Gonzalez, Z. B., Vara-Horna, A. A., & McBride, J. B. (2023). Intimate Partner Violence Against Women and Labor Productivity: The Mediating Role of Morbidity. *Violence Against Women*, 30(11), 2828-2852. <https://doi.org/10.1177/10778012231163572>
- Asociación Médica Mundial. (2019). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos>
- Austin, M. P., & Priest, S. R. (2005). Clinical issues in perinatal mental health: New developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(2), 97–104. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00549.x>
- Bacchus, L. J., Ranganathan, M., Watts, C., & Devries, K. (2018). Recent intimate partner violence against women and health: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*, 8, e019995. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019995>
- Ballester, A., & Villanueva, L. (2014). Valoración psicológica en delitos de violencia de género mediante el Inventario Clínico y Multiaxial de Millon III (MCMIII). *Anuario de Psicología Jurídica*, 24(1), 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2014.06.001>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>

- Bedoya, M. H., & Giraldo, M. L. (2011). Vivir la violencia materna: La voz de los niños y las niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 9(2), 607–617.
- Bejarano, G., Roldan-Arbieto, L., Loayza-Alarico, M., & Arango-Ochante, P. (2024). Los Factores asociados a violencia intrafamiliar en gestantes de un centro materno infantil en Perú.: Factors associated with intrafamily violence in pregnant women in a Peruvian mother-child center. *Revista De La Facultad De Medicina Humana*, 24(4), 95–100. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v24i4.6455>
- Beitia, J. M. A. (2014). *Cómo hacer de un niño un psicópata: Claves psicológicas de la violencia*. Biblioteca Nueva.
- Bellak, L. (1983). *Short-term therapy for selected patients: A manual*. Grune & Stratton.
- Bellak, L., & Golsmith, L. (1993). *Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo*. Manual Moderno.
- Benjamin, J. (1988). *The Bonds of Love: Psychoanalysis, Feminism, and the Problem of Domination*. Pantheon.
- Berenstein, I. (1990). *Psicoanalizar una familia* (1ª ed.). Editorial Paidós.
- __ (2001). El vínculo y el otro. *Psicoanálisis APdeBA*, 23(1).
- Bernard, M. (2006). *El psicoanálisis de las configuraciones vinculares*. Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo (AAPPG).
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann.
- Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy: A psychological view. *Ginekologia Polska*, 89(2), 102–106. <https://doi.org/10.5603/GP.a2018.0017>

- Black, D. S., Sussman, S., & Unger, J. B. (2009). A Further Look at the Intergenerational Transmission of Violence: Witnessing Interparental Violence in Emerging Adulthood. *Journal Of Interpersonal Violence, 25*(6), 1022-1042.
<https://doi.org/10.1177/0886260509340539>
- Bleichmar, N. M., & De Bleichmar, C. L. (1997). *El psicoanálisis después de Freud: Teoría y clínica*. Paidós Mexicana Editorial.
- Bolaños Villalobos, A. M. (2022). *Madres por decreto: Gestar, parir y criar. Un análisis de roles y discursos presentes en la vida cotidiana de las mujeres en torno a la maternidad, con perspectiva de género en el año 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Costa Rica].
<https://repositorio.una.ac.cr/server/api/core/bitstreams/1ea7076e-6b66-45c4-a4f3-45b8d84e65ce/content>
- Bott, S., Guedes, A. C., Goodwin, M. M., & Mendoza, J. A. (2012). *Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A Comparative Analysis of Population-based Data from 12 Countries*.
- Breaking the mould* | Oxfam International. (2019, 25 enero). Oxfam International.
<https://www.oxfam.org/en/research/breaking-mould>
- Brockington, I. (2011). Maternal rejection of the young child: Present status of the clinical syndrome. *Psychopathology, 44*(5), 329–336. <https://doi.org/10.1159/000325058>
- Brockington, I., Butterworth, R., & Glangeaud-Freudenthal, N. (2017). An international position on mother–infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Archives of Women's Mental Health, 20*(1), 113–120.
<https://doi.org/10.1007/s00737-016-0684-7>

- Brockington, I., Chandra, P., Bramante, A., Dubow, H., Fakher, W., García, L., & Shieh, P. L. (2017). The Stafford Interview: A comprehensive interview for mother-infant psychiatry. *Archives of Women's Mental Health*, 20(1), 107–112.
<https://doi.org/10.1007/s00737-016-0683-8>
- Bustelo, M., Suaya, A., Viollaz, M., & Martinez, K. (2024). *Incorporating Men into Caregiving Tasks: Dismantling Barriers and Reframing Roles in Latin America and the Caribbean*. <https://doi.org/10.18235/0005665>
- Bydlowski, M. (2007). *La deuda de vida: Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Biblioteca Nueva.
- Calcagni, S. C., Olivos, A. M., Valdés, M. I. G., & Berrocal, P. Z. (2021). Perinatal mental health in Chilean mothers. *Andes Pediatría*, 92(5), 724–732.
<https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i5.3519>
- Cervantes-Sánchez P, Delgado-Quiñones EG, Nuño-Donlucas MO, Sahagún-Cuevas MN, Hernández-Calderón J, Ramírez-Ramos JK. Prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 35 años de una unidad de medicina familiar [Prevalence of domestic violence in pregnant women from 20 to 35 years in a family medicine unit]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016 May-Jun;54(3):286-91. Spanish. PMID: 27100972.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (CDHCU). (2007). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* (última reforma DOF 18-04-2023).
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Caruso, I. (2005). *La separación de los amantes: Una fenomenología de la muerte*. Siglo XXI.

- Castro, R. (2004). *Violencia contra mujeres embarazadas: Tres estudios sociológicos*. CRIM-UNAM.
- Castro, R., García, L., Ruíz, A., & et al. (2006). Desarrollo de un índice para medir la violencia contra las mujeres para estudios comparativos entre México y Estados Unidos. *Journal of Family Violence*, 21(2), 95–104. <https://doi.org/10.1007/s10896-005-9005-z>
- Chen, L., Zain, N. M., Qin, Q., Bakar, R. S., Li, P., & Li, A. (2025). Risk factors for perinatal intimate partner violence: a global systematic review and meta-analyses. *BMC Women S Health*, 25(1), 528. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-04078-3>
- Chiesa, A. E., Kallechey, L., Harlaar, N., Ford, C. R., Garrido, E. F., Betts, W. R., & Maguire, S. (2018). Intimate partner violence victimization and parenting: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 80, 285–300. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.028>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2014). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27. <https://doi.org/10.1017/s0033291714000129>
- Cochran, K. A., Kashy, D. A., Bogat, G. A., Levendosky, A. A., Lonstein, J. S., Nuttall, A. K., & Muzik, M. (2023). Economic hardship predicts intimate partner violence victimization during pregnancy. *Psychology of Violence*, 13(5), 396–404. <https://doi.org/10.1037/vio0000454>
- Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Herder Editorial.

- Collins, P. H. (2000). *Pensamiento feminista negro: Conocimiento, conciencia y política de empoderamiento*. Routledge.
- Contreras-Carreto, N. A., Moreno-Sánchez, P., Márquez-Sánchez, E., Vázquez-Solares, V., Pichardo-Cuevas, M., Ramírez-Montiel, M. L., Segovia-Nova, S., González-Yóquez, T. A., & Mancilla-Ramírez, J. (2022). Perinatal mental health and recommendations for integral care in gyneco-obstetric hospitals. *Cirugía y Cirujanos (English Edition)*, 90(4), 564–572. <https://doi.org/10.24875/CIRU.21000003>
- Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: I. Impact on maternal mood. *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), 412–419. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.5.412>
- Cuesta-García, A., Fernández-Lansac, V., & Crespo, M. (2022). Barriers to access intimate partner violence services in female Romanian immigrants in Spain: A Delphi study. *Journal of Community Psychology*, 51(1), 297–318. <https://doi.org/10.1002/jcop.22904>
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. Casa do Psicólogo.
- Cox, J., Holden, J. M. C., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Davins, M., Hernández, V., & Aznar, B. (2014). ¿Por qué no se separan? Aplicando la teoría de Fairbairn al caso de una mujer maltratada. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 26(1), 45–58.
- de Castro, F., Place, J. M., Hinojosa, N., & Billings, D. L. (2014). *Violencia de pareja durante el embarazo y depresión postnatal: Prevalencia y asociación en mujeres mexicanas*. *Género y Salud en Cifras*, 12(3). Centro Nacional de Equidad de Género y

Salud Reproductiva, Secretaría de Salud.

http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen12_3/Violencia_de_pareja.pdf

De Gracia, M. (2019). Repercusiones perinatales tras violencia de género en la mujer embarazada: Una revisión bibliográfica. *Musas*, 4(1), 3–21.

<https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.1>

Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV—Clinical Version translated into Portuguese. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 156–159.

<https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000300008>

Delgado-Herrera, M., Aceves-Gómez, A. C., & Reyes-Aguilar, A. (2024). Relationship between gender roles, motherhood beliefs and mental health. *PLoS ONE*, 19(3), e0298750. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298750>

Devries, K. M., Kishor, S., Johnson, H., Stöckl, H., Bacchus, L. J., Garcia-Moreno, C., & Watts, C. (2010). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 25–33.

Devries, K. M., Mak, J. y. T., García-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., Lim, S., Bacchus, L. J., Engell, R. E., Rosenfeld, L., Pallitto, C., Vos, T., Abrahams, N., & Watts, C. H. (2013). The Global Prevalence of Intimate Partner Violence Against Women. *Science*, 340(6140), 1527-1528. <https://doi.org/10.1126/science.1240937>

Díaz-Ogallar, M. A., Martínez-Vázquez, S., Peinado-Molina, R. A., Hernández-Martínez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2025). Intimate partner violence during the perinatal

period and women's risk of anxiety, depression, and suicidal ideation. *Public Health*, 248, 105930. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.105930>

Dokkedahl, S. B., Kirubakaran, R., Bech-Hansen, D., Kristensen, T. R., & Elklit, A. (2022). The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: a systematic review with meta-analyses. *Systematic Reviews*, 11(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02025-z>

Donovan, B. M., Spracklen, C. N., Schweizer, M. L., Ryckman, K. K., & Saftlas, A. F. (2016). Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(8), 1289–1299. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13928>

Doubova, S. V., Pámanes-González, V., Billings, D. L., & Del Pilar Torres-Arreola, L. (2007). Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 582-590. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102007000400012>

Duque Moreno, J., Rueda Castillo, L. P., Pabón Poches, D. K., Guzmán Pacheco, J. F., & Acevedo Carvajal, C. P. (2024). Programas de intervención psicológica para el abordaje de la violencia de pareja: Revisión sistemática en el periodo 2010 a 2022 en cuatro países iberoamericanos. *Pensando Psicología*, 20(2), 1–25. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2024.02.01>

Dutton, M. A. (2025). Mental Health and Intimate Partner Violence. En *Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective* (2.^a ed., pp. 502-526). <https://doi.org/10.1093/oso/9780197758991.003.0018>

- Eagly, A. H., & Wood, W. (2012). Social role theory. En P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 458–476). Sage.
- Echegoyen, A. (1996). Intervenciones terapéuticas en el embarazo y el puerperio [Ponencia]. *X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.)*, Santander.
<https://www.seypna.com/documentos/articulos/echegoyen-intervenciones-terapeuticas-embarazo.pdf>
- Eikemo, R., Barimani, M., Elvin-Nowak, Y., Eriksson, J., Vikström, A., Nyman, V., Backman-Enelius, M., & Jonas, W. (2023). Intimate partner violence during pregnancy – Prevalence and associations with women’s health: A cross-sectional study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 36, 100843.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100843>
- Ellsberg, M., & Heise, L. (2005). *Researching violence against women: A practical guide for researchers and activists*. World Health Organization & PATH.
- Elías, B. (2018). *La madre y el bebé: La importancia del vínculo temprano*. Blog del Centro ELEIA. <https://www.centroeieia.edu.mx/blog/la-madre-y-el-bebe-la-importancia-del-vinculo-temprano/>
- Estadísticas del Banco Nacional de Datos e Información sobre Casos de Violencia contra las mujeres* (2025, 21 de octubre). BANAVIM. <https://banavim.mujeres.gob.mx/reportes-publicos>
- Fairbairn, W. R. D. (1952). The repression and the return of bad objects (with special reference to the “war neuroses”). En *Psychoanalytic studies of the personality* (pp. 59–81). Routledge & Kegan Paul. (Trabajo original publicado en 1943)

- Faur, E. (2020). *El cuidado infantil en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Fernández, A. M. (2018). *La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Field, T. (2017). Prenatal anxiety effects: A review. *Infant Behavior and Development*, 49, 120–128.
- Figuroa Chavarría, M. M., & Luna Lara, M. G. (2021). La violencia contra las mujeres en la pareja: principales perspectivas desde la psicología. *Caleidoscopio: Revista Semestral de Ciencias Sociales y Humanidades*, 24(44). <https://doi.org/10.33064/44crscsh2666>
- Fiorini, H. (2001). *La práctica de la psicoterapia: De la teoría a la clínica*. Paidós.
- _ (2002). *Teoría y técnica de psicoterapias* (1ª ed., 19ª reimp.). Nueva Visión.
- Fraiberg, S., Adelson, E. y Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387–421.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307–335.
- Foulkes, S. H. (1986). *Psicoterapia grupo-analítica: Método y principios*. Gedisa Mexicana.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. En *Obras completas* (Vol. XIV). Amorrortu.
- _ (1917). *Duelo y melancolía*. En *Obras completas* (Vol. XIV). Amorrortu.
- _ (1938). *Esquema del psicoanálisis*. En *Obras completas* (Vol. XXIII). Amorrortu.
- _ (1989). *Obras completas*. Amorrortu.
- Fulgencio Juárez, R., Heredia, M., Elena, C., Rodríguez, V., de Jesús, T., & Tena, O. (2017). Relación entre violencia de pareja y salud general en mujeres embarazadas con

educación superior. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(3), 25–38.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255774003>

Galán Jiménez J., Figueroa Varel M., (2017). Gaslighting. La invisible violencia psicológica.

UARICHA. Revista de psicología, 53-60. <https://ru.dgb.unam.mx/items/76d41016-639c-42f7-9073-4f558bbfef3e>

Galbally, M., Watson, S., MacMillan, K., Sevar, K., & Howard, L. M. (2024). Intimate

partner violence across pregnancy and the postpartum and the relationship to depression and perinatal wellbeing: findings from a pregnancy cohort study. *Archives Of Women S Mental Health*, 27(5), 807-815. <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01455-z>

García, M. T., Velázquez, S. H., & Puerto, A. G. (2024). Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer por la pareja. *Atención Primaria*.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102903>

Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal

depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 3(10), 973–982. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)

Gentes, G. (2020). Aportes del psicoanálisis y estudios de género a los trastornos depresivos

perinatales. *Aesthetika: Revista Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte*, 5(9), 92–107. www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifpPágina|92

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*.

Harvard University Press.

- Gómez López, M. G., Calva, E. A., González, G., Cecilia, C., González, M., Antonio, M., & Pichardo, S. (2009). Psicoterapia de grupo para mujeres con embarazo de alto riesgo. *Revista de Psicoterapia de Grupo*, 27, 215–225.
- Gómez, C. B., & Rosales, C. N. S. (2015). Relaciones objetales en una mujer víctima de violencia intrafamiliar: un estudio de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4), 1657–1689.
- Gómez, E. (2017). La interpretación en la psicoterapia de grupo psicoanalítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 379–398.
<https://doi.org/10.4321/s0211-57352017000200004>
- Gómez, R. (1986). *Mujer, deseo y embarazo*. Fundamentos Editorial.
- Gómez, R. (2020). *Prevalencia de violencia de pareja durante el embarazo en mujeres que acuden a control prenatal en el HGR C/MF No. 1* [Tesis de especialidad en medicina familiar, Universidad Nacional Autónoma de México].
- González de Rivera, J. L. (1992). La evaluación psicodinámica de las funciones del yo. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicopatología*, 13(8), 11–48.
http://gonzalezderivera.com/art/pdf/92_A101_01.pdf
- González-Terrazas, F. L., Paredes-Juárez, S., Ríos-Rivera, C. E., Saldaña-Almazán, J., Paredes-Solís, S., & Andersson, N. (2022). Occurrence and associated factors with physical and psychological violence on pregnant women users of a motherhood and children hospital. *Ginecología y Obstetricia de México*, 90(7), 569–578.
<https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.7518>
- Gorenstein, C., & Andrade, L. (1996). Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 18(1), 19–23.

- Grace, K. T., & Anderson, J. C. (2016). Reproductive Coercion: A Systematic review. *Trauma Violence & Abuse, 19*(4), 371-390. <https://doi.org/10.1177/1524838016663935>
- Grace, K. T., Gupta, J., Fay, K., Altay, T., Kanselaar, S., & Miller, E. (2025). Pregnancy, Birth, and Mental Health Outcomes Associated With Recent Reproductive Coercion and Intimate Partner Violence in a Crowd-Sourced National Sample. *Journal Of Midwifery & Women S Health, 70*(5), 695-706. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13758>
- Grigoriadis, S., & Ravitz, P. (2007). An approach to interpersonal psychotherapy for postpartum depression: Focusing on interpersonal changes. *Canadian Family Physician, 53*(9), 1469–1475.
- Guzmán, M. M., & Pantoja, L. (2024). *Prevalencia de Violencia de Género en Mujeres atendidas por Matronas/Matronas en Centros de Salud Primaria durante la Gestación y Postparto: Estudio Multicéntrico en Latinoamérica*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10365747>
- Habigzang, L. F., Gomes, F. P. M., & Maciel, Z. L. (2019). Terapia cognitivo-conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas, 13*(2), 149–264. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>
- Han, A., & Stewart, D. E. (2013). Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics, 124*(1), 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.06.037>
- Herrera, S. R., Ruiz-Herrera, S., Rincón-Elvira, B. E., & Álvarez-Centeno, G. (2022). Violencia de género durante la gestación. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 39*(2), 93–98.

- Hicks, M. H.-R., Mohsin, M., Silove, D., Fisher, J., Moussa, B., Steel, Z., et al. (2021). Attitudes towards gender roles and prevalence of intimate partner violence perpetrated against pregnant and postnatal women: Differences between women immigrants from conflict-affected countries and women born in Australia. *PLoS ONE*, *16*(7), e0255105. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255105>
- Hirigoyen, M.-F. (2006). *Mujeres maltratadas: Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Paidós.
- Hudson, W. W., & McIntosh, S. R. (1981). The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and the Family*, *43*(4), 873–888.
- Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., Theran, S. A., & Bogat, G. A. (2004). The impact of domestic violence on mothers' prenatal representations of their infants. *Infant Mental Health Journal*, *25*(2), 79–98. <https://doi.org/10.1002/imhj.10094>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2021, diciembre 14). *Resultados de la primera Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021* [Comunicado de prensa núm. 772/21]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021*. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2023). *Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enasic/2022/>

- Instituto Nacional de Salud Pública & Secretaría de Salud. (2003). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003*.
- Jadresic, M. E. (2017). Postpartum depression in the context of the general hospital. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 874–880.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.10.007>
- Jahanfar, S., Howard, L. M., & Medley, N. (2014). Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009414.pub3>
- Jiménez, A. (2020). *Eficacia del programa de psicoprofilaxis del parto en niveles de ansiedad de mujeres embarazadas* [Tesis de licenciatura, Universidad Central del Ecuador].
- Kaës, R. (2007). *El sujeto del grupo: Lo inconsciente en los grupos*. Amorrortu.
- Kelly, L. (1988). *Surviving sexual violence*. Polity Press.
- Kernberg, O. (1998). *Internal world and external reality: Object relations theory applied*. Jason Aronson.
- Klein, M. (1937). Amor, culpa y reparación. En *Amor, culpa y reparación y otros trabajos (1921-1945)* Buenos Aires: Paidós.
- _ (1935/1990). Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos. En *Amor, culpa y reparación y otros trabajos (1921–1945)*. Buenos Aires: Paidós.
- _ (1946/1990). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Amor, culpa y reparación y otros trabajos (1921–1945)*. Buenos Aires: Paidós.
- _ (1996). *Envidia y gratitud y otros trabajos (1946-1963)* (Vol. 3). Paidós. (Obra original publicada en 1975).

- Kiely, M., El-Mohandes, A. A. E., El-Khorazaty, M. N., & Gantz, M. G. (2010). An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, *115*(2 Pt 1), 273–283.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181cbd482>
- Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Perinatal depression: A review on diagnosis and treatment strategies. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *31*(2), 139–149.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004>
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization.
- Lafaurie-Villamil, M. M., & Cuadros-Salazar, L. L. (2015). Intimate partner violence during pregnancy and its impact on mental health. *Ciencia y Cuidado*, *12*(2), 100–116.
- Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo: Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas y Horas.
- Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, *5*, 24794. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24794>
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis* (1ª ed., 6ª reimp.). Paidós.
- Lamas, M., (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, *7*(18), 0.
- Lara, MA (1993). *Inventario de masculinidad y feminidad (IMAFE)*. México, DF: El Manual Moderno.
- Lara, M. A., Navarrete, L., & Nieto, L. (2012). Depresión perinatal: Prevalencia, detección y atención en México. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, *38*(2), 9–25.

- Lara, M. A., & Navarrete, L. (2016). Prenatal predictors of maternal attachment and its association with postpartum depressive symptoms in Mexican women at risk of depression. *Maternal and Child Health Journal, 20*(10), 2108–2115. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2223-6>
- Lau, Y., & Chan, K. S. (2007). Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among Chinese women in Hong Kong. *Journal of Midwifery & Women's Health, 52*(2), e15–e20. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.09.001>
- Leichsenring, F., & Leibling, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications, and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80*(2), 217–228. <https://doi.org/10.1348/147608306X117394>
- Lemoine-Luccioni, E. (1976). *La partición de las mujeres*. Amorrortu.
- Levendosky, A. A., Bogat, G. A., & Huth-Bocks, A. C. (2011). The influence of domestic violence on the development of the mother–child attachment relationship. *Psychoanalytic Psychology, 28*(4), 512–527. <https://doi.org/10.1037/a0024561>
- Lebovici, S. (1995). Los vínculos intergeneracionales (transmisión y conflictos): Las interacciones fantasmáticas. En S. Lebovici & F. Weil-Halpern (Eds.), *Psicopatología del bebé* (pp. 112–120). Siglo XXI.
- Liang, B., Goodman, L., Tummala-Narra, P., & Weintraub, S. R. (2005). A theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology, 36*(1–2), 71–84. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-6233-6>

- Lloret, I. A. (2004). Enfoque narrativo y violencia: Intervención con mujeres que sufren maltrato. *Revista de Estudios de Género*.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1048428>
- López-Yarto, L. (2002). Terapia de grupo o terapia en grupo. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*, 10.
<https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000193&a=Terapia-de-grupo-o-terapia-en-grupo>
- Lorenzo, P. F. (2020). *Psicología del embarazo*. Síntesis.
- Lujambio, M. (2016). *Embarazo y maternidad: Una aproximación desde el psicoanálisis* [Tesis de licenciatura, Universidad de la República, Uruguay].
- Lucchese, Gabrielle dos Santos, Avoglia, Hilda Rosa Capelão, & Silva, Patrícia Oliveira. (2017). A dinâmica psíquica e as estruturas defensivas da mulher vítima de violência doméstica. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 37 (92), 24-39.
- Ma, J., & Zhang, S. (2025). Prevalence and risk factors of intimate partner violence among pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 25(1), 1104. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08209-4>
- Maghalian, M., Nikanfar, R., Nabighadim, M., & Mirghafourvand, M. (2024). Comparison of maternal-fetal attachment, anxiety, depression, and prevalence of intimate partner violence in Iranian women with intended and unintended pregnancy: A cross-sectional study. *BMC Psychology*, 12(1), Article 1847.
<https://doi.org/10.1186/s40359-024-01847-x>
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal Of Experimental Psychology General*, 105(1), 3-46.
<https://doi.org/10.1037/0096-3445.105.1.3>

- Maldonado, M., & Lartigue, T. (2011). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. En M. Maldonado & I. Brockington (Eds.), *La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal* (pp. 1–17). Organización Panamericana de la Salud.
- Martín, J. M. S., Soler Sánchez, M. M., Ninot, L. G., & Parés, M. S. (2020). ¿Qué es el grupoanálisis? *Clínica e Investigación Relacional*, *14*(2), 377–390.
<https://www.redalyc.org/journal/2650/265065260008/html>
- Martínez, A. P., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E., & Páez-Rovira, D. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: Una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de Psicología*, *32*(1), 295–306.
<https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>
- Martínez-Galiano, J., & Delgado-Rodríguez, M. (2020). Violencia en mujeres embarazadas por parte de su pareja íntima: Factores predisponentes. *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España*. <https://www.msrebs.es/resp>
- Martínez-Paredes, J. F., & Jácome-Pérez, N. (2019). Depression in pregnancy. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *48*(1), 58–65. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>
- Matud, M. P., Gutiérrez, A. B., & Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Anuario de Psicología*, *88*(1), 65–80.
- McFarlane, J., Soeken, K. L., & Wiist, W. H. (2000). An evaluation of interventions to decrease intimate partner violence to pregnant women. *Public Health Nursing*, *17*(6), 443–451. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2000.00443.x>
- McFarlane, J., Symes, L., Binder, B. K., Maddoux, J., & Paulson, R. (2014). Maternal–child dyads of functioning: The intergenerational impact of violence against women on

children. *Maternal and Child Health Journal*, 18(9), 2236–2243.

<https://doi.org/10.1007/s10995-014-1473-4>

Mella, M., Binfa, L., Carrasco, A., Cornejo, C., Cavada, G., & Pantoja, L. (2021). *Violencia contra la mujer durante la gestación y posparto infligida por su pareja en Centros de Atención Primaria de la zona norte de Santiago, Chile. Revista Médica de Chile*, 149.

Méndez Sánchez, María del Pilar, Barragán Rangel, Adrian, Peñaloza Gómez, Rafael, & García Méndez, Mirna. (2022). Severidad de la violencia de pareja y reacciones emocionales en mujeres. *Psicumex*, 12, e400. Epub 30 de mayo de 2022. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.400>

Mendoza, F. M. (2008). *Violencia de género, embarazo y autoestima en un área urbana de la Ciudad de México. Revista de Enfermería Herediana*, 1(1), 40–47.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-559629>

Mojica-Perilla, M., Redondo-Rodríguez, S., & Osma-Zambrano, S. E. (2019). *Depresión y ansiedad prenatal: Una revisión de la literatura. MedUNAB*, 22(2), 200–212.

<https://doi.org/10.29375/01237047.2820>

Najmi, L. A., & Mirghafourvand, M. (2024). The relationship between spousal violence, maternal functioning, depression, and anxiety among Iranian postpartum mothers: a prospective study. *BMC Psychology*, 12(1), 516. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02036-6>

Navarrete, L., Lara, M., Gómez, M., & Morales, F. (2012). *Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad postnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. Revista de Investigación Clínica*, 64(6.11), 625–633.

- Navarrete, L., Nieto, L., & Lara, M. A. (2020). Intimate partner violence and perinatal depression and anxiety: Social support as moderator among Mexican women. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 27, 100569. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100569>
- O'Reilly, R., Beale, B., & Gillies, D. (2010). *Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care: A systematic review. Trauma, Violence, & Abuse*, 11(4), 190–201. <https://doi.org/10.1177/1524838010378298>
- Odriozola, E. E., & De Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Siglo XXI de España Editores.
- Olsson, C. A., Spry, E. A., Alway, Y., et al. (2020). *Preconception depression and anxiety symptoms and maternal–infant bonding: A 20-year intergenerational cohort study. Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01081-5>
- ONU Mujeres, Women Count. (2021). *Midiendo la pandemia de sombra: La violencia contra las mujeres durante el COVID-19*. ONU Mujeres Colombia. <https://colombia.unwomen.org/es/biblioteca/publicaciones/2021/women-count-midiendo-la-pandemia-de-sombra>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una oportunidad para América Latina y el Caribe* (LC/G.2681-P/Rev.3). Santiago: ONU.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: Manual clínico*. Ginebra: OMS. <https://www.paho.org/es/documentos/opsfgl16016-spa-pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Nota descriptiva sobre la Región de las Américas de la OMS: Prevalencia estimada de la violencia contra las mujeres, 2018*. Ginebra: OMS.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). *Abordar la violencia contra las mujeres en las políticas y los protocolos de salud de la Región de las Américas: Un informe de la situación regional*. Washington, D.C.: OPS.
<https://doi.org/10.37774/9789275326381>
- Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo maternoinfantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Salud UIS*, 48(2), 164-176. <https://doi.org/10.18273/revsal.v48n2-2016001>
- Pallitto, C. C., Campbell, J. C., & O'Campo, P. (2005). *Is intimate partner violence associated with unintended pregnancy? A review of the literature*. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3),
- Palladino, C. L., Singh, V., Campbell, J., Flynn, H., & Gold, K. J. (2011). *Homicide and suicide during the perinatal period: Findings from the National Violent Death Reporting System*. *Obstetrics and Gynecology*, 118(5), 1056–1063.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31823294da>
- Puno, A., Kim, R., Kim, R., Jeong, J., Kim, J., Kim, R., & Kim, R. (2023). Intergenerational transmission of intimate partner violence among women: Evidence from the 2017 Philippines National Demographic and Health Survey. *SSM - Population Health*, 23, 101392. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101392>
- Parker, B., McFarlane, J., Soeken, K., Silva, C., & Reel, S. (1999). *Testing an intervention to prevent further abuse to pregnant women*. *Research in Nursing & Health*, 22(1), 59–66.
- Pastor-Moreno, G., Ruiz-Pérez, I., Henares-Montiel, J., & Petrova, D. (2020). *Intimate partner violence during pregnancy and risk of fetal and neonatal death: A meta-*

- analysis with socioeconomic context indicators. American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(1), 123.e1–123.e5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.045>
- Pérez-Sánchez, A. (2014). *Psicoterapia breve psicoanalítica: Una experiencia de psicoanálisis aplicada. Clínica y teoría*. Xoroi Ediciones.
- Portillo, I. D. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. Editorial Pax México.
- Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E., & Páez-Rovira, D. (2016). *Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: Una revisión de metaanálisis y estudios recientes. Anales de Psicología*, 32(1), 295–306.
<https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>
- Puget, J., & Berenstein, I. (1989). *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Paidós.
- Ramírez, N. (2010). *Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: Una concepción psicoanalítica. Revista de Investigación en Psicología*, 13(2), 221–228.
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v13i2.3729>
- Ranielle, P. S., Marabotti Costa Leite, F., Theodoro dos Santos Netto, E., & Ferreira Deslandes, S. (2022). *Intimate partner violence during pregnancy: A focus on partner characteristics. Ciência & Saúde Coletiva*, 27(5), 1873–1882.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.06542021>
- Rodríguez, L., & Saldaña, L. (2019). *Factores asociados a la violencia en relaciones de pareja en mujeres mexicanas. Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(1), 31–40.
<https://doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n1.4>
- Rodríguez-Baeza, A. K., De Jesús May-Novelo, L., Carrillo-Basulto, M. B., & Rosado-Alcocer, L. M. (2017). *Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*,

25(3), 181–188. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2017/eim173e.pdf>

Rodríguez-Rendo, M. (2003). *Embarazo, parto y puerperio (tres momentos del imaginario femenino)*. *Norte de Salud Mental*, 17(1), 55–61.

Román-Gálvez, R. M., Martín-Peláez, S., Fernández-Félix, B. M., Zamora, J., Khan, K. S., & Bueno-Cavanillas, A. (2021). *Worldwide prevalence of intimate partner violence in pregnancy: A systematic review and meta-analysis*. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.738459>

Romero, I. (2019). *Adaptación y evaluación de propiedades psicométricas de la Escala de Detección de Ansiedad Perinatal PASS (Perinatal Anxiety Screening Scale) en mujeres embarazadas* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de Morelos].

Romero, I. (2010) *Intervención en Violencia de Género: Consideraciones en Torno al Tratamiento*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000200010

Rosenfeld, H. (1971). A clinical approach to the psycho-analytic theory of the life and death instincts. *International Journal of Psycho-Analysis*, 52, 169–178.

Roudinesco, E. (2018). *¿Por qué el psicoanálisis?* Paidós.

Sabri, B., Hartley, M., Saha, J., Murray, S., Glass, N., & Campbell, J. C. (2020). Effect of COVID-19 pandemic on women's health and safety: A study of immigrant survivors of intimate partner violence. *Health Care For Women International*, 41(11-12), 1294-1312. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1833012>

Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5.ª ed.). McGraw Hill.

- Sapkota, D., Baird, K., Saito, A., & Anderson, D. (2019). *Interventions for reducing and/or controlling domestic violence among pregnant women in low- and middle-income countries: A systematic review*. *Systematic Reviews*, 8(1), 1–13.
<https://doi.org/10.1186/s13643-019-0998-4>
- Saxbe, D. E., & Repetti, R. (2010). *No place like home: Home tours correlate with daily patterns of mood and cortisol*. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(1), 71–81. <https://doi.org/10.1177/0146167209352864>
- Scott, S. E., Laubacher, C., Chang, J., Miller, E., Bocinski, S. G., & Ragavan, M. I. (2024). Perinatal Economic Abuse: Experiences, Impacts, and Needed Resources. *Journal Of Women S Health*, 33(11), 1536-1553. <https://doi.org/10.1089/jwh.2024.0119>
- Segal, H. (1981). *Introducción a la obra de Melanie Klein* (Obra original publicada en 1964). Buenos Aires: Paidós.
- Serra Undürraga, J. K. A. (2016). El diagnóstico del narcisismo: Una lectura relacional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36(129), 171–187.
- Staggs, S. L., & Riger, S. (2005). Effects of Intimate Partner Violence on Low-Income Women's Health and Employment. *American Journal Of Community Psychology*, 36(1-2), 133-145. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-6238-1>
- Stange, I., Ortega, A., Salazar, A. M., Moreno, A., & Gamboa, C. E. (2017). Aproximación al concepto de pareja. *Psicología para América Latina*, (29), 7–22.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2017000300002&lng=pt&tlng=es
- Stark, E. (2023). *Coercive control*. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197639986.001.0001>
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A Unified View of Parent-infant Psychotherapy*. Basic Books.

- Soifer, R. (1977). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Kargieman.
- Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., Coe, S., Doherty, D. A., & Page, A. C. (2014). The perinatal anxiety screening scale: Development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health, 17*(5), 443–454. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0425-8>
- Surkan, P. J., Kennedy, C. E., Hurley, K. M., & Black, M. M. (2011). Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bulletin Of The World Health Organization, 89*(8), 608-615E. <https://doi.org/10.2471/blt.11.088187>
- Torous, J., Myrick, K. J., Rauseo-Ricupero, N., & Firth, J. (2020). Digital mental health and COVID-19: Using technology today to accelerate the curve on access and quality tomorrow. *JMIR Mental Health, 7*(3), e18848. <https://doi.org/10.2196/18848>
- Tiwari, A., Leung, W. C., Leung, T. W., Humphreys, J., Parker, B., & Ho, P. C. (2005). A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 112*(9), 1249–1256. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00709.x>
- Torralba, J. E. S., Grynberg, B. B., Forgach, C. E. S., & Torres, J. V. Z. (2020). Psicoterapia breve focalizada psicoanalíticamente orientada: Una modalidad de intervención para jóvenes universitarios: “ESPORA Psicológica”. *Interacciones, 6*(2), e122. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n2.122>
- Valdez-Santiago, R., Híjar-Medina, M., Salgado, N., & Rivera-Rivera, M. (2006). *Escala de violencia e índice de severidad: Una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas*. Instituto Nacional de Salud Pública.

- Valverde, N., Mollejo, E., Legarra, L., & Gómez-Gutiérrez, M. (2023). Psychodynamic psychotherapy for postpartum depression: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 27(7), 1156–1164. <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03655-y>
- Vargas, I. A. (2022). Estudios de género sobre masculinidades: la visión de Américalatina. *Warmi*, 2(2), 75-86. <https://doi.org/10.46363/warmi.v2i2.5>
- Villegas Loaiza, N., Paniagua Dachner, A., & Vargas Morales, J. A. (2019). Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, 4(7), e261. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i7.261>
- Vives-Cases, C., La Parra-Casado, D., Estévez, J. F., Torrubiano-Domínguez, J., & Sanz-Barbero, B. (2021). Intimate Partner Violence against Women during the COVID-19 Lockdown in Spain. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(9), 4698. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094698>
- Walker, L. E. (2009). *The battered woman syndrome* (3rd ed.). Springer Publishing Company.
- Warshaw, C., Sullivan, C. M., & Rivera, E. A. (2013). *A systematic review of trauma-focused interventions for domestic violence survivors*. National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health.
- Wen, R., Wang, S., Yang, K., & Xu, H. (2025). Psychological experiences and needs of perinatal women experiencing intimate partner violence: a qualitative meta-synthesis. *Frontiers In Public Health*, 13, 1678360. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1678360>
- Wood, L., Schrag, R. V., Baumler, E., Hairston, D., Guillot-Wright, S., Torres, E., & Temple, J. R. (2020). On the Front Lines of the COVID-19 Pandemic: Occupational Experiences of the Intimate Partner Violence and Sexual Assault Workforce. *Journal Of Interpersonal Violence*, 37(11-12), NP9345-NP9366. <https://doi.org/10.1177/0886260520983304>

- World Health Organization: WHO. (2024, 10 abril). *Embarazo en la adolescencia*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Winnicott, D. W. (1965). Ego distortions in terms of true and false self. En *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development* (pp. 140–152). Hogarth Press. (Trabajo original publicado en 1960)
- _ (1998). Preocupación maternal primaria. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 397–404). Paidós. (Trabajo original publicado en 1956)
- Zhang, Y., Zou, S., Cao, Y., & Zhang, Y. (2012). Relationship between domestic violence and postnatal depression among pregnant Chinese women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 116(1), 26–30. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.08.011>
- Zhang, Y., & Razza, R. (2022). Father involvement, couple relationship quality, and maternal Postpartum Depression: the role of ethnicity among low-income families. *Maternal And Child Health Journal*, 26(7), 1424-1433. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03407-4>
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: A model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3–8.
<https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>
- Zhang, Y., & Shen, F. (2024). Longitudinal Exploration of Prenatal and Postnatal Intimate Partner Violence, Postpartum Depression, and Child–Mother Attachment: A Mediation Model. *Violence Against Women*, 31(9), 2146-2167.
<https://doi.org/10.1177/10778012241251972>

Zlotnick, C., Capezza, N. M., & Parker, D. (2011). An interpersonally based intervention for low-income pregnant women with intimate partner violence: A pilot study. *Archives of Women's Mental Health, 14*(1), 55–65. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0195-x>

Anexos

Anexo 1. Oficio de aceptación del Comité de ética



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Registro Número CONBIOÉTICA-17-CEI-003-20190509

Cuernavaca, Morelos, 5 de febrero de 2025

Oficio No. CITPsi/CEI/3/2025

ASUNTO: Dictamen

LIC.EN PSIC. MARGARITA SARAHÍ MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

ESTUDIANTE DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA,

FACULTAD DE PSICOLOGÍA,

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS.

P R E S E N T E.

1. Datos de identificación de la propuesta de investigación revisada por el CEI.
 - a) Número de protocolo: 111024-126
 - b) Título: Violencia de pareja y salud mental en el embarazo: una propuesta de intervención.
2. Nombre completo del investigador responsable: Dra. Bruma Palacios Hernández
3. Descripción de los documentos evaluados

Idioma: español.

 - a) Solicitud de revisión, con fecha del 14 de enero del 2025
 - b) Curriculum breve del solicitante y del investigador correspondiente con fecha del 11 de octubre del 2024
 - c) Protocolo de investigación titulado: Violencia de pareja y salud mental en el embarazo: una propuesta de intervención con fecha del 14 de enero del 2025
 - d) Aviso de privacidad con fecha del 11 de octubre del 2024
 - e) Consentimiento informado con fecha del 14 de enero del 2025
 - f) Cartel de invitación con fecha del 14 de enero del 2025
 - g) Guía de entrevista con fecha del 11 de octubre del 2024
 - h) Instrumentos de evaluación con fecha del 11 de octubre del 2024
 - i) Carta compromiso por parte de la investigadora responsable, con fecha del 06 octubre de 2024.
 - j) Carta de vinculación interinstitucional, con fecha del 2 de octubre del 2024.
4. Resolución del CEI: **APROBADO.**
5. Vigencia de la aprobación de la investigación: 5 de febrero de 2025 al 4 de febrero de 2026.

Consideraciones importantes:

i. Usted se compromete a elaborar y presentar dos informes, uno parcial y uno final sobre el cumplimiento de los aspectos éticos en su investigación, con las características que se indican en la página del CEI. El primero deberá enviarlo entre el 4 al 8 de agosto de 2025 y el informe final al término de la vigencia de aprobación de su proyecto en el formato electrónico disponible en <http://citpsi.uaem.mx/#/investigación/CEI/protocolos>. Ambos informes deberán ser firmados



Calle Pico de Orizaba No. 1 Col. Volcanes, Cuernavaca Morelos, México, 62350, Tel. (777) 329 79-70
www.citpsi.uaem.mx

UAEM
RECTORÍA
2023-2029



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



Centro de Investigación
Transdisciplinar en Psicología

CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
Registro Número CONBIOÉTICA-17-CEI-003-20190509

electrónicamente por el responsable y corresponsable del estudio. Deberá anexar algunas evidencias del cumplimiento de los aspectos éticos (cartas de consentimiento anonimadas, autorizaciones, etc.). El CEI revisará su documentación presentada en la sesión ordinaria más próxima a la recepción de su informe. Toda vez que envíe al CEI sus informes con la información solicitada, el estatus de revisión lo podrá consultar en https://docs.google.com/spreadsheets/d/1_zYa-fglrOsdPvFcnOKVaqBfQPWIGFiQOLyyGIUG2aw/edit?usp=sharing. En caso de tener requerimientos, estos se le enviarán vía correo electrónico.

En caso de no enviar uno o ambos informes, estará en incumplimiento, pudiendo ser cancelada su vigencia de aprobación.

ii. Si antes del periodo de vigencia de un año se presentan cambios en los objetivos, el diseño, instrumentos, procedimientos u otros aspectos relevantes del protocolo, estos deberán ser dictaminados por el CEI como requisito para continuar con su vigencia.

iii. En los casos de solicitud de renovación de vigencia donde no exista alguna razón para dictaminar nuevamente el protocolo y, de contar con la documentación completa, se procederá al refrendo o renovación de la vigencia sin la necesidad de emitir un dictamen específico.

iv. En todos los casos, los protocolos dictaminados y aprobados por el comité que se hayan terminado o suspendido prematuramente, deberán informar al CEI las razones y los resultados obtenidos hasta ese momento.

v. Informe al CEI de todo evento adverso grave, máximo tres días después de sucedido el evento al correo cei.citpsi@uaem.mx, conforme lo establecen los lineamientos del CEI. El Comité lo revisará y tomará las acciones correspondientes para minimizar el riesgo potencial a los participantes.

Atentamente
Por una humanidad culta

Documento firmado electrónicamente
MTRA. CINTHYA ANAMÍA FLORES JIMÉNEZ
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL
CENTRO DE INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR EN PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

C.c.p. – Archivo electrónico.



Calle Pico de Orizaba No. 1 Col. Volcanes, Cuernavaca Morelos, México, 62350, Tel. (777) 329 79-70
www.citpsi.uaem.mx

UAEM
RECTORÍA
2023-2029



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANO INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

CINTHYA ANAMIA FLORES JIMENEZ | Fecha:2025-02-05 11:28:02 | FIRMANTE
 jdlBkSKrpIRR7fwPVZvk/BtuNCwMPNqCLaCGvu9tmbivfHkT4qFnUA5v15YL2i6hUGGQD+eGIWSj0qqaANrUcBrXTnP0FQajcAmAge43mHTTFqBOPlwLPJDXDw5skVERmdLg
 7Mi6J6k7hQeduE7jRKZ52bSY7C2d4Rkdc9xrb7D9y0mq7SVRgRH44sCKm0+JizHsvyG0I2DlBy4IbDZn9XHEnVvQaXjHYkXat/ctfduhRrpQreiZ77DFRRDL5BW4U3Jj24sHKuk
 VvAx1zcAWLJXL6iwp5xntW8rFUMIVQH0WIV4fmAOnn3lhlaEs9bh0p6ioKAAVIZHCm47HA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
 escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[AQGpr02qn](#)

<https://efirma.uaem.mx/hoRepudio/YadsW4oMcMHUUSQ9yst2u3KNevQBkDXs>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029

Anexo 2. Hoja informativa para participante

Hoja informativa para participantes

Me dirijo a usted para informarle sobre este proyecto de investigación, **titulado Relación de pareja y su impacto en la salud mental durante el embarazo: propuesta de intervención** en el que se la ha invitado a participar. El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología (CITPsi) de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) con el número de folio 111024-126 y fecha de aprobación del 05 de febrero de 2025.

El proyecto es desarrollado en el programa de Maestría en Psicología LGAC: Campo clínico y psicoterapia de la UAEM.

Objetivo

El propósito de este proyecto de investigación es mejorar la salud mental de las mujeres y promover estrategias de autocuidado y bienestar personal enfocado en la calidad de la relación de pareja durante su embarazo y posible efecto en el posparto, mediante una intervención psicoterapéutica grupal de orientación psicodinámica, focalizada y breve.

Justificación

El embarazo y posparto, antes considerados como un periodo de bienestar y protección para la madre y el bebé, se han reconocido como una etapa de crisis vital y evolutiva, que por sí misma, suele reactivar conflictos pasados y promueve el incremento de los conflictos del presente; particularmente aquellos conflictos que tienen relación con el vínculo con los otros. Evidencia científica consistente en la mayoría de los países y sectores sociodemográficos ha identificado que insatisfacción en la relación de pareja es uno de los factores de mayor riesgo asociado a problemas en la salud mental materna durante el periodo perinatal con consecuencias adversas de salud física y mental en las mujeres, y en algunos casos efectos en el desarrollo de sus hijas e hijos. Dificultades significativas en la relación de pareja durante la etapa perinatal puede reducir sus habilidades para solicitar apoyo. Por ello resalta la importancia de generar espacios donde las mujeres puedan identificar situaciones conflictivas, construir estrategias de autocuidado y bienestar personal para la mejora de su salud mental.

Metodología

El grupo psicoterapéutico estará conformado por mujeres que cursen el segundo trimestre de embarazo, que residan en el estado de Morelos, México. El proceso de evaluación inicial (contestar cuestionarios y participar en una entrevista con duración de 1:30 horas) se realizará de manera virtual. La intervención psicoterapéutica grupal de orientación psicodinámica, focalizada y breve constará de 8 sesiones de manera presencial, dos veces por semana con duración de 90min cada una.

La orientación psicodinámica focalizada es un enfoque terapéutico que se basa en los principios del psicoanálisis, pero está diseñada para ser más breve y centrado en un problema específico. Este tipo de intervención se enfoca en una problemática que genera malestar. En proceso de intervención se identifica un tema o conflicto central y se trabaja sobre él; es de corta duración y se busca disminuir el malestar al término de la intervención.

A las mujeres que accedan a participar en el proyecto de investigación se les pedirá realizar las siguientes actividades:

- Envío de mensajes o correo electrónico para definir fecha y horario de la evaluación inicial.
- Llenado de cuestionarios sobre cómo se ha sentido durante el embarazo y sobre cómo se lleva con su pareja actual.
- Se le solicitará su participación en una entrevista virtual previo al inicio de la intervención y en los primeros 40 días de su posparto. Se le solicitará su autorización para videogravar la entrevista, se puede negar la grabación y en su caso, no será grabada. Las grabaciones serán destruidas al finalizar su participación en el estudio.
- Si accede participar en la intervención, se le solicitará un contacto de emergencia. Se le solicitará su autorización para videogravar las sesiones de intervención, se puede negar la grabación y en su caso, no será grabada. Las grabaciones serán destruidas al finalizar su participación en el estudio.

Beneficios esperados

Si acepta participar en el proceso de evaluación e intervención, no recibirá ningún apoyo económico, sin embargo, la intervención psicoterapéutica permitirá un espacio libre para su escucha sin juicios y con apoyo emocional, de igual forma se le brindará información adicional de servicios de apoyo (legales, psicológicos y de refugio) para que pueda contar con dicha información en caso de requerirla. Se espera que al finalizar la intervención su estado de salud mental mejore mediante el proceso de intervención brindado. El proceso de intervención grupal no tendrá costo alguno.

Otro de los posibles beneficios de la investigación incluirá diseñar folletos informativos, brindar pláticas de divulgación científica (entrevistas de radio, y charlas abiertas a público general, etc.) sobre el tema de investigación y los resultados de la intervención dirigidos a público en general.

Riesgos de participar en el estudio

Los riesgos potenciales de la participación en este estudio son mínimos, la intervención psicoterapéutica podría generar un incremento momentáneo de sus malestares, los cuales irán disminuyendo en el transcurso de la intervención. En caso de que se detecte un riesgo potencial durante las sesiones, se le brindará un espacio independiente al grupal para contención emocional por parte de uno de los coterapeutas encargados; si el riesgo o la crisis emocional es fuera del espacio psicoterapéutico, se le brindará información sobre clínicas e instituciones de salud mental sobre dónde acudir o llamar en caso de ser necesario, para una atención de manera inmediata.

Carácter voluntario de la participación

Su participación durante la entrevista de evaluación y durante el proceso de intervención es absolutamente voluntaria, en caso de que exista una pregunta que le genere incomodidad o si se llegará a sentir incomoda o alguna molestia durante todo el proceso puede retirarse de las sesiones cuando así lo requiera y sin dar alguna explicación. Su decisión de participar o no en el proyecto no implica ningún tipo de consecuencia.

Confidencialidad

Toda la información proporcionada será tratada de manera estrictamente confidencial y será utilizada únicamente para los fines de esta investigación, no estará disponible para ningún otro propósito y solo será utilizada por los responsables de esta investigación. Su información será anonimizada, es decir, se le asignará un folio para su identificación el cual sólo tendrá acceso la investigadora principal y el coterapeuta y sólo se difundirán datos para fines académicos y científicos que no representen riesgo de identificación personal de ninguna de las participantes. Adicionalmente, se realizará al inicio de la intervención, un acuerdo de confidencialidad sobre los temas tratados durante todas las sesiones de trabajo aplicable a todas las participantes, con la solicitud explícita de no compartir ninguna información expuesta en el grupo durante las sesiones con nadie externo al grupo, durante la intervención y después de finalizada para proteger la privacidad, bienestar e integridad de todas las participantes.

Aviso de privacidad: La responsable principal de este estudio la **Psic. M. Sarahí Martínez Rodríguez** es responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que proporcione, los cuales serán tratados y protegidos conforme a la **Ley De Protección De Datos Personales En Posesión De Sujetos Obligados Del Estado De Morelos**. De acuerdo con la normativa vigente, usted tiene derechos sobre sus datos personales, se le entregará un informe de resultados posterior a la sesión de evaluación. Sin embargo, le informamos que existen algunas limitaciones con objeto garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales.

Investigadores responsables

En caso de tener dudas, requerir aclaraciones o si desea hacer alguna pregunta sobre el estudio, los posibles riesgos y beneficios, u otro asunto relacionado a la investigación, la investigadora responsable puede contestársela personalmente o por teléfono durante el periodo que dura el estudio.

- **Psic. M. Sarahí Martínez Rodríguez**

Facultad de Psicología – UAEM

Número telefónico: [REDACTED] (horario de 09:00 a 18:00hrs)

Correo electrónico: margarita.martinez@uaem.edu.mx

- **Dra. Bruma Palacios Hernández**

Centro de Investigación Transdisciplinaria en Psicología (CITPSi) - UAEM

Correo electrónico: bruma.palacios@uaem.mx

Anexo 3. Consentimiento informado para participante

Consentimiento Informado

Cuernavaca, Morelos, a ____/____/____

Estimada participante, atendiendo su solicitud, le pido que lea cuidadosamente el presente documento, si considera participar en el proyecto de investigación, deberá conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, a este proceso se le conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a clarificar las dudas que pudiera tener al respecto.

Es importante hacer de su conocimiento que la información proporcionada en lo que dure su participación será utilizada con estricta confidencialidad.

Por medio de la presente yo, _____ confirmo de manera voluntaria que me encuentro en total uso de mis facultades para tomar decisiones y entender la información que aquí se me describe. Manifiesto mi consentimiento para participar en este proyecto de investigación que forma parte del programa de Maestría en Psicología LGAC: Campo clínico y psicoterapia de la UAEM, cuya responsable principal es la psicóloga **MARGARITA SARAHÍ MARTÍNEZ RODRÍGUEZ** con Cédula Profesional No. **12029091** y declaro libremente que:

Como parte de mi participación, entiendo que será necesario contestar un cuestionario y participar en una entrevista inicial para conocer mi estado emocional y seré parte de una serie de sesiones psicoterapéuticas con otras mujeres para poder llevar el proceso de acompañamiento grupal, bajo las siguientes condiciones en las que se llevará el proceso de trabajo:

- Comprendo que el proceso de evaluación incluye el llenado de un formulario de Google con preguntas sobre mi estado emocional en el embarazo y una entrevista inicial a través de videollamada usando la plataforma Zoom o Google Meet.
- Tengo presente que el proceso psicoterapéutico se llevará a cabo de **manera presencial** y tendrá una duración de 8 sesiones, que se realizarán dos veces por semana, y con una sesión de seguimiento individual en los primeros 40 días posteriores a que nazca mi bebé.
- Comprendo que mi participación en este proyecto es de carácter voluntario y requiere de mi completa disponibilidad y cooperación para participar en él.
- Las sesiones estarán a cargo por dos terapeutas que guiarán el grupo.
- La duración de cada sesión es de 90 min. máximo; el tiempo será contemplado a partir de la hora previamente asignada para la sesión.
- Las sesiones se llevan a cabo en el lugar que sea asignado al inicio del proceso. Sólo en situaciones extraordinarias y que los coterapeutas lo decidan, previo acuerdo con todas las participantes, se podrá mover la modalidad y/o horario de la sesión
- Comprendo que los terapeutas tienen la responsabilidad y compromiso de notificarme con la mayor anticipación posible sobre algún cambio y/o dificultad para poder llevar a cabo la sesión.
- Soy consciente que la información brindada por mí y las demás participantes durante el proceso psicoterapéutico, es información estrictamente confidencial. Por lo cual asumo el compromiso de no compartir la información proporcionada en las sesiones con personas y/o en lugares externos al grupo durante el periodo que dure la intervención ni al finalizar ésta. Dicha información será tratada con respeto y confidencialidad, sintiéndome libre de brindar cualquier información que me sea requerida.

- Mi comunicación con los terapeutas y las participantes del grupo es estrictamente profesional y que eso excluye cualquier contacto personal y ajeno al grupo, por otros medios fuera del proceso de intervención.
- En caso de ser requerido, se me pedirá mi autorización para videograbar o grabar el audio de las sesiones para fines académicos y de investigación, como lo fue descrito en la hoja informativa.
- Entiendo que la información brindada será confidencial y anonimizada para que a los datos personales y contenido multimedia como audio/video que me identifiquen a mí y a mi bebé, sólo tengan acceso los investigadores.
- Comprendo que es un requisito de participación brindar un contacto de emergencia, sea de un familiar o persona de mi total confianza, el cual sólo se hará uso en caso de que me encuentre en una situación de riesgo y que se requiera apoyo adicional.
- Me comprometo a promover y mantener una actitud de respeto mutuo con las participantes y los terapeutas del grupo.
- Reafirmo que mi participación en este proceso es totalmente voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento, sin que ello implique alguna consecuencia. En caso de retirarme, me comprometo a notificar a la terapeuta responsable, con previa anticipación.

He leído y comprendido totalmente la información que aquí se detalla, así como la hoja informativa en donde he podido conocer el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en este estudio y he realizado las preguntas relacionadas a mi participación, y se me han aclarado cada una de ellas.

Manifiesto mi consentimiento para participar en este proyecto y me comprometo a cumplir con cada una de las condiciones anteriormente mencionadas.

_____ *Otorgo mi consentimiento informado.*

Nombre de la participante: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Investigadora responsable:

Nombre: M. Sarahí Martínez Rodríguez

Firma: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____

Parentesco: _____

Número de contacto: _____

Firma: _____

Anexo 4. Aviso de privacidad

Aviso de privacidad

Aviso de Privacidad integral del proyecto de investigación de salud mental en el embarazo cuya investigadora responsable es **Psic. Margarita Sarahí Martínez Rodríguez**, estudiante de la **Maestría en Psicología LGAC: Campo clínico y psicoterapia** de la **Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos** con **matrícula 10069837**, quien es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley De Protección De Datos Personales En Posesión De Sujetos Obligados Del Estado De Morelos y demás normatividad que resulte aplicable.

Finalidades del tratamiento

Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para fines académicos y de investigación, lo que nos permitirá conocer el estado de salud mental en una muestra de mujeres embarazadas, y evaluar la eficacia de la intervención desarrollada. De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención: eficacia de la entrevista Stafford en población mexicana y el uso de instrumentos de evaluación.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, usted puede manifestarlo así al correo electrónico: margarita.martinez@uaem.edu.mx

Datos Personales recabados

Para las finalidades antes señaladas se solicitarán los siguientes datos personales: datos de identificación y de contacto. Adicionalmente, se recaban datos sensibles como datos de salud.

Transferencia de datos personales

Le informamos que sus datos personales son compartidos con la persona distinta al responsable, y para los fines que se describen a continuación.

- Dra. Bruma Palacios Hernández

Centro de Investigación Transdisciplinaria en Psicología (CITPSi) - UAEM

Correo electrónico: bruma.palacios@uaem.mx

Quien es la corresponsable del estudio de investigación y estará supervisando el proyecto, así como la recolección y análisis de los datos recabados.

Derechos ARCO

Usted tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (Acceso). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (Rectificación); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada conforme a los principios, deberes y obligaciones previstas en la normativa (Cancelación); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Estos derechos se conocen como derechos ARCO.

Para el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO, usted deberá presentar la solicitud respectiva al correo electrónico: margarita.martinez@uaem.edu.mx

El procedimiento y requisitos para el ejercicio de estos derechos es el siguiente: enviar un correo a la dirección anteriormente mencionada, describiendo los motivos por los cuales solicita la rectificación y/o cancelación de participación de sus datos en el proyecto de investigación.

La responsable del estudio es quien se encargará de dar seguimiento a la solicitud para el ejercicio de los derechos ARCO, así como atender cualquier duda que pudiera tener respecto al tratamiento de su información son los siguientes:

- Psic. M. Sarahí Martínez Rodríguez Facultad de Psicología – UAEM

Número telefónico: [REDACTED] (horario de 09:00 a 18:00hrs)

Correo electrónico: margarita.martinez@uaem.edu.mx

Revocación de consentimiento

Usted puede revocar el consentimiento que, en su caso, nos haya otorgado para el tratamiento de sus datos personales. Sin embargo, es importante que tenga en cuenta que no en todos los casos podremos atender su solicitud o concluir el uso de forma inmediata, ya que es posible que por alguna obligación legal requiramos seguir tratando sus datos personales. Asimismo, usted deberá considerar que, para ciertos fines, la revocación de su consentimiento implicará que no le podamos seguir prestando el servicio por el cual usted participa en este proyecto de investigación la conclusión de su relación con nosotros.

El procedimiento para la cancelación de su participación consiste en enviar un correo a la responsable del estudio y detallar su motivo de revocación del consentimiento.

Divulgación de datos personales

Toda la información proporcionada será tratada de manera estrictamente confidencial y será utilizada únicamente para los fines de esta investigación, no estará disponible para ningún otro propósito y solo será utilizada por los responsables de esta investigación. Su información será anonimizada, es decir, se le asignará un folio para su identificación y no su nombre o cualquier otro dato que la pueda identificar. Los resultados de este estudio serán publicados con fines académicos y científicos, se reitera la anonimización de los mismos.

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales; de nuestras propias necesidades por los productos o servicios que ofrecemos; de nuestras prácticas de privacidad, o por otras causas.

Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir el presente aviso de privacidad, a través de los datos de contactos proporcionados por usted.

Última actualización: 08 de octubre de 2024

Anexo 5. Poster de difusión



¿Te has sentido triste, ansiosa, con ganas de llorar, con miedo, preocupada, muy cansada, enojada, estresada, la calidad de tu relación de pareja se ha modificado?

TE INVITAMOS A PARTICIPAR EN GRUPO CON MUJERES QUE ESTÁN PASANDO POR LO MISMO QUE TÚ

Disfruta tu embarazo y el vínculo con tu bebé

Requisitos:

- Estar en el segundo trimestre de embarazo
- Vivir en Morelos
- Tener más de 18 años

Procedimiento:

1. Cuestionarios y entrevista
2. Grupo psicoterapéutico presencial
3. Sesión de seguimiento en el posparto



Escanea el código para inscribirte

Recuerda que tu participación es totalmente voluntaria y sin costo.

Informes e inscripciones:
margarita.martinez@uaem.edu.mx
777 192 9169





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Maestría en Psicología

Cuernavaca Morelos a 23 marzo 2026

ASUNTO: Votos Aprobatorios

DRA. MARICARMEN ABARCA ORTIZ
COORDINADORA ACADÉMICA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

Por este medio, nos permitimos informar a Usted el dictamen de votos aprobatorios de la tesis titulada: **Relación de pareja y su impacto en la salud mental durante el embarazo: propuesta de intervención**. Trabajo que presenta la C. Margarita Sarahi Martínez Rodríguez, quien cursó la Maestría en Psicología perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADO A QUE SE MODIFIQUEN ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. BRUMA PALACIOS HERNANDEZ	X		
DR. LUIS PEREZ ALVAREZ	X		
DRA. MARIA DEL ROSARIO VALDEZ SALGADO	X		
DRA. BERENICE PEREZ AMEZCUA	X		
DRA. LORENA ELIZABETH CASTILLO CASTILLO	X		

**En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).*

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado. Sin más por el momento agradecemos la atención prestada y quedamos de Usted, reiterando nuestras más amplias consideraciones.

ATENTAMENTE
Comisión Revisora
(Se anexa e-firma)



UAEM
RECTORÍA
2023-2029



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANO INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

LORENA ELIZABETH CASTILLO CASTILLO | Fecha:2026-03-23 14:30:37 | FIRMANTE

CLiUC8MGuPX2jwoia6fTOie/ov9626IVKEENYLzV650XSeZaPZv+19RipafhjIEFrQM6Cq2zOnLkO+x/t3Adx/wJJWcGFH0V9bN8cxcWDbXe3dm/LmCe94mXIBRjT/AH+L96ZMvhR
xPGEJWWg1oSy4dvwXGge4eLp0lcYITMGZOYLqYFbNuaj/twNSvCMFtncmLZUBGovU6QpwCqRHkhzeV9jpyBt8HL17amprJTQwbV0YIwVHo+3F04pazrhfuAqSuxBebrOpYRM
X8Ny7dEHVFgeYWtd2c9pSjW9+9jOyDhY62OeL5LRP6cHWmLwhN7xrWvVlSzamHLvJCWUz9PPQ==

LUIS PEREZ ALVAREZ | Fecha:2026-03-23 15:59:14 | FIRMANTE

ndZe2imSIEINoy/I+uo6LoPcP5QPKzlochoO5eaaUUAHAhEC/eLT28sqS78QJAwphmnUb3y58Mote8JRm0FDDE8iWjipKbutbmK4ZXeKf8/53SwH9/QqCH9077w37n+szfuwD7HY0
Bc7RbVAioEGbxsVNqLB1PC23sW0JexbXk8GPLy40mXe4G4bulWjUUbTd2oc7QOW/UPQMuiZIn4LJDfntWhTy7QcM2ONsgZTU55IEgQY5ArbzHWYU5LxKXPDasVwhXOJpux
j1NiBehH8j8a0D8cOte/Vkft4l38nHbu0Qg42Y6gnUBwTdQN0g3c6vXf9fid6mHDCm3JweSA==

BERENICE PEREZ AMEZCUA | Fecha:2026-03-24 09:32:23 | FIRMANTE

vKZm5nJpwX/pSpiUJfQC1tFgVFIPZMiUg5hBmwubTdnE3lP1JdaMtiCihTSems3fcTncx1RMQHQCScpEDiaNJP5oXhY9HyTaaDvJMQcyhc80JPlutZ1tUewCUAbbGvFrCVVEUIIo
GaNSiZUkD3saqY5oh27Kh31Z154aPVyCXfzj11prFG8hTZNV/Q+PDstHZY1ImR3ZutUindJiaoRSmdY5vDWMbnSbFkIQ17AL1zM6YfGqY78FdB+hLmiVVFDDYTU2NIJdv/0aCMI
HUORyWuiGj3U2hhoJ6ArrRTpDzBZ2Yw+c2ozPP+PwKTSk53kECvvgdBzdHVDqI8Fx/Xw==

BRUMA PALACIOS HERNANDEZ | Fecha:2026-04-13 10:41:30 | FIRMANTE

nK/bFxrTdcGHVJ94/W61vDp429cm6F6d7GuPYBYALtEE6H3IQbXwJbhdENyraUmo57FfqNQ5Ttp9BifOle+zoac5lkiS/6fhoiwaav44u3/TjPPy8G5XY87r37uMgjZQNSyulxMEYJL
nNCTgBl4lhPPnFYk40W3wGNmM9G6ZCzrQqiajDHMH7AzLSx1ZqTsYcpA+MNcxndWVs/Y0alj1rpZ4+q9YavuBuLnChnfJFXqFEFpEWxNdGeFAyX0Y9VeoipTXRL24Pr42xKxTeq
kus5K5QsitDXgt/7LCiML9o5qm2cYRawhco47JSoadCPTS2+T+hwO1q5oLQQy/6DZrg==

MARIA DEL ROSARIO VALDEZ SANTIAGO | Fecha:2026-04-13 10:57:11 | FIRMANTE

t0WurFgoHgbGAIkAidkzae3VqYpOmZgAfWxO/4hGY9+vmI1VdtrdLU2i6WW6Ejhn4FBwEwkTRep8uCPHtHM5w+N9Qd/pgH5IE3F5HfyKqYIKN+23WdGnbUvkFv3VlisVo1Prd
8tL1xEW2xuoDorDP3QLPa7WJ1wARRuEZ3hjnGuEd7SHjKGOz3ruzW6BPbtFA8pmVr7xJCjpHB0q+28u6dkuR3bEgWxFjxt4/Jm4emhXt61hTiUZRq/n1f9R0+GNIEibNY4fkQRsq
I+BqM75xcXNdyrcQl6qdP3pxlMnHVG06icSyHNYAz2hqq+oBkkgzq0uikXUJQ85ICCfw==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



r53aMFI9

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/h3hBawMMIOUha2X2UBdUEm4HP53OOYI>

