

EXPLORACIÓN DE LOS PROCESOS PSÍQUICOS DE LA RELACIÓN MADRE HIJO
LUEGO DE UN EMBARAZO ECTÓPICO



JEAN SEBASTIÁN MEJÍA BARRERO
JULIANA CAMILA MORENO MARROQUIN
MARÍA DE LAS NIEVES GALLEGU RIVERA



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VILLAVICENCIO

2025

EXPLORACIÓN DE LOS PROCESOS PSÍQUICOS DE LA RELACIÓN MADRE HIJO
LUEGO DE UN EMBARAZO ECTÓPICO

JEAN SEBASTIÁN MEJÍA BARRERO
JULIANA CAMILA MORENO MARROQUIN
MARÍA DE LAS NIEVES GALLEGU RIVERA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de psicólogos

Asesora
Mg. CAMILA PAJÓN ROJAS
Magíster en Psicología Clínica con énfasis psicoanalítico

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VILLAVICENCIO

2025

Autoridades Académicas

P. Álvaro José ARANGO RESTREPO, O.P.

Rector General

P. Adrián Mauricio GARCÍA PEÑARANDA, O.P.

Vicerrector Académico General

P. Luis Antonio ALFONSO VARGAS, O.P.

Rector Seccional Villavicencio

P. Juan Francisco CORREA HIGUERA, O.P.

Vicerrector Académico Seccional Villavicencio

Mg. Julieth Andrea SIERRA TOBÓN

Secretaria General Seccional Villavicencio

Mg. Fania Catalina SOSA CORDOBA

Decano de la Facultad de Psicología

Tabla de contenido

Resumen.....	7
Abstract	8
Planteamiento del problema.....	9
Justificación	12
Objetivos	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos.....	14
Marco referencial	15
Marco Paradigmático	15
Marco Epistemológico	15
Marco Disciplinar	16
Relación Objetal.....	16
Embarazo	18
Embarazo ectópico.....	20
Marco multidisciplinar.....	22
Antropología	22
Sociología	23
Medicina	24
Marco normativo y legal	25
Antecedentes	27
Internacionales	27
Nacionales.....	30
Regionales.....	34
Consideraciones éticas	36
Metodología	37
Método	37
Participantes.....	37
Criterios de inclusion	37
Criterios de exclusion	37

Técnica.....	38
Validación del instrumento	38
Procedimiento	38
Consideraciones éticas	40
Resultados	42
Discusión de resultados.....	50
Conclusiones	53
Limitaciones.....	55
Aportes y sugerencias	56
Referencias.....	58

Lista de tablas

Tabla 1. Matriz de análisis categorial función materna	42
Tabla 2. Matriz de análisis categorial preocupación maternla primaria	43
Tabla 3. Matriz de análisis categorial embarazo ectópico	45
Tabla 4. Matriz de análisis categorial cuerpo	48

Resumen

La presente investigación busca comprender los procesos psíquicos que se configuran en la relación madre e hijo, luego de una experiencia de embarazo ectópico desde una perspectiva psicoanalítica. Este fenómeno, además de implicar riesgos físicos, produce un impacto emocional y subjetivo en la mujer, la maternidad y la relación con un hijo después de un embarazo ectópico. En esta investigación, se abordan categorías como la función materna, la relación objetal y el cuerpo, entendiendo el embarazo como un acontecimiento biológico y psíquico atravesado por el deseo y las representaciones inconscientes del cuerpo. Se enmarca en el paradigma interpretativo y epistemología fenomenológica-hermenéutico, lo que permite comprender la realidad y explorar los significados que la madre atribuye a su experiencia. El estudio se desarrolló mediante una entrevista a profundidad a una mujer residente en Villavicencio que vivió un embarazo ectópico y tuvo posteriormente un hijo. Los resultados aportan a la comprensión del proceso psíquico del embarazo ectópico en la relación objetal.

Palabras clave: embarazo ectópico, maternidad, relación objetal

Abstract

This research seeks to understand the psychological processes that occur in the mother-child relationship following an ectopic pregnancy, from a psychoanalytic perspective. This phenomenon, in addition to its physical risks, produces an emotional and subjective impact on the woman, on motherhood, and on the formation of the bond with her child after an ectopic pregnancy. This research addresses categories such as maternal function, object relations, and the body, understanding pregnancy as a biological and psychological event shaped by desire and unconscious representations of the body. It is framed within the interpretive paradigm and phenomenological-hermeneutic epistemology, which allows for an understanding of reality and an exploration of the meanings the mother attributes to her experience. The study is conducted through an in-depth interview with a woman residing in Villavicencio who experienced an ectopic pregnancy and subsequently had a child. The results contribute to the understanding of the psychological processes of ectopic pregnancy within object relations.

Key words: Ectopic pregnancy, motherhood, object relations

Planteamiento del problema

Sridhar (2025), sostiene que se denomina embarazo ectópico a aquel embarazo en el que el embrión se desarrolla fuera del útero, con mayor frecuencia en la trompa de Falopio. Además, señala que, si bien el proceso de gestación inicia, su desarrollo es anormal y suele interrumpirse, pues los tejidos extrauterinos no ofrecen las condiciones necesarias para sostenerlo. Con el crecimiento, existe el riesgo de que la estructura donde se implanta —por lo general la trompa— se rompa entre la sexta y la decimosexta semana, lo que puede ocasionar hemorragias graves y poner en peligro la vida de la mujer.

Estas implicaciones biológicas y médicas se entrelazan con el plano psicológico, pues el diagnóstico de embarazo ectópico es en la mayoría de los casos inesperado y emocionalmente traumático para la madre. En ocasiones se detecta poco después de confirmar la gestación o incluso en mujeres que desconocían su embarazo, quienes deben enfrentarse de manera abrupta a la posibilidad de una cirugía mayor o a tratamientos médicos complejos (Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, 2014).

Es así como la Fundación para el embarazo ectópico (2021) resalta que el diagnóstico deja a muchas mujeres conmocionadas y abrumadas, especialmente si por lo demás han estado sanas. Pues esta carga emocional puede estar relacionada con el temor a perder la vida, ya que se deben someter de manera repentina a un procedimiento quirúrgico y, a su vez, asimilar la pérdida de un bebé puede resultar angustiante, por esta razón, ciertas mujeres pueden llegar a experimentar cambios en el plano psicológico, emocional, físico y relacional. Desde el área psicológica, culpa, shock, soledad, duelo; desde lo emocional, tristeza, rabia, angustia, miedo; con respecto al área física, cambios hormonales, dificultades para concebir, dolor; por último, desde el área relacional, aislamiento, dependencia, cambio en el proyecto de vida entre otros aspectos (Navarro, 2024).

Dicho esto, la American Journal of Obstetrics and Gynecology (2020) realizó un estudio donde siguió a lo largo del tiempo a un grupo de mujeres que habían experimentado una pérdida temprana del embarazo, incluyendo embarazos ectópicos, con el objetivo de evaluar la aparición y evolución de estrés postraumático (TEPT), ansiedad y depresión durante los 9 meses posteriores. Las participantes, reclutadas en tres hospitales de Londres, completaron cuestionarios psicológicos estandarizados al mes, a los 3 meses y a los 9 meses después de la pérdida. Dentro de los participantes, se encontraban 116 mujeres que habían atravesado un embarazo ectópico, quienes

presentaban síntomas de ansiedad y depresión. Los resultados evidenciaron durante el seguimiento lo siguiente: a los 9 meses, el 21% presentaba TEPT, el 23% ansiedad moderada o grave y el 11% depresión moderada o grave. Aunque los síntomas disminuyeron con el tiempo, continuaron siendo clínicamente relevantes. Estos hallazgos muestran la carga psicológica que puede generar un embarazo ectópico, por lo cual, resaltan la necesidad de seguimiento y apoyo psicológico en los meses posteriores.

En concordancia, otras investigaciones realizadas en diferentes contextos fortalecen la noción de las consecuencias físicas, emocionales y psicológicas que experimentan las mujeres tras este evento, como lo presenta Irán en un sondeo con 150 mujeres hospitalizadas por embarazo ectópico. Encontró que el 76 % de las participantes presentaba un nivel de malestar psicológico clínicamente significativo tras la pérdida de la gestación. Dicho malestar incluía síntomas de depresión, ansiedad/insomnio y deterioro en la funcionalidad social, evaluados mediante el cuestionario GHQ-28. Así mismo, se identificó que la autoestima baja se asociaba de manera directa con un mayor riesgo de experimentar depresión, ansiedad e insomnio, lo que evidencia que esta variable constituye un factor clave en la forma en que las mujeres atraviesan la recuperación. Los autores concluyen que la autoestima funciona como un recurso interno fundamental para mitigar el impacto psíquico del embarazo ectópico, y que su ausencia incrementa la vulnerabilidad emocional de las pacientes (Hasani et al., 2021).

Con esto, comprendemos que experimentar un embarazo ectópico representa mucho más que un riesgo físico, pues deja huellas profundas en la esfera psicológica y emocional de la mujer. Los efectos se extienden más allá de la experiencia inmediata, impactando la forma en que se percibe a sí misma, su bienestar emocional, la relación con su cuerpo y la manera de afrontar la posibilidad de gestar nuevamente. Estos hallazgos subrayan la importancia de explorar cómo esta vivencia se configura en la vida psíquica de la mujer y permea la relación con un hijo posterior a este suceso.

A pesar de las evidencias nombradas sobre los efectos emocionales del embarazo ectópico, son escasos los estudios que exploran cómo esta experiencia se integra en la vida psíquica de la mujer y en la configuración del lazo con un hijo nacido tras este evento traumático. Razón por la cual, surge la necesidad de indagar sobre: ¿Cuál es el proceso psíquico de una madre y su hijo, luego de haber experimentado un embarazo ectópico?, investigación que le apunta a la línea

abordajes psicosociales del ámbito regional de la Universidad Santo Tomás, seccional Villavicencio.

Justificación

Langer (1976) propone que el embarazo ectópico puede interpretarse como una forma extrema en la que se manifiestan conflictos inconscientes relacionados con la maternidad. En estos procesos coexisten, por un lado, el anhelo de ser madre, y por otro, una prohibición interiorizada vinculada a la culpa y a la necesidad de castigo. Esta tensión se expresaría en el cuerpo mediante un mecanismo somático: aunque la fecundación ocurre, la gestación no progresa normalmente, ya que el óvulo se implanta fuera del útero. Para el inconsciente, este embarazo puede simbolizar un hijo prohibido o incluso incestuoso, lo que incrementa la ambivalencia frente a la función materna. En esta perspectiva, el embarazo ectópico, no solo es un fenómeno biológico sino también la expresión corporal de un conflicto profundo entre el deseo y la imposibilidad de la maternidad, lo que ayuda a comprender el fuerte impacto emocional que genera en la mujer.

Así mismo, Langer (1976) señala que los cambios sociales e históricos han modificado profundamente la experiencia femenina: aunque la mujer contemporánea goza de mayor libertad sexual y social, la maternidad sigue enfrentando limitaciones, lo que puede generar trastornos psicosomáticos asociados a la procreación. Desde un enfoque psicoanalítico, el embarazo ectópico representa una pérdida que afecta tanto la integridad física como la subjetividad de la mujer, interrumpiendo expectativas maternas y generando un conflicto entre lo que la sociedad espera y de la vivencia íntima de ser mujer. De esta manera, la vivencia de la pérdida y su elaboración pueden influir en el lazo afectivo con el hijo que llegue a nacer, así como en la transmisión emocional dentro del entramado familiar (Freud, en *Tótem y Tabú*, 1912), lo que subraya la importancia de intervenciones psicológicas que acompañen este proceso.

Ahora bien, para profundizar sobre el lazo afectivo de un hijo nacido luego de un embarazo ectópico, Winnicott (1965) propone que el estado mental de la madre es primordial para establecer una relación segura. Por tanto, describe a una madre, que en el tránsito del embarazo y en las primeras semanas tras el nacimiento, entra en un estado psíquico particular que denomina “preocupación maternal primaria”. Esto hace referencia a una conexión intensa, tanto a nivel consciente como inconsciente, con su bebé. Lo que le permite orientarse de manera sensible y ajustada a las necesidades del recién nacido. Se trata de una condición que surge gradualmente, y se intensifica hacia el final del embarazo y permanece durante un breve periodo después del parto. Una vez que la madre logra recuperarse de este estado, rara vez puede recordarlo en su experiencia

cotidiana, compara esta disposición con una “enfermedad normal”, dado que se asemeja a un relegamiento o a una forma de disociación, incluso con características cercanas a episodios esquizoides, donde un aspecto de la personalidad predomina temporalmente.

No obstante, enfatiza que solo puede ser considerada saludable si la madre es capaz tanto de entrar en dicho estado como de salir de él una vez que el bebé la libera. Cuando este proceso se ve interrumpido —por ejemplo, ante la muerte—, el estado puede transformarse en una vivencia patológica de sufrimiento real. Situación que puede llegar a presentarse ante la experiencia de un embarazo ectópico, la posibilidad de gestar posteriormente un hijo y la relación que se puede construir con este. De esta manera, cuando la mujer queda en embarazo nuevamente y lleva a término su proceso de gestación, traerá consigo la experiencia de ese embarazo ectópico, pues todo lo vivido queda guardado psíquicamente de manera consciente e inconsciente. En este sentido, la experiencia de un embarazo ectópico no solo constituye un acontecimiento traumático en el plano físico y emocional inmediato, sino que también puede alterar la disposición psíquica que Winnicott denomina preocupación maternal primaria, dificultando la sintonía sensible ante un nuevo embarazo.

Por tanto, cuando la madre no logra salir del estado psíquico, es decir de la “preocupación maternal primaria” suele enfrentarse con el nuevo bebé a la necesidad de “compensar lo perdido”. En tales circunstancias, el vínculo corre el riesgo de perder espontaneidad, quedando atrapado en una prolongada adaptación a las demandas del niño, que no siempre alcanza a reparar la deformación inicial. De este modo, la función materna puede transformarse en una función terapéutica, en la que la madre, más que relacionarse espontáneamente con su bebé, lo trata como un objeto de reparación (Winnicott, 1965).

A su vez, como advierte Freud en *Tótem y Tabú* (1912), las huellas de estas vivencias no quedan circunscritas a lo individual, sino que se transmiten en el entramado familiar, configurando modos de relación que pueden trascender generaciones. Es por tanto que, surge la necesidad de explorar los procesos psíquicos que atraviesan las madres luego de este tipo de situaciones y cómo estas experiencias influyen en la manera en que una madre se relaciona con su hijo tras haber atravesado la pérdida por un embarazo ectópico.

Objetivos

Objetivo General

Comprender los procesos psíquicos que se configuran en la relación madre-hijo luego de la experiencia de un embarazo ectópico desde la perspectiva psicoanalítica.

Objetivos Específicos

- Explicar el estado psíquico de una mujer que experimenta un embarazo ectópico.
- Describir el estado de preocupación maternal primario en una madre que vivió un embarazo ectópico.
- Identificar la relación madre-hijo luego de haber experimentado un embarazo ectópico.

Marco referencial

Marco Paradigmático

La presente investigación se inscribe dentro del paradigma interpretativo, el cual, siguiendo a Max Weber, permite comprender los significados subjetivos de las experiencias humanas para explicar un fenómeno. Desde esta perspectiva, el investigador no busca establecer leyes universales, sino comprender la manera en que los sujetos interpretan y otorgan sentido a su realidad. Este paradigma parte del supuesto de que la realidad social es múltiple, dinámica y construida intersubjetivamente. Por ello, el investigador fragmenta la complejidad de la realidad para acceder a los significados que orientan las acciones de los individuos, considerando sus perspectivas personales y el contexto en el que emergen (García, 2013). En este estudio, dicha mirada posibilita comprender cómo se configura la relación madre-hijo después de la vivencia de un embarazo ectópico, analizando los escenarios, actores y significados que intervienen en esta experiencia.

Marco Epistemológico

La investigación se sustenta en la epistemología fenomenológico-hermenéutico. Desde la fenomenología, planteada por Edmund Husserl, se propone el estudio y descripción de las experiencias humanas tal como son vividas y expresadas por los propios protagonistas. Este enfoque permite desglosar los fenómenos para aproximarse a la reflexión sobre la realidad y comprender cómo es percibida la experiencia desde quienes la viven, evitando que el investigador introduzca interpretaciones externas que distorsionen su sentido. Complementariamente, la hermenéutica ofrece la posibilidad de interpretar los discursos, relatos y expresiones de los sujetos, favoreciendo la comprensión profunda de las actitudes, significados y sentidos emergentes en torno al fenómeno estudiado. En este caso, la articulación fenomenológico-hermenéutica resulta especialmente pertinente, ya que posibilita describir, identificar y explicar los procesos psíquicos implicados en la relación madre-hijo después de un embarazo ectópico, reconociendo los significados que las madres atribuyen a su vivencia y comprendiendo el fenómeno desde su propia realidad (de Franco & Solórzano, 2020).

Marco Disciplinar

Para comprender el proceso psíquico de la relación madre-hijo luego de un embarazo ectópico, se requiere conocer los conceptos que surgen en esta. Para ello se abordará inicialmente la relación objetal como primera categoría, dentro de la cual se aclarará lo que significa la función materna y la preocupación maternal primaria; seguido de esto, se abordará la categoría embarazo con la subcategoría embarazo ectópico y, por último, el cuerpo, como tercera categoría.

Relación Objetal

La relación objetal surge en la interacción madre-hijo, único vínculo que está relacionado con la supervivencia, pues es ella quien brinda seguridad y protección al niño. A su vez, es relevante comprender que la psique del niño se desarrolla mediante un proceso gradual, para esto es fundamental la presencia de la madre, pues cuando ésta es lo suficientemente estable permite el desarrollo del *self*, es decir la capacidad de sentirse vivo, real y autentico, esta relación objetal intrapsíquica se logra establecer cuando el niño alcanza los 3 años. Así pues, las representaciones mentales serán construidas a partir de la disponibilidad de la madre y del intercambio emocional, afectivo entre su hijo y ella, como una forma de promover y estructurar la psique; el niño se adecúa entonces a esas condiciones e imposiciones de la madre, desencadenando así una exploración, separación y demás situaciones y experiencias individuales (Ramírez, 2010).

Es importante mencionar que como lo plantea Melanie Klein (1982-1960), el niño al intentar adaptarse al medio que lo rodea, experimenta una ansiedad persecutoria, es decir, vive de manera inconsciente cada malestar o inconformidad como si se lo hicieran fuerzas hostiles y esto recae principalmente en la madre, debido a que si contiene y cubre con calor sus necesidades, él puede experimentar emociones felices y viceversa, desde este punto empieza a consolidarse aún más esta relación con su madre u objeto primario.

De igual forma, es importante aclarar que además de descubrir el mundo a través de la madre, el bebé se irá identificando con ella, más allá de si es lo bastante buena o estable para él, esta madre se encarga de satisfacer necesidades y de ir progresivamente cediendo a una adaptación, la cual está relacionada con el desarrollo bio-psico-social del bebé y como se relaciona con su contexto materno. Winnicott (1956), menciona esto como: “el bebé se alimenta del pecho que es parte de él, y la madre da leche a un bebé que forma parte de ella”, esta relación es estrecha y

absorbente en su totalidad, pues según como se realice tanto el niño como la madre desarrollaran no solo una relación objetal primaria, sino también con esta dinámica se desarrolla el apego, concepto planteado por Bowlby, el cual permite evidenciar como el bebé tiene una necesidad y es la de estar con su madre, ser cuidado y protegido (Zarankin, 2022).

Al hablar sobre la relación madre-hijo, no solo abordamos un medio suficientemente bueno, donde se le permite al niño alcanzar en cada fase de su desarrollo satisfacciones y resolver los conflictos o angustias que presente, sino que se debe tener en cuenta que esta relación puede ser un medio insuficiente, por lo cual niño podría tener dificultades para desarrollarse satisfactoriamente (Winnicott, 1956).

Por consiguiente, Bermúdez (2018), menciona que si esta atención emocional, acompañamiento y cuidado no se da, si no se desarrolla y se supera, el niño llevará la frustración a sus relaciones en búsqueda del afecto y cuidado que no recibió o que por el contrario se fusionó con su madre, generando no sólo una imagen negativa de sí mismo, sino también del sexo opuesto como consecuencia de esa angustia. Pues como bien propone Freud (1905), la relación del niño con su primer objeto se describe inicialmente como el objeto erótico a partir del pecho materno, quien alimenta y nutre, ese afecto y amor es en función de la satisfacción y cumplimiento de las necesidades, proceso que se va a ir consolidando más tarde y a formar el total de la persona, su madre además de alimentarlo, ahora lo cuida, despierta en él nuevas sensaciones corporales placenteras y displacenteras. En este momento la madre representa una seducción para el niño, es el objeto más importante, ya que simboliza lo sexual, en ella se ve el vínculo amoroso con ambos sexos, orientando así a la persona a satisfacer la necesidad y deseo, denominado también como objeto de las pulsiones.

Sin embargo, la relación objetal materna, no sólo tiene que ver con la importancia del vínculo formado por experiencias de cuidado y de satisfacer necesidades, hay un punto fundamental a destacar y es el hecho del vínculo que se forma por la organización del entorno e individuo, tanto del bebé como de la madre, es decir, el centro del ser no sólo inicia desde el nacimiento, también parte fundamental de su desarrollo es durante la gestación, ya que la madre forma un vínculo a través del cuidado no sólo de su físico sino también de su salud emocional, sería entonces un bebé integrado, ya que el permitir un cuidado satisfactorio infantil por parte de la madre, facilitará la disminución de los sentimientos de desintegración del *YO* y del objeto primario. Por esta razón, decimos que tanto la madre como el niño sienten angustia, por un lado, por no recibir un cuidado infantil y otra por fallar ante esta, pues el fallo en la función materna

deja al niño sin oportunidad de integrarse, por consiguiente, de perder contacto con el cuerpo y al crecer se encuentra con la angustia y el dolor, debido a la falta de apoyo o producto de la simbiosis con la madre, lo cual impide la individuación del niño (Winnicott, 1956).

Ahora bien, para hablar sobre esa relación objetal materna, debemos también mencionar el papel que juega la madre vista de manera individual, es decir comprender la distancia psicológica que tiene la madre del niño, ya que como mencionábamos anteriormente la madre debe tener una preparación previa, tanto psíquica como física, al igual que el niño. Esta relación estaría caracterizada por una simbiosis, ya que de alguna manera ambos dependen del otro, sin embargo, en la sociedad se afirma que la madre está siempre preparada para esa simbiosis o para ese “instinto maternal”, lo cual difiere con la realidad, dado que la identificación puede o no darse de manera consciente e inconsciente entre la madre y su hijo (Winnicott, 1956).

Por tanto, Winnicott (1956), propone el concepto: “preocupación maternal primaria”, el cual hace alusión a la relación que se desarrolla en las primeras semanas de gestación, cuando la madre se preocupa genuinamente por el niño, aspecto que permanece por un tiempo luego del parto pero que se intensifica a medida que el niño enfrenta nuevas etapas, sin embargo, cuando este logra superar las dificultades esta preocupación irá disminuyendo. Esto puede entenderse como una sensibilidad exaltada, por tanto, si la madre pierde al niño corre el riesgo de enfermar, lo cual impide reconocer la pérdida y comprometer su estabilidad emocional. Cabe resaltar que en algunas mujeres pueden desarrollar esa sensibilidad o preocupación más que otras, inclusive algunas pueden no lograrlo con uno de sus hijos, pero con otro sí, debido a la imposibilidad de dejar de lado otros intereses, de igual manera, cuando una mujer se identifica con la función masculina, limitará el desarrollo de su función maternal.

Así pues, la relación objetal que surja en la interacción madre-hijo luego de vivenciar un embarazo ectópico, estará trazada por diversas implicaciones psíquicas, como lo son la relación con su propia madre, la feminidad, el deseo de ser madre, la capacidad de renunciar a su propio deseo para fusionarse con su hijo y la posterior renunciar a esta simbiosis.

Embarazo

El embarazo se entiende como un proceso fisiológico que describe el periodo en el cual un feto se desarrolla en el vientre o útero de una mujer a lo largo de aproximadamente 40 semanas. El Instituto humano Eunice Kennedy (2020), explica las etapas del embarazo, estas se dividen en

tres trimestres, cada uno con hitos específicos de crecimiento fetal, cambios hormonales y transformaciones orgánicas en la madre; durante este periodo, el cuerpo materno experimenta adaptaciones físicas, hormonales y metabólicas destinadas a sostener la vida intrauterina; el primero comienza con la concepción, tiene una duración de 12 semanas en el cual un espermatozoide penetra un ovulo, luego este cigoto (ovulo fertilizado) que está formado por un conjunto de células viaja a través de las trompas de Falopio de la mujer hasta el útero para implantarse en la pared uterina que da forma al feto y la placenta, lo cierto es que la placenta conecta a la madre con el feto y le proporciona los nutrientes y el oxígeno a este.

En el segundo trimestre de la semana 12 a 28, no solo el sexo del bebé se puede detectar por medio de un ultrasonido sino cualquier defecto de nacimiento, en la semana 20 la madre ya puede sentir que el feto se mueve, en la semana 24 se forman las huellas de los dedos de las manos, de los pies, el feto se duerme y se despierta regularmente. En el último trimestre se calcula que en la semana 32 los huesos son blandos, pero casi completamente formados, y el feto ya puede abrir y cerrar los ojos, pero si nace antes de las 39 semanas puede tener complicaciones en el desarrollo de los pulmones, la visión, la audición, el cerebro y el hígado, según reporta el Instituto humano Eunice Kennedy (2020).

Ahora bien, Langer (1976) plantea que el embarazo trasciende lo biológico, constituyéndose también en una experiencia psíquica. A partir de 1915 inicia su investigación y son de los primeros trabajos del psicoanálisis acerca de los aspectos psicológicos del embarazo. Entre esos la autora destaca que el parto puede entenderse como una reviviscencia del propio trauma de nacimiento. Posteriormente orienta su interés hacia los aspectos centrales de la maternidad, subrayando que la gestación no solo responde a funciones biológicas, sino también a elaboraciones inconscientes y a la internalización de un rol socialmente configurado y esperado. La autora propone que la mujer desea un hijo por varias razones inconscientes, entre esas para comprobar su fertilidad, el hecho de recuperar simbólicamente a su propia madre, lo cual le permite identificarse con ella, a su vez, un deseo infantil de dar un hijo a su padre o puede representar para su inconsciente el pene anhelado. Dentro de estas razones, también existen unas conscientes o más racionales, como revivir la propia infancia, por rivalidad, por estatus y por retener a su pareja, en todo caso el deseo proviene de su necesidad psicobiológica.

Por tanto, Langer (1976) menciona que generalmente, durante el embarazo los deseos de tener un hijo son de mujeres emocionalmente maduras y de estructura psicológicamente estable,

en cambio, los individuos inestables tomaron una actitud de rechazo o ambivalencia frente al embarazo, a su vez, concluye que todas las mujeres tienen temores y angustias relacionados tanto con el embarazo como con el parto, afirma que la angustia tiene raíces inconscientes. Las dudas y temores sobre sí y su capacidad de tener un hijo son manifestaciones de sus experiencias y sus fantasías maternas en la infancia, como una posible promesa de ser madre, por tanto, cuando comienza a percibir sus movimientos empieza a percibirlo como una posible realidad y a medida que prosigue el embarazo la madre y el feto llegan a una mayor adaptación mientras se intensifica su unión.

De esta manera, se entiende que el bebé se gesta desde la psique de la madre, cargado de sus deseos y fantasías inconscientes, aspectos que intervienen en la consolidación de la unión de la madre con su hijo.

Embarazo ectópico

El embarazo ectópico se define médicamente con la implantación del huevo fecundado fuera del endometrio, cavidad uterina que está cubierta de mucosa (López de Nava, 1976), fenómeno que interrumpe la secuencia fisiológica del embarazo. Desde lo psíquico, el embarazo ectópico introduce una dimensión de ruptura y de duelo que lo conceptualiza Marie Langer (1976), como una metáfora del conflicto inconsciente: un “hijo prohibido”, aquel que no logra llegar al lugar simbólico y biológico que la madre y la cultura destinan a la gestación. Por tanto, esta imposibilidad confronta a la madre con la pérdida tanto del hijo real —el embrión no viable— como del hijo imaginario que nunca podrá configurarse plenamente.

Este conflicto puede entenderse desde dos vertientes, la primera pertenece a la posición esquizo-paranoide y la segunda a la posición depresiva, conceptos propuestos por Melanie Klein, así pues, gestar un bebé significa haberle robado algo a la madre, es decir, ganarle, triunfar, pero esto mismo implica el peligro del castigo y de su destrucción. Por tanto, estos temores paranoides entran en conflicto con el deseo de reparar a través de su propio embarazo. De este modo, en la mujer que prevalecen esos temores paranoides, elige según su estructura personal diferentes barreras contra la incorporación del pene, del semen o de albergar un feto dentro de ella, es decir, la infertilidad, la fobia la desfloración, el vaginismo, la frigidez, trastorno hormonal y el espasmo de las trompas es la defensa más íntima y primitiva contra la fecundación (Langer, 1976).

Así pues, la mujer se embaraza impulsada por su necesidad de reparación, pero el niño que gesta es experimentado como su perseguidor, que atacará desde adentro todo lo bueno que posee, si su angustia es intolerable intentarían deshacerse del feto persecutorio, es decir, el temor de la madre se expresa en un plano psicosomático. De esta manera, el impacto subjetivo de las mujeres que experimentan un embarazo ectópico suele venir acompañado por el duelo, pues atraviesan fases similares a las que viven ante otras pérdidas perinatales, como: culpa, negación, envidia hacia otras mujeres, ira y finalmente resolución (Santos, 2021). Es decir, el impacto subjetivo se puede observar en manifestaciones de frustración, miedo y tristeza. Sentimientos que Antón (2024) evidenció, que afectan a nivel emocional y físico en el embarazo posterior a la pérdida perinatal. Por lo que recomendaron apoyo emocional y orientación para procesar la pérdida y reconstruir la identidad materna.

Es así como comprendemos que el embarazo ectópico no solo interrumpe un proceso fisiológico, sino que también fractura las expectativas y las fantasías maternas, dejando huellas en la construcción de la maternidad y en la relación con hijos posteriores.

Cuerpo

A lo largo del tiempo en la cultura el cuerpo humano es asociado a una herramienta de supervivencia y de complicidad que transforma la percepción de la acción humana. Desde la perspectiva de Joyce McDougall (1989), el cuerpo se concibe como un espacio de expresión psíquica donde se representan los conflictos inconscientes que no logran ser simbolizados mediante el lenguaje. En Teatros del cuerpo, la autora plantea que el cuerpo femenino, especialmente durante el embarazo o ante la pérdida gestacional, se convierte en un escenario donde se actúan los duelos y deseos reprimidos vinculados a la feminidad y a la maternidad. La vivencia corporal adquiere así un carácter simbólico: el cuerpo “habla” cuando la palabra no basta, manifestando el sufrimiento a través de síntomas o sensaciones físicas.

De esta manera, en el caso de una pérdida gestacional, la mujer puede experimentar una fractura en su imagen corporal, sintiendo su cuerpo como un territorio vacío o fallido. Este duelo corporal, además de implicar la ausencia del hijo, conlleva la pérdida del cuerpo fértil y pleno, afectando la identidad femenina. De este modo, McDougall (1999) subraya la necesidad de

integrar la experiencia corporal en el ámbito simbólico, permitiendo que el cuerpo deje de ser portavoz del dolor para convertirse en mediador del sentido.

Así pues, cuando en el contexto familiar o de crianza se admite la identificación sexual femenina y lo que esto conlleva, permite comprender que el proceso de duelo por la separación de la madre se ha completado, esto aporta también a la investidura libidinal, es decir la energía que se dirige o se deposita en un objeto, en una persona, en una idea o en una parte del cuerpo que tiene el cuerpo; también, aporta al YO femenino, a la imagen corporal, a la vivencia del cuerpo y a la instancia psíquica que organiza la experiencia, lo cual facilita desarrollar el interés por el sexo opuesto. Por tanto, esto está asociado el deseo a la hora de elegir pareja y el deseo de tener hijos (McDougall, 1998).

Por otro lado, Langer (1976), menciona que la sexualidad está relacionada con el padre, la niña en un primer momento por experiencias relacionadas por fantasías y observaciones directas sobre las diferencias de los genitales de su padre y de ella misma, teme que su relación fantasiosa con él, se destruya, a su vez, al ver la experiencia del periodo en su madre, logra darse cuenta de la vulnerabilidad del cuerpo femenino, sin importar que este represente también partos difíciles, abortos y dolores en la zona genital. Esta idea del parto está asociada con la representación del coito, el hecho de que se desarrolle un temor a tener hijos o al parto en sí, podría generar frigidez, ya que se reprime el deseo sexual por sentimientos de culpa.

Marco multidisciplinar

Para lograr tener una mayor comprensión sobre el embarazo ectópico, es fundamental considerar los aportes de diferentes áreas del conocimiento y como estas se articulan para explicar la complejidad del fenómeno de estudio. Por tanto, en esta investigación se tienen en cuenta disciplinas como antropología, sociología y medicina, los cuales ofrecen perspectivas complementarias para el análisis del embarazo ectópico.

Antropología

La antropología no se limita a describir comportamientos, sino que busca comprender el sentido de esas acciones humanas dentro de una cultura, por tanto, desde esta disciplina se permite

comprender que los fenómenos psicológicos no son universales, sino que están mediados por los significados culturales.

Así pues, la antropología social permite la comprensión global del ser humano, sus relaciones y grupos sociales, para hablar de sociedad y del ser humano es necesario también hablar de cultura, ya que gran porcentaje de los comportamientos están ligados con las creencias y costumbres, inclusive con hechos biológicos. Por consiguiente, el embarazo no puede entenderse solo desde la biología o la medicina, porque las formas de vivir, sentir y significar el hecho de gestar dependen del contexto cultural, simbólico y social (Martin, 1991).

Por lo tanto, esto puede ser adoptado y replicado en las siguientes generaciones, es así como la cultura está relacionada con características y necesidades biológicas, sociales y psíquicas, es decir, el comportamiento humano inicia con las necesidades básicas como ser alimentado, además de afrontar las dificultades según lo demande su cultura o su grupo social y finalmente tiene unas necesidades psíquicas como ser cuidado o cuidar a otros (Alfonso, 1983).

De este modo, la cultura permea la personalidad, ya que está integra componentes y experiencias previas, aquellas que se presenta desde la concepción, debido a que desde ese momento el niño empieza a ser parte del mundo social (Ingold, 2015). De esta manera, entendemos que la antropología brinda una perspectiva de lo que implica ser madre o gestar, en cada cultural, pues cada sociedad configura sus propios modelos.

Sociología

Desde la perspectiva sociológica del autor Defey (2010) la maternidad está presente en muchos momentos de la vida como preparación para un rol socialmente esperado, por ejemplo, podemos abordar su experiencia como hijas, niñas que iban creciendo, que luego siendo madres repetirán la experiencia de la crianza que tuvieron. La transmisión transgeneracional resulta clave en este proceso: la madre proyecta en su hijo deseos, duelos no resueltos y figuras de su historia personal, lo cual puede facilitar o interferir en el establecimiento de un vínculo sano.

Así, el embarazo constituye un escenario privilegiado donde confluyen la biología, la subjetividad y la historia psíquica de la madre, la cual sugiere que un bebé durante la gestación y las primeras etapas del desarrollo representa una fantástica invitación a proyectar sobre él o ella

figuras de nuestro pasado, con la esperanza de reencontrar figuras pasadas o perdidas, o, que completen una historia.

En esta línea Defey (2010), uno de los pioneros en el desarrollo de terapias madre-hijo, propone una interacción con el hijo imaginado en el mundo mental de la madre que acompaña las interacciones reales con su bebé, planteando la coexistencia de un hijo real-aquel que se desarrolla en el útero y un hijo imaginario que corresponde a las fantasías, expectativas y proyecciones de la madre sobre el niño por venir, este hijo imaginario impacta en la relación. Así pues, estas representaciones se entrelazan desde la gestación, configurando el espacio psíquico materno en el cual el hijo recibe un lugar simbólico antes incluso de nacer, por ende, si la madre cuenta con un modelo interno de disponibilidad y empatía puede facilitar y permear la relación, a diferencia de relaciones, duelos y conflictos anteriores no resueltos que pueden interferir en la relación. Las representaciones mentales maternas del hijo real y sobre todo las ideas del hijo imaginario asignan desde la gestación un lugar al hijo en el espacio psíquico de la madre.

Medicina

Gracias a la medicina el embarazo ectópico (EE) ha tenido mayores avances investigativos, así como para su diagnóstico. Hoy en día sabemos que hay 3 tipos de embarazo ectópico, los cuales pueden darse en distintas partes del útero, sin embargo, el más frecuente ocurre en la trompa de falopio. También, está el EE ovárico, EE con cicatriz de cesárea y el EE intersticial, este diagnóstico en general pone en riesgo la vida de la madre, ya que viene acompañado de una hemorragia, ocurre mayormente en mujeres que ya han presentado enfermedades inflamatorias pélvicas y cabe resaltar que muchas mujeres desconocen haberla presentado, esto también se da por la dificultad de esclarecer el efecto de una infección genital producto de clamidia, otra limitación que existe en la medicina es por la falta de las pruebas confiables para lograr medir los antecedentes en cuanto a infecciones pélvicas, estos EE se forman como una masa o saco colapsado, el cual podría carecer de tejido trofoblástico activo, es decir, tejido de la placenta (Sánchez y Ortega 2024).

Como se mencionó el EE ovárico es el más común y el diagnóstico temprano es fundamental para evitar las complicaciones y los procedimientos de emergencia, los cuales en estos casos terminan siendo invasivos. Por otro lado, el EE con cicatriz de cesárea, siendo el más

raro de todos, ya que se forma en el lugar de una cesárea previa, este trae diversas complicaciones como la ruptura uterina y hemorragia masiva, las cuales ponen aún más en riesgo la vida de la madre y de su fertilidad. Finalmente, el EE intersticial, requiere de una mayor complejidad para diagnosticar, ya que puede dañar en gran medida al útero. Algunos de los factores de riesgo encontrados son los relacionados: la edad, los anticonceptivos, el aborto, el tabaco, infecciones de transmisión sexual, enfermedad inflamatoria pélvica y el más grave, la fertilización in vitro (Sánchez y Ortega 2024).

Los avances para el diagnóstico del EE han mejorado de una forma significativa debido a la tecnología, al descubrimiento de análisis rápidos y a la mayor comprensión de los factores de riesgos asociados con este diagnóstico, aun así, la mitad de las madres con EE no logran ser diagnosticadas en los controles iniciales del embarazo, a causa de la demora en los protocolos de algunas instituciones de salud, por tanto, se hace tanto énfasis en el diagnóstico temprano, ya que reduce el riesgo y permite recurrir a tratamientos conservadores, los cuales cuidan la vida de la madre y de su fertilidad (Sánchez y Ortega 2024).

Marco normativo y legal

A continuación, se presenta el marco legal y normativo, La Ley 1751 de 2015 garantiza el acceso efectivo, oportuno y de calidad a servicios orientados a la promoción y prevención de la salud, así como al diagnóstico y tratamiento cuando existen afectaciones físicas o psicológicas. De igual forma, el Artículo 49 de la Constitución Política establece que el Estado tiene la responsabilidad de organizar y asegurar servicios de salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, lo cual respalda la obligación institucional de ofrecer atención integral a las mujeres que afrontan situaciones médicas de alto riesgo, como el embarazo ectópico.

Por otro lado, la Ley 1257 de 2008 reconoce que las mujeres pueden ser víctimas de diversas formas de vulneración que afecten su bienestar físico y emocional. En este sentido, la pérdida gestacional puede generar daños psicológicos profundos que requieren acompañamiento especializado, puesto que el sufrimiento emocional también constituye una forma de afectación a la salud que el Estado y los profesionales están llamados a atender. Es así como en Colombia, el derecho a la salud se reconoce como un derecho fundamental.

De este modo, las normativas mencionadas respaldan la pertinencia de esta investigación al reconocer la salud mental como un derecho fundamental y al exigir abordajes integrales que incluyan la esfera emocional y subjetiva de las mujeres. La pérdida gestacional derivada de un embarazo ectópico constituye un evento que desborda física, emocional y mentalmente. En este sentido, el marco jurídico colombiano respalda la necesidad de desarrollar investigaciones que profundicen en estas experiencias y reconoce la intervención psicológica como parte esencial del cuidado de la salud de las mujeres. Además, destaca la responsabilidad de los profesionales y del sistema de salud en garantizar acompañamientos que protejan el bienestar mental, la dignidad y la calidad de vida durante y después de estas situaciones. Este respaldo normativo fortalece el valor social y clínico del presente trabajo, justificando su aporte al campo de la psicología y a la atención integral en salud.

Antecedentes

En este apartado, se presenta una revisión de investigaciones internacionales, nacionales y regionales, en las cuales se abordaron aspectos como: el embarazo ectópico y sus secuelas. A continuación, se abordarán en el orden mencionado anteriormente.

Internacionales

En una investigación realizado por Antón (2024) donde analiza casos de mujeres gestantes que perdieron a su bebé, en países como: Reino unido, Estados unidos, Noruega, Suecia, Canadá, Japón, India y Australia, con el fin de evidenciar las emociones y los síntomas experimentados por las mujeres durante un embarazo posterior a la perdida perinatal. Durante esta investigación se incluyeron factores como: características maternas, el periodo gestacional del nuevo embarazo, el momento gestacional de la perdida anterior y la atención sanitaria recibida como moduladores de las emociones experimentadas durante el embarazo tras la pérdida gestacional. Se encontró que la pérdida de un bebé significa un evento doloroso para los padres, que implica un duelo el cual puede alargarse en el tiempo y se relaciona con la presencia de emociones y síntomas negativos en el embarazo posterior. Como altos niveles de ansiedad, estrés y depresión durante un embarazo posterior a una perdida perinatal, miedo a la hora de enfrentarse al momento del parto, temor de tener otra perdida de embarazo, e incertidumbre sobre el bienestar del bebé en la barriga.

También, encontraron que a medida que avanzan las semanas de gestación, las mujeres suelen desarrollar mayor confianza en la posibilidad de un resultado favorable. Superar el periodo crítico en el que ocurrió una perdida anterior, observar el crecimiento del bebé y los cambios corporales propios del embarazo suelen brindar una sensación de alivio y esperanza que reduce las emociones negativas y los síntomas de ansiedad conforme el proceso avanza (Antón, 2024). Conforme a lo vivido por mujeres que sufrieron pérdidas tempranas del embarazo no estará por demás traer a colación el estudio de Chemouny, M. & Wendland, J. (2024) en el cual involucraron a 267 mujeres embarazadas que previamente habían experimentado una perdida por aborto espontaneo para investigar ciertos factores como la resiliencia, el apoyo de pareja, la satisfacción corporal y la experiencia previa del aborto espontaneo que influyen en el grado de vinculación prenatal durante el embarazo siguiente para confirmar que experiencia previa de aborto espontáneo

mostró un papel en la vinculación prenatal: el grado de implicación que tuvo la mujer en aquel embarazo perdido se asoció positivamente con la vinculación en el embarazo actual, mientras que los aspectos médicos de la pérdida no tuvieron un impacto significativo. Por otro lado, aunque la resiliencia en su conjunto no se vinculó de forma significativa con la vinculación prenatal, uno de sus componentes —el sentido de control— sí mostró una asociación positiva con la vinculación prenatal. En última instancia los participantes que informaron un mayor compromiso con el embarazo actual, un elevado apoyo de la pareja y una imagen corporal positiva manifestaron niveles más altos de vinculación prenatal, asimismo los autores concluyen que el aborto espontáneo debe considerarse como una pérdida perinatal con implicaciones duraderas para la mujer, y subrayan la importancia de que los profesionales de salud presten atención a este aspecto.

Ahora bien, en un estudio realizado en Irán donde se pretendía evaluar los niveles de autoestima en mujeres con embarazo ectópico, se utilizó el cuestionario GHQ-28 para evaluar síntomas emocionales, bienestar psicológico o trastornos mentales comunes. Se analizaron las subescalas de disfunción social y la subescala de depresión. En conjunto, el 76 % de las participantes fue clasificado con presencia de malestar psicológico ($\text{GHQ-28} \geq 24$), siendo la disfunción social el síntoma más prevalente (100 %), seguido de las manifestaciones somáticas (79,3 %), por lo cual, se concluye que la baja autoestima está relacionada con la depresión y la ansiedad que experimentan luego de un embarazo ectópico. De esta manera, Hasani et al. (2021), plantean que el malestar mental es común entre las mujeres con embarazo ectópico, y las mujeres con baja autoestima representa un peor estado de salud mental pues se asocia a mayores niveles de sintomatología emocional.

Otro aporte de Irán, esta vez dirigido por Zamini, M, Hasan-Zadeh A, Alimi R, Rajabi N, & Azmoude E. (2023) en el que se realizó un estudio piloto con autoinformes en vez de entrevistas clínicas, pretendía examinar la relación de las consecuencias psicológicas del aborto espontáneo, embarazo ectópico y embarazo normal en curso. Zamani et al (2023), estudiaron a un número reducido de 90 mujeres, de las cuales 30 pertenecían al grupo de embarazo ectópico. Se evidenció que casi la mitad de ellas declararon que el embarazo perdido no fue deseado, además un porcentaje parecido declaró que su pareja tampoco quería quedar embarazada, lo cual sugiere que este hallazgo puede mostrar el mecanismo defensivo de los padres para justificar la pérdida y mitigar el dolor ante el deceso del bebé. Por otro lado, el 69% de las mujeres con embarazo ectópico tuvieron aborto quirúrgico y se encontró que 16 mujeres experimentaron ansiedad de

estado, 10 mujeres ansiedad como rasgo, y aproximadamente 1/3 de ellas cumplieron con los criterios de TEPT. A partir de estos resultados se descubrió que las mujeres con embarazo ectópico tienen un nivel de estrés más elevado, en comparación a las mujeres que experimentaron aborto espontáneo y embarazo normal.

En concordancia con el estudio de Farren, et al., (2020), se realizó una investigación cuantitativa con el propósito de evaluar la pérdida perinatal como un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión hospitalaria mediante encuestas de escalas diagnósticas aplicadas a 166 mujeres atendidas en hospitales del reino unido, los investigadores buscaban determinar la prevalencia e intensidad de los síntomas emocionales y psicopatológicos posteriores a la pérdida gestacional temprana, la muestra observada era de mujeres con embarazo ectópico y mujeres que experimentaron abortos espontáneos; encontraron que una proporción significativa de las participantes presentó altos niveles de estrés post traumático, ansiedad y depresión tras la experiencia de una pérdida temprana. Con lo cual se evidenció que la pérdida temprana del embarazo, incluyendo el embarazo ectópico, constituye un evento traumático con repercusiones emocionales prolongadas que requiere atención psicológica temprana y especializada.

Este estudio puede complementarse con el realizado por Jia, et al., (2023), quienes concuerdan que una de las complicaciones tempranas del embarazo es la morbilidad psicológica como TEPT, alta ansiedad y depresión, las cuales a su vez pueden generar otras como el aborto espontáneo, la hiperémesis gravídica y los embarazos ectópicos, los cuales generan secuelas psicológicas. De igual manera, Días-Pérez, et al., (2023), demuestran tras su investigación sistemática donde compararon estudios de mujeres con una sola pérdida perinatal o aborto espontáneo en el último año con un grupo control de mujeres que no habían tenido un aborto o pérdida perinatal para llegar a subrayar que las mujeres que experimentan pérdidas, como abortos espontáneos o pérdidas perinatales, representa un factor de riesgo para la aparición de ansiedad, el TEPT y depresión que a su vez esta mediado por el proceso de duelo.

Por otro lado, Rossen, L., Opie, J. & O'Dea, G. (2023), mencionan que el embarazo ectópico hace parte de la muerte fetal, en este periodo también puede haber abortos espontáneos y aborto inducido. Por tanto, pretendían investigar cómo las madres construyen la identidad materna después de la pérdida de un bebé. De esta manera, por pérdidas perinatales se entendía la muerte fetal, la infertilidad y la muerte infantil en el primer año de vida. Entrevistaron a 10 madres que en

promedio habían tenido dos pérdidas, con el fin de reconocer su identidad. En los resultados encontraron que son madres profundamente conectadas con su maternidad, pero que contenían el dolor y la invalidación al explorar su identidad como madres, por lo que se concluye que la identidad materna se crea individual e intuitivamente, a través de honrar y recordar al niño que se perdió, mientras transforma parte de ese dolor y desesperación de la pérdida en gratitud, crecimiento y significado.

Alrededor de la experiencia de embarazo ectópico, Shadman & Vedadhir (2022), ahondan la exploración de los significados y las estrategias de afrontamiento de las mujeres que atraviesan un embarazo ectópico. Es por tanto que realizan una investigación cualitativa donde recogieron datos por medio de entrevistas semiestructuradas a 25 mujeres casadas que experimentaron embarazo ectópico, con el fin de revelar las estrategias implementadas para hacer frente a esta complicación del embarazo y poder mejorar la calidad del tratamiento. De acuerdo con los investigadores hay una influencia cultural, las mujeres de Irán desean tener hijos, no es solo un deseo personal sino también una expectativa estructurada por normas de género y respaldada por políticas estatales que refuerzan el rol reproductivo femenino. Por tanto, cuando el embarazo es frustrado, como en el caso de las mujeres que experimentan infertilidad o pérdida del embarazo (incluido el embarazo ectópico), el impacto psicológico y social puede ser profundo y duradero. Las mujeres sienten que su rol social está en juego; en muchas familias, se considera que un matrimonio sin hijos es “incompleto” o incluso “fallido”.

Nacionales

No obstante, a la hora de realizar una exhaustiva búsqueda sobre investigaciones que abarquen el embarazo ectópico en Colombia, se encontraron complicaciones y pocos casos reportados. Según, Bolaños et al. (2019), estas complicaciones son debido al proceso de diagnóstico del embarazo ectópico, ya que inicialmente se da a partir de una hemorragia, la cual se ha normalizado en el embarazo y no permite la detección temprana de la condición, la cual pone en riesgo la vida de la madre, pues requiere de un legrado e inclusive un retiro completo del útero y una obstrucción en la fertilidad de la mujer. Ahora bien, en la actualidad y con los avances médicos, la detección temprana de un embarazo ectópico es posible, al igual que tratamientos que

conserven y cuiden el útero y fertilidad de la mujer, para esto es importante la detección temprana, lo que permitirá prevenir el riesgo, al igual que preservar la vida de la madre.

En concordancia, la investigación realizada por Martínez et al. (2018), titulada: *“Embarazo ectópico cervical: diagnóstico preciso y enfoque de manejo médico. Reporte de caso”*, muestra como el diagnóstico es complejo y representa dificultades y desafíos, debido a las consecuencias graves en la madre. Presento el caso de un embarazo ectópico cervical en la ciudad de Bogotá, Colombia; la mujer reportaba sangrado y dolor tipo cólico al llegar al centro de salud, este caso fue tratado con metotrexaco el cual permitió la resolución total de la condición. En esta investigación se destacó la importancia de la detección temprana para ofrecer un tratamiento adecuado que permita cuidar la salud fértil de la madre, a su vez, es fundamental por parte del personal reconocer la sintomatología relacionada con el embarazo ectópico cervical para saber cómo manejarlo y lograr disminuir los riesgos.

Asimismo, Rodríguez et al. (2020), realizaron una revisión literaria titulada: *“Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea: reporte de caso y revisión de la literatura. Hospital Simón Bolívar subred norte Bogotá, Colombia”*. En esta revisión se utilizó una base de datos extensa con el objetivo de evaluar y revisar los aspectos del embarazo ectópico; por lo cual presenta el caso de una paciente con un embarazo de 7 semanas, también tratada con metotrexato, pero ante este tratamiento, la paciente no tuvo respuesta por lo cual se recurre a una intervención quirúrgica con el fin de preservar su fertilidad. Se encontró que mujeres que han tenido cesáreas, tienen un mayor riesgo de presentar embarazo ectópico, por tanto, es necesario que el tratamiento inicial sea con metotrexato en embarazos de menos de 8 semanas, a su vez se destaca la importancia de la detección temprana y la preservación de la salud física y psicológica de la madre, por lo cual, debe ser evaluado de forma integral, teniendo en cuenta los factores de riesgo de la persona.

Por otro lado, en un reporte realizado por Cuero (2008), sobre la incidencia del embarazo ectópico en su investigación llamada: *“Descripción del embarazo ectópico en el hospital San Juan de Dios de Cali, Colombia, entre el 2005 y el 2006”*, encontró que 3,722 bebés nacieron vivos en este periodo, además identificó que 78 mujeres tuvieron embarazo ectópico, recalcando un porcentaje de incidencia de 2,1 % del promedio. Dentro de la sintomatología el dolor abdominal fue la causa principal por la que estas mujeres decidieron asistir a consulta con un porcentaje del 42,3%, dentro de estas cifras es importante mencionar que el 7,7 de estas mujeres sufrió de un previo embarazo ectópico, siendo este el segundo, para esto las 78 mujeres fueron tratadas con

laparatomía y en el 96% de los casos pasaron por una salpingectomía, implicando con esto la extirpación de una o ambas trompas de Falopio. Por tanto, se concluye que en el hospital San Juan de Dios de la ciudad de Cali, la incidencia de embarazos ectópicos está en concordancia con otras investigaciones, en las cuales aún predominan la demora en los diagnósticos y el uso de tratamientos que afectan la fertilidad de estas mujeres, asimismo mencionan la importancia de seguir investigando sobre los factores sociales y como este afecta o dificulta el diagnóstico temprano.

Ahora veamos el estudio realizado por Vergara (2025), llamado: *“fertilidad después del tratamiento quirúrgico laparoscópico del embarazo ectópico tubárico, en la clínica de maternidad Rafael Calvo de Cartagena, Colombia”*, donde se pretendía indagar sobre los índices de fertilidad en aquellas mujeres a las que se les ha practicado tratamientos quirúrgicos como laparoscópico por embarazo ectópico tubárico, entendiendo de antemano como estos procedimientos afectan la posterior fertilidad y compararon los resultados en un lapso de tiempo de 3 años, desde el 1 de enero del año 2020 hasta el 31 de diciembre del año 2023. Este proceso se realizó a partir de una revisión sistemática reuniendo todas las historias clínicas, a su vez se realizó seguimiento y comunicación con las mujeres para identificar si habían sido madres posteriores al embarazo ectópico. Para los resultados se tuvo en cuenta que el tamaño de la muestra era limitado y no era posible controlar todas las variables clínicas importantes, sin embargo, se encontró que la probabilidad de quedar una vez más en embarazo posterior a un embarazo ectópico no podría asociarse a tratamientos como la salpingostomia, ya que la diferencia estadística no fue significativa, y algunas la trompa de Falopio permitía un desarrollo normal, por ende la mayoría logró quedar en embarazo posterior al tratamiento, algunas con una demora máxima de 3 años, pese a esto y al escaso porcentaje de complicaciones luego del tratamiento, no se pudo abordar mayores factores y recomiendan la necesidad de realizar investigaciones con un abordaje más específico, teniendo en cuenta la individualidad de los casos y el contexto de cada uno de ellos.

Por esto es importante abarcar los factores psicológicos y emocionales en estos tratamientos, además de profundizar en el área de la salud física, si es o no posible que estos tratamientos afecten la fertilidad e incluso la elección de seguir intentando concebir. Además de los tratamientos quirúrgicos mencionados anteriormente, el embarazo dado por cesárea previo a un embarazo ectópico representa también una complicación en la cicatriz uterina ya que, en la investigación realizada por Sepúlveda, Solano y Carolina (2010), llamada *Embarazo ectópico en*

la cicatriz uterina: un reporte de un caso y revisión literaria, muestran que debe tenerse en cuenta el diagnóstico de embarazo ectópico en mujeres que tienen antecedentes por cesárea. En esta investigación se tomó la muestra de una paciente de 24 años, quien tuvo una gestación anterior y cesárea, la cual asistió al Hospital Universitario de Santander por un dolor bajo, tipo cólico, además de sangrado vaginal con una permanencia de 5 días, cabe resaltar que la paciente llevaba ya 10 semanas con una ausencia de menstruación, la cual terminó siendo diagnosticada con embarazo ectópico en la cicatriz uterina, para su tratamiento se tuvo en cuenta el deseo de fertilidad, se le dio terapia con metotrexate con ácido fólico, mencionándole que la resolución completa de la masa podría durar hasta 6 semanas y se le asignó controles a los que ella no asistió. Este tipo de embarazo ectópico es poco común, sin embargo, los factores de riesgo pueden ser la presencia de operación cesárea, endometritis pos cesárea, entre otros, esta complicación es a largo plazo, por ende, su diagnóstico debe considerarse en toda mujer que asista con una historia de cesárea previa a y su tratamiento dependerá de los meses de gestación ya que esta puede ser quirúrgica o médica. Es fundamental que los servicios de salud tengan en cuenta esta información, ya que un diagnóstico temprano no sólo puede cuidar y preservar la vida de la madre sino también la de su fertilidad.

Justamente la investigación realizada por Durán y Moreno (2024), en su estudio “*factores de riesgo asociados a embarazo ectópico*” en donde se realizó un estudio de casos de mujeres con diagnóstico clínico patológico, quirúrgico y ecográfico de embarazo ectópico intrauterino que asistieron al Hospital Universitario Mayor Mederi entre los años 2009 y 2013, encontraron que en cuanto a factores sociodemográficos las pacientes entre los 18 y 35 años, mostraron resultados significativamente a estar en mayor riesgo de desarrollar embarazo ectópico, por el contrario aquellas de mayor de 35 y menores de 18 años, constituye un factor protector. Asimismo, se encontró que el número de gestaciones o partos previos no representa un riesgo para el embarazo ectópico, por el contrario, el hecho de no haber presentado embarazos previos sí. En cuanto a factores como la vía del parto, los antecedentes de parto por cesárea no representaron una relación con el factor de riesgo, sin embargo, el parto por vía vaginal en gestaciones previas sí representa un factor de riesgo para llegar a desarrollar embarazo ectópico. Esto último se encuentra en discrepancia con las anteriores investigaciones sobre como la cicatriz de la cesárea si representa un riesgo.

Ahora bien, Díaz (2002), realiza una investigación titulada: “*embarazo abdominal a término: reporte de caso*”, en la cual reporta el caso de una paciente de 33 años, la cual presenta

un embarazo de 40,5 semanas a quien se le realiza inicialmente un control perinatal en una clínica de primer nivel a la semana 23, estos exámenes arrojaron como resultado un embarazo intrauterino, sin embargo, la paciente ingresa a urgencias por presentar preclamsia severa y desprendimiento de la placenta, en donde logran tener el recién nacido vivo y la estabilización de la madre. Este caso es particularmente anormal ya que las incidencias de un embarazo exitoso abdominal a término son muy bajas, en específico 1 de cada 25.000 nacimientos vivos, la mayoría de los fetos no logran desarrollarse posterior a ser diagnosticadas después de la semana 24 y el tratamiento se basa en la internación de la paciente, ya que este puede traer consigo una hemorragia súbita intraabdominal poniendo así en riesgo la vida de la madre, por ende, debe monitorearse.

Finalmente, en una la revisión bibliográfica realizada por Moya et al (2024) titulada: *“reflexiones acerca de las políticas para la atención del embarazo ectópico”* en donde se encontraron 18 documentos, encontrando que de las políticas públicas de salud más afectivas para reducir la morbi-mortalidad vinculada al embarazo ectópico son aquellas relacionadas con la prevención y promoción de la salud y de enfermedades, además de hacer un énfasis en la importancia de la detección temprana, factores de riesgo y una atención especializada, la cual debe estar centrada en el cuidado y la vida de la madre y de su fertilidad, ya que los procedimientos deben basarse sólo en la reducción de riesgos de sangrado posoperatorio y transoperatorio, brindando con estas soluciones factibles y beneficiosas para las pacientes. En estas estrategias de intervención con el objetivo de hacer una prevención debe tenerse en cuenta la concientización de los factores de riesgo, así como también un pertinente control en la planificación familiar y del riesgo preconcepcional, esto en el nivel primario de atención.

Regionales

Ahora bien, en la revisión de artículos regionales y locales, la búsqueda fue aún más rigurosa y dispendiosa, pues hay pocos reportes en el Meta y nulos en Villavicencio, solo se encuentran investigaciones que se vinculan a través de datos de mortalidad materna.

Según la Organización Mundial de la Salud (2025), las muertes maternas suelen originarse a partir de complicaciones que se presentan durante el embarazo, el parto o en el periodo posterior. En la mayoría de los casos, estas complicaciones son prevenibles o pueden ser tratadas de manera oportuna. Algunas condiciones médicas preexistentes pueden agravarse durante la gestación si no

reciben la atención adecuada. El riesgo de mortalidad materna es considerablemente más alto entre las mujeres que residen en países con bajos niveles de ingreso, donde el acceso a servicios de salud es limitado.

En concordancia con este panorama, el *Informe de Mortalidad Materna, periodo epidemiológico IX de 2025* emitido por el Instituto Nacional de Salud (INS), el departamento del Meta registró cinco (5) muertes maternas durante el año 2024, alcanzando una razón de mortalidad materna de 62,3 por cada 100.000 nacidos vivos. Para el año 2025 (corte preliminar), el mismo departamento reportó un (1) caso de muerte materna, correspondiente a una razón de 13,1 por cada 100.000 nacidos vivos (INS, 2025, anexo “Razón de muerte materna por entidad territorial de residencia”).

Pese a estos registros oficiales, al revisar la información disponible sobre el departamento del Meta y la región, no se encontraron estudios específicos ni investigaciones recientes que aborden de manera directa la incidencia del embarazo ectópico, su mortalidad ni sus implicaciones psicológicas y relacionales posteriores. Esta ausencia de datos regionales refleja una brecha en el conocimiento y en la comprensión integral de los procesos psíquicos asociados a esta experiencia reproductiva. Dichos vacíos evidencian la necesidad de fortalecer la vigilancia y el análisis de los eventos obstétricos en la región, así como de promover estudios que integren la dimensión emocional y relacional de las mujeres afectadas.

En este sentido, la presente investigación adquiere especial relevancia al explorar los procesos psíquicos que intervienen en la relación madre-hijo luego de un embarazo ectópico, con el propósito de aportar información contextualizada que contribuya al fortalecimiento de la atención y el acompañamiento psicológico en el ámbito materno.

Consideraciones éticas

La presente investigación se desarrolla conforme a las disposiciones generales establecidas en el Código deontológico y bioético (2006), las cuales enmarca los principios generales a la hora de ejercer la profesión de psicólogos en Colombia, esta investigación se desarrolla conforme los principios de responsabilidad, confidencialidad y respeto por la dignidad humana donde se velará ante todo por el bienestar y el respeto de las personas que participan, así como también por respetar todo el marco normativo y legal del ejercicio investigativo.

De acuerdo, con en el capítulo 1, Artículo 6 de la Resolución 8430 de 1993, sobre la investigación en seres humanos, todo el proceso investigativo se realiza bajo el consentimiento informado, el cual deberá ser firmado por los participantes o sus representantes legales, quienes conocerán de antemano los beneficios, procedimientos y posibles riesgos que puedan tener como participantes y tendrán la capacidad de tomar la decisión de continuar libremente o no del proceso investigativo sin ningún tipo de repercusión. Así mismo, este proceso investigativo cuenta con la autorización del comité de ética de la Universidad Santo Tomás, sede Villavicencio, con el fin de cumplir con las normas establecidas, estos cuentan con el avalado de vicerrectoría académica, y la decanatura quienes aseguran el cumplimiento de estas normas éticas y legales vigentes.

A su vez, esta investigación adopta el reglamento del Decreto 1377 de 2023, como Habeas Data, donde la información personal de los sujetos de estudio como nombre, documento de identidad y grabaciones, se protegen y guardan de forma confidencial, teniendo en cuenta su uso en espacios públicos y privados como lo establece la ley colombiana, asumiendo las restricciones a la hora de divulgarla o publicarla.

Metodología

La presente investigación es realizada bajo la metodología cualitativa, la cual permite interpretar y comprender la subjetividad del contexto a investigar, es inductiva e interactiva con los sujetos de estudio teniendo en cuenta los significados que le da la madre sobre su experiencia tras haber experimentado un embarazo ectópico, esto se comprende desde una mirada holística, flexible y progresiva ya que abarca la realidad del fenómeno a investigar (De la Roche, Estupiñán & Pulido, 2021).

Método

A través del método narrativo, se descubren las representaciones sociales sobre la maternidad y las concepciones que se desarrollan luego de haber experimentado un embarazo ectópico, esto implica una comunicación entre la comunidad y el investigador.

Participantes

La muestra poblacional que se tendrá en cuenta es una mujer que haya tenido un embarazo ectópico en el municipio de Villavicencio, Meta.

Criterios de inclusion

- Mujer que haya experimentado un embarazo ectópico y haya tenido un hijo posterior a este.
- Mujer que viva en Villavicencio.

Criterios de exclusion

- Mujer menor de edad.
- Que haya pasado por un proceso terapéutico posterior al embarazo ectópico.

Técnica

Para la obtención de información se empleó la entrevista semiestructurada como técnica de investigación. De acuerdo con Díaz et al. (2013), este tipo de entrevista pertenece al enfoque cualitativo y se caracteriza por su flexibilidad, ya que se basa en una guía de preguntas previamente elaboradas que orientan la conversación hacia un tema determinado. Sin embargo, su estructura abierta permite incorporar o modificar preguntas durante el proceso, lo que facilita la exploración de aspectos emergentes y relevantes para el estudio. En este sentido, el propósito es adaptar las preguntas a las particularidades de cada persona entrevistada.

Validación del instrumento

Se realizó un proceso de validación del instrumento, el cual consistió en dos revisiones con jurados expertos distintos. En la primera revisión se evaluó la pertinencia y coherencia de la investigación, con relación a: planteamiento del problema, justificación, objetivos, marcos teóricos, métodos y transparencia; así como también los riesgos y el consentimiento informado. Esto se hizo con el fin de revisar si el trabajo cumple con los principios fundamentales de investigación en el campo de la psicología.

En la segunda revisión, se evaluó: el título del proyecto investigativo pregunta problema y línea de investigación; referentes teóricos y objetivos; así como también la ficha técnica de la entrevista, en la cual se plantearon 31 preguntas divididas por categorías. Esto fue calificado del 0 a 10, siendo 0 el más bajo y 10 el más alto, con una puntuación mínima de 40 para calificar. En esta etapa de validación se obtuvo un puntaje de 775 sobre 930.

Procedimiento

Para cumplir con los objetivos planteados, se definieron cuatro fases procedimentales.

Fase 1: Fundamentación teórica y metodológica: En esta primera fase se realizó una investigación de las categorías, posteriormente se realizó una investigación exhaustiva de los

antecedentes investigativos, se corroboraron de manera teórica las categorías, los marcos de referencia y se determinó el método de investigación.

Fase 2: Recopilación de datos de la participante: Se realizó una recolección de información sociodemográfica de la participante, donde se presentó el proyecto investigativo, los psicólogos en formación encargados, esclareciendo dudas en torno al proyecto y finalmente realizando la entrevista semiestructurada, indagando sobre las categorías de estudio.

Fase 3: Análisis de datos y consolidación de resultados, transcripción de entrevistas y posteriormente se realizó una matriz categorial.

Fase 4: Devolución de resultados. Esta devolución se dio a partir de una carta, donde se expusieron los resultados, conclusiones y aportes de la investigación.

Consideraciones éticas

La presente investigación se desarrolla conforme a las disposiciones generales establecidas en el Código deontológico y bioético (2006), las cuales enmarca los principios generales a la hora de ejercer la profesión de psicólogos en Colombia, esta investigación se desarrolla conforme los principios de responsabilidad, confidencialidad y respeto por la dignidad humana donde se velará ante todo por el bienestar y el respeto de las personas que participan, así como también por respetar todo el marco normativo y legal del ejercicio investigativo.

De acuerdo, con en el capítulo 1, Artículo 6 de la Resolución 8430 de 1993, sobre la investigación en seres humanos, todo el proceso investigativo se realiza bajo el consentimiento informado, el cual deberá ser firmado por los participantes o sus representantes legales, quienes conocerán de antemano los beneficios, procedimientos y posibles riesgos que puedan tener como participantes y tendrán la capacidad de tomar la decisión de continuar libremente o no del proceso investigativo sin ningún tipo de repercusión. Así mismo, este proceso investigativo cuenta con la autorización del comité de ética de la Universidad Santo Tomás, sede Villavicencio, con el fin de cumplir con las normas establecidas, estos cuentan con el avalado de vicerrectoría académica, y la decanatura quienes aseguran el cumplimiento de estas normas éticas y legales vigentes.

Teniendo en cuenta principalmente la ley 1090 de 2006, la cual regula la práctica profesional de la psicología, define las normas éticas y bioéticas que deben seguir los psicólogos y fija lineamientos adicionales relacionados con su ejercicio. Ahora bien, relacionado con la salud la Ley 2460 de 2025 garantiza el ejercicio pleno del derecho a la salud mental en Colombia mediante la promoción, la prevención, el diagnóstico temprano de los trastornos mentales y la atención integral e integrada de las personas, con especial prioridad para niños, niñas, adolescentes y jóvenes. en materia de salud mental, promueve la prevención, el diagnóstico temprano y la atención integral de los trastornos emocionales. Además, prioriza la intervención en etapas tempranas del ciclo vital y en situaciones de riesgo que puedan afectar el desarrollo del vínculo familiar, otorgando así una base legal directa a la necesidad de comprender e intervenir en las consecuencias psíquicas que deja un embarazo ectópico en la subjetividad materna y en la relación con un hijo posterior.

A su vez, esta investigación adopta el reglamento del Decreto 1377 de 2023, como Habeas Data, donde la información personal de los sujetos de estudio como nombre, documento de

identidad y grabaciones, se protegen y guardan de forma confidencial, teniendo en cuenta su uso en espacios públicos y privados como lo establece la ley colombiana, asumiendo las restricciones a la hora de divulgarla o publicarla.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados de esta investigación, mostrando la interpretación de cada categoría por medio de una matriz de análisis categorial.

Tabla 1

Matriz de análisis categorial función materna.

Categoría	Ejes de análisis	Participante	Relato
Relación Objetal	Función materna	LC	“Cuando yo tenga mi hijo yo voy a ser una súper mamá, voy a dar todo de mí” “Que yo quería que en el momento que yo fuera mamá, pues, fuera una mamá excepcional” “Siempre como que idealizaba el momento en el que yo fuera madre, que fuera una excelente mamá” “Uno le toca como sacar esas fuerzas de donde no las tiene, el cansancio, y darle como ese apoyo al bebé” “Yo quiero hacerlo, yo puedo yo quiero hacerlo todo” “Para mí la prioridad es él” “Antes compraba cosas para mí, pero ahora es a él”
Relación Objetal	Función materna	LC	“Comprarle cositas, ropita, cosas de estimulación” “Yo siempre tuve en mi mente que los niños son de la mamá” “Maternidad es como inexplicable, un amor que emana”

Teniendo en cuenta las experiencias y expectativas de la participante de ser madre, se plantean elementos de su vida, por medio de la subcategoría función materna, específicamente sobre su deseo de ser madre y la relación psíquica que construye con su hijo a través de esos significados. En esta categoría, se logra identificar un fuerte deseo de sentirse reconocida por el hecho de ser madre y a su vez un miedo a fracasar, lo que se ve reflejado en algunas respuestas como: “Siempre como que idealizaba el momento en el que yo fuera madre, que fuera una excelente mamá”, (LC, tabla 1), esta angustia y necesidad de control como lo menciona

Langer(1976), podría estar relacionada con la posibilidad de lograr ser mamá o las ideas de fracasar al intentar serlo, teniendo en cuenta el proceso de un embarazo ectópico previo a un nuevo embarazo.

Finalmente, la función materna de la participante se ve impuesta por una ambivalencia entre lo que ella ha idealizado ser y el miedo a fallar, lo que la lleva a una constante autoexigencia y una necesidad de confirmación de la calidad de su desempeño como madre, Winnicott (1956) menciona que, a partir de esto, el vínculo que construye con su hijo no estará guiado solo de manera espontánea, también desde una carga simbólica sobre lo que ella percibe de cómo debería ser “madre”.

Tabla 2

Matriz de análisis categorial preocupación maternal primaria

Categoría	Ejes de análisis	Participante	Relato
Relación Objetal	Preocupación primaria	maternal	LC
			“Uno siente como esa necesidad de siempre tenerlo ahí controlado, viéndolo” “Nadie lo va a cuidar mejor que tú” “Medio se movía y yo ya estaba en alerta” “Medio se queja y ya uno está encima pendiente” “No, yo siento que me falta algo, uno ya tiene ese chip de que tiene que estar pendiente y uno se siente incompleto, toda gira en torno a él” “Por ejemplo, cuando llora a mí me pasa algo super raro en el cuerpo y es que el empieza a llorar y a mí la leche me empieza a gotear, se me empieza a salir prácticamente, pero él está tranquilo y no pasa nada, no sé cómo funciona eso en el cuerpo, pero es algo super raro. Yo me meto a bañar y comienza a llorar, yo lo escucho desde el baño y de una me empieza a salir, siento que no es algo de mí, sino que viene con todas las mamás o no sé” “Yo arriba, ya quería bajarme a traérmelo”
Relación Objetal	Preocupación primaria	maternal	LC
			“Cuando medio se queja yo ya estoy ahí pendiente para atenderlo” “Es como no sé, es una conexión” “Yo siento que a la única persona que reconoce es a mí” “Sí, claro, cuando por ejemplo uno ve videos en TikTok o algo

Categoría	Ejes de análisis	Participante	Relato
			como de que, ay, mi bebé está en el cielo, del hermanito, entonces como que... me mueve aún, entonces yo me pongo a pensar como si se hubiera dado ya tuviéramos dos hijos, o tres hijos con Isaac, entonces como que uno se pone a pensar todo eso, como que hubiera sido nosotros, o si se hubiera dado el primero pues obviamente no sé si estarían los otros, o sea, uno se pone a pensar digamos que si se hubieran dado los tres o después del primero ya no hubiéramos intentado más”

La preocupación maternal primaria según se infiere de las respuestas de la participante está presente desde que logró quedar en embarazo por tercera vez y menciona que ese “síntoma” o preocupación va en aumento. Al profundizar en la relación afectiva con su hijo se ve un estado mental en la madre de alerta constante por cubrir las necesidades de su hijo, pero también de su seguridad, debido a sus anteriores pérdidas gestacionales. Esto podría estar relacionado con lo propuesto por Winnicott (1956) sobre la relación afectiva con el bebé, sin embargo, como él lo menciona puede deberse a la primera etapa de nacimiento, pero también a una necesidad de enfrentar lo perdido.

A su vez, cuando ella menciona, “Uno siente como esa necesidad de siempre tenerlo ahí controlado, viéndolo” (LC, tabla2), la hipersensibilidad y necesidad de ver constantemente a su hijo, puede darse por la etapa inicial de post parto, pero también puede estar desencadenada por su experiencia previa, debido a la elaboración y tránsito de sus duelos anteriores, aspectos que la llevan a un estado psíquico de alerta, de hipervigilancia y necesidad de estar constantemente con su hijo y por lo cual, es mucho más cuidadosa con su bebé. Esto se evidencia en la siguiente narración: “Medio se queja y ya uno está encima pendiente”, (LC, tabla 2) sin embargo, es importante mencionar que esta simbiosis se puede transformar más adelante y se desarrolle de manera que pueda permitirle a su hijo enfrentarse solo a las dificultades que se presenten en cada etapa.

Tabla 3*Matriz de análisis categorial embarazo ectópico.*

Categoría	Ejes de análisis	Participante	Relato
Embarazo	Embarazo ectópico	LC	“Yo he tenido dos pérdidas” “Me dio un dolor muy fuerte, y le dije amor pues me duele mucho, la verdad pues tengo miedo de que sea algo del bebé, entonces pues nos fuimos por urgencias cuando salimos de allá y me dejaron hospitalizada, entonces pues que no sabían qué era, no sabían cómo estaba el bebé porque todavía no se veía en la ecografía entonces pues no sabían si estaba bien, si estaba mal, entonces ya como que, duré tres días hospitalizada y me dieron salida”
Embarazo	Embarazo ectópico	LC	“Me dijeron pues ya solo te podemos recomendar reposo y si llegas a sangrar pues vete otra vez por urgencias. Y pues así fue, yo llegué a la casa y empecé a sangrar. Entonces me fui por urgencias y el médico me dijo, no, ya estás abortando, pues tu bebé. Ya, pues no, no hay nada después. Obviamente fue súper duro, fue algo como que a mí me marcó mucho” “Entonces, desde ahí de esa pérdida nosotros, o pues por lo menos yo, siempre le decía a Dios, mándame otro bebé, pero en el tiempo que tú creas necesario, yo le pedía que me ayudara a sanar porque yo duré casi como 3, 4 meses en los que yo lloraba todas las noches. Yo me acordaba de eso y lloraba y él me decía que ya me calmara porque eso iba a ser perjudicial para mi salud de pronto desencadenar alguna depresión grave o algo entonces él me decía que me calmara que pues las cosas pasaran así por algo”
Embarazo	Embarazo ectópico	LC	“Yo no seguí cuidándome, o sea, no era que yo lo estaba buscando, pero no sé, porque yo siento que esos dos abortos... esos dos bebés fueron como, fueron fallidos a raíz de lo que yo empecé a planificar desde muy joven, desde los 14 yo empecé a planificar. Entonces, el ginecólogo me decía eso y me decía, pues es que muchas veces las mujeres

Categoría	Ejes de análisis	Participante	Relato
Embarazo	Embarazo ectópico	LC	cuando planifican hace mucho tiempo y dejan de planificar, el útero está muy débil como para sostener al bebé. Entonces yo siento que fue eso. Entonces yo dije no, no voy a volver a planificar, que sea lo que Dios quiera”
			“Un sábado me acuerdo de que yo sentía mucho dolor, mucho dolor en el abdomen y como mareo, entonces las compañeras me decían, usted está embarazada, usted está embarazada, yo no, no creo, no creo” “Sí, estaba embarazada y yo pues de una vez le volví a decir a él, pero pues yo tenía una corazonada fea, que había algo malo porque yo tenía mucho dolor y yo ya llevaba tres semanas sangrando así seguido todos los días entonces pues por eso yo no creía que yo estaba embarazada, creía que de pronto fuera algo hormonal, que estoy sangrando mucho. Cuando dice la prueba que es positivo y yo no tenía esperanzas en ese embarazo porque yo sentía que iba a pasar algo malo” “Entonces el ginecólogo me empezó a revisar, me dijo, ¿te duele? Yo le dije, sí, me duele demasiado, estoy sangrando. Y me hizo una ecografía transvaginal, creo que se llama, y pues efectivamente tenía un embarazo ectópico. Entonces obviamente él me explicó, pues yo no sabía de eso. Fue la primera vez que yo escuchaba de eso” “Me dijo, no, pues la verdad este embarazo no está a término, ningún embarazo ectópico ha nacido, si continúa, es perjudicial para ti porque incluso una trompa tuya ya se explotó, por eso es tu sangrado. Digamos que, si no me operaban en ese mismo momento, yo me podía morir... entonces ya de una como que me dijo, no, yo te tengo que operar. Y de una me pasaron al quirófano”
			“No, fue horrible. Terrible porque él me decía, te voy a quitar una trompa, ya si antes tenías 100% de posibilidad de quedar embarazada, ahora tienes un 50%. Entonces, bueno, los médicos siempre, o sea, le explican a uno los riesgos y todo lo

Categoría	Ejes de análisis	Participante	Relato
			que va a pasar, entonces fue horrible porque yo ahí ya se murieron más las posibilidades de yo quedar en embarazo”
Embarazo	Embarazo ectópico	LC	“Es que nunca iba a ser mamá” “Sí, claro, sí, desde mi primera pérdida yo ya quedé con la mentalidad de tengo que ser mamá, tengo que ser mamá, tengo que ser mamá. Es como, yo he hablado con varias amigas que también han sufrido pérdidas y todas concuerdan en lo mismo, apenas pierden el bebé, como que les entra como esa necesidad de buscar otro. Entonces, eso, yo quedaba con ese pensamiento, o sea, todas mis peticiones hacia Dios eran sobre tener un bebé. Y le decía, siempre le hablaba de mi bebé, de mi niño, de la familia, entonces como que apenas él me dijo te tengo que operar, te tengo que quitar una trompa, yo dije no, nunca voy a ser mamá entonces, porque él me dijo que ya, o sea si yo quería quedar embarazada tenía que prepararme, iniciar tratamiento, vitaminas, claro todo eso, entonces pues yo dije no, uno piensa que el tratamiento para que quedar embarazada es súper costoso, que para las inyecciones, que los medicamentos, entonces yo decía, no, pues ahora más complicado” “Porque pues o sea uno en ese momento uno quiere prácticamente desaparecer, entonces pues me operaron me quitaron la trompa, me hicieron pues como si fuera cesárea, pero pues con la trompa”
Embarazo	Embarazo ectópico	LC	“Yo siempre le preguntaba al ginecólogo, para tener hijos, o sea, siempre fue, digamos, mi pregunta siempre fue como, ¿cuándo me voy a recuperar? ¿Cuándo puedo volver a tener un embarazo? Entonces, él siempre me dijo, no, toca esperar” “Fue algo inesperado, pero igualmente pues fue algo difícil”

En los relatos anteriormente presentados, se evidencia cómo el embarazo ectópico y la pérdida de un bebé fractura las expectativas de ser madre en la participante. A su vez, altera las fantasías con respecto a la maternidad, es pues, una vivencia que deja huellas en su psique, como se puede evidenciar en la necesidad de tener un nuevo hijo: como medida de reparación: “Yo siempre le preguntaba al ginecólogo, para tener hijos, o sea, siempre fue, digamos, mi pregunta siempre fue como, ¿cuándo me voy a recuperar? ¿Cuándo puedo volver a tener un embarazo?” (LC, tabla 3). Este es un aspecto que menciona Langer (1976) la madre se enfrenta a la ruptura no sólo de un proceso fisiológico, también de la construcción de lo que ella percibe como “maternidad” y la relación que construye con sus hijos posteriores, esto genera una reorganización de sus ideales sobre la maternidad que, a pesar de su experiencia, siguen en aumento como una respuesta a la pérdida. Es decir, se configura una nueva maternidad, una necesidad de reparación a partir del objeto perdido.

El insistir constantemente en querer ser madre como lo menciona Langer (1976), puede deberse a una necesidad de reparación psíquica y simbólica, esto se evidencia al mencionar: “Sí, claro, sí, desde mi primera pérdida yo ya quedé con la mentalidad de tengo que ser mamá, tengo que ser mamá, tengo que ser mamá” (LC, tabla 3), como se ha mencionado anteriormente, también ha sido una constante carga emocional sobre sus miedos y sus deseos, llevándola inclusive a dudar de la efectividad de uno de sus embarazos: “Cuando dice la prueba que es positivo y yo no tenía esperanzas en ese embarazo porque yo sentía que iba a pasar algo malo” (LC, tabla 3). Por tanto, no solo se duda del cuerpo, de la capacidad de contener un embarazo sino de su capacidad de ser madre, desde el componente psíquico.

Tabla 4

Matriz de análisis categorial cuerpo.

Categoría	Ejes de análisis	Participante	Relato
Cuerpo	Cuerpo	LC	“Yo no me podía parar, no me podía sentar”
			“Todo me daba vómitos, yo mantenía todo el día vomitando, con dolor de cabeza”

Categoría	Ejes de análisis	Participante	Relato
			“Yo prácticamente duré todos los tres meses incapacitada” “Pero pues yo empecé a sentir como algo en el corazón, como yo me siento rara, como que esto ya lo había sentido” “Yo empecé a llorar porque mi miedo era que otra vez fuera un embarazo que no tuviera el término. Entonces yo le dije, no amor y ahora que vamos a hacer, mira que yo tuve esta cirugía, tengo miedo, de verdad tengo miedo porque ya solo me queda una trompa. Entonces dije, otro embarazo ectópico y prácticamente ya me quedo sin tener hijos” “A mí la leche me empieza a gotear, se me empieza a salir prácticamente...yo lo escucho desde el baño y de una me empieza a salir”

En esta categoría, se pueden evidenciar los síntomas físicos producto de cada uno de los embarazos, aspectos que se pueden relacionar con la necesidad de expresión psíquica, como lo plantea McDougall (1998), los síntomas físicos están relacionado con los conflictos inconscientes como el de querer ser madre o ejercer su maternidad deseada, el cuerpo actúa a su vez como el escenario para transitar los duelos y deseos reprimidos.

Cuando ella menciona: “A mí la leche me empieza a gotear, se me empieza a salir prácticamente...yo lo escucho desde el baño y de una me empieza a salir”, (LC, tabla 4), el cuerpo podría estar reaccionando de forma instintiva e inmediata a la presencia de su hijo, esto refleja la conexión entre lo somático y lo psíquico, aspecto que también, está relacionado con las pérdidas previas, dado a la necesidad de brindar seguridad y protección a su hijo, es decir, se intensifican las sensaciones corporales con el fin de ser una madre contenedora. Por lo cual, el cuerpo se convierte en un escenario donde conviven los deseos sobre la maternidad, el duelo no elaborado y una necesidad como lo plantea McDougall (1998), el cuerpo ayuda a mantener el vínculo con su hijo, en conclusión, el cuerpo es el espacio simbólico y está cargado de huellas, experiencias y significados físicos, emocionales e inconscientes.

Discusión de resultados

A partir del relato de la participante se logran comprender los procesos psíquicos implicados en la relación madre-hijo luego de un embarazo ectópico, es decir, aspectos como la función materna, la preocupación maternal y el cuerpo, constituyen un espacio simbólico para la elaboración psíquica de la maternidad, el duelo y las relaciones objétales, esto en articulación con los planteamientos teóricos desarrollados en el marco referencial.

Por ende, en relación con la función materna, se evidencia un ideal de maternidad construido desde antes de la experiencia de ser madre, expresado en frases como: “Cuando yo tenga mi hijo yo voy a ser una súper mamá, voy a dar todo de mí”, “Siempre como que idealizaba el momento en el que yo fuera madre, que fuera una excelente mamá” y “Para mí la prioridad es él” (LC, tabla 1). Estos relatos dan cuenta de una fuerte investidura psíquica hacia la maternidad, la cual se configura como un eje central en la vida de la participante.

Lo anterior se puede comprender a la luz de lo planteado por Langer (1976), quien señala que el deseo de tener un hijo está atravesado por elementos inconscientes y por una carga emocional significativa, en donde pueden coexistir el anhelo de ser madre y conflictos internos asociados a esta función. En este caso, la idealización de la maternidad y el deseo de ser una “mamá excepcional” pueden leerse como una expresión de este conflicto, en donde el deseo se intensifica frente a la posibilidad de no lograrlo.

Asimismo, LC (tabla 1) menciona: “Uno le toca como sacar esas fuerzas de donde no las tiene... y darle como ese apoyo al bebé” y “Yo quiero hacerlo, yo puedo, yo quiero hacerlo todo”, lo cual evidencia una función materna orientada hacia la entrega total. Esto se articula con lo planteado por Winnicott (1965), quien describe la capacidad de la madre para adaptarse a las necesidades del bebé; sin embargo, en este caso dicha adaptación parece intensificarse, lo que podría estar relacionado con la experiencia previa de pérdida.

En cuanto a la preocupación maternal primaria, los relatos evidencian un estado de alerta constante hacia el hijo, expresado en frases como: “Uno siente como esa necesidad de siempre tenerlo ahí controlado, viéndolo”, “Medio se movía y yo ya estaba en alerta” y “toda gira en torno a él” (LC, tabla 2). Esta hipersensibilidad también se manifiesta a nivel corporal cuando la participante refiere: “cuando él empieza a llorar... la leche me empieza a gotear”, lo que muestra una conexión intensa entre madre e hijo.

Estos hallazgos se relacionan con lo planteado por Winnicott (1956) sobre la preocupación maternal primaria como un estado psíquico de sensibilidad aumentada que permite a la madre responder a las necesidades del bebé. No obstante, en este caso, dicho estado parece estar atravesado por la experiencia del embarazo ectópico, lo cual se evidencia cuando la participante reconoce que su forma de cuidado está influenciada por lo vivido anteriormente. Esto permite comprender que la preocupación maternal no solo responde a una etapa del desarrollo del bebé, sino también a una necesidad de “enfrentar lo perdido”, como se plantea en la interpretación de resultados.

En relación con el embarazo ectópico, los relatos evidencian una experiencia profundamente marcada por el dolor físico y emocional: “Fue súper duro, fue algo como que a mí me marcó mucho”, “yo duré casi como 3, 4 meses... lloraba todas las noches” y “uno en ese momento quiere prácticamente desaparecer” (LC, tabla 3). Estas expresiones permiten identificar la vivencia de duelo asociada a la pérdida gestacional.

Además, la participante manifiesta pensamientos como: “Es que nunca iba a ser mamá” y “tengo que ser mamá, tengo que ser mamá”, lo que evidencia una transformación en su deseo, el cual se intensifica tras la pérdida, una búsqueda de reparación ante el sufrimiento. Esto se articula con lo planteado por Langer (1976), quien propone que el embarazo ectópico no solo interrumpe un proceso fisiológico, sino que también fractura las expectativas y fantasías maternas, dejando huellas en la vida psíquica de la mujer.

Asimismo, el temor frente a un nuevo embarazo se hace evidente en frases como: “yo no tenía esperanzas en ese embarazo porque yo sentía que iba a pasar algo malo” y “tengo miedo... otro embarazo ectópico y prácticamente ya me quedo sin tener hijos”, lo cual muestra cómo la experiencia previa continúa influyendo en la vivencia del embarazo posterior, en coherencia con lo planteado por Langer sobre la persistencia del conflicto psíquico, aspecto que permea la relación que construye con su hijo.

En cuanto a la relación objetal, los relatos permiten evidenciar que el hijo posterior ocupa un lugar central en la vida de la madre, no solo como hijo real, sino también como parte de una historia marcada por la pérdida, una reparación ante la pérdida, ante el duelo y ante la dificultad de reafirmar la maternidad. Esto se puede observar cuando la participante expresa: “si se hubiera dado ya tuviéramos dos hijos... uno se pone a pensar todo eso” (LC, tabla 1), esta narración da

cuenta de la presencia del hijo imaginario, es decir, dos hijos perdidos que aun ocupan un espacio en su vida psíquica.

Esto se articula con lo planteado por Freud (1912), quien señala que las experiencias inconscientes no resueltas pueden influir en las relaciones actuales, permitiendo comprender que el vínculo con el hijo está atravesado por significaciones asociadas a las pérdidas anteriores.

Finalmente, en la categoría del cuerpo, se evidencia que este funciona como un espacio de expresión de la experiencia psíquica, manifestándose tanto en el dolor físico —“no me podía parar, no me podía sentar”, “todo el día vomitando”— como en respuestas corporales ligadas al vínculo con el hijo —“la leche me empieza a gotear... de una me empieza a salir” (LC, tabla 4)., es decir, el cuerpo tramita lo que la mente no logra sostener, el miedo a perder al bebé, se ve reflejado en vómitos y dolor corporal.

De acuerdo con la perspectiva teórica de McDougal (1998), el cuerpo actúa como escenario de los conflictos inconscientes, particularmente en situaciones donde el dolor psíquico no logra ser completamente simbolizado. Desde este enfoque, el cuerpo de la participante no solo refleja el proceso biológico del embarazo, sino también las huellas emocionales y psíquicas asociadas a la pérdida y al deseo de maternidad.

En conjunto, los resultados permiten evidenciar que el embarazo ectópico configura una experiencia que impacta profundamente la vida psíquica de la mujer, influyendo en la función materna, la relación con el hijo y la vivencia del cuerpo, en coherencia con los planteamientos teóricos abordados en la investigación.

Conclusiones

La presente investigación permitió comprender los procesos psíquicos que se configuran en la relación madre-hijo luego de un embarazo ectópico, evidenciando que esta experiencia trasciende el plano biológico y se inscribe de manera significativa en la subjetividad de la mujer, afectando su vivencia de la maternidad y la construcción del vínculo con su hijo.

En relación con el objetivo general, se concluye que el embarazo ectópico influye de manera directa en la configuración del vínculo madre-hijo, al introducir una experiencia de pérdida que deja huellas en la vida psíquica de la madre. Estas huellas se manifiestan en la forma en que ella asume su función materna, en la intensidad del cuidado hacia el hijo y en el significado su maternidad posterior.

Respecto al objetivo de explicar el estado psíquico de la mujer tras el embarazo ectópico, se identificó que la participante experimenta un proceso de duelo caracterizado por dolor emocional, miedo y angustia, evidenciado en relatos como el llanto persistente tras la pérdida y el temor frente a nuevos embarazos. Este estado psíquico no se limita al momento de la pérdida, sino que se prolonga en el tiempo, influyendo en la vivencia de embarazos posteriores y en la percepción de sí misma como madre.

En cuanto a la preocupación maternal primaria, se concluye que esta se encuentra presente en la participante, pero aparece intensificada y atravesada por la experiencia previa de pérdida. Esto se evidencia en un estado de alerta constante, en la necesidad de control y en la centralidad absoluta del hijo en su vida psíquica, lo cual sugiere que este estado no solo responde a una condición propia de la maternidad temprana, sino también a la necesidad de proteger y preservar aquello que anteriormente fue perdido.

Frente al objetivo de identificar la relación madre-hijo, se evidenció que el vínculo se configura desde una dimensión simbólica en la cual el hijo no solo representa al hijo real, sino que también se encuentra atravesado por las experiencias previas de pérdida, por los hijos imaginarios. En este sentido, la relación se construye a partir de significados asociados al deseo de maternidad, al duelo y a la historia subjetiva de la madre, lo que influye en la forma en que ella se posiciona frente a su hijo.

Finalmente, en respuesta a la pregunta problema, se concluye que el proceso psíquico de una madre luego de un embarazo ectópico se caracteriza por la persistencia de las huellas de la

pérdida, la transferencia de sentimientos y emociones asociados a esta hacia la maternidad y la construcción de un vínculo con el hijo posterior mediado por el miedo, el deseo y la necesidad de reparación. Este proceso implica que la maternidad no se vive de manera aislada, sino que está profundamente influenciada por experiencias previas que continúan operando en la vida psíquica de la mujer.

Adicionalmente, se reconoce que esta investigación aporta a la comprensión del embarazo ectópico no solo como un evento médico, sino como una experiencia con implicaciones psíquicas profundas, resaltando la importancia de abordar estos procesos desde una mirada psicológica que contemple el duelo, el deseo de maternidad y la construcción del vínculo madre-hijo.

Limitaciones

Durante el desarrollo de la presente investigación se identificaron algunas limitaciones que incidieron en el proceso de recolección de la información. Una de las principales dificultades estuvo relacionada con el acceso a la población participante. Si bien se logró identificar un número considerable de mujeres que cumplían con las características requeridas para el estudio, el proceso de participación efectiva resultó complejo.

En múltiples ocasiones, posibles participantes manifestaron inicialmente su interés en hacer parte de la investigación; sin embargo, posteriormente desistían, no respondían a los intentos de contacto o presentaban dificultades para concretar los encuentros. Esta situación implicó una prolongación en los tiempos de recolección de la información. Es importante mencionar que estas dificultades pueden estar relacionadas con la naturaleza sensible del tema abordado, ya que el embarazo ectópico y la pérdida gestacional constituyen experiencias que generan malestar emocional, lo que podría influir en la disposición de las personas a participar y compartir sus vivencias. No obstante, a pesar de estas limitaciones, fue posible acceder a un relato significativo que permitió el desarrollo del análisis propuesto y el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Aportes y sugerencias

La presente investigación aporta a la comprensión del embarazo ectópico desde una perspectiva psicológica, particularmente psicoanalítica, al evidenciar que esta experiencia no solo constituye un evento médico, sino un acontecimiento que deja huellas significativas en la vida psíquica de la mujer. En este sentido, uno de los principales aportes radica en visibilizar cómo la pérdida gestacional influye en la configuración de la función materna, la preocupación maternal primaria y la relación madre-hijo, mostrando que la relación con el hijo posterior se encuentra atravesado por experiencias previas de duelo, deseo, fantasías y miedo.

Asimismo, el estudio permite comprender el papel del cuerpo como escenario de expresión de los conflictos psíquicos, en coherencia con los planteamientos teóricos abordados, evidenciando que las manifestaciones corporales no se limitan a lo fisiológico, sino que también se relacionan con procesos emocionales y simbólicos. De igual manera, este trabajo contribuye al campo de la psicología al resaltar la importancia de abordar clínicamente las experiencias de pérdida gestacional, reconociendo que estas pueden tener efectos a largo plazo en la vida emocional de las mujeres y en la construcción de su maternidad.

Finalmente, la investigación aporta elementos para la comprensión del embarazo ectópico en contextos reales, a partir del relato de una participante, lo que permite acercarse a la experiencia subjetiva y enriquecer el análisis teórico desde una perspectiva aplicada. Sin embargo, a partir de los hallazgos obtenidos en la presente investigación, se proponen las siguientes sugerencias:

En primer lugar, se recomienda que futuras investigaciones amplíen la población de estudio, incluyendo un mayor número de participantes, con el fin de profundizar en la comprensión de los procesos psíquicos asociados al embarazo ectópico y sus efectos en la relación madre-hijo. Asimismo, se sugiere abordar esta temática desde diferentes enfoques teóricos dentro de la psicología, lo cual permitiría enriquecer la comprensión del fenómeno y generar un diálogo interdisciplinar en torno a la maternidad y la pérdida gestacional.

En el ámbito clínico, se considera importante promover espacios de acompañamiento psicológico dirigidos a mujeres que han atravesado pérdidas gestacionales, reconociendo la necesidad de elaborar el duelo y resignificar la experiencia vivida, con el fin de prevenir afectaciones en su bienestar emocional y en sus vínculos posteriores. De igual forma, se recomienda que los profesionales de la salud integren una mirada psicológica en la atención de

casos de embarazo ectópico, brindando no solo atención médica, sino también apoyo emocional antes, durante y después del proceso.

Por último, se sugiere continuar investigando el papel del cuerpo en la expresión de los procesos psíquicos relacionados con la maternidad, con el fin de profundizar en la comprensión de la relación entre lo somático y lo emocional en este tipo de experiencias.

Referencias

- Alfonso, J. M. (1983). Introducción a la antropología social (No. 86). Ediciones Akal.
<https://books.google.com.ec/books?id=P-yvz-mfLcMC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- American Society for Reproductive Medicine. (2014). Embarazo ectópico: Guía para pacientes.
https://integration.reproductivefacts.org/globalassets/_rf/news-and-publications/bookletsfact-sheets/spanish-pdf/embarazo_ectopico_booklet_spanish.pdf
- Antón, M. (2024). Emociones y síntomas experimentados por las mujeres durante un embarazo posterior a la pérdida perinatal”. Facultad de Ciencias de la salud, Trabajo de grado en enfermería. Universidad de Alicante. España.
<https://rua.ua.es/server/api/core/bitstreams/debf74ab-d974-4363-91fe-5bbd4291b6f3/content>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia de 1991.
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
- Bermúdez, Edgar Alfonso Acuña. (2018). La infancia desde la perspectiva del psicoanálisis: un breve recorrido por la obra clásica de Freud y Lacan; Klein y los vínculos objetales. *Tempo psicanalitico*, 50(1), 325-353. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0101-48382018000100016&script=sci_arttext&tlng=es
- Bolaños-Bravo, Henry Hernán, Ricaurte-Fajardo, Andrés, Zarama-Márquez, Fabio, Ricaurte-Sossa, Andrés, Fajardo-Rivera, Ruth, Chicaiza-Maya, Rubén, & Guerrero-Mejía, Carlos Andrés. (2019). Manejo conservador en una paciente con embarazo ectópico cervical en nariño, colombia: reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 70(4), 277-292. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342019000400277&script=sci_arttext#B28
- BurutxagaI, I. Pérez-Testor, Ibáñez, M. Sergi de Diego, Golanó, M Ballús, E. Castillo, J-A (2018) . Apego y vinculo: una prupuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas Psicoanalisis* Núm. 15 – Enero
<http://www.temasdepsicoanalisis.org/wpcontent/uploads/2018/01/I.-BURUTXAGA-C.-P%C3%89REZ-TESTOR-M.-IB%C3%81%C3%91EZ-S.-DE-DIEGO-M.->

GOLAN% C3 % 93 -E.-BALL% C3 % 9AS-J.A.-CASTILLO.-Apego-y-
v% C3 % ADnculo..pdf

Chemouny, M. & Wendland, J. (2024) The experience of miscarriage and its impact on prenatal attachment during the following pregnancy: A mixed-methods study, Science Direct, Midwifery, Volume 136, 2024, 104072, ISSN 0266-6138, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104072>.

Congreso de la República de Colombia. (6, septiembre, 2006). Ley 1090 de 2006. “Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>

Cuero-Vidal, Olga Lucía. (2008). Descripción del embarazo ectópico en el Hospital San Juan de Dios de Cali, Colombia, entre el 2005 y el 2006. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 59(4), 304-309. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342008000400006&script=sci_arttext

De Franco, M., & Solórzano, J. (2020). Paradigmas, enfoques y métodos de investigación: análisis teórico. Mundo recursivo, 3(1), 1-24. <https://atlantic.edu.ec/ojs/index.php/mundor/article/view/38>

De Roche, M., Estupiñán, A, M & Pulido, M, A. (2021). Características e importancia de la metodología cualitativa en la investigación científica. *Revista Semillas del saber*, 1 (1), 18-21. <https://revistas.unicatolica.edu.co/revista/index.php/semillas/article/view/314>

Defey, D. (2010). El trabajo psicológico y social con mujeres embarazadas y sus familias en los centros de salud. Instituto del niño y del adolescente del Uruguay. <https://es.scribd.com/document/649446225/Defey-D-El-Trabajo-Psicologico-y-Social-con-Mujeres-Embarazadas-y-sus-Familias-en-los-Centros-de-Salud-2009>

Díaz González, M. (2002). Embarazo abdominal a término: reporte de un caso. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 53(1), 93-95. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342002000100008&script=sci_arttext

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en educación médica, 2(7), 162-167. <https://www.scielo.org.mx/maintain.php?pid=S2007-50572013000300009&lng=>

- Durán y Moreno (2024). Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico. Repositorio EdocUR. <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/574f7282-ffbe-4ac0-9224-1225011a73fc/content>
- Ectopic Pregnancy Foundation. (2023). Your feelings following an ectopic pregnancy. Ectopic Pregnancy Foundation. <https://www.ectopicpregnancy.co.uk/for-patients/your-feelings-following-an-ectopic-pregnancy/>
- Espeleta Maradei, M. (2022). Apuntes sobre conceptos básicos de psicoanálisis (Generación de contenidos impresos N.º 41). Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/45e93b77-a9a2-4521-8298-870e139beefb/content>
- Farren, J., Jalmbrant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., Tapp, S., Van Calster, B., Wynants, L., Timmerman, D., & Bourne, T. (2020). *Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: A multicenter, prospective, cohort study. American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 367.e1-367.e22. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937819313699>
- Fernandez, H., Marchal, L., & Vincent, Y. (1998). Fertility after radical surgery for tubal pregnancy. *Fertility and Sterility*, 70(4), 680–686. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(98\)00251-9](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(98)00251-9)
- Freud (1905). Tres ensayos de la teoría sexual, en obras completas, tomo séptimo, Buenos Aires: amorrotu. <https://lobosuelto.com/libroslibres-obras-completas-de-sigmund-freud-edicion-amorrotu/>
- Freud, S. Totem y Tabú. (1912/1913). <https://web.seducoahuila.gob.mx/biblioweb/upload/TOTEM%20Y%20TABU.pdf>.
- García, L. P. (2013). El Paradigma Cualitativo–Interpretativo. Ser alumno de doctorado en competencias educativas, 143. https://aulavirtualmx.com/Archivos/LIBRO_SER_ESTUDIANTE.pdf#page=137
- Hasani, S., Aung, E. y Mirghafourvand, M. La baja autoestima se relaciona con la depresión y la ansiedad durante la recuperación de un embarazo ectópico. *BMC Women's Health* 21 , 326 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01467-2>

- Ingold, T. (2015). Desde la complementariedad a la obviación: sobre la disolución de los límites entre la antropología social, biológica, arqueología y psicología. *Avá. Revista de Antropología*, (26), 12-51. <https://www.redalyc.org/pdf/1690/169046438003.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2025). Mortalidad materna, periodo epidemiológico IX de 2025. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20IX%202025.pdf>
- Jia, L., Li, W., Lin, Y., & Wang L (2023). Psychologic Sequelae in Early Pregnancy Complications. *International Journal of Women's Health* 15, 51-57. Citations: Psychologic Sequelae in Early Pregnancy Complications
- Joyce McDougall. (1998). *Las mil y una caras de eros: La sexualidad humana en busca de soluciones*. Buenos aires. Paidós. https://es.scribd.com/document/998085970/mcdougall-j-1998-las-mil-y-una-caras-de-eros-la-sexualidad-humana-en-busca-de-soluciones-buenos-aires-editorial-paidc3b3s-saifc#google_vignette
- Langer, M. (1976). *Maternidad y sexo: Estudio psicoanalítico y psicosomático* (41.ª ed.). Editorial Paidós. <https://lamalcria.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/09/langer-marie-maternidad-y-sexo-estudio-psychoanalytico-y-psicosomatico.pdf>
- López De Nava, Alfredo (1976). Embarazo ectópico. *Revista de la Facultad de Medicina*; Vol. 19 - No. 4, Abril 1976. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/4113350>
- Lopez, C & Ramírez, M (2005). Actualizaciones en clínica apego. *Rev Chil Med Fam* pag (20. 24.) <https://revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/134/129>
- Martínez D., Rodolfo A., Quintero, Leila, García, Carlos A., & Fernández de Castro, Alfredo. (2018). Embarazo ectópico cervical: diagnóstico preciso y enfoque de manejo médico. Reporte de caso. *Universitas Medica*, 59(1), 75-86. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-08392018000100075&script=sci_abstract&tlng=es
- McDougall, J (1989) *Teatros del cuerpo. Trastornos Psicosomático*. Editions Gallimard, <https://es.scribd.com/doc/276910565/Teatros-Del-Cuerpo-Joyce-Mcdougall>
- Moreno Moreno, D. E., & Durán Acero, D. C. (2014). Factores de riesgo asociados a embarazo ectópico. [Trabajo de grado, Universidad del Rosario]. Repositorio Institucional. <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/574f7282-ffbe-4ac0-9224-1225011a73fc/content>

- Moustakli E, Domali E, Potiris A, Gerede A, Anagnostaki I, Zikopoulos A, Theofanakis C, Kathopoulis N, Louis K, Drakakis P, Stavros S. (2025) After the Shock: Impact of Ectopic Pregnancy on Subsequent Fertility and Parenthood. *Biomedicines*. 2025 Sep 9;13(9):2205. doi: 10.3390/biomedicines <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12467044>
- Moya Toneut, Carlos, Cruz Rodríguez, Javier, Sarduy Nápoles, Miguel Román, Blanco Barbeito, Nubia, Borges Fernández, Robinson, & Criollo Criollo, Anabela del Rosario. (2024). Reflexiones acerca de las políticas para la atención del embarazo ectópico. *Revista Eugenio Espejo*, 18(2), 94-103. http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S2661-67422024000200094&script=sci_abstract
- Navarro Orozco, Valentina (2024). Duelo perinatal: cómo afecta en la salud mental de una persona gestante el tránsito por este proceso. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-048/814> .
- Oficina de comunicaciones, (2020). Información sobre el embarazo. Eunice Kennedy Shiver National Institute of Child health and human developmen. Información sobre el embarazo | NICHD Español. <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). Mortalidad materna: datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Ramírez, N. (2010). Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica. *Revista de investigación en psicología*, 13(2), 221-230. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3751599.pdf>
- Rodríguez Ortiz, Jorge Augusto, Díaz, Ricardo A., Daza, María M., Hernández, Sebastián, Díaz, Camila, & Luna, Paola A. (2020). Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea: reporte de caso y revisión de la literatura. *Hospital Simón Bolívar subred norte Bogotá, Colombia. Revista Med*, 28(2), 103-110. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-52562020000200103&script=sci_arttext
- Rosales Cárdenas, O., (2010). Entre Eros y la metáfora del atleta. Fragmentos sobre el cuerpo joven hoy. *Fermento. Revista Venezolana de Sociología y Antropología* , 20 (57), 29-38. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=70518541004>

- Rossen, L., Opie, J. E. Y O'Dea, G. (2023). La voz de una madre: la construcción de la identidad materna después de la pérdida perinatal. OMEGA - Revista de la muerte y el morir, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00302228231209769>.
- Sánchez Sánchez, J. J., & Ortega Tanabe, A. K. (2024). Análisis de los factores de riesgo y complicaciones del Embarazo Ectópico (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo). <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/14101>
- Sepúlveda-Agudelo, Janer, Cristancho-Solano, Mayra, & Parra-Meza, Carolina. (2010). Embarazo ectópico en la cicatriz uterina: reporte de un caso y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 61(1), 67-72. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342010000100009&script=sci_arttext
- Shadman, S.S., Vedadhir, A. (2022). Un esfuerzo que salva vidas: los significados y estrategias de afrontamiento en pacientes con embarazo ectópico en Irán. Curr Psychol 41, 6490–6499 (2022). <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01037-z>
- Sridhar, A. (2023). Ectopic pregnancy (pregnancy of unknown location). MSD Manual Professional Edition. <https://www.msmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/early-pregnancy-disorders/ectopic-pregnancy>
- TrujilloAmaya, J. F. Emily Martin The Woman in the Body A Cultural Analysis of Reproduction. https://www.academia.edu/37623497/Emily_Martin_The_Woman_in_the_Body_A_Cultural_Analysis_of_Reproduction
- Universitat de Barcelona, & de la Salut de Bellvitge, C. de C. (s/f). *Vista de Una revisió del impacte emocional de la pèrdua perinatal previa en un embaràs posterior*. Revistas.ub.edu. <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/42323/39572>
- Yao CY, Chung CH, Chien WC, Li ST, Lee ST, Huang CC, Yang CC, Tzeng NS. (2024) Ectopic pregnancy, its potential links to dementia risk and interactions with depression: insights from a nationwide cohort study. Front Psychiatry. 2024 Aug 30;15:1410685. Ectopic pregnancy, its potential links to dementia risk and interactions with depression: insights from a nationwide cohort study - PubMed.
- Zamani M, Hasan-Zadeh A, Alimi R, Rajabi N, Azmoude E. Psychological Consequences of Miscarriage, Ectopic Pregnancy and Ongoing Normal Pregnancy: The Results of a Pilot Study. Journal of Midwifery and Reproductive Health. 2023; article_21105_15df6503b88f2117e0db08f3bb0a19dc.pdf

Zarankin, A., (2022). Vinculo y relación de objeto. Una revisión bibliográfica acerca de la propuesta de Enrique Pichón-Rivière. Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara, 7, 1-12. <https://www.redalyc.org/pdf/5635/563579384003.pdf>