

UNIVERSIDAD DE CHILE  
Facultad de Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología

Psicología  
1726  
2001  
22

**DESCRIPCION Y COMPARACION DE VARIABLES PSICOLOGICAS Y OTRAS,  
EN MADRES QUE TIENEN UN PARTO PREMATURO Y MADRES QUE  
TIENEN UN PARTO A TERMINO**

Memoria para optar al título de psicólogo  
Lic. Ps. María Angélica Yáñez Arce

Profesor Patrocinante  
Profesora Guía Metodológica  
Profesional Colaborador

: Ps. Hugo Rojas  
: Ps. Elisabeth Wenk Wehmeyer  
: Ps. Francesca Lombardo

Santiago de Chile 2001

*A Jaime  
y  
a todos esos ojitos brillantes, incluidos los de mi hijo.*

## Agradecimientos

Un especial reconocimiento para la Sra. Mónica Rojas por su profesionalismo y por la buena disposición que siempre tuvo en este proceso de titulación.

No puedo dejar de agradecer a la Universidad de Chile y los profesores Horacio Foladori y Hugo Rojas quienes hicieron que mi “aterrizaje” en Chile y en la profesión se viera enriquecido no sólo de conocimientos sino también de una calidez poco usual.

Agradezco también al profesor Hugo Rojas por haber guiado esta memoria, a la profesora Elisabeth Wenk por su buena disposición y consejo, a la psicóloga Francesca Lombardo por haberme permitido vivir una valiosa experiencia profesional en la práctica que realicé, bajo su supervisión, en patología prenatal de la maternidad del Hospital Salvador.

Un especial agradecimiento a todas las madres que me permitieron realizar este trabajo.

No puedo dejar de agradecer a mis padres por el apoyo y el cariño que siempre me entregan. Y para terminar, a Jaime por su amor, apoyo incondicional, confianza plena y consejo certero en los momentos en que todo parecía imposible.

## INDICE

INTRODUCCION .....	1
<b>I - MARCO TEORICO</b>	
<b>1.- Revisión de la literatura psicoanalítica sobre el desarrollo psicosexual .....</b>	<b>4</b>
1.1. Escuela vienesa : .....	4
a) Sigmund Freud .....	4
a.1. Fases del desarrollo de la organización sexual .....	4
a.1.1. Organizaciones pregenitales .....	4
- Fase oral .....	5
- Fase anal .....	5
- Fase fálica y complejo de Edipo .....	7
a.2. Periodo de latencia .....	11
a.3. La pubertad y adolescencia .....	12
a.4. Otras consideraciones de Freud sobre la mujer .....	13
b) Helene Deutsch .....	15
1.2. Karen Horney .....	16
1.3. Escuela inglesa .....	19
a) Ernest Jones .....	19
b) Melanie Klein .....	20
<b>2 - Maternidad, embarazo, parto y puerperio</b>	
Introducción .....	23
2.1. La maternidad .....	24
a) Helene Deustch .....	24
b) Françoise Dolto .....	28
2.2. El embarazo .....	31
a) Ansiedades específicas del embarazo .....	36
a.1. La situación psicológica al comienzo de la gestación..	37
a.2. Ansiedades del 2º y 3er mes. Formación de la placenta.....	39
a.3. La percepción de los movimientos fetales.....	41
a.4. Ansiedades debidas a la instalación franca de los movimientos.....	45
a.5. Ansiedades producidas por la versión uterina .....	45
- El parto prematuro.....	46
a.6. Ansiedades del comienzo del 9º mes .....	51
- Percepción del sexo de la criatura .....	52
a.7. Ansiedades de los días previos al parto.....	54
2.3. El parto .....	54
2.4. Puerperio .....	58

<b>3- La prematuridad</b>	
Introducción .....	65
3.1. Definición del concepto de prematuridad .....	65
3.2. Factores epidemiológicos .....	66
3.3. Etiopatogenia .....	66
3.4. Factores que predisponen al parto prematuro .....	67
3.5. Diagnóstico y tratamiento .....	68
3.6. La prematuridad como factor de riesgo .....	69
3.7. Reacción materna al nacimiento de un niño prematuro .....	71
3.8. El problema de la separación neonatal .....	73
<b>II -OBJETIVOS</b>	
1.- Objetivo General .....	75
2.- Objetivos específicos .....	75
<b>III -MARCO METODOLÓGICO</b>	
1.- Tipo y características de la investigación .....	76
2.- Ambitos temáticos de la investigación .....	79
3.- Definición y características del universo y de la muestra .....	79
4.- Instrumentos de recolección y registro de la información .....	81
a) La entrevista .....	81
b) Test de Rorschach .....	82
5.- Criterios de rigurosidad científica .....	85
6.- Criterios de rigurosidad científica utilizados en esta investigación .....	88
7.- Formas de procesamiento de la información .....	91
<b>IV -ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	
1) Análisis descriptivo .....	95
- Categorías relacionadas con la historia de vida de la madre .....	97
- Categorías relacionadas con la vida de pareja .....	105
- Categorías relacionadas con la maternidad .....	112
- Categorías relacionadas con el parto y el nacimiento .....	126
2) Análisis relacional .....	140
3) Análisis del contenido manifiesto y latente de las planchas del test de Rorschach .....	152
4) Otros resultados .....	154
<b>V - CONCLUSIONES</b> .....	158
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	163
<b>ANEXOS</b> .....	168
<b>RESUMEN</b> .....	173

## INTRODUCCIÓN

Entre el 8 y el 10% de los partos son de pretérmino, lo que significa que una gran cantidad de recursos, tanto obstétricos como pediátricos, tienen que ser destinados a este tipo de problema.

El parto prematuro constituye uno de los mayores desafíos tanto para los obstetras como para los pediatras, ya que actualmente, alrededor de un 70-80% de la morbimortalidad se refiere al parto prematuro, y prácticamente, la tasa no ha disminuido en los últimos 30 años. Esto, aún en medios tan sofisticados como Estados Unidos, donde sigue habiendo una tasa de 9 % de niños menores de 37 semanas, a pesar de los recursos diagnósticos, ecográficos, de un mejor control prenatal, etc. con los que cuentan. Este estancamiento ha significado una gran frustración en los equipos médicos, quienes señalan que mientras no se conozcan, mayormente, las causas del parto prematuro, no se podrá avanzar (Sociedad de Obstetricia y Ginecología, 1991).

Este estudio intenta profundizar en el complejo camino que lleva a una mujer a ser madre. En el embarazo, el cuerpo, más que en ningún otro momento de la vida de la mujer, adquiere un papel central. Cuerpo que se transforma, senos que se abultan, sede de múltiples sensaciones agradables, como también de malestares y dolores propios de la preñez y más tarde del parto. El cuerpo convertido en contenedor, se vuelve en el instrumento a través del cual la mujer puede expresar su síntoma. Así, según la historia personal, el embarazo puede constituirse en un momento fructífero para la mujer como también puede llevarla a sentirse atravesada por angustias que encuentran como única salida, entre otros, el aborto, los trastornos psicosomáticos y el parto prematuro.

Gracias a investigaciones como las de H. Deutsch, R. Soifer, M. Langer, etc., se puede ver cómo los nueve meses de gestación, que en la articulación que se opera de la vida y de la muerte, del saber consciente y del inconsciente, y de muchos otros aspectos como la sexualidad, la parentalidad, el dolor, etc., constituyen una fuente inagotable de conocimiento.

Esta memoria busca investigar, desde la perspectiva psicoanalítica, algunas variables del estado psicológico y otras como el entorno social y económico de la mujer durante el embarazo, que pudieran llegar a tener una incidencia en el parto prematuro.

La prematuridad tomada como un síntoma constituye el punto de partida de nuestro trabajo. Así, se intentará indagar sobre las posibles interpretaciones centrales, estructurales, que podrían incidir en la ocurrencia de un parto prematuro. Esto, sin olvidar que tal como señala Freud, el síntoma está sobredeterminado, lo que significa que no existiría una única explicación posible para el síntoma de una persona en particular y, menos aún, un mismo síntoma para personas diferentes. Sólo a través de un trabajo de largo aliento se podría, quizás, llegar a determinar en qué red complicada de significantes se inscribe un parto prematuro.

Por otra parte, más allá de intentar encontrar una causa unívoca y universal al parto prematuro, nuestro interés es poner en evidencia que durante el embarazo existen manifestaciones de diversos tipos, psicosomáticas, fisiológicas, ansiedades, sueños, etc., que reflejan la angustia frente al estado de gravidez y que no encuentran más salida que el síntoma. Antes que una mujer llegue al parto prematuro ha dado señales a su pareja, a su familia, a su medio social y al obstetra, sin encontrar, en la mayoría de los casos, una escucha diferente al punto de vista médico.

En este sentido y considerando que los avances médicos y tecnológicos no han logrado descubrir las verdaderas causas del desencadenamiento del parto prematuro ni reducir su tasa, con las consecuencias fisiológicas, afectivas, económicas, etc. que conlleva, estimamos que la prevención debiera incluir una escucha psicológica de aquellas mujeres que se encuentren en situación de riesgo, es decir que presenten los signos de alerta que se mencionaron anteriormente (angustias, dolores exagerados, etc.).

De esta manera, esta memoria se inserta como una alternativa complementaria al punto de vista médico, a partir de una perspectiva que facilite una comprensión holística del problema. La prematuridad es una pregunta que se impone a diversos sistemas de comprensión médico, psicoanalítico, social, político, etc. y difícilmente podrá ser resuelta por uno en particular. Se estimamos que sólo una mirada interdisciplinaria frente a la prematuridad hará posible un avance en el conocimiento de sus causas y tratamiento, y sobre todo en su prevención.

La presente investigación se puede definir como de carácter descriptivo y analítico-relacional. Se utiliza una metodología cualitativa, con entrevistas en profundidad, semiestructuradas, basada en una pauta de ámbitos temáticos a explorar, construida especialmente para este trabajo. En la entrevista se intenta por una parte, reconstruir las

distintas etapas del camino hacia la feminidad (menarquía, primera relación sexual, vida de pareja, etc.) que implica, idealmente, un paso armonioso de la sexualidad infantil a la sexualidad adulta. Se intenta retrasar el desarrollo del embarazo en términos de las ansiedades y la elaboración de las mismas. La entrevista abarca hasta el parto y los primeros momentos luego del nacimiento. Por otra parte, la entrevista intenta determinar la red de apoyo social y económica con la que cuenta la paciente en el momento del embarazo. Finalmente, se comparan estos resultados con un grupo de mujeres con partos a término.

Paralelamente, se utilizaron las láminas 7 y 9 del test de Rorschach como un complemento de información.

La muestra es de tipo intencionada, por etapas sucesivas, compuesta por mujeres entre 20 y 36 años, hospitalizadas por parto prematuro como por mujeres hospitalizadas por partos a término.



## I - MARCO TEORICO

### 1. Revisión de la literatura psicoanalítica sobre el desarrollo psicosexual

#### 1.1. Escuela vienesa

##### a.- Sigmund Freud

##### a.1. Fases del desarrollo de la organización sexual

La sexualidad infantil es esencialmente autoerótica y sus pulsiones parciales aspiran a conseguir placer cada una por su cuenta, enteramente desconectadas entre sí. El punto de llegada del desarrollo lo constituye la vida sexual del adulto llamada normal; en ella, la consecución de placer se ha puesto al servicio de la función de reproducción, y las pulsiones parciales, bajo el primado de una única zona erógena, han formado una organización sólida para el logro de la meta sexual en un objeto ajeno (S. Freud, 1905).

##### a.1.1. Organizaciones pregenitales

La descripción de las fases del desarrollo psicosexual fueron extraídas del libro *Psicología patológica* de J. Bergeret (Bergeret J. , 1990)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Para la realización de la síntesis sobre las etapas del desarrollo psicosexual, J. Bergeret cita las siguientes obras : K. Abraham (1925), (1924); S. Freud *Tres ensayos de teoría sexual* (1905d); *Sobre las teorías sexuales infantiles* (1908c); *Pega a un niño* (1909); *La organización genital infantil* (1923e); *El sepultamiento del complejo de Edipo* (1924d); *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos* (1925j); *Sobre la sexualidad femenina* (1931b).

### *Fase oral*

El estadio oral es el de la primacía de la zona bucal como zona erógena. El "objeto" del deseo sexual del lactante, está constituido por el pecho materno (objeto parcial) o su sustituto, siendo la primera expresión de la pulsión sexual el acto de mamar. En efecto, el acto de mamar no sólo satisface la necesidad de alimento, sino que produce placer en sí mismo (chupeteo de los labios, succión del pulgar). La satisfacción libidinal se apoya sobre una necesidad fisiológica de autoconservación. El sujeto no tiene todavía noción de un mundo exterior diferenciado de él; estado anobjetal

Abraham divide este periodo oral en dos subestadios : la fase "preambivalente" se caracteriza por: prevalencia de la succión, incorporación de un "objeto" sentido como bueno y que teóricamente no es destruido, satisfacción autoerótica de compensación en momentos de frustración (chupeteo del pulgar, etc.), ausencia de diferenciación entre cuerpo y objeto exterior, ausencia de amor y de odio propiamente tales, estando el psiquismo libre de toda ambivalencia afectiva. En la segunda fase oral, llamada sadicooral, predominan las pulsiones canibalísticas. Cuando aparecen los primeros dientes, el carácter de la búsqueda de placer del niño experimenta un cambio importante. Todavía busca su mayor satisfacción con la boca, pero ya no por medio de la succión, sino mordiendo y masticando. Quiere destruir con sus dientes todos los objetos con que se pone en contacto. En sus fantasías, trata a las personas ligadas a él como al alimento (K. Abraham, 1925). Desea comerlas porque las quiere, y destruirlas, masticándolas, porque las odia y teme. El deseo de comer contiene simultáneamente tendencias amorosas y agresivas, y ya por eso envuelve un conflicto de ambivalencia.

### *Fase anal*

Sólo cuando se instala el control esfinteriano, es decir cuando el acto de defecación se convierte en un acto suficientemente controlado por el niño, el placer unido a la defecación y los conflictos específicos que ella conlleva empiezan a ocupar una situación privilegiada.

La zona erógena parcial es la mucosa anorrectal e incluso más en general, toda la mucosa de la zona intestinal de excreción, cargada de una libido difusa en todo el interior (y no solo orificial).

El objeto de la pulsión anal es más difícil de describir a causa de la complejidad creciente del juego pulsional. La madre que continúa siendo el objeto privilegiado de las pulsiones del niño, se convierte en persona entera. Pero es un objeto que aún sigue siendo funcional parcial, que el niño tratará de manipular, como manipula sus materias fecales. El bolo fecal, objeto libidinal intermediario, es un excitante directo de la zona anal. El bolo fecal es también considerado por el niño como una parte de su propio cuerpo que él puede ya sea conservar en su interior o expulsarlo fuera de él, lo que le permite realizar la importante distinción entre objeto interno y objeto externo. Si el miedo de ser tragado constituía la angustia oral específica, el de ser bruscamente desposeído del contenido de su cuerpo, de ser vaciado literalmente, representa la angustia anal típica. Por último, el bolo fecal representa para el niño una moneda de cambio entre él mismo y los adultos.

K. Abraham (1924) ha descrito también dos subestadios:

En la primera fase llamada "expulsiva", paralelamente a la descarga de la tensión, la eliminación produce una estimulación de la mucosa anorrectal, que produce un placer sexual comparable al de la succión durante el estadio oral, placer autoerótico. Además se obtiene una estimulación adicional como consecuencia de la importancia que los padres dan a las funciones anales. Señalemos de esta primera fase anal el autoerotismo narcisista que siempre conlleva y el aspecto sádico, que caracteriza la totalidad del estadio anal. Este aspecto sádico tiene un doble origen. Por un lado, originalmente considerando el acto de expulsión mismo, las materias fecales son tomadas como objetos perdidos y con los cuales el niño no tiene ningún miramiento. Por otro, el niño puede utilizar su facultad de expulsión para desafiar a sus padres que tienden a enseñarle la limpieza.

En la segunda fase o fase retentiva el placer principal se centra en la retención. Se ha dicho que se trataría de un placer autoerótico masoquista, que es uno de los componentes normales de la sexualidad. Otro determinante en la aparición de este placer es la importancia que los adultos conceden a las heces. Si los otros consideran estos productos como preciosos, entonces el niño prefiere guardárselos antes de darlos. Y aquí entra de nuevo el juego sádico, pudiendo el niño bien utilizar sus materias fecales como regalo para demostrar afecto o bien

por el contrario retenerlas, lo que tiene la significación de una actitud hostil (sádica) hacia los padres. En la segunda fase oral el objeto retenido es más apreciado y menos odiado que en la primera fase de expulsión. Otro aspecto de esta fase es la ambivalencia que se basa en la actitud contradictoria ante las materias fecales. Esta actitud sirve de modelo a las relaciones con los demás. Así, los objetos exteriores podrán ser eliminados, suprimidos -es decir, rechazados- expulsados y, por ello mismo, destruidos o intensamente introyectados - es decir guardados como objetos de apropiación- retenidos como una posesión preciosa y querida.

La oposición actividad/pasividad marca profundamente las relaciones objetales de esta fase, en la que todavía no se ha planteado al niño la oposición masculinidad femineidad, en el sentido sexual del término.

En lo que respecta al presente trabajo, este proceso sirve de modelo y podría causar diversos trastornos a nivel psicosomático. En el aborto espontáneo, la mujer revive esas tendencias de expulsión hostil frente al niño, que para su inconsciente tiene el significado de excremento despreciado, mientras que en algunos tipos de dificultad de parto el niño es tratado, inconscientemente, como un contenido intestinal valioso, del cual la mujer no quiere separarse. Así, se tiene que el niño es identificado en el inconsciente con un excremento (Langer M., 1951).

### *Fase fálica y Complejo de Edipo*

Desde los primeros tiempos, Freud se lamentó de la oscuridad que rodeaba la vida sexual de la mujer y sus escritos se referían predominantemente al desarrollo sexual masculino. Uno de los resultados de esta oscuridad fue que, a menudo, Freud supuso que la psicología de la mujer podía considerarse simplemente análoga a la del hombre. Sin embargo, en *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos* (1925), Freud hace una reformulación completa de sus concepciones sobre el desarrollo psicológico de la mujer (J. Strachey).

El estadio fálico instaura una relativa unificación de las pulsiones parciales bajo cierta primacía de los órganos genitales. Pero no se trata todavía de una verdadera genitalización de la libido. De lo que el niño toma consciencia en esta época no es precisamente de una diferenciación sexual, sino que al contrario, sólo el pene toma valor de existencia tanto para el

niño como para la niña que carece de él. En este momento, el pene es percibido como un órgano de potencia o de plenitud; es decir un falo (primacía del falo). Los padres serán vividos en función de su potencia o de su debilidad, simbolizada por esta posesión o por esta ausencia (J. Bergeret, 1990).

Por otra parte, surgen en los niños enigmas sobre la procreación, el embarazo, etc... Al no recibir respuestas satisfactorias, el niño interpreta los hechos a su manera y crea teorías sobre la vida sexual del adulto, la concepción y el parto. Adaptando lo genital, poco conocido para ellos, a procesos que les son familiares, imaginan, por ejemplo, que la fecundación tiene lugar por haber comido algo o por haberse besado en la boca, creencia extendida por lo general más en la niña, en la que persiste, a veces hasta la pubertad e incluso posteriormente. Imaginan que el feto crece en el vientre y es eliminado como un excremento por el ano (S. Freud, 1908).

El niño, por el hecho de saberse poseedor de un pene que falta a las niñas, sobreinvierte este órgano de forma libidinal en tanto que instrumento de la satisfacción sexual (masturbación y fantasías edípicas), pero también y, sobre todo, en tanto símbolo de la valoración narcisista de sí mismo, indicada concretamente por las tendencias exhibicionistas, predominantes en este estadio. Se dice entonces que el niño se identifica con su pene. Esto es resultado de este narcisismo llevado al extremo y del temor experimentado por el niño al daño que alguien podría hacer a su pene.

En un principio el niño intenta negar la realidad. Después, gracias a un deseo de reparación mágica, tiende a tranquilizarse y piensa que ya les crecerá a las niñas. Esto no impide que continúe la angustia, ya que, aún cuando él percibe y acepta la diferencia no atribuye la falta de pene en la niña a una condición original, sino a una mutilación sufrida, como sanción imaginaria infligida por los padres para castigar ciertos deseos y placeres análogos a los que él mismo siente como prohibidos (masturbación). Por otra parte, la negativa a extender a todas las mujeres esta falta de pene es todavía una defensa, que persistirá incluso después que el niño tenga evidencias en contra. Para él, sólo han debido sufrir esta suerte las que son culpables de pulsiones inadmisibles. Durante mucho tiempo -y esto es válido para ambos sexos- mantiene la creencia en una madre peneana que, idealizada, no caerá bajo el castigo de la castración, conservando un pene imaginario, símbolo y atributo del falo; es decir, de la potencia adulta.

Refiriéndose a la evolución sexual de la niña, Freud afirma que ella se comporta y se siente como un "varoncito" hasta ya entrada en la fase fálica y que la masturbación clitoridiana corresponde totalmente a la peniana en el niño. Por otra parte, según Freud, la niña desconoce su vagina en esta época. El comportamiento sexual es, pues, idéntico para los dos sexos durante los primeros años de vida. Freud sostiene, además, que el paso del clitoris a la vagina en tanto zona erógena dominante sobreviene en una época más tardía de la vida, lo más frecuentemente alrededor de la pubertad.

Así, al descubrir la niña su ausencia de pene, después de un periodo de negación y de esperanza, se ve forzada a aceptar esta ausencia. Ninguna negación puede borrar en ella esta ausencia real que no es vivida como la amenaza de una castración imaginaria, sino como un hecho consumado. Contrariamente a como sucede en el niño, esta comprobación y frustración que la acompaña no sólo sobrevienen antes del Edipo, sino que incluso permiten a la niña precisamente entrar en el Edipo. Así, mientras que el complejo de Edipo del niño declina debido al complejo de castración, el de la niña es posibilitado e introducido por este último.

La niña debe sobrellevar tres cambios importantes es su estructura libidinosa para cumplir un desarrollo normal. Debe abandonar a su madre por su padre, desplazar la mayor parte de la excitabilidad del clitoris hacia la vagina y transformar sus fines sexuales activos en pasivos. Estos cambios se realizan en parte durante la fase fálica y en parte sólo en la pubertad. Las vivencias de la primera infancia durante las fases preedípicas son de suma importancia para alcanzar satisfactoriamente estos cambios. Su primera relación amorosa con la madre es fundamental para su capacidad de identificarse con ella más tarde (Freud, 1931b).

Por otra parte, existe durante las primeras etapas del desarrollo el deseo de fecundar a la madre y ser fecundada por ella, el de darle un hijo o recibirlo. La forma en que ese deseo surge, se desarrolla, y es finalmente abandonado, es fundamental para comprender las causas de los diversos trastornos de las funciones procreativas femeninas (M. Langer, 1951).

En *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos*, Freud expone que la constatación de la falta de pene constituye, en principio, para la niña una profunda herida narcisista que lleva consigo un sentimiento de inferioridad en el plano genital y corporal. Freud ve en esto, la propensión femenina a sufrir de sentimientos de inferioridad (cultural y moral) y ser más inclinada a los celos que el hombre.

La niña se defiende de esta falta de diversas maneras. El primer elemento que aparece es la reivindicación (envidia del pene o reivindicación fálica) La niña piensa que ella tenía un pene y que lo ha perdido, lo que refuerza la idea de reconquistarlo. Supone que las demás mujeres, principalmente las más importantes, como su madre, tienen pene. Forzada a aceptar la falta, (aquí todavía narcisista en tanto que significa para ella carencia, inferioridad), la niña culpará a su madre de ello y tenderá a vincularse con el padre, produciéndose así el momento capital de la evolución psicosexual de la mujer, que, al contrario del niño, debe realizar un verdadero cambio de objeto para entrar en el Edipo. Freud enumera los reproches que la niña suele hacerle a la madre y por los cuales su amor primitivo puede haberse transformado en rivalidad y odio inconsciente. La niña interpreta los cuidados físicos que la madre le ha prodigado y que en ella produjeron sensaciones eróticas placenteras como intentos de seducción, y le reprocha haberla despertado sexualmente para despreciarla después por su masturbación. Le reprocha haberla amamantado poco o haberle retirado el pecho demasiado pronto. Se ha sentido rechazada por la madre a raíz del nacimiento de nuevos hermanos. Freud nos dice que es cierto que la niña hace todos estos cargos a su madre, pero el niño sufre las mismas desilusiones, sin alejarse por eso de ella. Debe haber algo específico entonces en la niña. La conformación de los genitales de la niña la lleva a reprochar a su madre su falta de pene. Al principio la niña cree, cuando se da cuenta de la diferencia sexual, que únicamente a ella le falta el pene y que su madre tiene un pene. La madre amada de las primeras épocas sería siempre una "madre peneana". Sólo poco a poco la niña comprueba que a su madre le falta también el órgano tanpreciado. Percibe que no existe la posibilidad de una satisfacción física entre ella y la madre. Entonces, empieza a despreciarla y a inclinarse hacia el padre, primero con la esperanza de que él le dará un pene, y después, que obtendrá un hijo de él. Si en sus juegos con las muñecas desempeña antes los papeles de madre e hija, ahora desempeña los de la mujer del padre, que tiene hijos con él.

Así, la entrada de la niña al Edipo y, en consecuencia, su acceso a la genitalidad es de naturaleza más o menos reactiva y defensiva. La niña escoge al padre como objeto amoroso y abandona su primer objeto libidinal, la madre que se convierte así en el objeto de sus celos. Esta ruptura con la madre está marcada por una profunda ambivalencia.

En el caso del niño, al final del Edipo, éste renuncia a los deseos incestuosos dirigidos a la madre y a los impulsos hostiles hacia el padre, y esto bajo el choque de la amenaza de

castración. En el caso de la niña, surge el deseo de tener un niño, que sustituirá el deseo de tener un pene. Se dice que la libido de la niña se desliza a lo largo de la ecuación  $\text{pene} = \text{niño}$ . La renuncia al complejo de Edipo en la niña es más gradual y menos completa que en el niño. Le falta un motivo importante para renunciar a su vínculo incestuoso con el padre y formar su consciencia moral, su superyo. De ahí Freud deduce que la mujer tiene menos cualidades morales que el hombre. La niña queda ligada a su padre, esperando recibir de él el pene anhelado. Poco a poco transforma este deseo en otro : recibir como regalo del padre, un niño. Con el tiempo se da cuenta de que el padre no puede satisfacer sus deseos, se desilusiona de él y se aleja poco a poco, quedando el camino libre para otra elección de objeto.

Por otra parte, en la niña la identificación a la madre es particularmente compleja, debido al resentimiento que ella siente hacia la madre quien no supo darle lo que necesitaba : la imagen femenina es vivida por la niña con un sentimiento de desvalorización. En este mismo sentido, la identificación a la madre, se apoya en la visión que ésta tenga de la feminidad. Así, si la madre ve en la maternidad una secuencia de dolor y en la vida conyugal una secuencia de obligaciones, sin alegría, entonces la niña tendrá mayores dificultades para acceder, más tarde a la feminidad (vida sexual, procreación, etc.)

El complejo de Edipo cumple un papel fundamental en la estructuración de la personalidad y de la orientación del deseo humano, papel que se atestigua en las funciones capitales que le son reconocidas : Elección de objeto amoroso, acceso a la genitalidad, efectos sobre la formación del Superyo y del Ideal del Yo.

## **a.2. Periodo de latencia**

Sucediendo al Edipo, la fase siguiente del desarrollo (entre los cinco años y la pubertad) es considerada como una fase de reposo y de consolidación de las posiciones adquiridas.

La característica del período de latencia, consiste en que los niños de ambos sexos han logrado reprimir la mayor parte de su sexualidad infantil. Se han identificado con el progenitor del mismo sexo, se han vuelto fácilmente educables y utilizan sus fuerzas instintivas para el estudio y la adquisición de conocimientos. Generalmente más bien evitan en esta época tener



amistades con el otro sexo. Reprimen la masturbación o están en lucha activa contra ella. (J. Bergeret, 1990).

### a.3. La pubertad y adolescencia

La pubertad inaugura la adolescencia y marca el paso de la sexualidad infantil a una sexualidad adulta, basada en la madurez de los órganos genitales, en el sentido biológico del término.

En esta etapa hay un despertar de las pulsiones sexuales, sin embargo, se trata de una búsqueda de identidad más que de una búsqueda de placer sexual. Para la niña, la pubertad se inicia con la menarquia (primera menstruación). Con el desarrollo de sus pechos y la aparición de la menstruación, la niña se da cuenta casi claramente de su destino femenino y materno futuro: en ese momento, las palabras dichas por una madre no neurótica, feliz de iniciar a su hija en su destino de mujer y de futura madre, o las palabras angustiadas de una madre neurótica y, peor aún, la ausencia de toda palabra, tendrán efecto en el narcisismo de la niña: unas valorizador, otras por, el contrario, desvalorizador. Así, la angustia o la seguridad en los sentimientos femeninos y maternos están ligadas al lenguaje por el cual la mujer ha recibido la confirmación de su naturaleza y confirmación o invalidación de las promesas de ésta (Dolto, 1981).

En la adolescencia surge una intensa excitación sexual, proveniente de los cambios en el organismo, reviviscencia poderosa de la sexualidad infantil. Asociada a esta reviviscencia tiene lugar, también, una crisis narcisista y de identificación (dudas sobre la autenticidad de sí mismo, del cuerpo, del sexo).

El muchacho continúa atribuyendo durante toda su vida un valor narcisista a su pene. En la niña se efectúa, en el momento de la pubertad, un cambio de dirección con tendencia a transferir -siempre en un sentido narcisista- el interés sobre los órganos genitales (clítoris, senos incipientes, etc) al cuerpo entero (preocupaciones en torno a la silueta, el rostro, etc.).

La pubertad será la última "oportunidad" en que el adolescente podrá resolver espontáneamente el conflicto edípico, si no lo ha hecho antes.

En la mujer, el clítoris conserva durante bastante tiempo su predominio como zona directiva de la excitación sexual. Solamente poco a poco y, generalmente, sólo después del primer coito, la vagina logra atraerse la excitabilidad sexual. En el placer vaginal reviven

viejas sensaciones placenteras de origen receptivo oral y anal. Freud destaca que la mujer llega solamente a través de procesos complicados de desarrollo y sólo después de la pubertad a su posición femenina, y que muchas mujeres fracasan en esta larga evolución. Considera por eso que el enigma de mujer reside en su bisexualidad, lo que explica también la gran frecuencia de la frigidez en ella.

#### a.4. Otras consideraciones de Freud sobre la mujer

En *Introducción al narcisismo* (1914), Freud estudia el narcisismo a través de la enfermedad orgánica, la hipocondría y la vida amorosa.

Freud describe dos tipos de elección de objeto : *apuntalamiento* y *narcisista*. Ciertas personas, por ejemplo aquellas cuyo desarrollo libidinal experimentó una perturbación (como en el caso de los perversos y los homosexuales), no eligen su posterior objeto de amor según el modelo de la madre (apuntalamiento), sino según el de su propia persona (narcisista). Manifiestamente se buscan a sí mismos como objeto de amor.

Según Freud, el tipo de elección de objeto presenta diferencias fundamentales, aunque no regulares entre hombre y mujer. El pleno amor de objeto según el tipo del apuntalamiento es característico del hombre. Exhibe esa llamativa sobrestimación sexual del objeto que sin duda proviene del narcisismo originario del niño y, así, corresponde a la trasferencia de ese narcisismo sobre el objeto sexual. Tal sobrestimación sexual da lugar a la génesis del enamoramiento, ese peculiar estado que lleva a un empobrecimiento libidinal del yo en beneficio del objeto. En la mujer sucede algo diferente. Con el desarrollo pubertal, por la conformación de los órganos sexuales femeninos hasta entonces latentes, parece sobrevenirle un acrecentamiento del narcisismo originario; ese aumento es desfavorable a la constitución de un objeto de amor en toda la regla, dotado de sobrestimación sexual. En particular, cuando el desarrollo la hace hermosa, se establece en ella una complacencia consigo misma que la resarce de la atrofia que la sociedad le impone en materia de elección de objeto. Tales mujeres sólo se aman, en rigor, a sí mismas, con intensidad pareja a la del hombre que las ama. Su necesidad no se sacia amando, sino siendo amadas y, se prendan del hombre que les colma esa necesidad. Tales mujeres poseen un gran atractivo para los hombres y no sólo por razones estéticas sino que también, a consecuencia de interesantes constelaciones psicológicas. Freud

señala que estas conformaciones en direcciones diversas responden a la diferencia biológica en extremo compleja. Freud agrega que, no es menos cierto, que un número indeterminado de mujeres amen según el modelo masculino y que también desplieguen la correspondiente sobrestimación sexual.

Freud nos dice que aún para las mujeres narcisistas, las que permanecen frías hacia el hombre, hay un camino que lleva al pleno amor de objeto. En el hijo que dan a luz se les enfrenta una parte de su cuerpo propio como un objeto extraño al que ahora pueden brindar, desde el narcisismo, el pleno amor de objeto.

En *El problema económico del masoquismo* (1924c), Freud designó con el término de masoquismo la "expresión de la esencia femenina". El contenido de los deseos eróticos de la niña dirigidos hacia el padre se manifiestan en forma de fantasías placenteras de ser castrada, soportar un coito agresivo o dar a luz, y el dolor siempre forma parte integrante de estas fantasías, que Freud interpreta como manifestaciones del masoquismo femenino, fenómeno biológico, a su juicio. Pero el masoquismo de la mujer no sirve como característico de "lo femenino" por cuanto, dentro de la teoría de la bisexualidad, el masoquismo femenino representa una posibilidad inmanente de todo ser humano.

Sólo en 1931, en *Sobre la sexualidad femenina*, Freud dedica toda su atención al problema del desarrollo sexual femenino. Amplía sus conceptos en una de sus conferencias "La feminidad", aparecidas bajo el título de *Nuevas aportaciones al psicoanálisis* en el año 1933.

Llama la atención sobre la dificultad de definir claramente qué debemos conceptuar como masculino y femenino, respectivamente, en el plano psicológico. No puede ser equiparado simplemente a lo activo y pasivo, por la gran actividad que biológicamente desarrolla la madre frente a sus hijos. Además, sería difícil discernir hasta qué punto la pasividad femenina es innata o un producto de nuestra cultura y educación sexual.

Los conceptos expuestos por Freud fueron aceptados por sus primeros colaboradores. Para muchos psicoanalistas sigue en vigencia aún en la actualidad. Sin embargo, más tarde, otras psicoanalistas postularon el carácter defensivo de la envidia del pene y que, tanto la niña como el niño, reaccionan, prácticamente desde el principio de su vida de acuerdo con su sexo y su biología. Dos diferencias fundamentales con respecto de Freud. Entre ellas se encuentra Helene Deutsch, Karen Horney, Melanie Klein y su escuela.

Cabe destacar que estas analistas podían profundizar en la psicología femenina más allá de lo que fue posible para Freud, gracias a él y a sus descubrimientos y, además, porque ya pertenecían a otra época. Ya no estaban coartadas por el prejuicio de la inferioridad de la mujer, ni ellas, ni las pacientes que ellas estudiaban.

#### **b- Helene Deutsch**

En su libro *Psicología de la Mujer* Helene Deutsch destaca que tanto el niño como la niña luchan para adquirir actividad e independencia frente a la madre. En esta lucha el padre representaría el mundo exterior, a la realidad. La niña en determinado momento de su desarrollo, abandona a la madre y va hacia el padre, en búsqueda del mundo exterior. Abandonar a la madre de la primera infancia significa, para ambos sexos, desarrollar actividad y cierta agresividad. Estos impulsos van ligados a tendencias eróticas. En el niño toman aspecto de deseos de penetración agresiva de la madre y se vivencian en el pene (fase fálica). La niña, por su parte, también se vuelve activa y el objeto primitivo de esta actividad erótica es su madre, aunque H. Deutsch admite la posibilidad de que la niña desde el principio sea más pasiva biológicamente que el niño. Como órgano ejecutivo de sus deseos agresivo-eróticos, la niña, dispone del clítoris, anatómica y embriológicamente parecido a un pene rudimentario. Según Freud, toda genitalidad infantil de la niña se concentra en este órgano, y su envidia al pene proviene de la comparación desfavorable para el clítoris. Según H. Deutsch, la envidia fálica es importante, sin ser fundamental en el desarrollo femenino. Igualmente, sería una exageración interpretar más tarde la mayoría de las dificultades neuróticas de la mujer como expresiones de su envidia fálica. Es cierto que la niña comprueba que el clítoris es insuficiente como órgano ejecutivo de sus tendencias eróticas. Sin embargo, su reacción no es forzosamente de envidia, sino que convierte sus deseos activo-agresivos en pasivo-masoquísticos. En otras palabras, desarrolla una actividad dirigida hacia adentro. El órgano sexual correspondiente a estas tendencias es, evidentemente, la vagina. Pero H. Deutsch comparte la opinión emitida por Freud de que la niña, normalmente, si no fue víctima de una violación u otros estímulos exteriores, desconoce su vagina y no percibe casi ninguna excitación vaginal hasta la pubertad. Así como antes le faltaba el órgano apropiado para realizar su sexualidad de fin activo, ahora le falta subjetivamente el órgano ejecutivo para su

sexualidad pasiva. La niña experimenta, pues, dos veces, durante su desarrollo sexual infantil, la falta de un órgano apropiado y esta doble falta es denominada por H. Deutsch "Trauma genital", responsable, en lugar de la envidia del pene, de la mayor parte de los trastornos posteriores neuróticos de la mujer. Esta misma doble falta obliga a la niña a retener la excitabilidad del clitoris como órgano ejecutivo, aunque insuficiente de sus tendencias renacientes; y por otra parte, a cargar, regresivamente, de nuevo con libido las zonas anal y oral, como sede de las tendencias receptivo-eróticas de carácter pasivo.

Para H. Deutsch, como para S. Freud, sólo el desarrollo biológico instintivo de la pubertad lleva a la niña a despertar su sensibilidad vaginal. La vagina hereda ahora la excitabilidad pasiva de la boca y del ano.

Resumiendo, el conflicto básico de la niña no proviene, pues, de su envidia de pene, sino de su carencia definitiva de un órgano sexual activo y falta temporaria o subjetiva del órgano receptivo-pasivo, la vagina, en la cual sólo más tarde centrará toda su sexualidad adulta. H. Deutsch insiste, al hablar del trauma genital de la niña, en que ésta no percibe su vagina ni comprendería afectivamente la función futura de sus genitales aunque le diéramos las explicaciones adecuadas al respecto. Esta supuesta incomprensión de su futura feminidad le dificultará la aceptación de su sexo. Por otra parte, Deutsch señala que el hecho de que la maternidad sea sólo una esperanza para un futuro lejano, fija a la niña en su protesta viril y posición reivindicatoria.

## 1.2 - Karen Horney

K. Horney tiene una posición intermedia entre la escuela vienesa y la inglesa.

En el año 1923, en su publicación sobre la génesis del complejo de castración femenino, K. Horney expresa sus dudas de que la envidia del pene constituya realmente el núcleo de casi todos los trastornos neuróticos femeninos. Admite sin embargo, que efectivamente existe tal envidia, originada por distintas causas. Freud hacía hincapié en el carácter narcisístico de tal envidia, como si la niña sufriera principalmente por carecer de algo libidinosamente valioso que el niño posee. Por su parte, K. Horney postula otras causas más, en parte de carácter instintivo, en parte vinculadas a problemas de sentimiento de culpa y angustia. El pene permitiría al niño una mayor descarga del sadismo uretral y le facilitaría,

además, la satisfacción de tendencias exhibicionistas durante el acto de orinar. La niña estaría envidiosa de estos dos tipos de satisfacción sexual infantil. Por otra parte, la niña sufre, al igual que el varón, de sentimientos de culpa por sus actividades masturbatorias y se siente tratada injustamente, por tener la impresión de que el niño puede tocar y estimular impunemente sus genitales durante el acto de micción, en tanto ella no está autorizada para tocarse o mirarse y sufre castigos y desprecios si lo hace. Además, por múltiples sentimientos de culpa, los niños de ambos sexos sufren de temores de castración. Pero mientras que el varón puede fácilmente cerciorarse de que su genital no ha sufrido ningún daño, la niña no podrá nunca eliminar sus dudas angustiosas al respecto, porque la mayor parte de su genital, al interior de su cuerpo, se sustrae a la revisión. Ahora bien, K. Horney admite así la envidia fálica, pero sostiene que ésta puede ser fácilmente vencida por las niñas y que sólo tiene resultados dañinos posteriores como la virilización de la mujer adulta o actitudes agresivas o de rechazo hacia el hombre, si la niña ha fallado en su identificación infantil con su madre. Normalmente, la niña se identifica con su madre, inclinándose como ésta, amorosamente hacia el padre y deseando tener un hijo de él. Pero si éste llega a desilusionarla en su cariño infantil, la niña intenta identificarse con él para adoptar posteriormente una actividad viril, de rivalidad con los hombres y plena de resentimientos y deseos de venganza.

Por otra parte, en *The flight from womanhood*, (K. Horney, 1931), K. Horney explica que la niña, desde el principio, se siente y comporta como un ser femenino, pero impulsada por diversos factores puede llegar a identificarse con su padre y adoptar así una actitud varonil. Esta identificación se establece para ocultar sus deseos incestuosos y frustrados hacia el padre y su sentimiento de culpa frente a su madre. Además, esta identificación sirve a la niña, para tolerar mejor el abandono del objeto -el padre- recuperándolo a través del intento de ser igual a él.

K. Horney sostiene que existe en la niña, con anterioridad a las fantasías descritas por Freud, Deutsch, etc, de ser castrada en sentido masculino, el temor de sufrir un daño vaginal por sus relaciones con el padre. Por su identificación con el padre, la niña logra sustituir este temor, muy profundo, por el de poder sufrir la castración de su pene imaginario, cuya realidad percibe inconscientemente.

En su último artículo dedicado a este tema, *The denial of the vagina* (1933), la autora explica por qué llegó a la conclusión de que la niña adopta primariamente una posición

femenina, es decir de acuerdo con su anatomía. Sostiene que la niña tiene sensaciones vaginales, durante el apogeo de su sexualidad infantil y adopta una actitud femenina tanto frente a su padre como en su conducta en general. Su noción temprana de la vagina sucumbe más tarde a la represión por las múltiples angustias vinculadas en esta sexualidad vaginal temprana. En la frigidez vaginal y la sobrevaloración del clítoris no hay tanto envidia fálica y desprecio de la feminidad, como un intento de negar angustias tempranas. Ahora bien, ¿por qué la vagina sería fuente de angustia para la niña y por qué imaginaría que la posesión de un pene podría liberarla de temores?. K. Horney da como primera razón que la sexualidad vaginal temprana está dedicada al padre. La niña, sea por observación directa, sea por fantasías, comprueba que el pene de su padre es desproporcionalmente grande comparado con sus propios genitales y teme ser destruida interiormente en su relación fantaseada con él. Además, si logra observar restos de sangre menstrual en la ropa de su madre o de otras mujeres, se convence de la vulnerabilidad del cuerpo femenino, más aún cuando tiene la oportunidad de enterarse de abortos, partos difíciles, etc.

Como la idea del parto se liga íntimamente a la representación del coito, un temor infantil al parto puede causar más tarde frigidez. La niña desea tener un pene en lugar de la abertura que lleva al interior de su cuerpo, porque envidia al varón el poder cerciorarse continuamente de no haberse perjudicado por la masturbación, mientras que ella no tiene ninguna posibilidad de calmar su angustia de haberse dañado definitivamente por sus actividades masturbatorias acompañadas de fantasías incestuosas, o en sus juegos sexuales con otros niños. Por lo tanto, si la niña aparenta desconocer su vagina y reclamar un pene, concentrando su sensibilidad genital en el clítoris, se sirve de esta posición para negar sus tempranas experiencias vaginales, cargadas de culpa, fantasías incestuosas y angustias.

K Horney señala igualmente que para la niña la realización de su deseo de tener hijos está demasiado lejana para conformarla con su papel femenino. La niña sufre, porque mientras que el varón puede ver sus órganos genitales y sacar placer de ellos, ella todavía desconoce su vagina (Freud, Deutsch) o a reprimido su sensibilidad vaginal (Horney) y por eso no comprende que tendrá de adulta la capacidad de goce como el varón y que obtendrá una gratificación específicamente femenina en la maternidad.

K. Horney se apoya en las observaciones de M. Mead en *Adolescencia y cultura en Samoa* para sostener la ausencia de la envidia fálica en otras culturas. Explica este fenómeno,

en gran parte, por la satisfacción que la niña puede dar a sus tendencias activas y maternas, y la seguridad que adquiere tempranamente sobre su futuro papel de mujer y madre. Horney afirma la necesidad de interpretar al ser humano como algo global, como unidad psicobiológica o psicosomática.

### 1.3 - Escuela Inglesa

Los exponentes principales de esta escuela son Ernest Jones y Melanie Klein.

#### a.- Ernest Jones

En *The early development of female sexuality* (1938, pp. 53), Jones discute lo expuesto por Freud sobre el temor a la castración en ambos sexos y sostiene que lo que se teme en el fondo no es siempre sufrir o ya haber sufrido la pérdida del pene, según los sexos, sino verse privado de toda posibilidad de goce sexual (Aphanasis). En esta pérdida queda implicada como consecuencia más importante la pérdida de posibilidad de vincularse libidinosamente con el objeto amoroso. Según el sexo y la etapa de organización sexual alcanzada, este temor puede referirse especialmente al peligro de la destrucción del pene, de la vagina, del ano, de la boca, etc. Por otra parte, cuando la satisfacción de determinada zona erótica, por ejemplo, la vagina, entraña demasiado peligro, la sensibilidad sexual se desplaza a otra zona, principalmente al clítoris, evitando así la aphanasis.

En su artículo *Early female sexuality* (1938, pp. 53), Jones expone en forma esquemática las diferencias principales entre la escuela vienesa y la inglesa. Para eso recapitula cómo esta última concibe el desarrollo infantil priscosexual del niño y de la niña: los dos experimentarían tempranamente sensaciones correspondientes a su organización genital, es decir, el niño tendencias de penetración, localizadas en el pene, y la niña deseos receptivos en la vagina.

Mientras que para la escuela vienesa la niña desconoce su vagina, y concentra toda su sexualidad infantil genital en el clítoris, para la escuela inglesa tiene un conocimiento instintivo y a priori de sus órganos genitales y sus funciones receptoras. Según la escuela vienesa, su fracaso en la actitud masculina obliga a la niña a aceptar el papel femenino. Los



partidarios de la escuela inglesa suponen lo contrario: la niña adopta transitoria o permanentemente una actitud viril por las frustraciones sufridas en sus tendencias primariamente femeninas. Se imagina tener un pene para que la madre no pueda destruir el interior de su cuerpo y poder aliviar su sentimiento de culpa ofreciendo su pene imaginario a la madre o al padre, a quienes ha robado en fantasías.

Así, el deseo de la niña de tener un pene no es primario, sino una actitud neurótica defensiva, consecuencia de sus angustias surgidas del complejo de Edipo temprano, desencadenado por frustraciones orales con la madre.

#### **b- Melanie Klein**

En su texto *Psicoanálisis de niños* (1948), M. Klein señala que los niños pequeños de ambos sexos ya intentan imaginarse el coito de los padres (la escena primaria). Como ellos se relacionan con la madre y el mundo exterior principalmente a través de la boca, todas sus ideas se expresan en un plano oral. Creen que la madre alimenta al padre con los senos y que él a su vez la alimenta con el pene. Ya Freud, en una carta a Jones, le señalaba que la primera idea que la niña se forma de la relación sexual entre sus padres corresponde a un acto de *fellatio*. Según M. Klein, la niña reacciona a las frustraciones que sufre de los pechos maternos -que en esta época temprana representan para ella a su madre o, por lo menos, a su parte más importante- imaginado que el padre tiene un órgano parecido, pero mejor, algo así como un pecho más generoso que el de su madre, e identifica después el pene paterno con este órgano fantaseado. Además, en su desilusión respecto a su madre, cree que ésta le da poco por preferir alimentar al padre, por lo que entra en rivalidad con éste y siente rencor hacia la madre. Por otra parte, imagina que el padre alimenta con su pene a la madre, llenándola de penes, hijos y leche. Por eso envidia a la madre y entra en rivalidad también con ella.

Una diferencia fundamental de este concepto con el de Freud es que afirma que la niña ya entra en su primer año de vida en una situación de rivalidad con la madre e inclinación amorosa hacia el padre -situación edípica- mientras que, según, Freud, la niña sólo a los cuatro años busca a su padre, rechazando simultáneamente a su madre.

Según M Klein, esta situación de odio temprano hacia la madre lleva a la niña a querer destruir el interior del cuerpo materno y a apoderarse de su anhelado contenido; como

consecuencia, surge en la niña el temor al desquite correspondiente por parte de la madre y el creerse expuesta, a su vez, a ser destruida interiormente. Este temor irracional, sería el temor básico femenino.

Vemos pues, otra diferencia entre ambas escuelas. Según Freud, la niña teme sufrir o haber sufrido la castración de su pene imaginario. Según la escuela inglesa, teme la destrucción ya ocurrida o por ocurrir de sus órganos internos femeninos.

Esto nos conduce a la tercera diferencia fundamental. En la escuela vienesa, como ya lo hemos señalado, la niña desconoce su vagina y concentra durante la etapa fálica toda su excitabilidad en el clítoris. Según la escuela inglesa, la niña adopta desde el principio una actitud femenina, receptiva, frente a su padre, percibe su vagina y quiere albergar el pene paterno en ella. Como la niña es frustrada en sus deseos por su padre, dirige fantasías sádicas hacia su pene. Proyecta después su propia agresividad sobre este órgano y llega así a temer su contacto. De ahí surge su posición "masculina" temprana como defensa contra los temores. Frustrada por el padre y envidiosa de él, trata de desempeñar el papel que le adjudica la fantasía y se identifica con él. Como confunde fantasía y realización, cree haber introyectado su pene, poseerlo ahora y poder conseguir de su madre todo lo anhelado por ella. La idea de poseer un pene la tranquiliza en sus angustias, por ver en él un arma ofensiva y defensiva y por permitirle restituir a sus padres lo que les ha robado.

M. Klein señala que para el niño pequeño no existe un solo pecho materno o pene paterno, buscado ambivalentemente, sino que desdobra sus objetos. El niño tendría en su mente la representación de un pecho bueno -el que le da la leche- y otro malo -que se la niega y le causa los sufrimientos del hambre-. O de un pene bueno, que alimenta y otro malo que tiene características de arma peligrosa. Además, como el niño confunde fantasía con realidad, cree haberse introyectado realmente una cantidad de objetos malos, y busca ansiosamente objetos buenos en el exterior para incorporárselos y neutralizar así la acción dañina de los malos. Intenta además expulsar todo lo malo que lleva dentro.

M. Klein destacó en su trabajo la gran importancia que un buen medio ambiente para contrarrestar la dañina influencia de ese mundo fantástico en que el niño vive su primera infancia y ayudarle a adquirir poco a poco el creciente sentido de una realidad distinta a sus ansiedades irracionales. La misma realidad le ofrece también posibilidades de cerciorarse de

no haber destruido y de reconstruir en actos simbólicos y de sublimación a las personas amadas a quienes haya causado daño en sus fantasías.

Pero volvamos al desarrollo psicosexual de la niña- M Klein habla de una posición temprana masculina. La niña a menudo vuelve a este recurso contra sus angustias. Sin embargo, normalmente entra en una fase "postfálica", en la cual ya acepta plenamente su papel femenino y adopta la actitud correspondiente frente a su medio ambiente.

En lo que concierne a las diferencias psíquicas de los sexos. M. Klein atribuye mucho valor al hecho de que la niña esté más expuesta a angustias en su desarrollo temprano que el niño, por no poder comprobar la integridad de sus genitales y al ver el logro de la maternidad como algo lejano. Sostiene en contraposición con Freud, que las tendencias receptivas femeninas la llevan a una mayor introyección de sus padres, es decir, a un superyó más intenso que el del varón. Además, la inseguridad frente a su interior y a la necesidad de dominar sus contenidos malos la llevan a desarrollar un agudo poder de observación y visión psicológicas junto con un cierto arte e inclinación hacia engaño y la intriga. Su mayor dependencia de su superyó la obliga a ser altruista y dispuesta a sacrificios. Sus temores de haber dañado el interior del cuerpo materno y de haber sido castigada en la misma forma, la llevan a tratar de dar a luz hijos hermosos y alimentarlos, sea en realidad o en forma de sublimaciones.

## 2- Maternidad, embarazo, parto y puerperio

### Introducción

Las grandes experiencias de nuestra vida no están aisladas sino ligadas entre sí formando una larga cadena. Al estudiar la función reproductora de la mujer encontramos constantemente el resurgimiento de situaciones pasadas, frecuentemente de carácter traumático. Dominar el pasado es un prerrequisito para la salud psíquica de la mujer, en caso contrario, las nuevas situaciones provocan nuevos traumas. Si la mujer tolera bien las violentas tensiones emotivas que acompañan al proceso de reproducción, ellas constituirán una especie de catarsis psíquica. La capacidad del organismo psíquico para resolver las antiguas situaciones, al mismo tiempo que las nuevas, puede ser intensificada en esa catarsis, y entonces el yo de la mujer se extiende hacia la maternidad. Las nuevas emociones de la maternidad capacitan al yo para resolver problemas que no podían ser resueltos antes. Como todo lo que no llega a resolverse y produce una inhibición en la vida psíquica crea una disposición a la ansiedad. Lo que hemos dicho hasta ahora puede ser brevemente resumido del modo siguiente : la experiencia de la reproducción, al dominar las nuevas ansias, da a la mujer la oportunidad para dominar las antiguas (Deutsch, 1951).

Cuando la mujer ingresa al servicio de la especie aporta cierto grado de dependencia impotente, de tendencia agresiva a vengarse por sus frustraciones, de sentimientos de culpa y de deseos de auto-castigo masoquista; esto es lo que constituye su antigua disposición. Sabemos que los elementos que se han sucedido en el tiempo se yuxtaponen en el inconsciente. Esta yuxtaposición crea la riqueza caótica del alma humana (Deutsch, 1951).

Cada acto de la función reproductora requiere cuidadoso estudio. Cada uno de ellos se asocia con una fase definida del pasado, y está sometido a leyes fisiológicas y psicológicas. Pero el material psíquico con que nos encontramos es al mismo tiempo completamente individual : toda mujer deduce su propia experiencia, diferente de la de las demás mujeres, del mismo proceso (H. Deutsch, 1951).

## 2.1. La maternidad

### a.- Helene Deutsch

En su libro *La sexualidad Femenina* (1952), H. Deutsch hace una distinción entre los términos "maternidad" y "maternal". La maternidad se refiere a la relación de la madre y el hijo como un todo sociológico, fisiológico y afectivo. Esta relación comienza con la concepción, y se extiende a través de los ulteriores procesos fisiológicos de la preñez, nacimiento, alimentación y asistencia. Todas estas funciones se acompañan de reacciones afectivas, que son, hasta cierto grado, típicas de la especie o comunes a ella; pero en su mayor parte varían individualmente, pues están inseparablemente relacionadas, a cada mujer, con la personalidad total. La intensidad de estas reacciones, y las nuevas obligaciones y relaciones afectivas movilizan temores y desplazan las fronteras existentes tanto en la psique individual como en sus relaciones con el medio

Cuando se habla de *cuidados maternos* se tienen presente dos ideas : 1) una cualidad definida del carácter que imprime la total personalidad de la mujer; 2) fenómenos afectivos que parecen estar relacionados con la impotencia del niño y la necesidad de cuidarlo. Para H. Deutsch, la mujer femenina correspondería, con algunas reservas y adiciones, a la mujer maternal. Lo característico de la mujer femenina es el juego armónico entre las tendencia narcisistas y la disposición masoquista para sacrificarse y amar dolorosamente. En la mujer maternal, el deseo narcisista de ser amada se transforma; se transfiere desde el yo hasta el hijo o su sustituto. Sin embargo, a pesar de esta transformación altruista, puede observarse claramente que se conservan los elementos narcisistas. Por ejemplo, el amor de la madre por el hijo se asocia muchas veces con el hecho de que ella se considera absoluta y exclusivamente indispensable para él. En la mujer notablemente narcisista, la intensidad del amor maternal disminuye cuando en sus hijos va desapareciendo la necesidad de ser cuidados por ella. Otro efecto del componente narcisista del amor maternal es la marcada antipatía que siente la madre por el ambiente cuando se trata del hijo. La madre narcisista exige del destino particulares atenciones hacia su hijo , y no puede aceptar en su caso las frustraciones humanas normales.

Los componentes masoquistas del afecto maternal se manifiestan en la disposición de la madre para el auto-sacrificio, pero -en oposición a la actitud de la mujer femenina- sin

exigir pago alguno por parte del objeto, es decir, del niño, y también por su docilidad para someterse al dolor en beneficio de sus descendientes así como para renunciar a la dependencia del hijo cuando suena para éste la hora de la liberación.

Por otra parte, H. Deutsch señala que "instinto maternal" y "amor maternal" son componentes diferenciados del carácter maternal como un todo. El instinto tiene un origen químico-biológico y yace más allá de la esfera psicológica. Sus formas primitivas son difícilmente accesibles en nuestra civilización, están enterradas bajo las personalidades individuales y las influencias del medio. El amor maternal es la expresión afectiva directa de la relación positiva con el niño o su sustituto. Su principal característica es la ternura. Toda la agresión y sensualidad sexual en la personalidad de la mujer quedan suprimidas y desviadas por esta expresión afectiva central de los cuidados maternales. Cierto es que en el amor maternal se descubren las influencias de la agresividad y de la sensualidad, pero en la mujer maternal el exceso de componentes agresivos se desvía desde el niño hacia el medio, muchas veces en defensa del hijo y en su favor. Por lo que se refiere al componente sexual, existe bastante espacio para él en el contacto físico con el niño, en las caricias, y en muchas acciones relacionadas con su cuidado.

Para este trabajo se consideró fundamental desarrollar las consideraciones de H. Deutsch sobre la diferencia entre instinto materno y amor maternal, ya que, según este planteamiento, los sentimientos maternales son reforzados durante las distintas fases de la maternidad (concepción, preñez, lactancia, etc.). Siguiendo esta idea, podemos deducir lo complejo que resulta la separación de la madre y su hijo, por ejemplo, en el caso de un nacimiento de pretérmino.

Deutsch señala que entre los animales, el gobierno del instinto se limita a su relación orgánica con su descendencia, y termina al finalizar el período de la impotencia de sus hijos. Nuestra posición antropomórfica frente al mundo externo nos hace suponer que las manifestaciones instintivas de los animales se acompañan de emociones que nosotros mismos experimentamos en situaciones análogas. Pero un examen de los hechos destruye esta ilusión. La actuación del instinto de la madre animal brota de la necesidad fisiológica. Funciona y continúa tan sólo sobre la base de sensaciones somáticas indefinidas; disminuye cuando la cría se desarrolla y se hace independiente, y algunas veces desaparece bruscamente sin dejar el más leve rastro de la relación afectiva. Una vaca o una oveja cuando son privadas de sus crías

recién nacidas muestra todos los signos de una agitación emotiva que, en nuestra identificación con el animal, estamos inclinados a llamar "anhelo y desesperación". Pero el interés del animal por su cría desaparece en cuanto se satisface la necesidad puramente física de proximidad. Así podemos reducir esta, al parecer actitud emotiva, a una simple reacción fisiológica a la separación. Como hemos dicho, las manifestaciones del instinto varían en las diferentes especies. El instinto maternal de la oveja, por ejemplo, está fuertemente relacionado con la naturaleza de la piel del cordero. Niega brutalmente sus ubres a un cordero que no es el suyo, aún cuando se trate de un animal de la misma edad y aspecto. Pero basta adherir un trozo de la piel de su cordero al sustituto para que la oveja se comporte como si fuera la madre. A diferencia de la oveja la marrana permite a cualquier cochinito que se alimente en sus mamas, y muestra gran paciencia para él. Pero es bien sabido que si a una marrana le falta el alimento y llega a cierto estado de hambre, devora a sus propios descendientes.

H. Deutsch señala que la diferencia entre las manifestaciones instintivas de la maternidad entre los animales y la emoción maternal en los seres humanos parece sorprendente hasta que nos damos cuenta de que hemos estado intentando tratar dos fenómenos completamente diferentes como si fueran idénticos. Uno, la manifestación instintiva animal, es un proceso fisiológicamente determinado; el otro, se relaciona con un proceso psicológico humano. Lo que los dos tienen en común es que sirven a la función reproductora.

Sin embargo, la transformación del instinto maternal en "amor maternal" no sólo tiene lugar en la especie humana. Entre los primates es posible observar ciertas conductas que nos hacen pensar en que los instintos heredados se acompañan de ciertos elementos íntimamente relacionados con las emociones humanas.

Es un problema interesante saber hasta qué punto y en qué grado las acciones instintivas de los animales superiores están dotadas de un carácter emotivo. De cualquier modo, la dependencia entre la conducta maternal y los procesos hormonales ha sido establecida experimentalmente, tanto en los animales como en la hembra humana.

Por el momento es difícil resolver hasta qué grado el complejo atributo afectivo que llamamos "carácter maternal" expresa una condición biológica. Sin duda, se inicia directamente de una situación biológica primitiva, pero en el curso del tiempo van ocupando el primer plano elementos variables plásticos, no hereditarios, y bajo la influencia de la

evolución cultural y de las experiencias individuales, cristalizan como amor maternal, que es una emoción poderosa y compleja. Así, entonces, Deutsch sostiene que los componentes instintivos de la maternidad han sido sublimados, y, posiblemente, parte de la cualidad profundamente femenina de la intuición es un residuo de ese fuerte instinto.

Por otra parte, gran parte de la conducta de la madre humana es residuo de las formas hace largo tiempo olvidadas del comportamiento de muchas especies animales, desde las inferiores a las superiores. La ontogenia recapitula la filogenia. Reacciones muy civilizadas nos recuerdan muchas veces otras profundamente primitivas, especialmente cuando sus motivos son diferenciados y complejos. Sabemos, por ejemplo, que en las formas primitivas de la reproducción, incluyendo la fecundación externa, la madre no presta gran interés a la futura existencia de las células reproductoras desprendidas. Por otra parte, el rechazo de los descendientes y la negativa materna a todo lazo afectivo con ellos tienen lugar en la hembra humana relativamente con mayor frecuencia que en las madres de otras especies animales superiores. Este comportamiento parece ser una regresión a una fase de desarrollo donde el instinto maternal no existe. Se presenta en ciertos casos de alteraciones mentales, por ejemplo en las psicosis. Es curioso observar la ausencia total del instinto maternal en esos casos.

Durante el puerperio, caracterizado por una fase preliminar de tendencias maternas, la madre se siente feliz, el hijo es considerado como su producto, su hazaña y poco a poco, el niño manifiesta sus exigencias, sus derechos y sus necesidades. Así, gradualmente, la reacción de la madre respecto del niño asume el carácter de una relación objetiva. Antes de que se haya estabilizado como tal, existen relaciones con el niño que, hablando propiamente, no son aún el amor materno que se instalará con el tiempo, sino que son más bien fases preliminares a él. Muchas mujeres con tendencias maternas admiten más tarde que consideran al niño como algo ajeno y repulsivo, y eran conscientes de que su sentimiento estaba constituido por una mezcla de alegría, temor, y en ocasiones, hasta de una curiosa indiferencia.

Por otra parte, las observaciones de mujeres que inmediatamente después del parto han perdido a sus hijos tan alegremente esperados, o que han dado a luz niños muertos, muestran que las reacciones a tal pérdida no tienen el carácter de verdadero dolor, como el que sufre después de la muerte de un objeto amado. Corresponden a los afectos de un deseo fantasía no cumplido, de sentimientos de culpa movilizados, de acusaciones contra otras personas, etc. En tales casos la facilidad para quedar nuevamente embarazada es grande, y la nueva preñez tiene



lugar pronto. La situación es diferente si la pérdida del niño tiene lugar después de un intervalo durante el cual la madre lo cuida, especialmente si ha podido amamantarlo. Entonces existe una verdadera aflicción, y tan sólo tardíamente, después de que ha disminuido el dolor por el niño perdido, tiene lugar una nueva concepción. Esta diferencia es interesante, pues muestra las relaciones entre "instinto maternal", que se manifiesta inmediatamente después del parto, y "amor maternal", que sólo se desarrolla gradualmente.

El desarrollo del afecto materno, los caminos que sigue, la forma de su aplicación y la relación de la madre con el niño están determinados por muchos factores. El hijo, aún cuando es de central importancia para la madre, constituye sólo un eslabón en la cadena de todas las fuerzas vitales que rodean a la madre.

#### **b.- Françoise Dolto**

Volvamos al estudio de la maternidad, pero ahora desde la perspectiva de F. Dolto (1967)

Para Dolto, la verdad dinámica de cada caso particular dista mucho del prototipo propuesto por las imágenes míticas culturales de la maternidad. Ciertamente, dichas imágenes vehiculan una verdad dinámica común, que hemos heredado de nuestros antepasados, pero transmitida de una manera abstracta o fantaseada y cuyas alegorías o relatos simbólicos deben ser descifrados y descodificados para poder recobrarla.

Los sentimientos de una mujer por su hijo constituyen, en su esencia, un modo de lenguaje que informa todos los gestos y todas las palabras que la madre dirige a su hijo. Ese lenguaje preverbal, es a la vez producto de la educación de la niña y suscitado por el momento presente -el cual depende de la relación con el genitor del hijo y con el medio actual- tanto familiar como sociocultural. Como producto, ese lenguaje, el sentimiento materno, es enseñado inconscientemente y se constituye en la infancia, al contacto y con el ejemplo de las mujeres de las dos ascendencias (materna y paterna) de la niña, según las relaciones de identificación o el rechazo de identificación de la niña con las mujeres de su familia y con las mujeres que son sus nodrizas y luego sus educadoras. Todas esas mujeres tutelares, olvidadas por la niña ya adulta, marcaron con fijaciones sucesivas sus emociones femeninas durante la

evolución y la estructuraron, no sólo en los gestos, sino también y sobre todo en un modo de ser y de sentir.

El sentimiento materno es un lenguaje del cuerpo de las mujeres que puede y sabe responder a la naturaleza tal como un hombre fecundador la representó. No hay que olvidar que una mujer de cuerpo adulto puede recibir un hijo sin haberlo deseado conscientemente, sin ni siquiera haber deseado conscientemente el contacto genito-genital con el hombre de quien lo concibe. Y sin embargo, esa mujer no consintiente en el acto sexual puede ser una excelente madre, en el sentido restringido de mujer gestadora y amamantadora. El llamado de su cuerpo, el deseo inconsciente de fecundidad estaba listo en ella, sin que ella lo supiera, para responder a la fecundación y a sus consecuencias, y a veces para responder tanto más emocionalmente cuanto que no hay hombre que focalice su deseo.

Ahora bien, cuando la muchacha, convertida corporalmente en mujer, se siente segura, su libido se desvía sanamente, durante un tiempo, del valor narcisista que representa la maternidad como tal, independientemente de una fijación amorosa. Dolto nos advierte de desconfiar de las muchachas que quieren casarse para tener hijos. Nos dice que tienen un estilo materno fetichista obsesivo o histérico: niñas moralmente impúberes que compensan un sentimiento de impotencia cívica (o su frigidez) con fantasías maternas.

El hombre que logre conmoverla sexualmente despertará en la mujer, de otro modo, un modo adulto tanto en lo que se refiere al inconsciente como a la expresión consciente de los sentimientos maternos, junto con el deseo de él, el deseo de un hijo, deseado por ambos, que sea testigo de su amor compartido. Ella desea un hijo de aquel hombre, cuando nace, está al acecho de su parecido con él, el hombre amado, y con las personas de su familia, tanto como con las de su propia familia. Ella trata maternalmente a ese bebé como a una nueva persona, nacida de ella y del hombre al que ama, y desea para él un destino desligado del suyo: está madura para sentimientos maternos adultos.

Sin embargo, un gran peligro sigue acechando a esa muchacha, ya amante y lista para ser mujer, que es la trampa de la maternidad real. El de una regresión, a consecuencia de la cual puede identificarse con ese feto impotente, con ese bebé pasivo que, al borrar sus sentimientos conyugales, provoca, según el esquema de Freud, debido al desinterés libidinal de adulto, frustración, angustia y regresión. Peligro también de una regresión pasiva y masoquista que puede ser suscitada por las pruebas desnarcisizantes que vive en su propio

cuerpo deformado y su rostro marcado. Lo cotidiano del embarazo, la angustia del parto, y luego la lactancia, la dependencia a las necesidades regulares del niño, son otras tantas trampas capaces de provocar la regresión en la mujer, consagrándola en cuerpo y alma a su papel materno, sobre todo si el ejemplo materno que recibió le ha brindado una imagen de carencia y si ella misma, en la época prenúbil, no adquirió la rapidez y la destreza manuales y domésticas tan necesarios en un hogar con niños pequeños.

El esposo frustrado es, a su vez, presa de angustias; amenazas de regresión, vuelve a investir su antiguo modo de vida de soltero que tanto lo gratificaba, afín de preservar su integridad sexual; si la perdiera, eso lo desnarcisizaría más aún que el abandono de su mujer en beneficio del lactante. La consecuencia de ese comportamiento suele ser la agresividad o la depresión, y secundariamente el desinterés conyugal y paterno. La madre es abandonada a su consolador, el niño falo, y éste a ella, como la muñeca había sido la consoladora del duelo peniano. El sentimiento materno experimenta una regresión para gran peligro del trío - y sobretodo para el niño que se convierte en el amor incondicional y en el juguete preferido de su madre. En ese caso -y sobretodo si la madre, frígida antes del embarazo o solamente clitoridiana, no ha podido volverse adulta y vaginal después del parto revelador del poder femenino, como suele suceder-, la mujer descuida a la vez al padre del hijo y a su propia persona para orientar su sexualidad exclusivamente hacia el papel de sirvienta. Sierva de su hijo y de su casa, valoriza el papel masoquista, fuente de degradación femenina, y su maternidad desempeña entonces un papel desorganizador con respecto de su pareja. Por pocos hijos que nazcan en semejantes condiciones, la degradación se acentúa. Esta suele imputarse al cansancio y a las condiciones económicas. Ahora bien, si bien éstos ejercen una presión real, otras mujeres, en las mismas condiciones, no experimentan regresión alguna, y sus hijos, por más numerosos que sean, forman una familia en cuyo seno cada quien se vuelve rápidamente autónomo en sociedad.

La simbiosis madre-feto y luego el sentimiento materno sólo se vuelven humanos y lo siguen siendo si esa "diada" madre-hijo de la primera edad, que abarca una realidad sensorial y psicosomática, es constantemente articulada, por los familiares de la mujer y por ella misma, con el padre del niño o con el cónyuge legal en caso de divorcio.

Del estudio de la génesis de los sentimientos maternos y de su evolución a través de los numerosos escollos y vicisitudes, retendremos lo siguiente : el sentimiento materno adulto se

construye, por lo menos, como un lenguaje de tres voces, al cual vienen a sumarse las voces colaterales familiares, cada una de ellas referida a su propia triangulación inicial y actual. El sentimiento materno, por más extenso y cariñoso que sea, sólo es vivificante para el niño si coexiste en la madre con sentimientos conyugales e intereses culturales y sociales: lo cual no se realiza sino en una mujer que se ha convertido inconscientemente en adulta en el plano narcisista. En ese caso, el sentimiento materno inicia y apoya auténticamente al niño que es objeto de él, y le permite volverse sujeto, jubiloso de su autonomía, de la conquista de sus responsabilidades, en la búsqueda de objeto de su deseo fuera de su familia: dicho en otras palabras, orgulloso de su estatura humana.

## **2.2. El embarazo**

La concepción es seguida de una tremenda revolución en el organismo femenino. Cuando el óvulo fecundado se fija en las paredes del útero, la matriz crece, sus vasos sanguíneos se dilatan, y se realiza el ajuste a su tarea de nutrir al embrión. El proceso genital influye enormemente en todo el organismo de la mujer a través de cierto número de fenómenos psicológicos, de modo que se moviliza completamente para servir a la tarea de la reproducción.

El proceso orgánico de la preñez es fácilmente utilizado por el aparato psíquico para dar expresión a tensiones emotivas preexistentes. En consecuencia, no sólo podemos observar la influencia de los procesos somáticos sobre la psique, sino que inversamente también podemos descubrir la relación entre conflictos emotivos y síntomas físicos del embarazo. La mujer aporta a su preñez ciertos factores afectivos y de situaciones en conflicto que se relacionan con su estado como un todo y con las manifestaciones orgánicas características del embarazo. En la preñez, un fenómeno somático normalmente preformado constituye la expresión inmediata de contenidos psíquicos definidos.

Las fantasías de preñez llenan la vida psíquica de los niños, especialmente de las niñas, desde su primera infancia. Estas fantasías tienen un carácter muy típico, y son alimentadas principalmente por ese grupo de impulsos infantiles que acompañan a las diversas fases de la vida instintiva infantil. La incorporación oral y la expulsión, la retención y la evacuación, la acción agresiva, todos estos impulsos primitivos que acompañan a funciones somáticas

definidas, desde el comienzo están relacionados con tendencias psíquicas elementales determinadas. Estas desempeñan un papel importante en los procesos biológicos del embarazo, y dominan gran parte del dinamismo psíquico de este estado.

El hecho de que algunas mujeres tengan ciertos síntomas psíquicos mientras otras presenten síntomas diferentes se debe a diversos factores. En primer lugar, desempeñan un papel las tendencias existentes antes del embarazo. Las analogías entre el nuevo estado y las antiguas ideas y recuerdos, la necesidad de prestar contenido psíquico a las sensaciones físicas del embarazo, la tendencia a resucitar fantasías primitivas como consecuencia de la aumentada introversión característica de toda mujer preñada, conducen a la deformación patológica intensificada de los fenómenos biológicos.

Para H. Deutsch lo más importante, es el hecho de que en casi todas las mujeres embarazadas existe una tendencia activa constante a interrumpir la armonía del estado de la preñez. Se encuentra esta tendencia repetidamente tanto en mujeres "sanas" como neuróticas. Pero una reacción excesivamente fuerte o anormal a los fenómenos fisiológicos que son normales en el embarazo tan sólo tienen lugar si están presentes ciertos motivos que conducen a un aumento cuantitativo de la respuesta normal.

Para resolver la aparente contradicción entre esta tendencia a interrumpir la armonía del embarazo y la afirmación de que existiría un gran poder de la tendencia maternal, H. Deutsch señala, que desde el punto de vista biológico no existe diferenciación entre la madre y el feto. La madre y el niño son una unidad orgánica absoluta, y el mismo proceso biológico gobierna las necesidades de ambos. Esta unidad se expresa no sólo con referencia a los procesos vitales positivos, sino también a los destructivos. Dentro de la trama del proceso biológico, el bienestar de uno representa el bienestar del otro, y la muerte del uno frecuentemente implica la muerte del otro.

Lógica y psicológicamente, la identificación madre-hijo desempeña un gran papel en todo el proceso del embarazo. En la identidad biológica el feto vive parasitariamente sobre la madre, y el cuerpo de la madre es explotado. En tanto exista un insuficiente deseo positivo psicológico maternal para el amor y el sacrificio masoquista y en tanto la identificación maternal no se eleve por encima de la significación parasitaria del feto, este seguirá siendo un perturbador psíquico y en ciertas circunstancias físicas. Según H. Deutsch, la buena voluntad para la identificación positiva afectiva y para el sacrificio masoquista son rasgos

característicos de la feminidad, que también son atributos de tendencia maternal en todas las fases de la reproducción.

Esta ley de feminidad se extiende en un paralelismo psicofísico : si existen dificultades psíquicas para la aceptación de la situación biológica, el embrión será psíquicamente lo que es desde el punto de vista biológico, un enemigo que explota al organismo maternal. Ideas contrapuestas positivas yacen en el reino de futuros cumplimientos de deseos : están relacionados con el deseo de tener un hijo. No están enraizadas en una actitud afectiva positiva hacia el feto mismo, que en modo alguno corresponde a la idea del hijo. Si el deseo de un hijo no es suficientemente fuerte, si es inhibido por causas externas o internas, o si en algún momento surgen dificultades en la psique de la mujer embarazada para aceptar el papel de dadora, una protesta psíquicamente determinada, que se manifiesta por cualquiera de las formas de tendencia expulsiva, se opondrá al proceso biológico.

Si la mujer embarazada es externa o internamente privada de amor, si no recibe la compensación suficiente, se debilitará su voluntad de dar, en un grado tal que las sensaciones somáticas que ella normalmente tolera tan sólo debido a su deseo de dar, constituirán una señal para la expulsión. Depende de las tendencias preexistentes que la expulsión tenga lugar por vía oral, anal, o genital. El deseo infantil aún existente de recibir puede movilizarse de nuevo por las cada vez mayores exigencias del feto, y ocupar el primer plano como una intensificación de los síntomas somáticos del embarazo. También puede suceder que la identificación con el feto se realice, por así decir, literalmente, de modo que la mujer retrocede a una conducta semejante a la del feto, y durante su embarazo se presenta como una criatura dependiente, curiosamente pasiva, que no tolera en modo alguno las privaciones.

La protesta contra el sacrificio biológico puede asumir numerosas formas. Si se acompaña de fuertes tendencias agresivas, la tendencia a la expulsión se hace peligrosa, no sólo para el niño sino para la madre. Los síntomas físicos pueden ser acompañados por un rencoroso descuido de los cuidados prenatales, algunas veces explicable por la actitud pasiva infantil de la mujer y otras veces por su impulso a destruir el feto, sin tener en cuenta el posible daño para ella misma. La forma en que se manifiesta tal actitud negativa hacia el embarazo y hacia el feto depende de los factores anteriores. La señal para su movilización, a no ser que se trate de graves procesos psíquicos o físicos, siempre procede de la situación vital experimentada en ese momento, consciente o inconsciente.

Por otra parte, un embarazo sano no siempre es prueba de tendencia maternal. El curso favorable de la preñez o de la maternidad ulterior puede también ser atribuido a valores positivos derivados de motivos secundarios, como el deseo de estabilizar un matrimonio reñido, el orgullo del logro, etc. O paradójicamente, el embarazo puede ser tan completamente negado que ni siquiera llegan a ser percibidos sus elementos negativos ni sus cargas fisiológicas.

Otro fenómeno típico de la preñez es la mezcla de la introversión intensificada con el giro simultáneamente intensificado hacia la realidad. El juego armónico de los dos factores da lugar a un embarazo feliz; su falta de armonía produce indiferencia tolerante o profunda ruina afectiva. Ese interés dirigido antes hacia el mundo exterior se dirige ahora a aquella parte del yo de la madre que psíquicamente representa la revolución biológica materializada en el feto. Esta materialización da a la mujer la promesa de un hijo en un futuro cercano, pero todavía no es el hijo como objeto de amor maternal. El hijo mismo aún continúa siendo un producto de la fantasía en la vida psíquica de la madre, que sólo difiere de otras fantasías en la seguridad de su realización y el término definido para su cumplimiento.

Aquí tenemos el segundo acto al servicio de la especie : el interés de la mujer se dirige hacia una fantasía que como una fase preliminar de una realización inminente es también fase preliminar de la tendencia maternal afectiva.

Como esta futura realidad no tiene por el momento existencia biológica o psicológica independiente, el niño es psicológicamente lo que el feto es biológicamente -una parte de la propia madre. El proceso biológico ha creado una unidad de la madre y el hijo, en la cual la sustancia corporal de una fluye al otro, y así se forma una unidad mayor de dos unidades. Lo mismo ocurre en el nivel psíquico. Por una tierna identificación, al percibir el fruto de su cuerpo como parte de sí misma, la mujer preñada es capaz de transformar el "parásito" en el ser amado.

El anhelo de una identidad entre el Yo y No Yo, ese deseo original de readquirir el estado una vez experimentado, de repetir el sueño humano que se realizó en la matriz de la madre, se cumple. Pero este sentimiento de unidad únicamente se logra cuando no intervienen en el yo influencias perturbadoras. Los impulsos deben permanecer en reposo, el yo debe sentirse libre de culpa, el yo ideal debe ser satisfecho por los valores atribuidos al ser aún no existente. Estas condiciones sólo se cumplen si los temores y sentimientos de culpa no gravitan en la vida

psíquica, y están silenciados los impulsos agresivos, lo que no siempre ocurre. Cuando más se experimenta el embarazo como una promesa anhelada de futura felicidad, más gravemente es amenazada la futura madre por la venganza del destino.

En todas las mujeres, hasta en las más maduras y mejor equilibradas, la maternidad inminente es el cumplimiento de un antiguo deseo y una consumación de una antigua promesa hecha por el destino o por sus educadores en el momento en que reconocieron y aceptaron su naturaleza femenina.

Otro factor que determina el curso del embarazo es la identificación a la madre. En todos los casos la capacidad para la maternidad se relaciona con esa identificación. El Yo de la mujer preñada debe encontrar un armónico compromiso entre su identificación inconsciente profunda con el hijo, que se dirige hacia el futuro, y su identificación con su madre, que se dirige hacia el pasado. Siempre que una de estas identificaciones se rechaza, surgen dificultades. En el primer caso el feto resulta un parásito hostil, en el segundo la capacidad de la mujer preñada para la maternidad se debilita por su repugnancia a aceptar su identificación con su propia madre.

Por otra parte, las fantasías de una madre activa madura se concentran sobre el hijo futuro. Aunque puede ser gobernada en gran parte por un sentido de realidad, toda mujer siente que lleva en su vientre a un futuro héroe, y el contenido de su fantasía es el "mito" de su nacimiento.

Muchas mujeres neuróticas dicen que nunca se encuentran tan libres de su neurosis como durante el embarazo. Las histéricas tienen ahora un motivo real para su tendencia a fantasear, y la esperanza en el futuro, tan característica de ellas, adquiere un valor digno y real. En cuanto a las obsesivas, pueden gozar de un periodo de reposo de su constante conflicto entre odio y amor, pues el objeto sobre el cual ellas, como todas las demás mujeres, centran su interés afectivo suele ser incapaz de movilizar su ambivalencia, dado que no existe independientemente. Ciertamente es que esta ausencia de conflicto entre amor y odio es equivalente a la ausencia de emociones. Otras mujeres obsesivas transfieren todo el conflicto entre odio y amor a la vaga idea del niño. En ellas el embarazo provoca los más graves síntomas obsesivos, que se centran en torno a la vida y muerte del futuro hijo. En muchas mujeres neuróticas, la idea de los procesos dolorosos y algunas veces peligrosos del parto produce una descarga de los sentimientos de culpa, y así, se produce una mejoría con respecto de la afección neurótica.



La existencia de la madre se desarrolla en dos direcciones opuestas durante el embarazo. En primer término se dilata física y psíquicamente -física por la adición orgánica, psíquicamente por la consciencia de un nuevo ser que está relacionado y es idéntico a su propio ser, y crea nuevas posibilidades afectivas y un nuevo futuro. En segundo lugar se limita, también psíquica y físicamente -físicamente debido a que el cuerpo de la madre está ahora al servicio de algo que no es ella misma, y psíquicamente debido a que ella no recibe sino tan sólo da y, en la siguiente fase de su vida únicamente dará.

La lucha de la mujer contra la preñez no deseada usa otros medios aparte del aborto provocado o espontáneo. Muchas mujeres se colocan en una actitud psíquica tan fuerte contra la idea de tener un hijo que a pesar de las evidentes modificaciones físicas niegan su embarazo, al parecer de buena fe, y de este modo lo hacen psicológicamente inexistente en una forma pasiva. La repugnancia por tener un hijo no es siempre el motivo de la negativa. En muchos casos se recurre a esta solución en el conflicto de la mujer de fuerte ambivalencia entre "el deseo" y "no deseo", que es así silenciado o pospuesto.

#### a.- *Ansiedades específicas del embarazo*

Raquel Soifer en su libro *Psicología del embarazo parto y puerperio*, nos describe ciertos movimientos específicos de incremento de la ansiedad durante el embarazo, a partir de la teoría de M. Klein, que se pueden clasificar de la siguiente manera :

- a.1. La situación psicológica al comienzo de la gestación
- a.2. Durante la formación de la placenta (2º y 3er mes);
- a.3. Ante la percepción de los movimientos fetales (3 1/2 mes);
- a.4. Por la instalación franca de los movimientos (5to mes)
- a.5. Por la versión interna<sup>2</sup> (6 1/2 meses en adelante)
- a.6. El comienzo del noveno mes;
- a.7. Los últimos días antes del parto.

---

<sup>2</sup> Momento en que el feto se da vuelta y queda en posición de parto : con la cabeza apoyada sobre el cuello del útero.

En su libro nos señala que cada uno de estos accesos de ansiedad, que pueden durar días o semanas y llegar a producir sintomatología física propia, o inclusive provocar el aborto o el parto prematuro, se caracteriza por fantasías bien determinadas y específicas.

#### *a.1. La situación psicológica en el comienzo de la gestación*

Por lo general, la primera sospecha de estado de embarazo recae sobre un síntoma que produce cierta inquietud : la hipersomnia. El tratamiento psicoanalítico revela que ha comenzado la regresión, descrita por Marie Langer (1951). La necesidad de dormir corresponde, desde un punto de vista psicológico a esa regresión, que asume las características de una identificación fantaseada con el feto. La regresión en sí es inducida por la percepción inconsciente de los cambios orgánicos y hormonales y la sensación de incógnita.

La percepción, consciente e inconsciente, no logra definir la causa de esos cambios y ante el conflicto planteado por la interrogante, la solución es el intento de apartar los estímulos, tanto internos como externos, por la vía del reposo. Con bastante frecuencia, en los sueños aparecen imágenes de interiores de casas u objetos continentales y de niños o animales pequeños, o bien vehículos grandes.

El cambio externo es un cambio casi imperceptible a la observación ligera: la mujer se ensimisma, se halla como en un estado de sopor (además de sentir realmente sueño) y un tanto desconectada, por consiguiente, de los demás. Esto sucede ya a partir de la segunda o tercera semana y se une a las ansiedades que despierta la verificación de la falta menstrual. Dicha falta llama la atención desde el primer momento dando lugar a la interrogante o a la negación : "¿Estaré embarazada? o bien "No puede ser un embarazo, seguramente es un atraso".

Por otra parte, como lo señala Marie Langer, el mayor o menor grado de aceptación del embarazo por parte del ambiente social inmediato refuerza o no la tendencia de la mujer hacia la maternidad. Dicha autora sostiene que todo embarazo produce una situación de mayor o menor conflicto entre una tendencia maternal y otra de rechazo. El rechazo se basa en evidencias persecutorias debidas a la elaboración del conflicto edípico. El mecanismo de defensa más útil para resolver el conflicto es la negación. Según Langer, este mecanismo es una componente útil y, por lo tanto, normal en el embarazo.

El síntoma de la hipersomnia, al favorecer la negación de los estímulos, resulta provechoso además de constituir una defensa biológica adecuada, que proporciona al

organismo una cuota mayor de reposo, necesaria para la labor que se inicia. En cambio, el insomnio debe ser considerado como la expresión de una situación de ansiedad frente al embarazo.

Desde el segundo mes suelen presentarse náuseas y los vómitos, por lo general al despertar en la mañana. Soifer, ha comprobado clínicamente la coincidencia de estos síntomas con la ansiedad determinada por la incertidumbre acerca de la existencia o no del embarazo. Con frecuencia, una vez establecido el diagnóstico preciso, remiten espontáneamente. Otras veces persisten en forma leve hasta la aparición evidente de las modificaciones corporales o bien ante la percepción de los movimiento fetales. Las náuseas y los vómitos sirven, por lo tanto, para evidenciar el embarazo a la vez que dan salida a la ansiedad por la incertidumbre

Esta ansiedad por la incertidumbre expresa el conflicto de ambivalencia, debido a la intensificación de las vivencias persecutorias que de por sí existen frente a la maternidad : son el producto de sentimientos de culpa infantil, tanto por los ataques fantaseados contra la madre como por los deseos de ocupar su lugar. La vivencia persecutoria es que alguien pueda arrebatarle el hijo soñado y demostrarle que se trata de una fantasía y no de un embarazo real; o bien que el embarazo tan deseado implique la pérdida de la propia madre, por haberse concretado la fantasía infantil envidiosa : tener el hijo y que la madre esté destruida. Soifer cita el ejemplo de una paciente en psicoanálisis que cuando en la realidad hubo situaciones en la que la mujer vio dañada a su madre, o su relación con ella estuvo seriamente perturbada o la perdió, las náuseas y los vómitos adquirieron mayor intensidad y persistencia.

Otro aspecto de la psicopatología de las náuseas y vómitos comunes, es el temor a no ser capaz de dar a luz y criar un niño. Este temor se basa por un lado en el temor al hijo en general, a ese desconocido que recién se verá al cabo del embarazo, y en forma especial en el desarraigo cultural con respecto de los conocimientos de la crianza.

En la génesis de los vómitos de embarazo suele ser importante el influjo de fantasías inconscientes de la mujer -existentes también en el marido- de que su embrión o feto carece de algún miembro y es, de algún otro modo, incompleto o bien monstruoso. Dichas fantasías provienen de la proyección en el embrión del complejo de castración de esa mujer. Ella, inconscientemente, considera que su genitalidad es a la vez incompleta y parcialmente perversa y que está calificada por su superyó de monstruosa. Por lo tanto, le parece ser una genitalidad asquerosa; lo que también contribuye a provocar su reacción de vómitos. La mujer

teme mucho que dichos contenidos de genitalidad rechazables se hagan manifiestos ante los demás cuando nazca su feto presuntamente deforme, que es como ella inconscientemente se considera a sí misma.

Otro elemento que puede surgir en esta etapa es el característico hambre insaciable que alterna con una completa falta de apetito y con molestias gástricas que no pueden ser explicadas por causas físicas, así como los eructos, ardores, náuseas e hipersensibilidad a objetos que provocan disgusto -en otras palabras manifestaciones normales del embarazo que superan los límites normales. El apetito extravagante que parece hallarse en directa oposición con el vómito y que se manifiesta como una compulsión a la ingestión de alimento, expresa el mismo conflicto entre destrucción y conservación del embrión. En un caso, resultan victoriosas las tendencias eliminadoras, en el otro, las incorporadoras. En los vómitos el deseo positivo en conflicto para conservar el niño se afirma en el sentimiento triunfante de alivio que predomina después de vomitar: "A pesar de todo lo conservo en mi interior". De modo análogo, en relación con el deseo de reincorporación expresado por el ansia vehemente para ciertos alimentos, la tendencia opuesta se manifiesta en la actitud destructiva canibalística de la mujer hacia las sustancias alimenticias más peculiares.

El hecho de que algunas mujeres sufran más que otras de estos síntomas se debe a numerosas causas. Muchas veces ese apetito expresa una obsesión para consumir alimentos que el psicoanálisis considera como símbolos de fecundación (frutos, pepinos, pescados, especias, etc.). Así, el deseo obsesivo es una especie de repetición del acto de la fecundación, una afirmación simbólica acompañada por una tendencia opuesta de destrucción canibalista. Muchas veces la nueva fecundación simbólica se revela como una eliminación obsesiva de una tendencia inconsciente a destruir el niño (Deutsch, 1951).

#### *a.2. Ansiedades del 2º y 3er mes. Formación de la placenta*

Gracias al tratamiento psicoanalítico de pacientes embarazadas Raquel Soifer pudo detectar a través de sus sueños, la percepción de la instalación de la placenta y las ansiedades concomitantes.

Como es sabido, cuando se establece la circulación a través de las vellosidades cambia el sistema nutritivo del embrión, realizándose este proceso a través de la placenta. De por sí, la nidación es un acto agresivo por parte del huevo fecundado hacia la mucosa uterina. Ambos

procesos, nidación y absorción de sustancias alimenticias en el torrente circulatorio materno, con los cambios psicológicos que determinan, son percibidos y vividos en forma persecutoria por el inconsciente de la mujer.

En esta etapa, que va desde el comienzo del 2° mes, la paciente embarazada tiene sueños en los cuales aparecen elementos de sangre, ya sea en forma directa o simbólica. Expresan el temor de ser desgarrada y vaciada. Los sueños dan una salida en la imagen onírica a los temores inconscientes, y a través de la realización fantástica de deseos la persona adquiere la capacidad de tolerar la ansiedad y de proseguir el embarazo.

El periodo del 2° al 3er mes es conocido como el periodo de peligro de aborto. La autora cita al respecto un sueño en que la paciente ve a su hermana desgarrándose en un aborto y perdiendo los órganos internos. Este sueño muestra la relación entre la vivencia persecutoria de la placentación y el aborto. El contenido de esa vivencia es la sensación terrorífica de ser comida y vaciada por un monstruo (el aborto), que simboliza al hijo. Estos terrores son asociados, por lo tanto, a una percepción orgánica del proceso de placentación. Esta percepción reactiva fantasías persecutorias de robo y vaciamiento.

En esta época, ciertas mujeres recurren a otros órganos para expresar el conflicto entre las tendencias eliminadoras y conservadoras, y que están relacionados por asociación con el contenido psíquico de las tendencias en conflicto. El estreñimiento, la diarrea y las tendencias a la expulsión genital expresan esta lucha, que en ciertas condiciones psico-somáticas se manifiestan en la actividad del parto largo tiempo antes que este tenga lugar. Si predominan tendencias de expulsión puede producirse el aborto.

Debemos tener presente que si bien estos síntomas son la expresión del rechazo al hijo, ese rechazo involucra tan solo un aspecto de la personalidad, de importancia menor que el otro, el que anhela ser madre. En otras palabras, si una embarazada reciente vomita o tiene diarrea o se constipa es porque está asustada por la percepción de su rechazo y busca dar salida a éste a través de la sintomatología, como lo postulara Freud. Por lo tanto vomita y defeca excesivamente como manera de disociar y discriminar lo bueno de lo malo dentro de ella, expulsando lo malo para quedarse con lo bueno, el hijo.

Por otra parte, el rechazo, como ha sido definitivamente expuesto por diversos autores, obedece a vivencias terroríficas tanto con respecto al hijo en sí mismo, representante de la

propia hostilidad hacia los padres, como en relación con los propios padres, que aparecen cargados de amenazas y reproches por la actividad sexual de la mujer.

### *a.3. La percepción de los movimientos fetales (31/2 meses)*

La percepción de los movimientos fetales es posible a partir de los tres meses y medio de gestación. Esta época corresponde en la evolución fetal a la aparición de la motilidad. Pero no en todos los casos la consciencia registra esa situación, siendo bastante frecuente que recién empiecen a sentirse en el quinto mes; un menor porcentaje los advierte en el sexto y a veces ello ocurre estando avanzado el séptimo mes. Soifer atribuye este embotamiento de la percepción a la negación, cuyo exponente de mayor intensidad son los casos de mujeres que confunden la gestación con amenorrea; esto es observable especialmente en multíparas, existiendo un cierto porcentaje de embarazos que son diagnosticados como tumores.

Para estudiar este problema es necesario relacionarlo con otra manifestación psíquica que puede presentarse en esta época de la gestación; es la sensación del "niño que da patadas", una queja que se escucha con bastante frecuencia: no las deja dormir, o trabajar o caminar, tan fuertes son las "patadas". En este caso, el mecanismo inconsciente es la proyección, en base a la cual se desplaza sobre el niño una imagen terrorífica, que es identificada con él. La criatura es sentida, entonces como un ser peligroso, cuyos movimientos bruscos, agresivos y sádicos, amenazan con causar un severo daño físico a la madre.

Lo proyectado en esta imagen son los impulsos hostiles hacia la propia madre embarazada (fantaseada o real). Sin embargo, es preciso recordar que existe un mito según el cual se espera que la mujer grávida hable de las patadas de su hijo. Este mito incluye muchas veces lesiones - hepáticas, renales, vertebrales- producidas por esa actividad "desmedida" del feto. Por supuesto la leyenda popular tiene su origen en las fantasías inconscientes colectivas de ataque al embarazo materno, a la vez que vehiculan fantasías sociales sobre el perjuicio que ocasionan los hijos a los padres.

Tales distorsiones de la percepción por negación o proyección, con sus fantasías correlativas, son la expresión de un profundo estado de ansiedad, común a todas las embarazadas. R. Soifer afirma que la investigación de esta ansiedad ubica en primer lugar, el temor al hijo en sí mismo, que con justa razón, aparece como un desconocido, un ser cuyo sexo, forma, características, etc., son una incógnita. Junto con ese temor, está el miedo a la

responsabilidad asumida, responsabilidad que ahora, frente al vientre ya desarrollado, adquiere características de hecho concreto.

Este sentimiento de responsabilidad se une a la noción de dar vida, lo cual, si tenemos en cuenta el proceso genético, significa haber cedido parte de la propia vida. Por lo tanto, en el parto aparece manifiestamente, y, quizá por primera vez, el concepto de la propia muerte, o sea, de la vida con límites precisos. Esta ansiedad de estar cediendo la propia vida se condensa con el miedo a morir en el parto.

Además de la negación o la proyección, la embarazada acude, normalmente, a los mecanismos maniacos. La ensoñación, las fantasías de un hijo hermoso y bueno que la colmará de felicidad, son el refugio habitual que permite la prosecución del embarazo y se basan en el instinto material, que el psicoanálisis adjudica a las tendencias reparatorias de la imagen materna y a la necesidad de recrearla mediante la identificación.

Los mecanismos maniacos pueden ser exagerados, en cuyo caso, nos encontraremos con una mujer, que pese a su embarazo, despliega intensa actividad, que dice que "no se da cuenta de su estado, ni piensa en él", siendo su contraparte también maniática, los antojos y la necesidad de tener pendiente, en base de éstos, a toda la familia. Ambas presentan trastornos somáticos (hipertensión o hipotensión, insomnio, bulimia, etc.). En algunos casos, los padecimientos físicos producen a través del masoquismo y de las fantasías de expiación, el alivio buscado ante las intensas vivencias terroríficas.

Los mecanismos maniacos exagerados y la expiación masoquista son una defensa frente a la intensificación de un temor natural, que surge de una factibilidad real: el niño deforme. Como es sabido, la malformación fetal, si bien con una incidencia baja en condiciones normales (descartando casos precisos), es una posibilidad. Sin embargo, no existe correlación entre esa baja incidencia y la intensidad de esta ansiedad y su aparición consciente en todos los casos. La investigación psicológica nos permite comprender que además de la posibilidad real, esta fantasía monstruosa y terrorífica tiene que ver, por un lado, con el temor de no ser capaz de criar y educar bien al hijo, cuya consecuencia sería una criatura péfida y malvada, de esas que son la "pesadilla" materna, tal como alguna vez se sintió mala la paciente misma, cuando era niña. Las frases populares "el hijo que saca canas", "cría cuervos y te comerán los ojos", conjugan dos situaciones psicológicas, por una lado la noción del decurso del tiempo y la mayor proximidad de la edad adulta y la vejez en comparación con la nueva

vida y los conflictos de envidia, celos y odio emergentes de la elaboración edípica (la maldad). Finalmente, lo monstruoso en sí mismo que se traduce en la fantasía popular de que una embarazada no debe mirar cosas feas, constituye una manifestación del *horror al incesto*, representándose en el monstruo la vivencia siniestra de esa pulsión edípica, y por ende, el rechazo sexual.

R. Soifer llega así, a la ansiedad dominante de todo el embarazo y que irrumpe en forma intensa frente a la percepción de los movimientos fetales. Es la ansiedad culposa por experimentar una unión tan íntima y personal, tan exclusiva, en la que ningún otro puede interferir. Es ansiedad y es culpa porque reactiva en el inconsciente las fantasías incestuosas y masturbatorias infantiles. Los movimientos, a los tres y medio meses, son sentidos en forma leve: como una caricia tenue desde dentro, o como burbujas, o un aleteo o un pececito que se desliza. Todas estas imágenes, tienen contornos bastante indefinidos y nada humanos. Coinciden con lo indefinido de la percepción pero, además, si las analizamos, reflejan contenidos conocidos psicoanalíticamente como vivencias edípicas incestuosas y masturbatorias. Corresponden a las fantasías fantasmagóricas de suspenso y contacto fugaz, que representan el retorno de lo reprimido.

Por eso la primera vez que se sienten los movimientos, la impresión es de sobresalto, de temor, de algo completamente extraño, inclusive en la múltipara. El reconocimiento de ese algo insólito y atemorizador y la posterior discriminación de los movimientos del feto, son procesos mentales que se realizan en forma lenta y gradual.

Estas consideraciones nos permiten comprender que la percepción de los primeros movimientos determina la emergencia de fuertes ansiedades y dependerá de cada personalidad la mayor o menor capacidad de tolerarlas. El extremo patológico a que puede llevar esta ansiedad es el parto prematuro o el aborto al 4° o 5° mes.

Al quinto mes de embarazo, el estado de gravidez es evidente: el vientre está abultado, los senos están hinchados, los cambios corporales se aprecian a simple vista. En este momento, la ansiedad aparece conscientemente de varias maneras: como temor al hijo deforme, como miedo a morir en el parto, o como la angustia por verse deforme una misma y quedar así. Este otro aspecto importante, es el sentimiento de fealdad, base de muchas depresiones y de fantasías celosas con respecto al marido. Es el momento también en el que disminuye la libido sexual, dando asidero a esas fantasías. El sentimiento de fealdad encubre



el desplazamiento de las vivencias culposas derivadas del horror al incesto (como la idea del hijo deforme), y las expresa mediante el mecanismo de apaciguamiento del perseguidor: "soy fea, no me quiere a mí, quiere a otra".

Las fantasías inconscientes determinantes de la crisis de ansiedad del quinto mes se relacionan, pues, con el conflicto edípico, las pulsiones incestuosas y masturbatorias infantiles y el temor a la muerte. Los mecanismos de defensa son la negación, la proyección, la idealización y la manía, a los que se suman el masoquismo y la hipocondría.

La sintomatología orgánica va desde los mareos a los dolores musculares, los calambres, las pérdidas ocasionales, etc.

Los calambres, por ejemplo, se producen por la compresión que ejerce el útero en expansión sobre los vasos abdominales y por el cambio postural, a lo cual se agrega la contractura muscular, determinada por el conflicto psíquico y las ansiedades terroríficas que lo acompañan. Representan la lucha contra el perseguidor, es decir, contra la imagen vengadora de las fantasías incestuosas y de robo. Del mismo modo, los mareos y las lipotimias se originan en la pérdida de tono muscular producida por el conflicto.

En el análisis de mujeres embarazadas, surgen en este período los sueños del propio parto. Es el sueño clásico de que ya se produjo el parto, no se sabe cómo, y tienen al hijo al lado y es tan bonito... Otro sueño bastante típico es que ya han tenido el hijo, pero de trata de un bebé crecido, como de unos 6 meses y con una característica que asusta: es un bebé que habla como un chico de 4 o 5 años. Este sueño indica claramente la vivencia incestuosa y la ansiedad terrorífica concomitante.

La visión de un bebé que habla es monstruosa y además el niño de 6 meses, según el consenso popular, es el muñeco tan anhelado que ya se sienta, sonríe, come, hace gracias, etc., o sea que constituye la imagen idealizada de un ser infinitamente bueno, lleno de amor hacia la mamá. Por otra parte, si tiene edad, no solamente fue alumbrado ya con felicidad, sino que su crianza resultó exitosa y fácil: ya está "del otro lado" y su sobrevivencia se halla asegurada. El hecho de hablar indica la culminación del conflicto edípico y su coincidencia con la adquisición total del lenguaje, o sea que encubre fantasías terroríficas de los 4 o 5 años de edad, relacionadas con imágenes superyoicas severas y existentes, que prohíben la masturbación, instalan la represión y determinan el pasaje a la latencia.

Desde otro punto de vista, estos sueños del hijo ya nacido corresponden a la necesidad de imaginar al niño cuyos movimientos se perciben y de verlo ya. Es frecuente que un poco más tarde, en el 5° y 6° mes, la embarazada exprese su deseo de ver al hijo, como a través de un vidrio, en el interior del vientre. También sucede que la futura mamá mantenga "diálogos" imaginarios con el niño.

El estado de ansiedad puede ser pasajero o prolongarse, a veces, bajo la forma de fobias agudas, hipocondrías o depresiones. Cuando es pasajero, al remitir cede el lugar a un estadio de euforia y de tendencia a la actividad que, en general, va acompañado por el reconocimiento y aceptación de los movimientos.

#### *a.4. Ansiedades debidas a la instalación franca de los movimientos (5 meses en adelante)*

La instalación franca de los movimientos a partir del 6° mes va acompañada de una mayor percepción de las contracciones uterinas fisiológicas de la embarazada. Las mujeres refieren que el vientre se les pone duro de a momentos y después afloja. Ambas situaciones producen siempre un nuevo acceso de ansiedad, en el que se renuevan las fantasías descritas en el punto anterior. Por otra parte, entre los mecanismos de defensa, se acentúa la retracción narcisista, si bien el estado de euforia puede continuar. Por supuesto, que depende de la elaboración de esta crisis que se intensifiquen o no las diversas reacciones patológicas que hemos descrito en las páginas anteriores.

Un cuadro anómalo bastante frecuente es la exageración del tono muscular uterino que, a su vez, provoca más movimientos fetales, en un círculo vicioso: contracturas, movimientos más bruscos. La clínica nos ha demostrado que los niños nacidos de este tipo de embarazo presentan características hiperkinéticas.

#### *a.5. Ansiedades producidas por la versión interna*

Desde la mitad del 7° mes en adelante puede producirse la versión interna, que lleva al niño a ubicarse cabeza abajo a la entrada del canal de parto. La percepción de estos movimientos uterinos y fetales provoca una intensa crisis de ansiedad, totalmente inconsciente, que se traduce en diversas manifestaciones psíquicas y somáticas.

El trabajo directo con embarazadas y la observación clínica han demostrado que la gran mayoría de las versiones patológicas (presentación de nalgas, lateral, de hombro, etc.) se

deben a la contractura de los músculos pélvico, que se oponen de esa manera a la versión. Esta contractura es producto de la intensa crisis de ansiedad, que corresponde a fantasías de vaciamiento. La comunicación fluida entre el obstetra y su equipo permite determinar en el 8° mes si ya se ha completado o no la versión y acentuar las explicaciones y enseñanzas de relajación necesarias para favorecer ese proceso. Por supuesto, la psicoterapia concomitante contribuye a la resolución del caso.

En esta crisis de ansiedad, la sensación consciente más clara es de que algo raro está pasando que asusta y desconcierta : las embarazadas suelen describirla como una sensación semejante a la que se experimenta en un ascensor de marcha rápida, o como una revolución dentro del abdomen, o un dolor intenso en el bajo vientre, o de que algo les está empujando el hígado, etc.

A veces estas sensaciones conscientes no existen, en cuyo caso, hubo negación de la percepción, ese mecanismo tan útil para la embarazada, o bien, ante su percepción, la crisis de ansiedad inconsciente determina ciertos procesos somáticos : crisis de hipertensión, lipotimia, gripes agudas, diarreas, constipación pertinaz, aparición franca de edemas, un brusco y excesivo aumento de peso, intensificación dolorosísima de calambres, etc. La emergencia más grave es el parto prematuro, entendiéndose por tal el que se produce entre los 6 y 8 meses cumplidos.

#### El parto prematuro

R. Soifer señala que en todos los casos de parto prematuro que tuvo la oportunidad de observar había una relación estrecha entre la percepción de la versión y la crisis de ansiedad.

El análisis de la situación reveló siempre el incremento de la crisis de ansiedad a niveles insostenibles. En uno de ellos, si bien se trataba de un tercer embarazo en una mujer con excelente disposición material, la agudización de una problemática económica que reactivaba en ella viejos temores y rencores infantiles desencadenó el parto a los 6 1/2 meses, inmediatamente después que ella hubiese percibido y descrito el proceso de versión interna.

Se trataba de un embarazo concebido "por accidente", como suele decirse, que representaba una necesidad inconsciente de ampliar y consolidar el hogar, ante el descalabro de ambas familias de origen y como defensa frente a las ansiedades derivadas de una precaria

condición económica, que se tornaba angustiante por las mayores demandas correspondientes al crecimiento y educación de los dos hijos.

Era un tratamiento de pareja, cuyo objetivo residía en ayudarles a encontrar las bases inconscientes de su unión y de sus dificultades dentro del matrimonio. Correspondía al 2º año de terapia, a razón de una sesión quincenal. En la sesión anterior al parto prematuro, comunicaron que ese día habían ido por primera vez a ver al médico, el mismo que atendió los dos partos anteriores. Llamó la atención que lo hicieran recién en ese momento, a los 6 1/2 meses de embarazo, dado que éste fue advertido apenas 3 semanas después de la concepción. La mujer comunicó haber sentido movimientos extraños la noche anterior y que el médico le informó que el niño "ya se había dado vuelta". Dijeron además que no fueron antes por los "líos" económicos que tenían y la mujer se quejó de que el marido todo lo hacía sin proporciones, por ejemplo, el marco de una puerta que ella no entendía cómo le había salido tan descentrado. Se les esclareció la relación entre lo descentrado, los movimientos bruscos de la versión y el temor a la locura, dado que tanto en la familia de él como en la de ella había personas gravemente enfermas (esquizofrenia crónica). También comentaron que se habían agravado las preocupaciones económicas, por escasez de trabajo, pero sentían que había en ellos un estado de inercia frente a las dificultades. En el transcurso de esa semana comunicaron que al día siguiente de había producido el parto.

Posteriormente, se pudo elaborar todo esto y se vio cómo el niño prematuro, que requirió grandes cuidados y cuya hospitalización les ocasionó momentos de extrema inquietud, había promovido en ellos, especialmente en la mujer, la capacidad de lucha, a punto tal que casi no se reconocían al verse tan activos y resueltos y, además ahora se sentían muy unidos. O sea que la crisis de ansiedad había expresado el conflicto de ambos frente a la temida locura, esa locura de la que se defendían con la inercia, procurando que todo permaneciera igual, por un lado, y realizando esfuerzo tremendos, por otra parte, para modificar las cosas y crearse un hogar sano y con características humanas. En la mujer, la percepción de la versión uterina había reactivado el miedo a lo incontrolable, determinando una ansiedad tal que la llevó a desencadenar el parto como una transacción: pudo así dar forma a su terror, estructurando el mecanismo defensivo que es la evacuación (proyección) tras lo cual logró asumir conscientemente las características activas de su personalidad. Ahora se sabía capaz de enfrentar por sí misma las dificultades y que en esa actuación contaba con un

aliado valioso, su marido, en contraste con la experiencia infantil de un padre demente que siempre le había trabado y cercenado en sus potencialidades.

El comentario de este caso tiene por objeto ilustrar cómo se produce la dinámica psíquica que desencadena los partos prematuros y el interjuego de las ansiedades de la mujer con las de su esposo, relacionadas a la vez con las familias de origen y con el medio socioeconómico.

En otros casos las situaciones no parecen tan claramente vinculadas con la problemática económica y más bien el acento recae sobre el terror al hijo, identificado con lo siniestro y la locura. Resulta comprensible que una mujer que ha tolerado hasta ese momento las ansiedades de los primeros meses de gestación, que logró adaptarse a la percepción de los movimientos fetales y superar la culpa de las vivencias incestuosas y narcisistas de unión exclusiva, además de aceptar y elaborar los ataques celosos y envidiosos del medio, sienta terror al percibir súbitamente la aparición de movimientos extraños.

Por lo general, estos movimientos despiertan la sensación de pérdida y la fantasía del parto prematuro a nivel consciente. Es bastante frecuente que las embarazadas comenten este temor a partir del 6° mes.

R. Soifer retoma el tema de la percepción de la versión y de las ansiedades que produce para luego analizar la sintomatología emergente. Comenzaremos por el análisis de un sueño típico correspondiente a un tratamiento psicoanalítico. La paciente, en su séptimo mes de un primer embarazo, refiere que soñó que ya tenía al hijo; no se sabía bien cómo, pero estaba bastante crecido, parecía tener cerca de un año de edad y el marido jugaba con él a arrojarlo por el aire y recibirlo en los brazos. Ella sentía miedo y celos. El miedo era que el niño se cayera. Los celos, porque el marido y el niño formaban una pareja en una actividad placentera. Pero luego se deba cuenta que todo eso era muy lindo y la sensación del sueño pasaba a ser grata.

Este sueño expresaba el conflicto matrimonial, centrado en la rivalidad existente en la pareja, agudizada por el embarazo. Pero además, indica la percepción de la versión, que había sido negada conscientemente y que fue confirmada por el obstetra, en los días posteriores. La negación de debía a los profundos celos que la paciente había experimentado en su infancia con respecto a sus hermanos varones (era la única mujer y la hija del medio), por la mayor libertad que éstos tenían en el ambiente provinciano en que se habían criado, y por la relación

más estrecha de ellos con el padre y los demás hombres de la familia. Una asociación al sueño fue el recuerdo de un tío joven, soltero, que vivió un tiempo con ellos y a cuya habitación ella acudía de noche, porque él sí la mimaba, en tanto que el padre se mostraba distante. La percepción de la versión había reactivado sus primitivas vivencias edípicas, la defensa erigida en aquel entonces contra la exclusión, o sea, la relación narcisista incestuosa con el tío. Sentir esos movimientos era como asustarse de noche y correr junto al tío. Por eso no había que sentirlos y despertaban tanta culpa como para tener que soñar con que la relación de exclusividad con el hijo la tenía el marido y no ella.

Este sueño procura anticipar y elaborar, además, la próxima separación, en el parto, ese momento en que ella iba a tener que ceder el niño, que era tan solo suyo, a los demás. Configuraba, asimismo, sus temores de no poder tolerar la situación. Dos meses después se produjo el parto, tras una ardua elaboración de estas situaciones bastante conflictivas.

La autora considera que este es un sueño típico de la percepción de la versión uterina porque su configuración es muy semejante a los sueños traídos por otras pacientes.

Para explicar mejor las características de estos sueños, diremos que siempre guardan relación con el parto, como vimos que acontece ante la primera percepción de los movimientos. Pero ahora el temor es que el chico se caiga, ya sea porque alguien lo sostiene mal o porque está en una situación precaria, etc. La caída en sí representa el temor a la aniquilación o desintegración, por la irrupción masiva de la ansiedad. La ansiedad es frente a la separación y el temor concomitante, asustarse tanto que la reacción sea la expulsión brusca y anticipada.

Los diferentes síntomas psicósomáticos de aparición frecuente en este periodo son :

- **Hipertensión** : que según la experiencia de Soifer, debe ser considerada como una reacción defensiva frente a la disminución fisiológica de la presión sanguínea, propia del estado. Comprobaron que esta reacción corresponde a una fantasía inconsciente de muerte, en la que el niño, identificado con arcaicas figuras terroríficas persecutorias, en el sentido kleiniano del término, aparece como el exterminador. La hipertensión configura, entonces, la tendencia maternal en pugna contra esta fantasía.

- **Lipotimias** : Su base orgánica reside en la hipotensión; desde el punto de vista psíquico se originan en fantasías de vaciamiento y aniquilación. Es como si la versión interna significara que alguien se ha introducido dentro de la mujer para despojarla del niño, de todo su interior y de la vida misma. Corresponde a la confusión entre versión interna y parto. Su aparición suele ser más frecuente en las personalidades esquizoides con vínculos simbióticos muy intensos.
- **Hiperemesis** : Su contenido psíquico es similar al de la hipertensión, el mecanismo psíquico es la expulsión del perseguidor.
- **Diarreas** : Tienen el mismo significado inconsciente, que la hiperemesis, el mecanismo elige en este caso la vía intestinal. Ambas tienden a desaparecer una vez que se ha completado el proceso y que el cuerpo de la mujer se ha adaptado al cambio (en los órganos internos y postural).
- **Constipación pertinaz** : Es la defensa contra la sensación de vaciamiento; el método utilizado, la contractura, actúa en este caso sobre la porción terminal del intestino, su finalidad inconsciente es la fantasía de retención del feto.
- **Edemas y aumento excesivo de peso** : Por lo general, van asociados y pueden combinarse con la constipación. Es otra defensa, en este caso incorporativa y retentiva, contra la ansiedad de vaciamiento. Comprobamos que aparece preferencialmente en personalidades con fuerte estructura narcisista, de tipo infantil inmaduro e intensa fijación y dependencia de la propia madre. Con frecuencia, son personas que han pasado por dramas reales en su infancia, en los que, a menudo, han perdido tempranamente a la madre.

Todos estos síntomas traducen básicamente, además del conflicto, un pedido de ayuda, al sentirse incapaces ya de tolerar y elaborar la crisis de ansiedad. Depende, entonces, también del ambiente y del grado de receptividad o ansiedad de éste la mejoría o empeoramiento de los mismos.

Las ansiedades y fantasías que hemos descrito como determinantes de la crisis de ansiedad por la percepción de la versión interna son reactivadas por la situación intrínseca que es la futura maternidad : *el temor a no ser capaz de criar al hijo*, del que ya hemos hablado, se ve muy incrementado cuando existe la noción de desconocimiento acerca de este tema. En nuestra época, por lo general, las mujeres tienen escasa o ninguna oportunidad de aprender el quehacer maternal en forma directa, a través del ambiente.

#### a.6. *Ansiedades del comienzo del 9º mes*

Con la llegada del 9º mes surgen varias modificaciones fisiológicas : el feto tiende a desarrollarse más rápidamente, ganando peso y volumen; las contracciones fisiológicas se acentúan, el cuerpo debe nuevamente cambiar sus mecanismos posturales para la bipedestación.

Estas modificaciones intensifican las ansiedades que, además, van exacerbándose por la noción de la proximidad del parto. La incertidumbre en cuanto a la fecha resume y sintetiza todas las otras incertidumbres y se transforma en uno de los leitmotivs obligados. A través de "cuándo será el parto" se expresan incógnitas de cómo será el parto, cómo será la criatura, como resultará su crianza, etc. El temor a la muerte en el parto cobra características intensas, por lo general inconscientes.

En esta ansiedad derivada de la incertidumbre, juega un papel preponderante el narcisismo infantil, que es la defensa habitual contra estos estados. El narcisismo infantil dispone del pensamiento mágico y de la omnipotencia de las ideas. Pero ambos no logran satisfacer totalmente el requerimiento ya que el embarazo sigue transcurriendo a pesar de todo. Esto genera más ansiedad, por cuanto se asiste al fracaso de la defensa. Otras veces, la defensa resulta victoriosa, en cierto sentido, y es la responsable del parto anticipado (a los 8 meses cumplidos), como manera de huir y resolver el estado de espera e incertidumbre. El mecanismo a que apela es la evacuación desplazada hacia el proceso del parto.

Cuando la ansiedad se hace intolerable, vuelven a aparecer los trastornos psicosomáticos.

La crisis de ansiedad se puede expresar : 1) con el parto anticipado (casi a término ya) 2) con distintas somatizaciones : gripe, anginas, cólicos, calambres, etc..



Las fantasías se centran en torno al temor a la muerte, al dolor, al vaciamiento, a la castración, etc.

Superada esta crisis que, por lo general, no dura más de una semana, reaparece la hipersomnia en la mayoría de los casos, dando la posibilidad de retracción y negación necesaria para tolerar las intensas ansiedades de este momento.

### La percepción del sexo de la criatura

A pesar de que las consideraciones, que siguen a continuación, fueron escritas por R. Soifer cuando la ciencia médica no había puesto aún a disposición de los padres la posibilidad de conocer el sexo de la criatura a través de la ecografía, estimamos que podrían resultar interesantes. Esto, debido a que en ocasiones los padres deciden guardar el misterio sobre el sexo del hijo, o la ecografía no lo ha podido determinar (por la posición del feto dentro del útero) o debido a que ha habido error en esta determinación, lo que trae consecuencias para los padres, sobre todo en los primeros momentos que siguen al parto.

La clínica, señala R. Soifer, permite observar que en la mujer embarazada hay un conocimiento bastante certero, a nivel inconsciente, que se traduce en muchos casos por sensaciones conscientes indefinidas, acerca de cuál es el sexo de la criatura.

Desde un punto de vista de la investigación psíquica pura, los hechos son bastante concluyentes. En la consciencia juega constantemente, a lo largo del embarazo, la fantasía del hijo varón o de la niña, a veces con un marcado predominio de una de estas dos posibilidades, llegando en muchos casos a definirse en estas palabras: "Yo no sé como, pero tengo la sensación de que es un niño (o una niña)". En el inconsciente esto se manifiesta por fantasías y ansiedades específicas.

Para el hijo varón, R. Soifer observó que predominan las fantasías terroríficas y que hay un incremento de las ansiedades persecutorias a lo largo de todo el embarazo, si bien las ansiedades depresivas también existen. Las fantasías terroríficas, que son muy intensas, se centran en torno a una imagen muy hostil y agresiva, que amenaza de muerte, generalmente a mordiscos. Esta imagen puede estar proyectada sobre el hijo, como en el sueño del marido que juega con el bebé y que correspondió, efectivamente, a un hijo varón. O bien es vista como la

de una madre amenazadora, que viene a atacar a la paciente por haberle robado ésta el hijo-marido.

Otras veces, la sensación de hostilidad es muy difusa y está proyectada en el mundo, produciendo agorafobia. La versión consciente de estas fantasías puede plasmarse en sensaciones de hostilidad con respecto del marido, al padre o a la madre y, más frecuentemente, hacia la suegra.

Para la hija, las fantasías predominantes son, en la mayoría de los casos, de carácter depresivo, en tanto subsisten, más atenuadas comparativamente, las fantasías persecutorias. Las imágenes correspondientes a las fantasías depresivas toman como eje la ansiedad de vaciamiento y de pérdida: la sensación de quedar vacías y de perder el contacto de la protección de la propia madre. Esta ansiedad expresa la vivencia culposa de haber vaciado y destruido a la madre, en la fantasía infantil inconsciente.

Sin embargo, en algunos casos, la situación es distinta. En lugar de predominar la ansiedad depresiva, hay francas manifestaciones de ansiedad paranoide, pero de corte homosexual, con imágenes de ser atacada desde atrás y sigilosamente. Corresponde al temor derivado de los aspectos narcisistas de la personalidad, que ven en la hija mujer el reflejo de sí mismas y por lo tanto, la sienten como un peligro, una sombra que las amenaza con la muerte y que viene a robarles el marido. Por ejemplo una paciente embarazada soñó que alguien la arrojaba a una pileta y ella lograba salir nadando.

La comprensión de esta percepción tiene importancia porque arroja luz sobre las ansiedades que despierta en cada mujer la perspectiva del hijo de uno u otro sexo, y permite que se le brinde ayuda en la elaboración de su relación con él.

Es importante ayudar a desentrañar y elaborar las fantasías de la madre en relación con el sexo de su bebé y permitirle una mejor aproximación a su maternidad en un caso u otro, ya que la actitud es, necesariamente, diferente en cualquiera de las dos eventualidades. Conviene recordar al respecto que para la mujer la hija reactiva las sensaciones de la propia infancia, y despierta la vivencia de un ser idéntico a ella, en tanto que el hijo varón representa los aspectos masculinos que no pudo desarrollar psicológicamente.

La elaboración del sexo de la criatura, como es bien sabido, se hace imperiosamente necesaria cuando existe una exigencia definida en tal sentido, cual es el caso de haber tenido ya varios hijos varones y esperar la mujer o viceversa.

Esa exigencia reactiva el aspecto infantil narcisista, o sea la omnipotencia y el pensamiento mágico y la decepción en caso de fracaso puede ser exageradamente acentuada, llegando a veces a la instalación de prolongados y severos estados depresivos en el postparto.

#### *a.7. Ansiedades de los días previos al parto*

En medio de la incertidumbre, que es la ansiedad consciente dominante, reaparecen crisis intensas, de duración variable, en las que se expresa, por lo general, conscientemente, el temor a la muerte en el parto, al dolor, al parto traumático por forceps o cesárea, al hijo deforme y a la muerte del hijo.

Por lo general estas crisis van marcando el proceso de preparación del cuello y el avance progresivo en la instalación del reflejo del parto y en el descenso de la cabeza de la criatura.

Con bastante frecuencia, en medio de la crisis se experimenta la sensación de haber dejado de percibir los movimientos fetales durante todo un día. La vivencia de estos casos es extremadamente angustiante, ya que esa falta de percepción es asociada con la muerte del niño. Desde un punto de vista orgánico, tal estado puede producirse porque la criatura se mueve menos en esa época del embarazo, dado que el crecimiento ha rebasado la capacidad de distensión del útero, con lo cual el espacio resulta reducido y porque hay un cierto grado de encaje. Desde el punto de vista psíquico, la intensidad de la ansiedad produce el embotamiento de la percepción, a lo cual se une muchas veces un estado de contractura de los músculos del suelo pélvico, que inmoviliza a la criatura.

### **2.3. El parto**

Por numerosas experiencias sabemos que difícilmente existe un proceso biológico que no se acompañe y que no sea influido por los procesos psíquicos. En las últimas semanas de la preñez, la unión madre-hijo se perturba por factores fisiológicos, y los cambios orgánicos provocan sentimientos de incomodidad cada vez mayores. La sobrecarga física da lugar a que los impulsos afectivos adquieran un carácter hostil respecto de la unidad con el niño. La percepción interna de la madre de que en su cuerpo se producen desgarramientos transforma cada vez más al feto en un cuerpo extraño, lo mismo que ocurrió en la primera fase de la

preñez. Al aumentar la incomodidad física, el yo de una mujer psíquicamente sana gradualmente se cansa de la limitación de las satisfacciones de su vida producida por el embarazo y de la excepcional situación física y psíquica. Aparentemente, la unión de los extremos -el yo y la especie- no puede ser tolerada más largo tiempo. La relación con el niño se desdobra: el ser que está en el útero ya tiene su doble en el objeto de todas las expectativas y de los cumplimientos de deseo, cuya real existencia como un individuo diferente se aproxima poco a poco. Con el fin del embarazo, la polaridad yo-tú se fortifica simultáneamente, y el gobierno psíquico de los impulsos de amor y de hostilidad utiliza esta dualidad : el enemigo debe salir para reaparecer como un amigo precioso en el mundo exterior.

Por tanto durante estas últimas semanas se inicia el conflicto entre el deseo de retener y el deseo de expulsar, y normalmente este conflicto tiene lugar tan sólo psíquicamente. El deseo de retener es sobre todo la expresión de la auto-suficiencia narcisista que se ha desarrollado durante el embarazo y que se niega a renunciar a la unidad establecida. El conocimiento, a través de las sensaciones somáticas, de la inmanente destrucción de esta unidad se manifiesta en la identificación cada vez mayor de la madre con el hijo, que se opone a las tendencias expulsivas. En cambio, la fantasía del niño como un objeto amado, externo en un próximo futuro, que se ha desarrollado durante todo el periodo de la preñez, se une ahora a las emociones negativas de las tendencias expulsivas (por emociones negativas se entiende los efectos de la incomodidad fisiológica). Si el conflicto entre las dos tendencias adquiere un carácter patológico, y las fuerzas expulsivas vencen, el resultado podrá ser un parto prematuro. Pero si, además de la sensación narcisista, la madre siente temores por el destino que amenaza al hijo después de haber abandonado su seguro albergue, y teme la nueva responsabilidad, la tendencia retentiva, y con ella la tendencia a prolongar la preñez, se intensifica. El mantenimiento del *status quo*, el horror a la idea de deshacer una unidad tejida por tantos hilos afectivos y físicos, y los temores a los dolores y peligros del parto, crean una resistencia al término de la preñez. La falta de armonía determinada química y fisiológicamente entre la madre y el hijo, que se manifiesta en las últimas semanas, es el preludio de la inminente separación, que normalmente marca la victoria del elemento fisiológico sobre el psíquico. Es interesante notar que la agudización de las dos tendencias se revela en la vida onírica de la última fase de la preñez, cuando se repiten los sueños en los cuales la futura madre se

identifica con su futuro hijo (fantasía llamada madre-matriz). La madre sueña que pasa a través de gargantas estrechas, cayendo desde la altura, saliendo trabajosamente del agua, esforzándose en alcanzar una meta lejana, etc. Por otra parte, el sexo del hijo es particularmente subrayado en los sueños.

En este punto los deseos conscientes e inconscientes de la madre están de ordinario en conflicto. Conscientemente muchas mujeres, tanto masculinas como femeninas, desean que su primogénito sea un varón. Quizá en la mayor parte de ellas el deseo de renacer como hombre desempeña un importante papel, pero también hay que tener en cuenta otros motivos. Tanto el abuelo como el padre desean y esperan un varón para renacer en él. La mujer femenina se une a ellos en este deseo, y espera ofrecerles un varón como signo de amor. De todos modos, la mujer está motivada por un deseo relacionado por un futuro lejano : en su hijo ella encontrará un día un hombre amante que la proteja.

Profundamente bajo este deseo, que deriva del objeto amado, se oculta una separación narcisista-femenina: la mujer desea una hija para renacer ella, dotada con todos los encantos del nuevo ser.

En la víspera del desenlace final, hasta las mujeres más maduras se transforman regresivamente en niños. La curiosidad impaciente de la mujer en la últimas semanas de la preñez nos recuerda el impulso infantil de explorar todas las cosas, lo que suele expresar curiosidad sexual : la mujer adulta tiembla de angustia, igual que el niño. ¿Cómo una cosa tan grande como un niño saldrá por un orificio tan pequeño?. El temor que tuvo durante las primeras fases del embarazo -"estaré realmente preñada"- vuelve a primer plano : "será realmente un niño". Si el feto se mueve menos que antes pensará : "Algo malo sucede". El sentimiento de que su posesión es insegura, que acompaña a la mujer durante todo el embarazo, se intensifica ahora, y la parturienta no sólo teme por su propia vida, sino también por la del hijo.

En todas las mujeres las dudas, la agitación, la impaciencia y la expectativa gozosa ocultan el temor al parto, que se intensifica al acercarse el término. A pesar de todos los avances médicos, el temor a la muerte de las mujeres no se ha eliminado. Esos temores serían provocaciones o intensificaciones de un temor a la muerte profundamente hereditario, que acompaña a la nueva vida que despierta en el cuerpo de la madre. Sus más profundas fuentes son inaccesibles para nosotros, pero sabemos que el temor a la separación es uno de sus

principales representantes. Para H. Deutsch el parto es la reviviscencia más exacta que podamos tener de nuestro propio trauma de nacimiento. La mujer, identificada con su hijo, vive a través de él todo el temor de separarse de su madre. Se identifica con su desamparo y siente no poder continuar protegiéndolo contra la vida. Siente que él pierde a la madre y vive el parto como pérdida de él. Este temor a la separación es la ansiedad mayor del parto. La angustia del parto es, pues, la reviviscencia de la angustia más antigua y arcaica que conocemos, la de la separación de la madre.

Otra importante causa del temor a la muerte en el parto yace en los sentimientos de culpa no resueltos hacia su propia madre. Esto la incapacita para llegar a ser una madre feliz libre de ansiedad. Es evidente que este sentimiento de culpa y la anhelosa tensión relacionada con él se movilizan particularmente en el parto.

La ansiedad elemental profundamente inconsciente que brota de la falta de unidad con el hijo -el temor a la separación- está presente en el parto desde el comienzo hasta el fin. Puede ser intensificado por sentimientos de culpa, puede relacionarse con las primitivas angustias genitales (castración o desfloración), y por un rodeo de los antiguos mecanismos infantiles movilizados puede hacer revivir temores anales, uretrales y de otro tipo.

Por otra parte, el temor a que suceda algo inesperado durante el parto no perturba el sentimiento optimista de la mujer preñada psíquicamente sana. Sus sentimientos de gozosa expectativa se basan no sólo en el conocimiento intelectual de que no existe peligro alguno, sino también en su fe, igualmente elemental, de que la vida puede vencer a la muerte. Cuando esta fe interna falta, la madre está en real peligro. Puede ser incapaz de enfrentar las posibles dificultades del parto.

Cabe señalar, que la larga preparación para una fecha definida ayuda seguramente a la mujer a acumular grandes reservas de fuerzas protectoras durante todo el embarazo. El temor a la separación se suaviza constantemente por la eufórica idea del hijo, a no ser que a esta idea se opongan ideas opuestas desagradables (dificultades financieras, mala relación conyugal, etc.)

Si los elementos perturbadores internos y externos son bien dominados, si el parto sigue un curso natural y normal, y si mediante influencias afectivas directas u otros medios se consigue reducir el exceso de temor y dolor, el parto constituirá la experiencia máxima y más satisfactoria de la mujer, quizá de los seres humanos. Dos poderosos factores contribuyen a

ello : primero, el goce del cumplimiento, que se relaciona con el dominio del temor y del dolor y con la propia actividad de la mujer; segundo, la feliz relación con el niño que empieza inmediatamente después del parto. El dinamismo de esta relación es evidente: toda la energía psíquica ligada al parto y toda la energía dedicada al mundo exterior corren hacia el niño en el momento del parto, y la liberación lograda del dolor y del temor crea un sentimiento de triunfo y constituye un verdadero éxtasis en el primer momento de la maternidad.

Los últimos sedimentos del ansia profundamente enraizada respecto a si el niño vive, a si es normal, todavía deben ser rápidamente eliminados. En casi todos los tipos de partos la preocupación no dominada acerca del niño se manifiesta continuamente, hasta que su encuentro con él da reposo a la mente de la madre.

La madre que no esté consciente en el momento mismo en que nace su hijo (cesárea), que no oye su primer llanto, se priva de una experiencia sumamente gratificadora. Hasta el momento del parto, la parturienta no conoce a su hijo. Lo siente en parte como real, en parte producto de sus fantasías. Para que pueda vencer sus temores irracionales y superar el trauma de su separación del niño, es importante que pueda confrontar la realidad buena y tranquilizadora con sus temores, y que esté consciente y despierta cuando se produzca el nacimiento. La depresión que a menudo sigue al parto es mucho más liviana y corta en estas mujeres, y se unen más rápidamente con su hijo real que aquellas que estuvieron inconscientes durante el parto.

#### **2.4. Puerperio**

Con la separación del niño después del parto, se abre un nuevo mundo para la madre. Pero la continuidad de los elementos psicológicos de las diversas fases de la maternidad (concepción, preñez, parto, etc.) se conserva totalmente. Dichos elementos pueden manifestarse con variada intensidad : en una fase pueden pasar a un segundo plano, o moverse dentro de límites normales, en otra pueden aumentar en un grado patológico. Pueden tener formas análogas de expresión en cada fase u ocultarse tras el mecanismo de defensa, que provoca fenómenos al parecer opuestos a los anteriores. La relación psicológica con el feto puede sobrepasar la fase biológica de la preñez y continuar un tiempo más breve o más largo en la relación con el hijo; o la alegría y el interés de la mujer preñada por lo que está encerrado

en sus entrañas puede pasar al polo opuesto después del nacimiento del niño, y dar lugar a diversas dificultades en la relación madre-hijo. Los temores de la preñez pueden ser vencidos en el acto del parto o pueden continuar en la forma de excesiva ansiedad respecto del niño (H. Deutsch, 1951).

Se tratará de exponer en este punto las implicaciones psicológicas más importantes del puerperio, que es el periodo que transcurre entre el parto y la completa normalidad de los órganos genitales, es decir unas cinco o seis semanas después del parto, principalmente, a partir de los estudios de R. Soifer y M Langer.

Soifer se refiere al puerperio, como la situación de delimitación entre lo perdido -el embarazo- y lo adquirido -el niño. También la delimitación entre ensoñación, fantasía inconsciente y realidad. Tanto en lo referente a cómo iba ser el parto como en cuanto al niño en sí mismo y a la reacción ambiental

Esta delimitación múltiple puede hacerse solamente merced de un lento y gradual proceso elaborativo, con sus alternancias depresivas -por las ilusiones no concretadas y las fantasías de pérdida o impotencia- como persecutorias, sustentadas en los elementos difíciles que plantea la realidad y maníacas o de negación, como única manera de incorporar la nueva situación.

Por otra parte, para los fines de crianza y comprensión de la criatura, la madre se ve forzada internamente a un proceso regresivo, hacia su propia lactancia (M. Langer). Esta regresión de características distintas de las del embarazo, tiene por finalidad ponerla al servicio del bebé, produciéndose el conflicto consiguiente con la necesidad de seguir desempeñando el rol familiar y social habitual.

Este proceso es lento y gradual y podría decirse que los primeros 6 meses después del parto definen, en buena medida, el futuro mental de la mujer, así como también determinan y ponen su sello a la relación con el niño, la familia y la sociedad.

Toda embarazada sueña con esos días en que por fin estará con su bebé en brazos y vendrán a visitarla y le traerán regalos.

Una vez producido el parto, las ansiedades confusionales vividas en su transcurso tienden a resolverse mediante los mecanismos maníacos, que buscan en las actitudes de las personas que rodean a la puérpera un asidero a las ensoñaciones de reverencia y homenaje. Por lo general, el ambiente capta adecuadamente esta necesidad y la satisface.



Cuando esta situación de halago y festejo no se produce, la depresión es intensa. Si tenemos en cuenta lo señalado en los puntos anteriores acerca de las ansiedades de vaciamiento y de castración, podremos entender que una madre reciente, cuyo bebé es simplemente un bebé que llora o duerme a su lado y que se conecta escasamente con ella, se sienta perpleja, confusa y deprimida.

Si agregamos a esto la expectativa en cuanto a si tendrá o no leche; si el bebé mama bien o no, si es normal o anormal, cómo es su carácter, comprenderemos que los días subsiguientes al parto no son nada fáciles.

Por otra parte, la situación de hospitalización trae aparejada una serie de factores: estar en un medio desconocido, entre personas extrañas, que la atienden o que comparten la habitación o sala con ella. Además, los cuidados especiales impuestos por la asepsia, van induciendo de por sí un estado regresivo, que se suma al determinado por el parto en sí mismo. En este estado regresivo prima la necesidad infantil de protección y halago agudizándose, como en la fantasía, los temores en general y las ansiedades frente a la soledad.

Otro aspecto importante es la pérdida de sangre originada en la renovación de la decidua uterina, que reactiva las ansiedades frente a la menstruación, con los correspondientes temores sobre la integridad del órgano, a lo cual se agregan las sensaciones derivadas de la percepción de las contracciones de retracción. Estas situaciones pueden llegar a producir dolor físico, los llamados dolores de "entuerto", frecuentes en las múltiparas, pero que también pueden aparecer en las primerizas y que se deben a los estados de contractura perineal y abdominal.

Finalmente y, por lo general, en el centro de todo este cuadro surgen las intensas ansiedades frente a la lactancia; una de ellas es la de no tener leche, con lo cual se niega el valor del calostro; otras surgen de las distintas modalidades de la relación madre-hijo. Recordemos que hay bebés vitales que se prenden decididamente, con vigor, y cuya madre, o bien recibe esta conducta con alegría o se asusta de un modo de ser que le resulta desconocido y para el que no está preparada. En el primer caso, la succión se hará sin inconvenientes; en el segundo, la contractura materna y su estado de tensión y rigidez pueden determinar la umbilicación del pezón o bien la inquietud del niño, que reacciona con alarma frente a esa situación, llorando y pataleando. Este llanto asusta aún más a la madre y asistimos entonces a

un círculo vicioso de angustia materna y ansiedad en el niño y que puede culminar con la agalactia total.

La otra situación externa es la de los bebés "dormilones", que toman el pezón y se quedan dormidos de inmediato, provocando gran frustración en las madres que no han sido advertidas acerca de esta posibilidad. La sensación en este caso es de ser rechazada, de que el pecho que se brinda es despreciado. Al igual que en la situación que comentamos anteriormente, si la madre logra entender la situación y tolerarla, la lactancia se irá desarrollando sin inconvenientes, entre una madre paciente y un neonato que lentamente aprende a despabilarse y mamar. En caso contrario, se instalará el círculo vicioso en que veremos a una mamá angustiada que, o se aparta, dejando que el niño siga retraído, o bien lo fuerza a despertarse, obteniendo la respuesta de rechazo expresada en el llanto y posterior somnolencia y el rechazo materno.

Los conflictos que acabamos de exponer determinan el estado depresivo descrito por Marie Langer, que se agudiza al tercer día con la "bajada" o "subida", según quiera denominarse, de la leche y que va cediendo en el transcurso de la primera semana.

En este estado depresivo pueden predominar las fantasías de vaciamiento o de castración, concordes con la personalidad de la puérpera, siendo las más extremas las ansiedades de carencia materna y de autodesvalorización. Las vivencias depresivas inconscientes ponen en marcha los diversos mecanismos de defensa, que actúan según las características personales de cada mujer.

Cuando se despliegan los mecanismos maniacos veremos a una puérpera eufórica, parlanchina, muy preocupada por su aspecto externo, su arreglo, sus ropas, que atiende con calidez a sus visitas, y que dice sentirse muy bien. Por lo general, cuando la modalidad maniaca es intensa se sacia con hipo o agalactia, siendo frecuente la dificultad para dormir y la necesidad de inductores del sueño. La eficacia de la situación maniaca dependerá de que haya un ambiente social que la propicie. La carencia de halagos y festejos suele producir diversas somatizaciones: constipación, amurria, fiebre, dolores intestinales. A veces ni siquiera los homenajes familiares bastan para contener las fantasías inconscientes, en cuyo caso irrumpen las ansiedades depresivas y paranoides, ya sean en forma ocasional o por accesos.

La irrupción en accesos nos lleva a observar ataques de llanto, enojo, impaciencia, celos, despotismo, etc., o bien francas manifestaciones melancólicas de autorreproche, minusvalía, e inclusive los trastornos psicosomáticos señalados anteriormente.

Los mecanismos sustitutos de los maníacos son : el ensimismamiento, la abulia, la ruminación obsesiva, los mecanismos obsesivos francos, las situaciones agorafóbicas que llevan a algunas pacientes a pedir la prolongación de los días de internación. Esto debido al temor a la pérdida de protección que recibe en el establecimiento hospitalario y a la preocupación acerca de cómo se desempeñará en el hogar. Temor a ser incapaz de cuidar bien a la criatura y perderla, es decir que se enferme y muera. Estos conflictos se asientan en la culpa inconsciente por las relaciones sexuales y por la maternidad, sentida como el ataque y destrucción de los padres internos.

La contrapartida de los temores agorafóbicos es la ansiedad claustrofóbica, que se expresa en la vivencia de que todo lo que hay en el hospital es malo y dañino. En este caso el hospital ha recibido la proyección de las fantasías de vaciamiento y castración y surge la imperiosa necesidad de abandonarla, apareciendo el hogar como el refugio más seguro.

En las situaciones más intensas, la paciente puede llegar a cuadros paranoides francos con pseudoalucinaciones o alucinaciones o bien a profundos estados esquizoides, marcando ambos el comienzo de la psicosis puerperal, con imposibilidad de acercarse al niño y el rechazo a atenderlo. Para nuestro trabajo no analizaremos esta cuadro.

Nos detendremos ahora en las ansiedades frente a la lactancia. M. Langer atribuye estas ansiedades a dos grupos de factores 1) trastornos causados en la mujer por su deseo de permanecer en una actitud receptiva e infantil; 2) los que se originan por la persistencia de tendencias agresivas infantiles dirigidas hacia la propia madre, teniendo ambos casos como base común la insatisfacción oral de la paciente. Señala también esta autora, la proyección de imagos persecutorias canibalísticas en el niño, derivadas del temor al contacto íntimo, vivido como incestuoso y las fantasías de la propia leche como de una sustancia destructiva y peligrosa, derivadas de la situación persecutoria infantil.

Como situación inmanente y general a todas las puérperas, desearíamos destacar que después del parto la mujer se encuentra por primera vez con su hijo, tras los muchos meses de fantasías y ensoñaciones en torno a él. Es decir que por fin puede ver y tocar a ese desconocido. Los comentarios al respecto son bastante claros: aluden al lento reconocimiento

que la madre va realizando, reconocimiento para el cual pide ayuda al ambiente, y que le lleva un largo tiempo.

Este proceso de reconocimiento despierta profundas ansiedades ya que merced a él se delimitan las fantasías habidas durante el embarazo acerca de la realidad presente. Si las fantasías inconscientes terroríficas frente al hijo fueron muy intensas, seguirán vigentes en cierta medida, dificultando ese reconocimiento. De todos modos, existe siempre una cierta dosis de frustración, ya que el neonato dista mucho de ser el rozagante bebé traído de París por la cigüeña, base del mito popular y de la propaganda comercial.

Si tenemos en cuenta el estado de confusión y despersonalización que subsiste en los días posteriores al parto y que el gradual reconocimiento de la criatura es un factor decisivo para la remisión del mismo, debemos plantear la conveniencia de que el niño esté con su madre durante la internación.

En *Introducción al Narcisismo*, Freud describió el primer contacto entre madre-hijo como el modelo del narcisismo primario, es decir, como una etapa del desarrollo de la personalidad. Siguiendo sus concepciones, otros autores como M. Balint (*Narcisismo primario y amor primario*), configuraron esa primera modalidad de la relación del niño con la madre como amor primario. En tanto M. Klein (*On Identification*, en *New Directions in psychoanalysis*, 1955), y sus seguidores la estudian a la luz de la identificación proyectiva, a la que consideran un mecanismo imprescindible para el ulterior desarrollo psíquico.

Una vez cumplidos los días de internación, la madre es dada de alta y parte con su hijo en brazos, vuelve al hogar. Ha estado ausente durante un lapso, ha vivido experiencias muy intensas y ambas situaciones se suman a su estado de depresión. ¿Cómo estará la casa?, ¿Podrá manejarla como antes?, etc. Estas preocupaciones han surgido en su mente durante los días anteriores, y ahora cobran significado real. Si es una madre primeriza, se agrega la inexperiencia. Si ya hay otros hijos, el problema se complica.

En las páginas anteriores describimos la situación psicológica de la puerpera, su estado de depresión y sus ansiedades confusionales. Este estado se agudiza con la pérdida de la protección que significa la clínica o el hospital. Además han disminuido los halagos y festejos y cobran preeminencia las responsabilidades y obligaciones. El apoyo familiar resulta, en este período imprescindible.

Analizaremos a continuación algunos aspectos del puerperio cuando hubo feto muerto (obito) o una malformación congénita que lleva al ulterior deceso de la criatura, ya que podrían sernos útil para analizar la situación de puerperio en caso de los prematuros.

La emergencia de una de estas dos situaciones (obito, malformación congénita) es siempre catastrófica. La depresión puerperal, en tales casos, se presenta en forma muy intensa aunque por lo general durante los primeros días, la familia y el ambiente social se muestran muy comprensivos y colaboradores.

La frustración de todos los anhelos, ensueños y fantasías, y sobre todo, la imposibilidad de volcar la capacidad maternal producen un dolor intolerable. En términos generales, podemos describir estas situaciones como de una profunda herida narcisista, de difícil y lenta recuperación.

Las ideas conscientes se centran en torno a la vivencia de haber engendrado un monstruo. Para el inconsciente esto implica la convalidación de la fantasía de equiparación bebés-heces, según la cual, el hijo muerto aparece como la transformación real del bebé en heces, esas heces que son arrojadas y perdidas. Por lo tanto se reactualizan las ansiedades del aprendizaje del control esfinteriano. En este caso, además de la vivencia de castración, es decir que se les ha arrancado una parte valiosa de sí mismas, surge la reactualización del dolor narcisista infantil, cuando a eso que han depositado en la bacinica, la madre lo denomina "caca" y dice que hay que tirarlo, sin atender a las vivencias del niño que considera que eso es algo muy lindo, muy importante, una parte de sí mismo, o sea un bebé.

Este conflicto surge tanto en la mujer como en su compañero y, en menor medida, en los demás familiares. Se gesta entonces un profundo drama, que no siempre logra ser superado.

El mayor peligro se cierne en cuanto a la subsistencia de la pareja, ya que es bastante frecuente que ambos cónyuges apelen a mecanismos disociativos para afrontar el dolor. Entre los mecanismos disociativos puede surgir la proyección en el otro de la culpa por la pérdida o la malformación. Si esta proyección es intensa y se instala en forma definitiva, sobreviene la disociación del vínculo.

### 3- La prematurez

#### Introducción

Durante los últimos años las investigaciones conducidas en el área de trabajo de parto prematuro han modificado los conceptos tradicionales. El parto prematuro se concibe hoy como un síndrome, es decir una condición causada por múltiples patologías, cuya expresión última y común denominador son las contracciones uterinas y dilatación cervical iniciadas antes de las 37 semanas de gestación. Evidencias clínicas, anatomopatológicas, microbiológicas, experimentales y bioquímicas han permitido identificar hoy las siguientes causas: Infección intraamniótica, isquemia útero-placentaria, malformaciones fetales, sobredistensión uterina, factores inmunológicos y estrés (Oyarzún, E., 1996).

Si bien el parto prematuro puede ser el resultado del gatillamiento precoz de mecanismos fisiológicos, debe ser considerado en sí mismo un proceso patológico. En este sentido, las etiologías que se han mencionado se encuentran, en su mayoría, en etapa de comprensión de los mecanismos fisiopatológicos involucrados, así como de la determinación de su prevalencia. Para el caso de infección, sin embargo, existe convincente evidencia de que ella juega un rol fundamental. (Oyarzún, E., 1996).

#### 3.1. Definición del concepto de prematurez

La definición de este concepto ha sido ampliamente discutida ya que históricamente se han empleado varios criterios para definirla. Los criterios utilizados más frecuentemente son peso de nacimiento y edad gestacional, los cuales durante mucho tiempo fueron empleados de una manera independiente, bastando sólo uno de ellos para definir a un niño prematuro.

Hoy en día, el parto prematuro es el que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (OMS 1970-77), si bien la American Academy of Pediatrics Committee on the Fetus and Newborn (1976) ha utilizado 38 semanas como límite diagnóstico superior. El límite inferior de edad gestacional que establece el límite entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo con la OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de corona a rabadilla. (Oyarzún, E., 1996).

### **3.2. Factores epidemiológicos**

El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Su incidencia es aproximadamente del 8 a 10 % del total de partos.

Excluidas las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales y el 50% de las anormalidades neurológicas son atribuibles directamente a prematuridad, lo que ilustra la magnitud del problema. Aún cuando la incidencia de esta patología no ha mostrado modificaciones significativas en los últimos años, la morbimortalidad neonatal atribuible a ella muestra una tendencia descendente. Esta reducción se atribuye a la mejoría en el cuidado neonatal de los prematuros, más que al éxito de las estrategias preventivas y terapéuticas del trabajo de parto prematuro.

En cuanto a la prevalencia del nacimiento prematuro, durante 1999 nacieron en Chile 17.410 niños prematuros, los cuales representan un 6,5% del total de los recién nacidos vivos (INE). Entre estos niños la tasa de mortalidad aumenta en la medida que disminuye el peso de nacimiento y la edad gestacional (Rizzardini, 1980).

Se ha observado que la mortalidad es más frecuente en los hombres que en las mujeres y ocurre con mayor probabilidad durante las primeras horas de vida (Molina y col., 1977 en Lobos y otros, 1981).

### **3.3. -Etiopatogenia**

El parto prematuro es el resultado de tres entidades clínicas que se distribuyen aproximadamente en tercios. Estas entidades son :

- Parto prematuro idiopático;
- Parto prematuro resultante de rotura prematura de membranas en embarazos de pretérmino, y
- Parto prematuro "iatrogénico", o que resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal.

### 3.4. Factores que predisponen al parto prematuro

#### 1) Maternos

##### Generales

- Soltera
- Bajo peso y talla (<45Kg y< 150 cm)
- Tabaquismo
- Edad (mayor riesgo en menores de 20 años y mayores de 40)

##### Gestacionales

- Enfermedades sistémicas graves
- Alteraciones endocrinas
- Metrorragia antes de las 20 semanas
- Trauma
- Falta de control prenatal
- Larga jornada laboral con esfuerzo físico
- Nivel socio-económico bajo
- Antecedentes de parto prematuro (si el primer parto es pretérmino el segundo lo es en un 17,2% de los casos; si dos partos sucesivos lo han sido, el siguiente lo es en un 28,4% ; si tres partos sucesivos lo son, el cuarto lo es en un 59,7%)
- Infecciones genitales

#### 2) Fetales

- Anomalías congénitas
- Muerte fetal
- Embarazo múltiple
- Macrosomía fetal

#### 3) Placentarios

- Placenta previa
- Tumores cordón umbilical

#### 4) Uterinos

- Sobredistensión (polihidroamnios, se asocia a 37,8% de partos prematuros )
- Malformaciones
- Infección
- Cuerpo extraño (DIU)
- Miomas uterinos
- Trauma cervical
- Incompetencia cervical



### **3.5. Diagnóstico y tratamiento**

#### ***Diagnóstico***

El diagnóstico de trabajo de parto prematuro se basa en la presencia de dinámica uterina y de modificaciones cervicales.

- a) Edad gestacional entre 22 y <37 semanas
- b) Contracciones uterinas : 4 en 20 minutos
- c) Modificaciones cervicales
  - cuello uterino borrado > 50% y dilatado 1cm o más
  - borramiento y dilatación cervicales progresivas.

Desde el punto de vista médico, el diagnóstico de trabajo de parto prematuro es fundamental y es el factor que más dificulta la elección de los diferentes protocolos terapéuticos. Esto es, en primer lugar, porque no existe consenso en la definición de parto prematuro (ver punto 3.1 sobre la definición del concepto de prematurez). En segundo lugar, tampoco existe acuerdo en las diferentes publicaciones en relación a lo que debe llamarse éxito terapéutico (algunos autores consideran un éxito el prolongar la gestación en 24 hrs, otros en 48 hrs, llegar a las 34 ó 36 semanas, alcanzar las 37 semanas, alcanzar un peso neonatal de 2.500 gr, reducir la morbilidad perinatal).

Finalmente, la mayor parte de los estudios muestra que un embarazo, que llega al servicio con síntomas de parto prematuro, no necesariamente llega a desencadenarse durante el periodo de observación. Por otra parte, en el 50% de los casos tratados sólo con placebo, los síntomas de parto se frenan espontáneamente, lo que hace muy difícil demostrar beneficios con alguno de los tratamientos médicos ofrecidos a la paciente. De hecho, hasta hora, no se ha modificado la incidencia del parto prematuro a pesar del uso masivo y universal de agentes tocolíticos<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Inhibidores de la contractilidad uterina

## ***Tratamiento***

1. **Medidas generales** : La observación hospitalizada de la paciente, el reposo en cama y la hidratación parenteral con soluciones cristaloides son medidas generales de fundamental importancia, porque permiten establecer con seguridad el diagnóstico de trabajo de parto prematuro. Esto evita la administración de medidas y drogas no exentas de efectos adversos.
- 2 - **Amniocentesis** : Es el único medio hoy disponible para seleccionar aquellas pacientes que más se beneficiarían con terapias tocolíticas. Por otras parte, sirve para verificar la madurez pulmonar fetal, y por último para evitar la exposición masiva de las pacientes a drogas no inocuas.
- 3- **Inhibidores de la contractabilidad uterina** : Para aquellas pacientes cuyo empleo resulte realmente beneficioso.
- 4- **Inducción de madurez pulmonar fetal** : Aplicación de corticoides a la madre con el fin de reducir la incidencia de Síndrome de dificultad respiratoria neonatal.
- 5 - **Antimicrobianos**: Al menos un tercio de las pacientes con contractibilidad uterina antes de término de la gestación es portadora de vaginosis bacteriana, condición actualmente reconocida como causa de parto prematuro. El tratamiento antibiótico de esta entidad interrumpiría la cadena de eventos fisiopatológicos que preceden a la instalación de una infección intraamniótica.

### **3.6 - La prematurez como factor de riesgo**

La inmadurez fisiológica del niño prematuro constituye un factor de riesgo para su sobrevivencia, ya que éstos no se encuentran preparados para enfrentar adecuadamente la vida extrauterina.

La morbilidad neonatal de los prematuros es de magnitud variable, dependiendo principalmente del peso de nacimiento y de la edad gestacional al nacer, así como de las intervenciones terapéuticas realizadas.

Las complicaciones más frecuentes son : depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intracraneana, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar, apneas y fibroplasia

retrolental. Adicionalmente, pueden presentar morbilidad neurológica a largo plazo, tales como anomalías de las funciones cognitivas y parálisis cerebral.

A continuación se describen más detalladamente algunas de estas complicaciones :

El insuficiente desarrollo pulmonar dificulta la recepción del oxígeno necesario para satisfacer las necesidades vitales. Esta dificultad respiratoria puede provocar crisis de apnea, insuficiencia respiratoria o hipoxia. Estos trastornos requieren de asistencia con oxígeno en la incubadora, lo cual frecuentemente provoca edemas en la retina, lo que lleva a un daño en la función ocular (fibroplasia retrolental).

El aparato digestivo inmaduro absorbe solamente entre un 20% a un 40% de la grasa proveniente de la leche, por lo cual hay una escasa tolerancia a la alimentación y una función digestiva insuficiente que puede conducir a una enterocolitis necrotizante.

Los vasos sanguíneos son frágiles, lo cual predispone a hemorragias, especialmente en los ventrículos cerebrales.

La interrupción prematura del embarazo acarrea también una disminución del sistema inmunológico del niño, por cuanto la madre le transmite los factores de inmunidad durante el último trimestre del embarazo.

El desarrollo incompleto del centro cerebral de la regulación de la temperatura y la carencia de grasa subcutánea, llevan al niño prematuro a regular pobremente su temperatura corporal por cuanto pierde calor en exceso y produce menos de lo necesario. El enfriamiento provocado por la inestabilidad térmica aumenta el consumo de oxígeno, produce hipoglicemia y acidosis metabólica y en su extremo puede llevar a una vasoconstricción pulmonar e hipoxia.

La inmadurez del sistema renal provoca una filtración menos efectiva que en un niño de término, debido a que el riñón se encuentra menos irrigado y por lo tanto se produce una mayor concentración de toxinas que pueden desencadenar una acidosis metabólica tardía.

Debido a la escasa eficacia del hígado para conjugar bilirrubina, los niños prematuros suelen presentar ictericia, la cual, de alcanzar concentraciones excesivamente altas, puede provocar un daño grave e irreversible en el S.N.C. (kernicterus) por la toxicidad de la bilirrubina no conjugada (Korones, 1979; Rizardini, 1980).

Se ha establecido, además, que el bajo peso de nacimiento se asocia con un desarrollo físico desaventajado; los niños prematuros tienden a ser hospitalizados más a menudo por enfermedades y sufrir trastornos sensoriales, especialmente visuales (Korones, 1979).

Por otra parte, la condición de prematuridad conlleva factores de riesgo psicosociales, ya que el nacimiento prematuro a menudo constituye un evento inesperado y cargado de tensiones, siendo muy común la hospitalización que acarrea un periodo de culpa y expectativas negativas y temores en los padres respecto del desarrollo del niño. En cuanto al niño, su inmadurez lo hace menos atractivo que un niño de término (Olson y Lamb 1982). Esto puede dar origen a alteraciones en la interacción madre-hijo.

### **3.7. Reacción materna al nacimiento de un niño prematuro**

Frodi y sus colaboradores, en 1978 (Olson y Lamb) comprobaron que los padres responden diferencialmente a las señales provenientes del niño según si éstos son o no prematuros. Así, el llanto de un niño era percibido como más aversivo cuando el niño del cual provenía era señalado como prematuro por los investigadores, que cuando el mismo niño era calificado como normal por estos mismos. El llanto resultaba mucho más aversivo cuando se combinaba con la percepción visual de un niño prematuro.

Creemos que para una mejor comprensión de las reacciones maternas ante la prematuridad es conveniente tener una visión de cómo es el niño al cual ésta debe enfrentarse. Para tal efecto, a continuación se describe la apariencia física de un niño nacido a las 32 semanas de edad gestacional, que corresponde, aproximadamente, al séptimo mes de embarazo, periodo en el cual ocurre la mayor cantidad de nacimientos prematuros (Abourbih, 1980).

"Dado su insuficiente desarrollo intrauterino, este niño presenta ciertas características muy definidas : es pequeño y predomina en él la hipotonía generalizada, lo que le da una apariencia de flaccidez. Por lo general presenta un exceso de lanugo (fino vello corporal) y su piel es delgada, arrugada y roja.

Además, la escasez de tejido subcutáneo da al niño un aspecto de deshidratación y en los prematuros muy pequeños, la baja concentración de suero proteico puede darles un aspecto edematoso transitorio.

Asimismo, los prematuros se caracterizan por tener la cabeza relativamente grande, con los ojos prominentes y el mentón hendido, mientras que el abdomen se ve abultado y los genitales, pequeños. La masa muscular es escasa y las extremidades muy delgadas, con uñas finas".

Si se suma a esta descripción de la apariencia física del niño la alta probabilidad de presentar problemas médicos severos en sus primeros días de vida, es claro que la experiencia de dar a luz un niño prematuro puede resultar muy difícil para una mujer.

Kaplan y Mason (1960) se han referido a las reacciones ante el nacimiento prematuro señalándolas como expresiones de una crisis emocional para la madre y enfatizando su carácter de respuesta aguda a una situación para la cual no está preparada y que significa una gran tensión.

Estos autores realizaron un estudio clínico de 60 familias de niños prematuros, en el cual investigaron los procesos emocionales asociados al nacimiento de un hijo de pretérmino.

Estos procesos emocionales se inician con el parto, el que suele presentarse de una manera inesperada, por lo cual las madres tienen dificultad para aceptar que los síntomas sean realmente los de un parto prematuro, lo que conlleva una sensación de irrealidad de la experiencia.

Una vez que el niño ha nacido, su apariencia de fragilidad y los cuidados especiales que el equipo médico debe brindarle resultan atemorizantes y provocan ansiedad respecto de la posibilidad de daño o muerte del niño, generando sentimientos de culpabilidad y fracaso en la madre.

Cuando el niño debe quedarse hospitalizado y la madre vuelve a la casa, se refuerzan sus sentimientos de fracaso. Los primeros contactos con el niño se producen en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde aumenta la ansiedad relacionada con la probable muerte del niño.

Una vez que el niño llega a la casa, la madre a menudo presenta temores respecto de su competencia para cuidarlo y la apariencia de fragilidad dificulta las manipulaciones al tiempo que existe gran ansiedad asociada al aumento de peso en el niño (Sameroff, 1983; Klaus y Kennell, 1981; Herzog, 1979; Di Vitto y Goldberg, 1979; Kaplan y Mason 1960).

De acuerdo con lo señalado por Kaplan y Mason la madre del prematuro debe enfrentar 4 tareas que debe resolver para adaptarse a su hijo :

La primera tarea es prepararse para la posible pérdida del niño; la madre debe experimentar pena y separarse emocionalmente del niño: La segunda tarea es enfrentar y reconocer su fracaso para dar a luz un niño de término.

La pena y la depresión que conllevan estas tareas, son respuestas sanas en la medida que se enfrenta la situación de una manera realista. Usualmente deberían durar hasta que se aseguren las posibilidades de vida del niño.

La tercera tarea consiste en retomar el proceso de relacionarse con el niño, e implica la preparación de la madre para la llegada del niño a la casa.

Finalmente, la cuarta tarea se refiere a comprender y satisfacer las necesidades especiales de cuidado que el niño va a requerir en casa, sin que esto signifique restringir las experiencias que puedan resultarle gratificantes para su rol de madre. Esta tarea requiere comprender también que las necesidades especiales son temporales, ya que el niño evolucionará con el transcurso del tiempo.

El cumplimiento de estas tareas es fundamental para la adaptación normal al estrés asociado al parto prematuro.

### **3.8 El problema de la separación neonatal**

Klaus y Kennell (1981) realizaron muchas investigaciones para intentar probar sus hipótesis acerca de la importancia del contacto temprano madre-hijo para la formación del vínculo, pues planteaban que el tiempo que sigue al parto es, por razones hormonales, óptimo para el establecimiento de un buen lazo inicial.

Algunas investigaciones han comprobado que las madres que interactúan con sus hijos prematuros tempranamente, tienen posibilidades de relacionarse mejor con sus hijos que las madres que ven restringidas sus posibilidades de ésta. Seashore y col. (en Di Vitto y Goldberg, 1979) comprobaron que las madres que tenían experiencias tempranas de contacto y manipulación de sus hijos, tenían más autoconfianza que las madres que habían carecido de esa experiencia.

En 1972, Fanaroff (en Di Vitto y Goldberg, 1979) determinó que la frecuencia de las visitas maternas a los prematuros eran predictivas de la relación posterior. En una investigación de seguimiento de 146 madres de prematuros, las alteraciones en el vínculo (que

incluían maltrato, abandono o negligencia) ocurrieron en aquellas madres que visitaban infrecuentemente a sus hijos.

Si bien investigaciones posteriores han comprobado que el contacto temprano tiene efectos positivos de corto plazo en la formación del vínculo del niño con la madre, los efectos de largo plazo son más bien débiles e inconsistentes. Sin embargo, es claro que el contacto temprano aumenta la duración de la lactancia materna, lo cual podría tener un efecto positivo sobre el establecimiento del vínculo (Lamb, 1983).

Aún cuando los planteamientos de Klaus y Kennell acerca de la interacción temprana sean más bien parciales y discutidos, las investigaciones acerca del maltrato y los efectos de la separación temprana madre hijo abrieron la interrogante sobre la prematurez como factor de riesgo para el establecimiento de una relación madre hijo armónica y las razones de sus probables alteraciones.

## II - OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

### 1 - Objetivo General

Descripción y comparación, desde la perspectiva psicoanalítica, de algunas variables del estado psicológico y del entorno social y económico de las madres que tienen un parto prematuro con aquellas que tienen un parto a término.

### 2 . Objetivos específicos

- a) Efectuar una descripción, desde el psicoanálisis, de algunas variables del estado psicológico y del entorno social y económico de madres que tienen un parto prematuro.
- b) Efectuar una descripción, desde el psicoanálisis, de algunas variables del estado psicológico y del entorno social y económico de madres que tienen un parto a término.
- c) Efectuar una comparación de las variables del estado psicológico y del entorno social y económico de las madres que tienen un parto prematuro con aquellas que tienen un parto a término.



### III - METODOLOGIA

#### 1.- Tipo y características de la investigación

La presente investigación se realiza desde la metodología cualitativa, y dentro de esta adquiere carácter descriptivo y analítico-relacional. Es descriptiva, en la medida en que las respuestas son sistematizadas, tal como son expresadas por los sujetos y a partir de dichas respuestas, se intenta comprender el sentido que las sostienen.

Por otra parte, es analítica-relacional, ya que posterior a la descripción, pretende comparar las características de dos grupos, llegando así a descubrir analíticamente, las relaciones entre ambos.

La técnica de recolección de datos por la que se optó, es la entrevista en profundidad, semiestructurada, basada en una pauta de ámbitos temáticos a explorar, construida por la investigadora y evaluada por 3 jueces expertos. En forma complementaria se utiliza un instrumento de medición constituido por las laminas VII y IX del Test de Rorschach relativas a la maternidad, las cuales no se analizan desde una perspectiva cuantitativa, sino cualitativa, y desde el referente psicoanalítico.

La metodología cualitativa se refiere a procedimientos que posibilitan una construcción de conocimiento que ocurre sobre la base de conceptos. Son los conceptos los que permiten la reducción de complejidad y es mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos que se genera la coherencia interna del producto científico (Krause, M., 1995, pág.21).

"La frase metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos : las propias palabras de las personas habladas o escritas , y la conducta observable". (Taylor y Bogdan, 1984; pág. 19). Para estudiar la realidad, la metodología cualitativa se centra en el lenguaje y la observación, e intenta describir a las personas en situaciones naturales" (Krueger, 1988, pág. 42).

Esta metodología se fundamenta originalmente en una perspectiva fenomenológica. Para el fenomenólogo la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo (Taylor y Bogdan, 1984; pág. 23). "La realidad social es dependiente de los significados que las personas le atribuyen, es decir una realidad social construida a

través de estos significados (Krause, M.; 1992, pág.2). Esto favorece la comprensión de los hechos sociales, al darles sentido y no solo describir su frecuencia de ocurrencia, tarea propia de la metodología cuantitativa.

La metodología cualitativa consiste en más que un conjunto de técnicas para recoger datos. Es un modo de encarar el mundo empírico :

1) *La metodología cualitativa opera inductivamente.* Los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos. En esta metodología, el diseño de la investigación es flexible. El estudio comienza con interrogantes vagamente formuladas.

2) *El investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística ;* en tanto los fenómenos se estudian en su marco de referencia, en un contexto tanto inmediato como extenso, no reduciendo los fenómenos a variables. El investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan.

3) *Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son el objeto de su estudio.* Es un enfoque Naturalista, en el sentido que el investigador interactúa con los informantes de un modo natural y no intrusivo. Aunque los investigadores cualitativos no pueden eliminar sus efectos sobre las personas que estudian, intentan controlarlos o reducirlos al mínimo, o por lo menos entenderlos cuando interpretan los datos (Emerson, 1983).

4) *Los investigadores cualitativos tratan de entender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.*

5) *El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.* Nada se da por sobreentendido. Todo es un tema de investigación

6) *En la investigación cualitativa, la validez de la investigación* está dada por el ajuste entre los datos obtenidos y lo que la gente dice y hace.

7) No es generalizable a toda la población, sino que las explicaciones permiten generalizar sólo a los casos estudiados. "En general, la investigación cualitativa ofrecerá información en profundidad sobre menos casos, mientras que los procedimientos cuantitativos permitirán información más amplia de un número mayor de casos." (Krueger, 1998, pág. 43).

"En términos generales, convendrá aplicar la metodología cualitativa cuando las preguntas que subyacen a una investigación sean del tipo : "qué es lo que sucede" o "cómo sucede". En cambio , cuando las preguntas apuntan a "cuánto de algo existe" y "cómo se distribuye esto en una población", será más indicada la metodología cuantitativa". (Krause, M.; 1995; pág. 36).

Según Kleinig (cit. en Krause, M.; 1995, pág. 27), existen tres reglas básicas para el diseño general de una investigación cualitativa, más una referida al investigador. Estas son:

**Regla 1 : Acerca del objeto de estudio :** El objeto de estudio es preliminar; se le conoce realmente después de finalizado el proceso de investigación.

**Regla 2 : Acerca de la acción investigativa:** El objeto de estudio debe ser investigado desde todos los ángulos (variación estructural máxima de las perspectivas), lo que se traduce en que cada vez que se suponga que un factor determinado tenga influencia sobre los resultados, se varíe dicho factor.

**Regla 3 : Acerca de la Evaluación :** Esto se refiere a analizar los datos respecto de sus similitudes, tanto descriptiva como analíticamente. En lo posible, es importante buscar datos máximamente variados respecto de sus similitudes y qué es lo que los explica a todos.

**Regla 4 : Acerca del investigador :** El investigador cualitativo debe considerar su conocimiento y conceptualización previa del objeto en estudio como preliminar y lo deberá sobrepasar y transformar con nuevas informaciones no congruentes.

En el presente estudio, se optó por trabajar con metodología cualitativa, debido a que constituye una herramienta adecuada para profundizar en el conocimiento y comprensión de la ocurrencia del parto prematuro.

"Las medidas cuantitativas son cuantitativamente precisas; las evaluaciones cualitativas siempre se hayan sujetas a los errores del juicio humano. Con todo, es posible que valga mucho más la pena realizar una perspicaz conjetura relacionada con aquello que es lo esencial, que medir con precisión algo que probablemente se mostrará bastante irrelevante". (Lapierre; 1934, pág. 237; cit. en Krueger; 1988, pág.44)

## **2.- Ámbitos temáticos de la investigación**

Los ámbitos temáticos que fueron explorados por esta investigación son en primer lugar datos generales de identificación (edad, escolaridad, etc); antecedentes relevantes sobre historia ginecológica (menarquia, gestas, abortos, etc), antecedentes patológicos (depresión, anorexia, bulimina, etc.); vida sexual y diagnóstico de hospitalización.

Las áreas específicas exploradas fueron los antecedentes familiares (miembros de la familia, relación afectiva con los padres, etc); relación de pareja (descripción de la relación, tiempo de la relación, etc); familia política (miembros, tipo de relación, etc); embarazos y partos previos (abortos, obitos, partos a término, etc); historia del embarazo actual (reacción ante la noticia de embarazo, síntomas de pérdida, etc.); parto y nacimiento (circunstancias en que ocurre el parto, afectos surgidos luego del nacimiento del hijo/a, preocupaciones relacionadas con el devenir del niño).

## **3.- Definición y características del universo y de la muestra**

### **a) Definición y características del universo.**

El universo está conformado por todas aquellas madres entre 18 y 45 años hospitalizadas en las salas de puerperio del Hospital Salvador.

Es necesario destacar que la población atendida por el Hospital Salvador corresponde al sector oriente en la clasificación del Sistema Nacional de Salud : las pacientes provienen principalmente de las comunas de Peñalolén, La Florida, Providencia, etc.. A pesar que estas comunas se caracterizan por estar constituidas en forma heterogénea en cuanto al nivel socioeconómico de la Región Metropolitana, las mujeres entrevistadas estaban clasificadas entre el sector C y D de previsión, lo que equivale a pertenecer a un N.S.E. medio-bajo.

## b) Definición y características de la muestra

La muestra es de tipo intencionada compuesta por mujeres hospitalizadas por parto prematuro como por mujeres hospitalizadas por partos a término. La muestra estuvo conformada por mujeres cuyas edades fluctuaron entre 20 y 36 años.

Se establecieron ciertos criterios de exclusión a fin de mantener una homogeneidad en el aspecto clínico de la muestra.

*Los criterios de exclusión fueron :*

- Mujeres con diagnóstico de algún cuadro psicótico, debido a la alteración del juicio de realidad.
- Mujeres con diagnóstico de debilidad Mental y/o daño orgánico.
- Menores de 18. El estudio se centró en una muestra de mujeres adultas, ya que se quiso evitar la contaminación de la muestra con factores propios a la adolescencia.

Por las características particulares del universo del Hospital Salvador, no fue necesario evaluar el nivel socioeconómico, ya que todas estas mujeres son atendidas en el Sistema de Salud Público, lo que asegura la homogeneidad de la muestra en este aspecto.

El tamaño de la muestra fue : 8 mujeres que tuvieron un parto prematuro y 7 mujeres con parto a término, ya que la información se saturó al llegar a este número.

La obtención de los datos se llevó a cabo mediante una entrevista en profundidad, con una pauta semiestructurada, la cual fue evaluada por 3 jueces expertos (ver anexo), más la presentación de dos láminas del Test Rorchach.

Las entrevistas fueron grabadas, con la autorización de las entrevistadas, para su transcripción exacta y análisis posterior. Esto se complementó con un análisis observacional realizado por la investigadora en el curso de la entrevista.

#### **4.- Instrumento de recolección y registro de la información**

En esta investigación se optó por utilizar dos instrumentos de recolección de la información.

##### ***a) La entrevista***

En el marco de la metodología cualitativa, existen variadas técnicas de recolección de los datos. Entre éstas, las más utilizadas son: observación, revisión de documentos y entrevistas (narrativas, semiestructuradas con temas predefinidos o focalizadas en alguna problemática específica; individuales o grupales).

Para el proceso de recolección de la información de esta investigación, se optó por utilizar la entrevista en profundidad, con una pauta semiestructurada, diseñada acorde con las necesidades de la investigación y aplicada individualmente.

La entrevista en profundidad es entendida como un encuentro cara a cara entre el investigador y el informante, cuyo objetivo es la comprensión de la perspectiva que tiene el informante respecto de su vida, experiencias o situaciones, tal como las expresa con sus propias palabras. Estas entrevistas son flexibles y dinámicas.

La entrevista sigue el modelo de una conversación informal y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. "El propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o un formulario". (Taylor y Bogdan, 1984, pág.101).

La pauta de entrevista es sólo una guía para el investigador, conteniendo los ámbitos que se estudiarán. No obstante, es el investigador quien debe decidir qué preguntas hacer, cómo y cuándo hacerlas. Por lo tanto, el investigador induce el discurso del entrevistado, siguiendo una pauta, que debe ser flexible y ajustable al flujo del discurso de éste.

"La entrevista es particularmente adecuada para la investigación de conexiones-lógicas y emocionales- que articulan los discursos. El entrevistado es incitado a desarrollar - reflexionando- una perspectiva o discurso. El entrevistador, desde la empatía, actúa como la escucha de ese discurso que puede así desplegarse y reflexionarse al mismo tiempo". (Canales, M.; Binimelis, A.; S/F; pág. 16).

De acuerdo con Taylor y Bogdan (1984, pág.105), la entrevista en profundidad resulta especialmente adecuada en las siguientes situaciones :

1) *Cuando los intereses de la investigación son relativamente claros y están relativamente bien definidos.* Aunque los intereses de la investigación cualitativa son amplios y abiertos, la claridad y especificidad de lo que se está interesado en estudiar varía según los investigadores. Sin embargo, las experiencias directas anteriores y la lectura de otros estudios pueden ayudar a ceñir los intereses de los investigadores.

2) *Cuando los escenarios o las personas no son accesibles de otro modo.*

3) *Cuando el investigador tiene limitaciones de tiempo.* Con las entrevistas se logra el empleo más eficiente del tiempo, lo cual no justifica que la investigación sea superficial o falsa.

4) *Cuando la investigación depende de una amplia gama de escenarios o personas.*

5) *Cuando el investigador quiere esclarecer una experiencia humana subjetiva.* La investigación cualitativa permite conocer íntimamente a las personas, ver el mundo a través de sus ojos e introducirse vicariamente en las experiencias de aquel.

Según Palma, I. y Quilodrán, Q. (1992, pág.29), existen algunas especificaciones técnicas para la realización de entrevistas en profundidad que sería importante mencionar:

- 1) Los entrevistados deben efectivamente haber vivido la experiencia que comunican.
- 2) No deben existir factores ambientales o situacionales que interfieran en la disposición a hablar de sí mismo, por parte de los entrevistados.
- 3) Se debe garantizar confidencialidad, anonimato y responsabilidad del equipo de investigadores, tanto en relación a lo comunicado por el entrevistado como al uso y manejo del material de investigación.
- 4) Se debe asegurar un cierre adecuado a la situación de encuentro, especialmente en el plano emocional.

#### ***b) Test de Rorschach***

Se optó, en la presente investigación, por utilizar en forma complementaria a la entrevista, las planchas VII y IX del Test de Rorschach.

### Descripción del test

Esta prueba fue publicada por su autor en 1921. Consiste en interpretar formas accidentales impresas en 10 láminas que se presentan ordenadamente. Las figuras son simétricas, como "manchas de tinta", cuya imagen es suficientemente ambigua como para permitir que elementos profundos de la personalidad puedan proyectarse en las respuestas que entregue el entrevistado. De estas láminas, las número I, IV, V, VI y VII son monocromáticas (claroscuro), la II y la III tienen, además, manchas rojas. Finalmente, las tres últimas son multicolores (Rorschach, 1961; Schachter y Klopfer, 1969). Su aplicación es individual.

Puesto que esta investigación no intenta hacer un estudio de la personalidad en las distintas áreas que abarca este test : cognitiva, afectiva y de relaciones interpersonales, sólo se toman en cuenta aquellas láminas que están relacionadas con la maternidad y lo femenino. Para la presente investigación, las respuestas obtenidas serán un elemento más de apoyo a la entrevista semi- estructurada.

Dentro del aspecto cualitativo, las respuestas a la prueba de Rorschach pueden analizarse y categorizarse desde lo simbólico y/o temático, ya que pueden ser consideradas como un mensaje verbal cuyos elementos pueden evaluarse y codificarse en varios niveles diferentes (Paredes et al., 1975).

Esta prueba ha sido utilizada como método de examen y como método de investigación. Respecto de ella se ha investigado su valor según tres criterios : objetividad, confiabilidad y validez (Bohm, 1984).

- Objetividad o independencia del psicólogo que valora la prueba. La investigación llevada a cabo por G.A. Lienert y F.K. Matthei en 1958 y 1960, con un grupo de expertos y otro de estudiantes de Rorschach que analizaron un grupo de protocolos, arrojó resultados satisfactorios para los tres factores estudiados, siendo el más alto la concordancia respecto del factor inteligencia, el coeficiente fue superior a 0.8 (Kendall); para la emocionalidad, la concordancia fue superior a 0.6. En ambos casos fue similar en expertos y alumnos. Respecto de la adaptación social, la concordancia fue de 0,58 para los expertos y de 0,44 entre los estudiantes (Bohm, 1984).
- Confiabilidad en términos de la estabilidad de la medición: el estudio de Fosberg en 1941, obtuvo correlaciones entre 0.8 y 0.9 (Bohm, 1984).



- Validez o autenticidad del valor de los datos: Benjamoin y Elbaugh obtuvieron, en 1938, correlaciones entre 0.85 y 0.90 (Bohm, 1984).

### Concepto de proyección

El primer empleo registrado de las manchas de tinta como material psicológico se encuentra descrito en el libro "Klecksographien" de Justinus Kerner, publicado en 1857 en Alemania. El descubrió el empleo de las manchas de manera accidental, pero no alcanzó a sistematizar su trabajo como para llegar a un método de diagnóstico de la personalidad (Klopfer, B., 1979)

El término proyección fue introducido por Freud en 1884 en su trabajo "La Neurosis de Angustia". En 1886 establece explícitamente en "Acerca de las psicosis de defensa" que la proyección sería el proceso de adscribir nuestros propios impulsos, sentimientos y emociones a otras personas o al mundo externo, como un mecanismo defensivo que nos permitiría permanecer inconscientes de estos fenómenos "indeseados".

Más tarde, en "Totem y Tabú", Freud habla de la proyección no sólo como un mecanismo de defensa, ya que también aparecería cuando no existen conflictos. Al respecto escribe : "la proyección de las percepciones internas hacia el exterior es un mecanismo primitivo que, por ejemplo, también influencia nuestras sensopercepciones, de tal manera que normalmente tiene una enorme injerencia en la conformación de nuestro mundo externo", Percepciones internas de procesos ideacionales y emocionales se proyectarían al exterior como sensopercepciones. Entonces, lo que proyectamos en la realidad externa son procesos psíquicos inconscientes próximos a los conscientes. Al final, Freud (en Weigle, 1988) plantea que la proyección de las percepciones internas al exterior es un mecanismo primitivo que involucra tanto las percepciones sensoriales como los procesos afectivos e intelectuales, siendo proyectados desde dentro hacia fuera y utilizados en la conformación del mundo exterior.

Posteriormente, M. Klein (en Weigle, 1988) postula la dialéctica constante entre realidad interna y externa, planteadas en términos de introyección y proyección, en que el objeto percibido sería siempre recibido por un sujeto que lo percibe y que por lo tanto le entrega un sentido.

Ernst Boesch (1960), desarrolla el concepto de proyección basado en las teorías de la percepción de J. Piaget, definiéndola como "el intento de lograr una adaptación en un estado de elevada presión (provocado por la tensión de la necesidad), y disminuida capacidad para alcanzarla".

Ubicándonos en el marco de las pruebas proyectivas y basándonos en la estrecha relación entre sujeto y objeto por éste percibido, es que se han desarrollado diversos tipos de estímulos, los cuales suelen ser de carácter semiestructurado o inestructurado, con el objeto de facilitar la proyección de la personalidad en la medida en que se estructura una percepción. Es aquí donde se puede situar el test de Rorschach bajo su supuesto fundamental : "entre lo percibido y la personalidad debe existir un isomorfismo"; la personalidad se proyectaría al momento de organizar la percepción (Bohm, 1953).

##### **5.- Criterios de rigurosidad científica**

En la actualidad y específicamente en las Ciencias Sociales, existen diversos paradigmas científicos, cuya diferencia radica en sus conceptos de realidad; la naturaleza del conocimiento y del acto del conocer; y las metodologías desarrolladas para acceder al conocimiento.

Por una parte, está el paradigma Positivista, al cual se adscribe la metodología cuantitativa. Por otra parte, se encuentran los llamados "paradigmas alternativos" (Krause, M.; 1994), bajo los cuales se agrupan el paradigma Interpretativo, paradigma Naturalista, paradigma Fenomenológico, paradigma Cualitativo, paradigma Post-positivista, paradigma Crítico y paradigma Constructivista.

Puesto que los métodos cuantitativos pertenecen a un paradigma diferente al de la metodología cualitativa, sus criterios de rigurosidad científica no pueden adscribirse directamente a esta última. Por lo tanto, la metodología cualitativa ha creado criterios de científicidad propios.

Según Krause, M (1992b), los criterios de rigurosidad científica deben referirse tanto al diseño de investigación, recolección de datos, como al análisis de datos, y a la elaboración y presentación de los resultados. Los criterios de rigurosidad científica frecuentemente usados por los teóricos cualitativos son :

1.- Los siguientes criterios se postulan en reemplazo del criterio de validez :

- a) **Densidad** : Este concepto alude a "descripción densa" de Geertz (1973) y Denzin (1989), y se refiere a la inclusión de información detallada, de significados y de intenciones, tanto en la recolección como en el análisis de los datos. "La interpretación densa es cercana a los datos, permitiendo al lector experimentarlos vicariamente; es contextual, histórica e interaccional; asume que el significado es simbólico y que opera en la superficie como en niveles más profundos; pretende revelar los significados múltiples presentes en cualquier experiencia estudiada" (Krause, M., 1995; pág. 35).
- b) **Profundidad** : apunta al llamado efecto de "Triangulación" (de métodos, investigadores o fuentes de datos) sobre los resultados. Se busca incluir diferentes perspectivas de análisis, de modo de obtener resultados más complejos y que a su vez puedan ser más aplicables, es decir, "los resultados deberán ser complejos y multidimensionales a fin de que incluyan puntos de conexión potencial con diversos modelo, discurso científicos, discursos de vida cotidiana y tareas prácticas (Krause, M.; 1995; pág. 35).
- c) **Aplicabilidad y Utilidad** : se logran a través de la complejidad de los resultados y de la cercanía de éstos con los datos empíricos. La aplicabilidad se refiere a la transferencia de los resultados a otros contextos, en a lo menos tres ámbitos: en el desarrollo teórico; en el ámbito práctico futuro; y en el ámbito de los actores sociales involucrados. Si bien la metodología cualitativa no pretende generalizar, sí permite crear hipótesis de trabajo que puedan aplicarse en otros contextos similares. "El recurso más importante en este sentido, es la descripción detallada de los contextos en los que se generaron los resultados" (Erazo; 1994, pág. 90; cit en Oliva y Rademacher, pág 49).

2.- Los siguientes criterios se postulan en reemplazo del criterio cuantitativo de confiabilidad y replicabilidad.

- a) *Transparencia*: Se refiere a la posibilidad de entender cómo se llegó a los resultados. Para ello se contempla la descripción detallada de cada uno de los pasos seguidos durante el curso de la investigación.
- b) *Contextualidad*: Se refiere a la inclusión del contexto en el cual se generaron los datos y resultados, como también el análisis de la interacción de resultados y contexto. Para lograr esto, se deben describir detalladamente tanto los procedimientos de investigación como el contexto.

3.- El siguiente criterio se postula en reemplazo del criterio de objetividad:

- a) *Intersubjetividad*: Hace referencia a la inclusión de más de un investigador y/o de los miembros "investigados" en la etapa de recolección y análisis de datos (Krause, M.,1992).

4.- "En torno a los criterios de representatividad y generalización, utilizados por la investigación cuantitativa, existe el menor grado de consenso. Hay quienes postulan su absoluta inadecuación para la metodología cualitativa (Cook y Reichardt, 1986); otros, que los consideran posibles de lograr - al menos la representatividad- a través de la reconstrucción "objetiva" del objeto de estudio (Kleining; 1982); y terceros, que argumentan en favor de una representatividad y generalización conceptual, en vez de una que se refiera a "casos" (Glaser y Strauss, 1967; Strauss y Corbin, 1990)". (Krause, M.; 1992b, pág. 18).

## 6.- Criterios de rigurosidad científica utilizados en esta investigación

A continuación se describen los criterios de rigurosidad científicas utilizados en esta investigación.

### a) *Diseño:*

Un criterio utilizado en el diseño de esta investigación fue el *uso de preguntas directrices*, en reemplazo de las hipótesis, planteando una serie de interrogantes de un modo preliminar.

Se tuvo en cuenta en el diseño de la investigación la *reciprocidad y simultaneidad en la implementación* de los diferentes pasos de una investigación, como son la selección de la muestra, recolección de los datos, etc. Esto se realizó a medida que se efectuaban las entrevistas, ya que una vez finalizada cada una de ellas, se procedía a su análisis y codificación, para después con los resultados obtenidos, modificar las próximas entrevistas, incluyendo la nueva información.

Respecto de la *flexibilidad*, este criterio se ve reflejado en que se incluyó la nueva información que iba apareciendo, ajustando los conocimientos emergentes y/o incluyendo nuevas categorías. En cuanto a la muestra, ni el número ni el tipo de informantes se especifica de antemano.

### b) *Implementación*

Respecto de las características y actitud del investigador, en el curso de esta investigación se tuvo presente la *flexibilidad* en la conceptualización del objeto de estudio, partiendo de la base que habría un funcionamiento psicológico particular en ambos grupos de mujeres, del cual se desconoce su naturaleza. Esto guió la investigación y fue a través de las entrevistas, hasta llegar a la saturación teórica de la información, que se logró la aclaración de esta pregunta guía.

También se consideró la *flexibilidad en habilidades analíticas*, lo cual alude al conocimiento teórico y/o práctico previo de la investigadora, necesario al momento de llevar a cabo la investigación, con el fin analizar situaciones de un modo crítico.

Asimismo, se mantuvo la *flexibilidad en las habilidades perceptuales y sociales*, ya que en el curso de las entrevistas fue necesario contar con desenvoltura y manejo en interacciones sociales y, algunas veces, desplegar diversas maniobras terapéuticas al establecer contacto con las mujeres.

En relación al muestreo, en esta investigación se llevó a cabo un Muestreo Sucesivo Intencionado, ya que se escogieron, para un grupo, mujeres que hubieran tenido un parto prematuro y para el otro, mujeres que hubieran tenido partos a término. Mediante el análisis de estos primeros datos, se generaron conceptos, categorías conceptuales y hipótesis que fueron utilizados para generar criterios mediante los cuales se seleccionaron los siguientes sujetos que se integraron a la muestra.

En cuanto a la recolección de los datos, la técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada, con temas predefinidos y que siguió su curso de acuerdo a la conversación con cada mujer.

Al implementar estas entrevistas se tuvo en cuenta la *densidad* en la recolección y registro de los datos, intentando indagar en profundidad las temáticas surgidas en la entrevista. Para preservar la fidelidad de la información, las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas en forma textual.

Otro criterio que se consideró en este proceso fue el *registrar los datos sin categorías previamente establecidas*, categorizando con posterioridad de acuerdo con la información recolectada.

En el proceso de análisis de los datos, se tuvo en cuenta la comparación permanente, la contrastación activa de preguntas e hipótesis, el análisis intracaso y el análisis intercaso.

Otro criterio contemplado en este proceso fue la contextualización, ya que al realizar el análisis de la información se consideraron las condiciones contextuales más amplias que ayudaron a la investigadora a interpretar al ámbito de generación de la información.

Además se confeccionaron memos con el objetivo de relacionar las diferentes situaciones que confluían en el fenómeno en estudio. Esto apunta a que no existe descripción sin interpretación.

### *c) Evaluación de los resultados*

Al llevar a cabo el análisis de resultados, se contemplaron algunos criterios que permiten evaluar su calidad.

Por una parte, se tuvo presente la *transparencia*, al realizar una descripción detallada de los pasos y criterios de rigurosidad utilizados en la metodología que se implementó.

Otro criterio fue la *densidad interpretativa*, pues al presentar los resultados se los expuso lo más cercanos a los datos originales y dentro del contexto en que los actores sociales existen.

Asimismo, se contempló la *complejidad / multidimensional*, ya que los resultados obtenidos fueron presentados lo más completos y complejos posibles, incluyendo diferentes perspectivas, de modo que estos datos aporten suficiente información como para ser relacionados con modelos teóricos, con otras áreas de la vida cotidiana, etc.

Por último, en esta etapa se consideró la *contextualidad*, pues al momento de presentar los datos finales se los consideró dentro del contexto en que éstos fueron generados.

#### - Utilización y aplicación posterior de los resultados

En esta etapa se tuvo en cuenta la *utilidad o adecuación a la tarea*, lo que fue evaluado en función de si los resultados obtenidos en la investigación dieron o no respuesta al problema planteado inicialmente.

Otro criterio que se contempló fue la *aplicabilidad* de los resultados de esta investigación. Los resultados pretenden ser aplicables ya que, por una parte, a partir de las preguntas planteadas y al continuar investigando dentro de esta línea metodológica, sería posible generar algunas formulaciones teóricas y nuevos estudios, y por lo tanto, los resultados pueden aportar al conocimiento del fenómeno estudiado.

Finalmente, se consideró el criterio de *credibilidad*, el cual es otorgado y especificado por los expertos que revisen esta investigación, pues la credibilidad hace referencia a la veracidad de los resultados. Lo anterior se desarrolló basándose en parámetros como transparencia, densidad, etc.

## 7.- Formas de procesamiento de la información

En investigaciones que usan metodología cualitativa, el proceso de análisis debe ser sistemático y verificable. Sistemático en el sentido de que seguirá un proceso prescrito, secuencial. Es verificable en el sentido de que otro investigador debería llegar a conclusiones similares usando los documentos disponibles y los datos directos". (Krueger; 1998, pág. 113).

Para efectos del análisis, el primer paso es la codificación de los datos obtenidos. La codificación incluye todas las operaciones a través de las cuales los datos son fragmentados, conceptualizados y luego articulados analíticamente de un modo nuevo. Los conceptos y categorías así generados tienen el carácter de hipótesis que son contrastadas en momentos posteriores del análisis (M. Krause; 1995; pág. 32).

La estrategia que se aplica a los datos codificados es la "*comparación permanente*". Los resultados que se van generando a partir de estas comparaciones se registran gráficamente en forma de trozos de texto. (Krause, M., 1995; pág. 32).

Los conceptos e hipótesis generados a partir de los primeros datos son contrastados con los datos siguientes y, habitualmente, son corregidos sobre la base de la nueva evidencia. Los siguientes datos también se analizan de inmediato y se comparan con los anteriores. De este análisis resultan nuevos conceptos que son utilizados para la continuación del muestreo, la recolección de datos y su análisis. Tanto la selección de la muestra como la recolección y análisis de los datos se realiza en forma paralela, hasta lograr la saturación teórica de las categorías conceptuales y la relación entre éstas, generadas a partir del análisis. Vale decir, se continúa la recolección de información hasta que los nuevos datos no agreguen nada nuevo. El investigador debe identificar qué opiniones, ideas y sentimientos son recurrentes, aunque estén expresados en diferentes palabras o estilos. Las opiniones que sólo son expresadas en una ocasión pueden ser esclarecedoras, pero no deberían constituir el eje central". (Krueger, 1988, pág. 112)

La estrategia del muestreo teórico puede utilizarse como guía para seleccionar las personas a entrevistar (Glaser y Strauss, 1967). En el muestreo teórico el número de "casos" estudiados carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada "caso". Este tipo de muestreo difiere significativamente del muestreo utilizado en las técnicas cuantitativas, pues, "... el muestreo estadístico se realiza para obtener evidencia precisa de



distribuciones de personas entre categorías para ser usadas en descripción o verificación. El muestreo teórico en cambio, se realiza para descubrir categorías o propiedades y sugerir sus interrelaciones en una teoría." (Forni, F.; Vasilachis, I., 1992; pág.61).

Para el tratamiento de los datos en esta investigación, se optó por utilizar la metodología cualitativa elaborada por Glaser y Strauss (1967), denominada "Grounded Theory", conocida en español como Teoría Fundamentada Empíricamente. Esta, permite trascender el nivel puramente descriptivo, generando modelos explicativos.

En esta metodología, no se comienza con una hipótesis que busca ser probada, sino que se llega a construir una teoría, que es desarrollada y provisionalmente verificada, a través de la recolección y análisis sistemático y recíproco de datos.

Corbin y Strauss (1990; cit. en Krause, M., 1992a; págs. 7-8), proponen 11 reglas básicas de la Teoría fundamentada empíricamente, entendidas como criterios de calidad para la evaluación de estudios que utilizan esta metodología. Estas son :

- 1) La recolección de datos y el análisis de los mismos deberán ser procesos interrelacionados.
- 2) La unidad de análisis básica está constituida por conceptos.
- 3) Se deberán desarrollar categorías, las cuales además deberán ser relacionadas.
- 4) En la Teoría Fundamentada Empíricamente, el muestreo se hace sobre bases teóricas.
- 5) Para el análisis de los datos se utiliza el método de las comparaciones constantes.
- 6) El análisis deberá dar cuenta tanto de patrones típicos como de variaciones.
- 7) El modelo teórico en desarrollo deberá ser procesal, es decir, dar cuenta de los procesos relacionados con el objeto de estudio.
- 8) Escribir memos es una parte integral del trabajo de este enfoque.
- 9) Se deberán desarrollar hipótesis referentes a la relación entre categorías, las cuales se deberán verificar lo más posible durante la investigación.
- 10) Un investigador que trabaja con este enfoque no debería trabajar solo.
- 11) Se deberán integrar condiciones estructurales más amplias al análisis, independientemente de cuán microscópico este sea.

El análisis de los datos se lleva a cabo mediante el proceso de Codificación, el cual comprende tres etapas que se dan en forma paralela :

- Codificación abierta
- Codificación axial
- Codificación selectiva

La *Codificación abierta* : proceso analítico que consiste en fragmentar, examinar, conceptualizar y agrupar en categorías los datos obtenidos. Contempla dos fases :

- a) Conceptualización de los datos, en la cual, a partir de los datos, se toma una frase o párrafo y se le da una denominación que lo identifique como fenómeno.
- b) Categorización, en la cual los conceptos son agrupados bajo un concepto más abstracto o "categoría".

Por último, las categorías se desarrollan en función de sus propiedades y dimensiones, siendo las primeras los atributos o características que pertenecen a dicha categoría y las segundas, la localización de las propiedades a lo largo de un continuo.

La *Codificación axial* comprende una serie de procedimientos mediante los cuales los datos se unen de un modo nuevo después de la Codificación abierta. Este proceso se basa en un paradigma de codificación que comprende los siguientes elementos, en función de los cuales se podrán establecer las relaciones :

- a) Condiciones causales, que son los eventos o sucesos que llevan a la ocurrencia o desarrollo de un fenómeno.
- b) El fenómeno, que es la idea central, suceso o incidente al cual se refieren las acciones o interacciones o con el cual se relacionan.
- c) Contexto, que incluye las propiedades específicas con las cuales se da el fenómeno.
- d) Condiciones intervinientes, las cuales se refieren a las condiciones estructurales que influyen sobre las estrategias de acción-interacción que pertenecen al fenómeno,

facilitando o interfiriendo en las estrategias implementadas dentro de un contexto específico.

- e) Acción-interacción, que alude a las estrategias desplegadas para manejar, llevar a cabo o responder a un fenómeno determinado.
- f) Consecuencias, que son los resultados de la acción-interacción.

La *Codificación Selectiva*, contempla integrar las categorías de modo de generar un modelo central del fenómeno en estudio. Se procede seleccionando la categoría central, relacionándola sistemáticamente con otras categorías que necesitan mayor precisión y/o desarrollo. Esta codificación es equivalente a la Codificación axial, sólo que en un nivel de abstracción mayor.

Por último, al momento de codificar es importante recordar lo siguiente (Krause, M., 1992a) :

- El análisis de datos es un esfuerzo de interpretación.
- Los procedimientos de análisis de la información deben ser utilizados en forma flexible y adaptable según las circunstancias.
- Es central a todo el proceso de codificación, el hacer preguntas a lo largo de toda la investigación.
- La codificación resulta especialmente útil, a medida que se refuerza su comprensión teórica a través de la práctica.

## IV .- ANALISIS DE LOS RESULTADOS

### 1.- Análisis descriptivo

Este nivel de análisis comprende la descripción de las categorías más relevantes extraídas de las entrevistas (Ver en Análisis de los datos. Codificación Abierta, y Codificación axial).

Para un mayor entendimiento de los resultados obtenidos, se optó por agrupar la información en :

- Categorías relacionadas con la historia de vida de la madre
- Categorías relacionadas con la vida de pareja
- Categorías relacionadas con la maternidad
- Categorías relacionadas con el parto y nacimiento

#### **- Categorías relacionadas con la historia de vida de la mujer embarazada**

- Relación madre / hija
- Relación padre / hija
- Relación con los hermanos/as
- Embarazos de la madre de la paciente
- Otros antecedentes de la madre

#### **- Categoría relacionada con la vida de pareja**

- Primera relación de pareja
- Primera relación sexual
- Calidad de la relación con el padre del hijo
- Entorno económico

- **Categorías relacionadas con la maternidad**

- Embarazos anteriores (gestas, abortos, obitos)
- Circunstancias en que ocurre el embarazo actual (deseabilidad).
- Constatación del embarazo y uso de anticonceptivo al momento del embarazo.
- Cómo se desarrolló el embarazo actual (vómitos, náuseas, presión alta, etc).
- Cómo fue acogido su embarazo por la pareja y la familia en general.
- Ansiedades relacionadas con el embarazo (temor al parto).
- Ansiedades relacionadas con el hecho de ser buena o mala madre.

- **Categoría relacionada con el parto y nacimiento**

- Circunstancias en que ocurre el parto.
- Sentimientos surgidos por el hecho de haber tenido un parto vaginal o una cesárea.
- Afectos surgidos luego del nacimiento del hijo/a.
- Lactancia.
- Preocupaciones relacionadas con el devenir del niño.
- Cómo se imaginaba a su hijo antes de nacer.

## - Categorías relacionadas con la historia de vida de la mujer embarazada

### • *Relación madre / hija*

En cuanto a las mujeres que tuvieron *partos prematuros*, se constata, que, en general, el discurso de las pacientes en relación a la madre es pobre, lacónico.

Por otra parte, a pesar que ciertas pacientes señalan tener una buena relación con la madre, en general, se refieren a ellas como distantes, señalan haber tenido o tener una falta de comunicación, de apoyo. El discurso de las pacientes entrevistadas no refleja una relación afectiva sólida. Se constata, además, que en ciertas ocasiones la madre está más bien ausente en los momentos de crisis de las pacientes.

*"Cuando ellos estaban juntos era muy buena... muy buena [la relación con su madre]. Ella me rescataba de todo. Ella por defenderme a mí le tocaba y yo por tirarme a los brazos de ella cuando mi papá le estaba pegando también me llegaba".*

*"Cuando me llegaba la regla me venían dolores y a lo mejor no tenía que hacer fuerza.. y bueno mi mamá explicándome lo mejor que podía que tenía que acompañar igual no más a mi papá".*

*"Ahora las cosas no se dan. No tengo la confianza para contarle a mi mamá. No podía no me nacía". (Pro/3)*

*"Traté de decirle que una persona me había hecho daño y que no sabía qué iba a pasar, pero mi mamá nunca caía, entonces...". "Nunca supo que podía ser que yo estaba embarazada". "Ahí tenía 3 meses de embarazo" (Pro/1)*

Una de las pacientes relata haber sido internada en la infancia por la madre en un hogar con el fin de protegerla de la situación de violencia vivida con el padre.

*"Mi mamá nos internó a las 3. A pesar que lo veía como una...salvación... lo sentí también como una separación brutal, un desligamiento tan grande del lado de mi madre que me afectó". "Estuve en el internado hasta los 17 años". "Nos iba a ver 1 vez al mes o cada 2 meses ". (Pro/3)*

En el caso de las mujeres que trabajan como asesoras del hogar se constata que en ciertos casos reciben apoyo de los patrones, principalmente de la dueña de casa, ya sea en lo que se refiere a la posibilidad de guardar reposo en caso de complicaciones durante el embarazo o a un apoyo de tipo afectivo.

*"Yo me puse a llorar y ella me dijo : No te asusté, hija, si yo te comprendo, yo te voy a ayudar". " Ella me llevaba al consultorio, me trae, me lleva". (Pro/1).*  
*"Trabajo en casa particular hace 3 años y ellos me apoyaron."..... "La señora siempre me decía que si lo quería realmente hiciera todo por estar con él. Que no tuviera miedo. (Pro/3)*

En general, el discurso de las pacientes que tuvieron *embarazo de término* con respecto de sus madres es más positivo y más abundante que en el caso de las pacientes con parto prematuro, señalan haber contado o contar con el apoyo, la amistad y la confianza de la madre.

*"Mira, antes de los hijos, éramos mamá - amiga, pero ahora somos amiga - mamá y más que amigas. Mi mamá es para mí lo mejor que me ha pasado. Me di cuenta, yo siendo mamá, que mi mamá es un 7, es un 7 en realidad". "Yo quise formar mi familia junto con ella. De hecho nunca me he separado de ella, vivimos con ella. Nos tenemos la una a la otra aún así yo tenga mi propia familia" (Pro/2)*

*"Si bien, si mi mamá incluso, como le digo, me tiene a mis hijas" (Pro/6).*

*"Yo la quiero mucho y me parezco, mucho a ella. Para mí mi mamá es super importante porque me tuvo madre soltera... así es que yo la quiero mucho a mi mamá." "Cuando mi mamá supo que yo estaba embarazada no se metió en nada, Lo único que trató de apoyarme no más".(Pro/8)*

*"Sí super buena relación". "Tengo la ayuda de mi suegra y de mi mamá con mis hijos. Además ellas viven cerca así es que cuando no es una es la otra que lo cuida" (Pro/12)*

*".... ellos me apoyan harto. Por ejemplo si tengo que salir le puedo dejar a la niña a mi mamá y no hay problema" (Pro/14).*

Se percibe en algunos casos una cierta admiración por el hecho que la madre se vio enfrentada sola a la crianza y sustento de los hijos. En general aprecian el hecho que fueron madres solteras o abandonadas y que tuvieron que enfrentar sin el apoyo de pareja la maternidad y la crianza de sus hijos.

*"Siii, como te digo uno tiene problemas, pero entre madre e hija hay una relación incondicional". "Mi mamá tuvo que apegarse sola con nosotras, por eso te digo que mi mamá es muy importante pa' nosotras. Nunca nos faltaron recursos ni el apoyo de ella". "Yo soy incondicional con mi mamá".*

*"Tuve una buena relación con mi mamá, pero al principio fue complicada, porque uno compite con ella. O sea se si la mamá hace el aseo , tú tienes que hacerlo mejor...." (Pro/10)*

Se constata que entre estas madres se presenta también casos en los que ha habido separación en infancia de la madre. No obstante, esta separación pareciera ser menos traumática ya que la niña es tomada a cargo por la abuela materna desde su nacimiento.

*"Mi mamá cuando me tuvo ya no estaba mi papá... entonces se fue directo a la casa de mi abuelita y ahí me crié con ella". "Mi mamá y mi abuelita son para mí... yo creo que son las 2 mamás y yo las quiero a los 2 igual y a mi pá' qué te digo.... me adoran las 2" (Pro/8)*

Sólo una paciente señala haber tenido una mala relación con la madre, haber vivido situaciones de violencia, de incomunicación, etc. .

*"Yo me fui de la casa, no nos llevamos bien. Ella me golpeaba" "Mi marido la aconsejaba, le decía que no me golpeará, que hubiera comunicación [...], pero mi mamá nunca cambió."*

*"Soy hija única. En realidad mi vida es como un poco difícil porque soy adoptiva, "Me dieron a un familiar. Si no me hubiese adoptado sería mi tía abuela y yo su sobrina".*

*"Después de que mi papá se fue de la casa, mi mamá se desquitaba conmigo. Entonces no viví tan bien la infancia". (pro/4)*

En algunos casos en que la mujer trabaja como asesora del hogar, el rol de la madre es asumido por la patrona, quien da apoyo a la paciente.

*"Mi jefa es como mi madre porque se preocupa de todo. Se preocupa de cómo estoy de cómo me siento, si tenía que descansar ella me dejaba....[...] Ahora tenemos a otra niña trabajando en la casa, pero igual ella me viene a ver todos los días, se lleva la ropa sucia, ...."*

*"Su tía (jefa) la esperó cuando vino a verla y no despertó, pero igual la despertó dándole besos y más besos. Ella dice que va a ser la regalona de la casa. Es que nos quiere mucho ella"*

*"Nunca estuve sola. Claro que la pareja es la pareja ¿ no es cierto? No es lo mismo, pero con esta señora... ella es todo para mí. (Pro/6).*

#### • *Relación padre / hija*

En el caso de las mujeres que tienen *partos prematuros*, algunas pacientes relatan no conocer o no haber vuelto a ver a sus padres desde que se produjo la separación con la madre.

*" Siempre el me terminaba echando.... Y de ahí no volví más... no saco nada con seguir hablando con él si me va a seguir tratando mal" (Pro/3).*



*"... mi mami tenía problemas con mi papá. Mi papi fue marinero, mujeriego, bueno pal trago así es que mi mami le dio una patá...y de ahí ya lo vimos poco, después"* (pro/15)

Hubo un caso en el cual existía una relación con el padre basada claramente en el miedo, producto de una situación de violencia intrafamiliar, incluso de probable abuso sexual.

*"Yo creo que mis primeras depresiones las tuve cuando era niña, porque soy hija de un padre agresivo, alcohólico que me golpeaba". "Era la que más golpeaba, no había expresión de cariño, nada." "Cuando ellos peleaban había una pieza chica y mi papá me obligaba a ir a acostarme con él yo ahí sufría mucho..." "No me acuerdo que me haya hecho daño..." "Cuando estuve con la psicóloga llegué a decir que sí había pasado que daba gracias a Dios de no acordarme." Siempre fue bien notorio de parte de él... No me quería mucho. Era a la que más me Golpeaba, no había expresión de cariño, nada". (Pro/3)*

Se constató un caso en el que la relación al padre era distante y en la cual no existía la posibilidad de comunicar sentimientos.

*"No puh... mis papás estaban ahí... porque a ellos no podía decirle : viejo sabís que siento esto... Entonces era una soledad"* (pro/9)

Se constató un caso en el cual el padre fue estricto durante infancia de la paciente:

*"Ellos tenían como miedo de que una de nosotras quedara embarazada [...] así es que nos encerraron en la casa.... no pudimos seguir estudiando"* (Pro/5).

No siempre la relación padre/hija es mala, hay casos en que se trata de una relación afectuosa y de apoyo a la hija.

*".. con mi primer hijo fue diferente la reacción de mi papá. Pero eso sí me dejó en claro que no podía volver a suceder. Me dijo que no iba a decir nada, me dijo : vente pa' ca' y no sigai trabajando. Después que tuve la guagua dentro a conversar conmigo me dijo que asumía to' que me iba a ayudar, pero eso sí que no volviera a suceder.." (Pro/ 5)*

*"Mi papá era como un amigo. Mi papá era todo..." "yo hasta el día de hoy nunca he superado la muerte de mi padre, sufro de depresión por eso. Es que yo fui regalona de él"* (Pro / 7).

En el caso de las madres que llegan a un *embarazo de término* vemos que, en la mayoría de los casos, la imagen paterna está ausente.

*"Soy hija de padres separados. El se fue y nunca... se fue cuando yo tenía 18 años... Lo volví a ver un par de veces no más" (Pro/2)*

*"Con él bien, pero es un poco más distante". "O sea, que él siempre estuvo trabajando y nosotros más cerca de mi mamá". (Pro/6)*

*"Cuando yo nací mi papá ya no estaba". "Me crié con mi abuelita". "Mi abuelito falleció cuando yo tenía 1 año". "Aunque yo no me crié con mi padrastro, igual nos llevamos super bien. Yo creo que es un padrastro que no cualquiera lo tiene. Es super cariñoso. No se mete en nada... cuando mi mamá supo que yo estaba embarazada no se metió en nada. Lo único que trató de apoyarme " (Pro/8)*

*"Mis papás se separaron cuando éramos todas chicas. Mi papá se fue con otra mujer y ahí quedamos. No lo volví a ver más" (Pro/10)*

Casos en los que hubo situaciones de violencia vivida con el padre.

*"Golpeaba a mi mamá y a mi también". "El se fue". "En ese sentido fue un alivio y un enojo. Un alivio porque mi mamá iba a descansar de un martirio de tenerlo todos los días en la casa, de estarle sirviendo como empleada, donde no hubiera palabras de cariño, donde solamente había agresividad. (Pro/2)*

*"Hace 8 años que no lo veo. Yo tenía como 13 años. Lo viví como una pesadilla porque se golpeaban se maltrataban... llegaba borracho entonces yo tenía que estar siempre medio tratando de separarlos"(Pro/4).*

Pacientes que señalan tener buena relación con el padre.

*"Sí buena relación, él trabaja pero pasa preocupado de nosotros" (Pro/12)*

*"Mis papás son un 7 conmigo". "Mi papá siempre nos ha dicho que tenemos que ayudarnos y no hay que estar peleando si uno vive todos juntos". (pro/14)*

#### • *Relación con los hermanos/as*

Algunas mujeres que tuvieron *partos prematuros* señalaron poder contar con las/los hermanos/as como un apoyo ya sea en la comunicación de la noticia a los padres, (el caso de ser madre soltera), como una posibilidad de desahogo u ofreciendo apoyo directo con la guagua.

*"Me decía que quizás era mejor no decirles (a los padres) nada ahora .... o sea ahora-ahora no decirles nada. Pero cuando estuviera más grande la guagua tendría que entrar a conversar con ellos". "Ella me dijo que podía cuidar la guagua porque ella sabía todo lo que había que hacer con una guagua prematura. Ella me dijo que me podía ayudar en ese sentido". "Me dijo que si yo quería darla en*

*adopción que mejor se la diera a ella". (Pro/5).*

*"Yo no sabía como expresar lo que sentía, pero lo bueno es que tengo una hermana que me entendía todo. Durante la semana aguantaba y aguantaba y llegaba el sábado y ella estaba ahí a mi lado. Me sentía bien."(Pro/9)*

Casos en que las pacientes no cuentan con el apoyo o no tienen confianza con los/las hermanos/as.

*"Mi hermana sabía que yo estaba embarazada y le dije : "ayúdame a decirle a mis papás", y ella me dijo que no porque lo mío era un problema para mis papás."*

*"Cuando necesité ayuda de mi hermana no me la quiso dar".(Pro/1).*

*"No las cosas no se dan"(Pro/3)*

En el caso de los *embarazos de término*, hubo dos pacientes que señalaron ser hijas únicas. En general, el resto de las pacientes señaló no tener una relación cercana con sus hermanos.

*"Mi mamá perdió mellizo, después me tuvo a mí y después le ligaron las trompas, porque tenía embarazos tubarios" (Pro/2)*

*"Soy hija única""Tengo más hermanos por parte de mi mamá que me engendró, pero conozco a una no más""Mi mamá adoptiva es estéril, tuvo dos pérdidas antes de mí" (Pro/4)*

*"Somos 10 mujeres, La mayor está en Argentina, después vengo yo que estoy acá, otra está en Alemania y una en España y las demás allá en Perú". " Bien. O sea con las que están lejos nos comunicamos de vez en cuando y eso, y en Perú somos más cercanas, pero cada una tiene su vida, su familia. (Pro/6)*

*"Somos 3 mujeres y 1 hombre. Mi hermano es marino, tiene su vida bien. Las chiquillas, las 3 somos bien unidas, bien amigas. Tratamos de apoyarnos en todo, de defendernos. Tengo haaaarto apoyo familiar. Imaginate que mi cuñado me va a venir a buscar mañana porque mi marido está trabajando" (Pro/10)*

*"Si tengo un hermano y 1 hermana. Mi hermana también trabaja en el jardín y nos llevamos super bien." (Pro/12)*

*"Una hermana con la que tengo buena relación pero ella tiene familia y 1 hermano que trabaja fuera de Santiago. Entonces yo soy lo que quedé con mis papás y son más aprensivos conmigo" (Pro/14)*

- *Embarazos de la madre de la paciente.*

De acuerdo a lo señalado por las pacientes que tuvieron *partos prematuros* ninguna de sus madres presentaron dificultades con sus embarazos ya sea pérdidas, partos prematuros u otros.

En cuanto a las madres de las mujeres con *embarazos de término*, hubo solo 2 pacientes que señalaron que sus madres tuvieron algún problema con sus embarazos.

*"Mi mamá perdió mellizos, después me tuvo a mí y después se ligó las trompas debido a que tenía embarazos tubarios"* (Pro/2).

*"Mi mamá adoptiva es estéril, tuvo 2 pérdidas antes de mí" "No sé si tuvo pérdidas"* [madre biológica] (Pro/4)

- *Como vivenció su primera regla*

Tanto las pacientes con partos prematuros como aquellas que tuvieron embarazos de término señalan haber estado informadas sobre la menarquia ya sea por la madre, hermanas mayores o por el colegio. En general, señalan que este acontecimientos no se produjo en condiciones traumáticas ni de desconocimiento.

Pacientes que tuvieron *partos prematuros*.

*"Tenía 12 años. Lo sabía todo por el colegio. No me dio susto nada. Para mí era normal"*. (Pro/1)

*"Fue una experiencia ... digamos como traumante porque ... yo tenía esconder mis cositas y salir a trabajar con mi papá". "... tenía que acompañar igual no más a mi papá..."*. (Pro/3).

*"Fue a los 11 más o menos". "Yo ya sabía que me iba a llegar, no hubo problema"* (Pro/11)

Pacientes que tuvieron *embarazos de término*.

*"Fue como a los 13. Aaaaay, fue traumático porque fue en una micro..*

*" Yo sabía a lo que iba . O sea lo que podía pasar, los riesgos que habían. De niña a mujer. Todo eso lo sabía. De que si tenías una pareja o un pololo, que podías quedar embarazada". "Por eso te digo mi mamá era mi amiga y mi mamá"* (Pro/2)

*“Como a los 14”. Bien, no nada. Igual yo ya sabía. Unas amigas que ya les había llegado me contaron”. (Pro/4)*

*“A los 16”. “Claro yo sabía mi mamá le lo había comentado ya. Para mi fue normal”. (Pro/8)*

*“A los 14”. “No bien, yo ya sabía por mi hermana mayor, pero no... nada del otro mundo”. (Pro/10)*

*“A los 15”. No mi mamá ya me había dicho lo que me iba a pasar, ya sabía que tenía que cuidarme” (Pro/14).*

• *Otros antecedentes de la paciente.*

Entre las mujeres que tuvieron *partos prematuros*, hubo dos que señalaron haber tenido antecedentes depresivos durante su vida.

*“Yo creo que mis primeras depresiones las tuve cuando niña”. “El año pasado estuve 6 meses en tratamiento por depresión”. (Pro/3).*

*“Hasta el día de hoy nunca he podido superarlo. Si incluso estuve con psicólogo por 2 años ... yo sufro de depresión por la muerte de mi papá. Igual superé hartas cosas, pero de repente vuelvo a caer otra vez. Por ejemplo si tengo un problema dentro de la familia ... (Pro/7)*

Sólo una de las pacientes que tuvieron *embarazos de término*, señala haber tenido algún episodio depresivo durante su vida.

*“Me dio depresión en el otro embarazo”. “Es que era diferente, ya no podía ser la misma con mis amigas de hecho tuve que dejar de fumar de un día pa’ otro y al compartir con las amigas me decía : a lo mejor yo no estaría así y estaría así... Es que ellas me decían que estaba gorda, que me veía horrible, que después el cuerpo me iba a quedar todo suelto. Pero es lo que yo quería. Entonces me daba conformidad. A lo mejor conformidad entre comillas porque me fui al extremo de quererlo todo y todo lo mejor. Comer lo mejor y comer hartito. (Pro/2)*

**- Categoría relacionada con la vida de pareja**

• *Primera relación de pareja.*

En general tanto las pacientes que tuvieron *partos prematuros* como las pacientes que tuvieron *partos de término* tuvieron su primera relación de pareja bastante jóvenes.

*"Mi primera pareja la tuve a los 18 años y duré como 3 años con él"* (Pro/1)

*"Mi primer pololo fue a los 14 años. Era un hombre más viejo y tuve una mala experiencia porque era un hombre casado y yo me enteré después". "Era más que nada besitos y abrazos y nada más"*(Pro/3)

*"A los 16 tuve mi primer pololo y además fue la primera vez que pasaba algo. Yo era como inocente " Duramos poco como una temporada de verano (Pro/5)*

*"Yo entendía a mi papá porque no quería que yo pasara lo mismo que mi hermana que es madre soltera, pero me tenía muy presioná'... y yo estaba pololeando a escondidas. Me sentía libre al pololear al escondidas aunque estaba con los nervios de punta, pero me sentía bien". "Mi marido fue el primer y único pololo que tuve" "pololeamos como 5 años"(Pro/9)*

*"Mi primer pololeo fue como a los 11 años"* (Pro/11)

Pacientes que tienen *embarazos de término.*

*"Tuve mi primer pololo a los 15"* (Pro/2)

*"Tuve mi primer pololo a los 15 años. De primera fue a escondidas porque tenía miedo de decirle y después mi mami conversó conmigo me dijo que si quería pololear que pololeara, sin miedo, que lo llevara a la casa pa' que ella lo conociera. Y después cuando no le iba gustando me iba dando problemas y menos con mi marido. Con mi marido no se llevan bien"* (Pro/4)

*"Hum... eh. Pololos - pololos no. Yo creo que fue el primero [la pareja actual]. Lo de antes no era nada tan serio".* (Pro/8)

*"Me casé a los 15 años con mi primer pololo, tuve mi primer hijo y fue un fracaso mi matrimonio y me separé."* (Pro/10)

*"Mi marido fue mi primer pololo y primer todo".* (Pro/12)

*"Mi primera pareja la tuve como a los 15."* (Pro/14)

- **Primera relación sexual.**

En general las pacientes que tuvieron *partos prematuros* tuvieron su primera relación sexual con el padre de su hijo/a..

*"...Todo fue a la primeriza en ese aspecto... y al tiro quedé embarazada, entonces... como que me llegó de frentón todo..." (Pro/3)*

*"No fue pololeo ni nada... porque fue como 1 - 2 semanas que nos conocimos y al mes y medio de conocernos ya estábamos casados" (Pro/7)*

*"El era mi primer hombre, o sea mi primer pololo, mi primer novio y después fue mi marido. Sentía que él era todo para mí. (Pro/9)*

*"Fue con mi marido" (Pro/11)*

Entre las pacientes que tuvieron *embarazos de término* sólo dos tuvieron su primera relación sexual con el padre de su hijo/a.

*"La primera relación fue a los 16. Fue un pololeo de 3 1/2 años y después de 3 años conocí a mi pareja actual". (Pro/2)*

*"Eh... no tanto como eso no [se refiere a que su primera relación sexual no fue con la pareja actual]. Pero yo pienso que fue el primer hombre que quise realmente". (Pro/8)*

*"Me casé a los 15". "Siii, claro. Primer todo". (Pro/10)*

*"Mi marido fue mi primer pololo mi primer todo" (Pro/12)*

- **Calidad de la relación con el padre de hijo.**

Las pacientes que tuvieron *partos prematuros*, señalaron tener o haber tenido una relación de pareja inestable o que el padre del hijo está claramente ausente ya sea en términos económicos o afectivos.

*"Estuve con él 1 año y después cuando supo que estaba embarazada no quiso saber más de mí". "Siento rechazo por él". "Cuando volvió del sur dijo que no quería hacerse cargo de un niño que no era de él". "ni siquiera me ha llamado por teléfono". (Pro /1)*

*"... en el verano pasado tuve una pareja, pero la única vez que tuve relaciones con*

*él fue el 28 de marzo".*

*"Quizás influyó que con la persona que quedé embarazada fue... una salida no más.... Tendría que ir a hablar con él porque yo sé donde vive".*

*"No sé nada de él. ... un día me invitó y salimos no más.. pero ya después nada. O sea después de que tuve relaciones con él.... Es que igual yo no quería tener pareja.. en el fondo yo no quería quedarme con él... Porque él igual me llamaba siempre, me invitaba a salir... y después ya dejó de llamar porque yo siempre lo rechazaba. Igual no sabe de esto". (Pro5)*

Pacientes que tienen una mala relación con la pareja durante el embarazo y luego del nacimiento se produce un acercamiento.

*"Con mi marido no estábamos mucho juntos, me lo llevaba to' el día sola". "Estaba muy mala la relación". "Yo pensaba: los hombres son así... si no le doy un hijo, él va a buscar en otro lado..." Y después supe que él andaba con alguien y yo conocía a esa persona y terminé diciéndole hace tu vida, se feliz y déjame a mi. Pero él no se iba. Lo eché toas estas veces y no se iba".*

*Ya después pensé y me dije : Ya estaba embarazada y voy a titar pa' arriba como pueda. Voy a salir yo y mi bebé y el que quiere que me siga"*

*"Al principio yo pensé que no le importaba y pensé que él se iba a retirar más" ... pero lo vi como se está acercando". "El la vio primero que yo... cuando vino pa' cá' sentí la preocupación". "Aunque no estaba con él pero por lo menos estaba ahí". "Pero parece que lo importó harto, harto. Parece que fue un remezón bien fuerte, pero no he tenido tiempo de hablar con él".*

*El fue y ha sido el único pololo que yo tuve. De hecho es todo. No quiero otro hombre en mi vida. (Pro/9).*

Pacientes que señalan tener una relación estable y de buena calidad con el padre del hijo/a.

*"...después de 2 años nos pusimos a pololear. Pololeamos 3 años y ahora estamos conviviendo". "El que siempre estuvo ahí estable. Siempre fue él". "El siempre me socorría en momentos de crisis, porque yo tenía crisis con ganas de matarme. Entonces él estaba siempre conmigo". (Pro/3)*

*"Soy casada con el mismo papá de todos mis niños. Llevo 19 años de matrimonio. Nosotros somos como uno solo. Y con los niños igual" (Pro/7)*

*"El me apoyó harto. Me dijo que era una decisión de Dios y que no había que rechazarlo." (Pro/11)*

*"Me llevo bien con mi marido" "Llevamos 10 años juntos" "Si me sentí apoyada por él durante el embarazo. El iba a dejar y a buscar a las niñas al colegio, me dejaba todo listo en la noche y al otro día me iba a dar el almuerzo y de ahí se iba a trabajar".(Pro/13)*



*"Siempre tuve el apoyo del hombre que tengo ahora, siempre tuve el apoyo de él..." "Bien sí, he tirao' pa' rriba, he tenido lo que nunca había tenido con mi marido. Una casa, tranquilidad. No me lleva amigos a la casa, toma pero poquito y afuera de la casa... Tiene su genio sí, pero bien." (Pro/15)*

La mayor parte de las pacientes que tienen *partos de término* se refieren a la relación en términos positivos, señalan tener una buena convivencia, comunicación, apoyo a pesar de haber pasado por momentos difícil durante la vida de pareja. Esto incluso en los casos en los que existe una separación entre los esposos por motivo laborales.

*"Voy a cumplir 2 años casada". "Pololeamos 1 año 5 meses". "Nos llevamos bien. Si me ayuda en todo, me oroya, nunca me ha dado problemas nada... No, no es agresivo. Al contrario. Conversamos las cosas cuando no salen bien.  
"Conversamos". "El me ha ayudado hartito y bueno yo digo hay pocos hombres que tengan tanta paciencia, con la suegra, conmigo. Porque no cualquiera hace lo que él ha hecho, o sea apoyarme en todo sentido, porque otro se va no más". "Con mi mamá la pasaba más mal" "Cuando pololeábamos él me iba a ver.  
Conversábamos los 3. Mi marido la aconsejaba, le decía que no me golpeará, que hubiera comunicación...pero mi mamá nunca cambió" (Pro/4)*

*"Si me llevo bien con él. Lo quiero hartito hartito.. y yo sé que él también, [...]"  
"Lo conocí casi a los 3 meses de haber llegado. Pololeamos 1 año 7 meses".  
"Si nos llevamos super bien, pero anda distanciado por su trabajo".  
Durante el embarazo me apoyó moralmente. Económicamente no porque yo siempre he sido una persona muy independiente en ese sentido. O sea si las cosas se tienen que comprar... bueno es su decisión pero yo no le voy a pedir. (Pro/6)*

*"Estoy con mi marido desde que quedé embarazada. Los 9 meses". "Es que el problema es que nosotros pololeamos muy poco y yo quedé embarazada super rápido. Yo creo que unos 2 meses. Pero nos llevamos super bien". "Igual como que anoche [en el parto] quise llorar, me sentí sola porque estaba yo y él no más, pero después pensé que él era lo más importante. Yo pienso que el marido es lo más importante en este momento.  
"Para mi estos meses de convivencia han sido super lindos y para él también.  
O sea los 2 estamos conformes. Yo creo que más la guagua nos está haciendo unir más".  
"Bueno como en toda pareja hay peleas, pero son peleas chicas".  
Ha sido super bueno conmigo, ha sido super buena la relación de pareja (Pro/8)*

*"Ahora con la pareja actual que tengo ya tuvimos 2 hijos y estamos bien. Al menos ha durado el matrimonio, no sé si será definitivo, porque uno no puede asegurar nada, pero por lo menos esperamos que sea más duradera".  
La relación está bien, bien. Es difícil vivir de a 2... son procesos que uno tiene que ir aprendiendo no más. Pero cuando los 2 le ponen empeño, las cosas se superan, pero cuando hay 1 que tira pa' atrás y uno pa' delante, entonces más vale ponerle el corte absoluto" (Pro/10)*

*"Van a ser 5 años desde que nos casamos"* "él fue el primer pololo y primer todo. O sea uno siempre tiene otros pololos, pero yo siempre estaba enamorada de él. Me ha ido bien, no tengo nada que decir". (Pro/12)

*"La relación con él es buena. Ahora es buena. Antes de que naciera mi hija y después era como bien complicada. Nos costó mucho como pareja. Y después ya empezó a mejorar". "Yo veía como que faltaba preocupación de su parte, como que no tenía apoyo de él. Ya después él salió del colegio, empezó a trabajar y ahí empezó a cambiar. Pero nos costó mucho. Ahora ya estamos bien". "Ahora se quedó conmigo, estuvo toda la noche, después vino a verme y se nota que aunque no pueda venir, siempre me manda cualquier cosita y que me cuide y que esté tranquila.. así es que bien".*

*"Llevamos muchos años. Siempre lo conocí éramos vecinos, hasta que por esas cosas de la vida..." "como a los 17"* (Pro/14)

Una paciente señala haber tenido un acercamiento con la pareja luego de la constatación del embarazo.

*"El tenía amigos, tomaba cerveza, lo pasaba bien y como que se estaba perdiendo la responsabilidad de papá..." "Ahora no diferente. No hallaba las horas de estar con él, me puse más regalona, me acercaba más a él, le hacía cariño, lo mimaba, sentía que dependía de él y él cambió".* (Pro/2)

#### • *Entorno económico.*

Se constata que las pacientes que tuvieron un *parto prematuro* no disponen de condiciones materiales holgadas para criar a sus hijos/as. En varios casos las pacientes relatan no contar con un hogar donde llegar con su hija/ después del parto, ya que son asesoras del hogar puertas adentro y no cuentan con el apoyo familiar. En otros casos la pareja vive de allegados.

*"Prefiero darlo, en una familia que esté mejor. Es lo mejor para él". "Si me quedo con él¿ a dónde me voy a ir?". "no tendría adonde irme"* (pro/1)

*"Yo no puedo llegar a mi casa con otra guagua porque en mi casa tengo otro hijo y mi papá me dijo cuando tuve el primer hijo que era el primero y el último o sea que de ahí no podía volverlo a hacer..." "A mi casa no puedo ir con ella y en la casa donde trabajo, mi patrona ya me dijo que no puedo llegar con ella. Pienso en eso y me angustia. Pa' poder estar acá en Santiago tengo que tener un lugar y voy a necesitar a alguien que me ayude... Estoy totalmente mublada. Se me viene todo encima... Lo que a mí me complica es tener un lugar donde estar con ella donde esté cómodo y donde pueda estar cuidada y tener lo que necesita". Quizás si*

*hubiese tenido ese lugar o si hubiese estado casada no estaria tan complicada. Igual asumiria".(Pro/5)*

*"Mal, si porque... no seria tanto el embarazo porque teniamos que pagar el arriendo ... habia que pagar todo a los niños, comprar la ropa y deciamos tener otra guagua más sin tener casa propia". "Vivimos con la familia de mi marido" (Pro/15)*

*"Vivimos con mi mamá. A veces hay problemas con mi mamá y mi hermana porque tratan a mi pareja como a niño chico... lo conocen desde hace mucho tiempo... era amigo de mi hermana menor". "Durante el embarazo tuve que aguantarme y no decir nada porque no es mi casa... pero a veces lloraba con mi pareja" (Pro /3)*

*"Vivimos con mis papás"(Pro/9).*

*Queríamos tener uno pero más adelante, Lo que pasa es que nosotros vivimos con mi cuñada y queríamos tener una casa antes pero no al tiro... Entonces bueno... si Dios lo manda..." (Pro/11)*

En el caso de las pacientes que tienen *partos de término* se constata que, en general, las pacientes tampoco cuentan con muy buenas condiciones económicas, sin embargo, muchas de ellas sí poseen un lugar donde viven solos con su pareja e hijos. Por otro lado, en este grupo no habría madres solteras.

*"Vivimos solos". "Mi marido trabaja en una imprenta". "Bueno nunca como uno quisiera, tenemos una pieza y no falta, uno se las arregla". (Pro/8)*

*"Sí, tenemos un departamentito chiquito de esos con subvención que da el estado y ahí nos arreglamos." Aunque ahora como yo dejé de trabajar...*

*"Al principio estaba feliz, [...] pero soy realista. Y ese cuento que donde comen 2, comen 3 y comen 4, yo no me lo creo, porque el 4to termina comiendo aguita."*

*"Claro seria lindo, o sea si los pobres tuviéramos la situación como de decir. "ya puh, que vengan todos los hijos que quieran..." los tendríamos, pero seríamos siempre pobres y yo creo que esa no es la idea. O sea no quiero que a mis hijos les alcance solo para comer, quiero que les alcance pa' estudiar..." (Pro/10)*

*"De hecho ahora tenemos 2 hijos y estamos casados y tenemos una familia y un hogar". "Bueno, nunca bien, bien, pero ... mi marido está trabajando y tenemos una casita donde vivimos con mi mamá. O sea era la casa de mi mamá, pero ahora estamos viviendo juntos. (Pro/2)*

*"Yo vivo con mi suegra. Incluso mi suegra me cuida al niño porque yo trabajo en un jardín infantil" (Pro/12)*

*"Esperamos porque no teniamos tanto. No estábamos estables como estamos ahora. O sea no estábamos juntos todavía, por eso esperamos para estar juntos, para*

*tener más cosas y ahí decidimos tener otro hijo". "Vivimos con mis papás, pero tenemos una pieza aparte" (Pro/14)*

*"De primera vivimos en la casa de mi suegra. Después en la casa de mi cuñá', después estuvimos arrendando una pieza y ahora estamos con mi suegra de nuevo (se ríe) así es que vamos a seguir rodando". "Mi marido gana menos que lo que vale la pieza. Y mi suegra nos dijo que nos fuéramos para allá y que nos hiciéramos una pieza" (Pro/4)*

*"Tomé la decisión de esterilizarme por la situación económica. No estamos en condiciones de tener tantas guaguas, la cosa está mala... pa' poderle dar mejor educación, mejor alimentación, yo creo que basta y sobra".*

*[...] por la situación misma hemos estado lejos, pero ojalá que diocito quiera que regrese definitivamente para enero. Y sin dinero no se puede vivir".*

*Yo trabajo puertas adentro... Mi meta es trabajar y salir adelante... salir adelante...no sé tener algo con él más adelante"*

*O sea vivíamos juntos, pero él también trabaja, mi trabajo tampoco me lo permitía. Nos veíamos los puros fines de semana en la casa y los feriados".*

*"Me gustaría que mi hijita creciera junto a su padre." (Pro/6)*

- Categorías relacionadas con la maternidad

• *Embarazos anteriores (gestas, abortos, obitos, etc.)*

Entre las pacientes que tuvieron un *parto prematuro* hubo tres primigestas, algunas que señalaron no haber tenido dificultades graves durante sus embarazos anteriores y otras que señalaron haber tenido dificultades en los embarazos anteriores.

Pacientes que señalaron no haber tenido dificultades graves durante sus embarazos anteriores.

*"No, no tuve problemas con el primero"*

*"El está en el sur con mis papás. Lo iba a ver todos los meses. Lo que trabajo acá ya lo mando casi to' pa' mi hijo allá". En realidad yo quería darles un hijo a mis papás porque a ellos se les murió un hijo en un accidente. Tenía 23 años". Ese niño fue como mandado de Dios porque son él mis papás superaron super harto la muerte de mi hermano". Si yo llegó a sacarlo de la casa les puede pasar cualquier cosa. Prefiero sufrir yo a velos sufrir a ellos". (Pro5)*

*"Tengo una hija de 1 año 3 meses. Ese embarazo fue super bueno. No hay nada que decir" (Pro 11)*

*"Mis embarazos anteriores fueron super buenos, como si no estuviera embarazada'. Lo único que tuve fue náuseas, pero no mucho tampoco.". "Todos nacieron a término. La mayor fue con forceps y tengo 3 cesáreas con esta. (Pro/13)*

Pacientes que tuvieron dificultades en sus embarazos anteriores:

*"Este es mi séptimo hijo y mi sexto embarazo.. Tengo uno hijo de 18 años, después de 5 años después viene otro que... duró 10 minutos al nacer. Después tengo un gemelar... al sexto mes los perdí puh... Pero esos niñitos el segundo mes de gestación no crecieron más... Y después viene otro que es cesárea, él tiene 9 años. Y después viene un parto normal tiene 8 ya. Son puros hombres y el de ahora también.". "Después de la pérdida estuvimos 3 meses separados... No duramos más. Después de la reconciliación viene otro niñito. Igual quedan secuelas, queda el dolor, la angustia y el sufrimiento no se olvida. Aunque vengan otros hijos igual están presentes los otros hijos" (Pro 7)*

*"Tengo 4 hijos tuve una pérdida a los 3 meses de embarazo. Fue mi primer embarazo". (Pro/11)*

*"Tengo 4 hijos 11, 9, 8 y la guagua. Todos embarazos normales. Ninguno nació antes de término. "Tuve 2 pérdidas". "Eso fue cuando trabajaba en casas particulares. Cuando me caía de la escalera o sino a veces cuando enceraba. No ve que antes se usaba mucho las hawaianas y me resalaba y me caía". "Los tuve a los 2 y 3 meses de embarazo". "Las 2 veces hubo una caída" (Pro 15)*

Entre las pacientes que tuvieron *embarazos de término*, hubo 2 primigestas, algunas que señalaron haber tenido problemas con sus embarazos anteriores y otras que señalaron no haber tenidos dificultades.

Pacientes que señalan no haber tenido dificultades graves con sus embarazos anteriores.

*"Tengo 3 con esta. La mayor tiene 8 años y la otra niña tiene 3". "Con mi hija mayor tuve un poco de placenta previa, pero ligero, hacía las actividades normales. Ellas nacieron bien, con peso normal, Solo con ella [su hija actual] he sufrido tanto..."*

*"No ellas no están conmigo. Están en Perú con mi mamá. Comparten con mi mamá y su papá los fines de semana." "Ahora estamos haciendo los papeles para separarnos. No sé cómo irá a resultar. Lo que yo quiero es recuperar a mis hijas porque él no quiere dejarlas venir." (Pro/6)*

*"Tengo 4 con ella. 3 hombres y ella va a ser la rosa de la casa". Uno de 20 el otro tiene 10 y el más chiquitito tiene 2 años. "No nunca tuve ninguna pérdida nada, siempre todo normal, aparte de la diabetes gestacional ...". (Pro 10)*

*"Tengo una niñita de 6 años". "No tuve ninguna pérdida antes" (Pro 14)*

Pacientes que señalaron haber tenido problemas con sus embarazos anteriores

*"Los 2 primeros los perdí". "Me dio una vartolinitis y me tuvieron que operar, lo perdí y después pasaron los años y fuimos a planificación familiar". "El otro fue un aborto en evolución porque venía mal formado. Fue una pérdida de 4 meses". "Fue fuerte. De hecho, como te digo es como que te falta algo, no estás bien hecha... [...] y que la persona que está contigo en ese momento quiere un hijo y no se lo puedes dar". "Mi primer embarazo fue glotón. Subí 35 kg. Quería todo lo mejor y quería comer bien y no me di cuenta que al fin y al cabo también me estaba haciendo daño yo". (Pro/2)*

*"Tuve trillizas pero las perdí a los 5 meses. Me hicieron cesárea. Tenía la presión alta y placenta previa. Pero yo nunca supe que eran trillizas creía que eran mellizas., Había una escondidita. Nació muerta y las otras murieron después." Y después con mi segundo embarazo igual me daba miedo que me pasara lo mismo, incluso hasta con la niña ahora".(Pro12)*

• *Circunstancias en que ocurre el embarazo actual*

Las pacientes que tienen *partos prematuros*.

Pacientes que señalan no haber tenido intención o no haber querido quedar embarazadas, pero que sin embargo no tomaron ninguna precaución de impedir un posible embarazo a través de algún método anticonceptivo u otro.

*“Sucedió así no más. De repente. Nunca pensé.. porque igual antes había tenido relaciones y nunca quedé”. (Pro /1)*

*“Después de que tuve a mi hijo nunca tuve ninguna pareja... O sea en el verano pasado tuve una pareja, pero la única vez que tuve relaciones con él fue el 28 de marzo. Y de ahí yo me enfermé en mayo Y siempre siempre me he atrasado 2 o 3 meses”. “ De hecho Dios quiso que se engendrara y falta que yo asuma, falta que yo tome, sienta cariño de madre”. ( Pro/5)*

Pacientes que señalan haber tomado anticonceptivos y sin embargo quedaron embarazadas.

*“No, nosotros ya pensábamos que ninguno más... es que mi problema fue que tuve un desorden hormonal... empecé a tomar otros medicamentos y eso me bloqueó la inyección... Desde hacía 7 años me ponía inyecciones para no quedar”. “Si yo no quería, pero ahora ya me he hecho la idea”.(Pro/7)*

*“Tomaba unas pastillas para que no se me cortara la leche y después me las cambiaron a Marvelón y ahí como tuve un cambio y quedé embarazada”. “No puh... porque yo recién estaba saliendo de mi otro embarazo. Pero al final acepté y ahí empecé a controlarme” (Pro/11)*

*“Se me olvidó tomarme una pastilla y siempre me he acordado. Y ahí quedé embarazada...” “La matrona me explicó que aunque uno siguiera tomando las pastillas como que la guagua se afirma”.... Pero yo pensaba que no iba a pasar nada.” Pero fue difícil aceptarlo”. “No, es que yo tengo un niño de 3 años. Como que no sé... como que decía que no... Pero después me dije bueno sea lo que Dios diga no más. Como que uno se acostumbra a tener 4 hijos.” (Pro/13)*

Pacientes que señalan haber tenido la intención de quedar embarazadas.

*“Sí, tenía ganas porque ya tengo 28 años... además tengo una pareja bien estable... entonces me nació ese instinto materno... y nos pusimos en campaña”. “Pero costó un poco soltarse porque él no quería casarse, o sea más que nada yo quería casarme primero”. “Cuando yo me embaracé empezamos a convivir”. (Pro/3)*

*"Lo que pasa es que como estuve tanto tiempo queriendo... Yo ahí quería y lo anhelaba. Se puede decir que yo rogaba. Pero nunca pude. Me metí en la cabeza de que no podía tener un hijo y me costó 3 años quedar embarazada". "Y al final cuando ya me estaba relajando no me di ni cuenta y quedé embarazada".*

*"Al principio uno se casa y obvio que tienen que venir los hijos, y en el caso mío no venían. Y era una frustración para mí porque no se los podía dar. Porque yo pensé que tenía algo y que no podía tener hijos. La matrona me dijo que no tenía nada". "El me dijo una o dos veces, sobre todo el primer año que nos casamos, después en el segundo año en la Pascua él esperaba... siempre me decía que esperaba. Y él no más quería un hijo y me lo daba a entender y yo me sentía mal..". Después este año él se preocupaba menos de mí. No le importaba si comía o no.... El después empezó a llegar medio medio (hace gesto de tomar) y me decía : pero porqué, tanto que te he pedido un hijo.... Yo quiero tener un hijo. O sea como que me acusaba a mí de todo.... Yo me sentía impotente, tenía rabia de no poder decir porque me quedaba callá' no más.." (Pro/9).*

#### Pacientes que tienen *embarazos de término*.

Pacientes que tienen la intención de quedar embarazada.

*"[...] pasaron los años y fuimos a planificación familiar y me dijeron que después de 5 años podía tener familia. Lo cual yo no iba a esperar.*

*Yo no tomaba anticonceptivos porque de hecho siempre estábamos planeando tener una familia. No importaba la situación, no importaba si estábamos casados a no. Porque de hecho ahora tenemos 2 hijos y estamos casados y tenemos una familia y un hogar".*

*"Sí, tener un nuevo ser en la casa, es un hijo, formarte como pareja, como persona como una mujer. Entonces son muchos los roles que tú puedes completar como persona. Que te faltan".*

*"Yo siempre quise tener otro hijo. Te lo digo porque yo soy hija única. Y experiencias de hija única no tuve las mejores. Siempre estuve sola.. entonces yo no quería lo mismo para mi hijo"(Pro/2)*

*"Planificado, sí. Con mi marido queríamos tener guaguaita. Estábamos ilusionados con tener guaguaita". "Intentamos año. La verdad es que me iba a poner en tratamiento para poder quedar. Pero después de ahí quedé puh...No tuve necesidad de ponerme en tratamiento"*

*Cuando no quedaba embarazada era triste. A mí me encantan las guaguas. Igual le pusimos hartito empeño con mi marido. Hasta que salió este chicoco. Costó, pero salió" (Pro/4)*

*"No porque no me cuidé nunca". "Nunca tomé nada". "Siempre era mi sueño de tener un ... hijo hombre sí. No esperaba una hija mujer".*

*Para mí fue un poco duro porque me pilló todo de sorpresa. Pero después no.. Es que el problema es que nosotros pololeamos muy poco y yo quedé embarazada muy rápido."*

*"Bueno, yo siempre desde chica soñaba con un hijo y siempre pensaba : por último si no tengo un hijo", por último voy a adoptar uno" (Pro/8)*



*"Si yo tenía ganas de otra guaguita". "De primera estaba tomando pastillas, pero ya después las dejé para quedar embarazada" (Pro/14)*  
Pacientes que señalan no haber tenido intenciones de quedar embarazadas.

*"Yo creo que salió por eso [buscando tener un niño después de 2 hijas]". "No, para qué te voy a decir una cosa por otra... Pero igual, salió así y tenía que tenerla no más". "Me estaba cuidando, pero un día me olvidé de tomar la pastilla y ahí salí embarazada. Pero ahora ya, gracias a Dios no voy a tener más... Ahora ya estoy tranquila". (Pro/6)*

*"Esta gorda no. No estábamos pensando en tener otra guagua, pero yo no podía usar dispositivo porque soy alérgica. La "T" de cobre me hizo pésimo, no puedo tomar pastillas porque soy diabética y estábamos usando preservativo y en un momento de euforia, se nos olvidó".*

*"Yo tenía la opción de un muy buen trabajo, un trato agradable, con un horario cómodo, con un buen salario. Entonces te ves enfrentada a una guagua y sin opción ya de ese trabajo... Por ese lado le anduve achacando la ilusión a mi pareja... pero ya no. Ya lo superamos super bien".*

*"Estuvimos cuidándonos 2 años con sistema de ritmo y siempre resultó.. O sea salió el embarazo porque él sabía a consciencia, yo pienso que era un día en que no se debía hacer. Yo siempre he tenido la sensación de que él quería".*

*No creo que haya sido así : "la madre naturaleza que nos envió la guagua" porque yo se que él lleva bien las fechas, además que él me dijo inmediatamente... o sea él sabía a lo que iba. No fue ingenuamente.... (Pro 10)*

*"No todavía no quería quedar embarazada. No porque tenía miedo. En el otro embarazo tenía también miedo".*

*"Tenía la "T" puesta y fui en diciembre a sacarme el Papanicolao y yo pienso que ahí me la deben haber soltado porque después de eso quedé embarazada." (Pro/12)*

#### • *Constatación del embarazo*

Pacientes que tienen *parto prematuro*.

Casos en que la constatación del embarazo es casi inmediata:

*"Supe al primer mes porque no me llegó la regla" (pro/1)*

*"Yo sentía unos latidos... y como que no me llegaba la regla y como que me preocupé un poco" "A mi me costó aceptar... de que estaba... embarazada. Me costó ir a la matrona. Me costó hacerme exámenes. Me costó entenderme. Y mi mamá me decía : Teni cara de empachá'. Tú teni cara de embara'. Pero yo no quería". "No quería sufrir de nuevo. Porque tanto que pedí antes y no llegaba. Tenía miedo a que me dijeran fuerte: No puedes quedar embarazada". "Yo tenía como 2 meses y yo ya estaba sintiendo cosas"... Fui a la matrona cuando tenía como 4 meses. Cuando llegué yo ya tenía la ilusión porque ya me había hecho un Pregnosticón en mi casa. Después cuando fue positivo me sentía un poco feliz, pero no sabía si sentirme feliz o mal porque no estaba segura" "Estaba asustada,*

*porque no sabía cómo lo iba a enfrentar sola” Me hice la ecografía cuando tenía 25 semanas con 11 días. Y me sentí bien. Pero después no sabía como decirle a él, para que no creyera que quería retenerlo con un hijo. Pero él como que ya sabía”. (Pro/9)*

La constatación del embarazo se produce en forma tardía e incluso en el momento del parto.

*“Yo lo detecté al cuarto mes, porque durante los otros meses me llegó la menstruación igual, aunque en menos cantidad, pero igual. La matrona me dijo que era una inflamación al útero y después me hizo un test de embarazo y ahí apareció positivo. Pero de ahí sí me lo seguí tratando” Antes no sospechaba nada porque de las otras guaguas me daban mareos, nauseas, pero de esta no, nada...”. “Cuando ya supimos asumimos igual la responsabilidad. Claro que a mi me costó pa’ asumirla, sí... Porque ya como el niño estaba de 8 años uno ya se independiza... pero igual ya asumi”. “Cuando la matrona me lo dijo ... fue algo que no esperaba ... Decía otro hijo más... otra carga más.... No es molesta, sino que es más trabajo para mí. Ser independiente como era antes, ya no lo voy a ser”.... Ahora voy a tener que volver a la casa con los niños”. “Cuesta empezar todo de nuevo con una guagua otra vez” (Pro/7).*

*“Supe a los 3 meses que estaba embarazada”. “Es que no me llegaba la regla . Me llegó 2 gotitas y yo pensaba que me iba a llegar al otro es y no.... “No, no me enfermaba” . “Después tuve una gripe y fui al médico, pero andaba con una sensación y dije voy a ir a la matrona mejor.” “Porque yo me quería poner en tratamiento y la matrona me dijo que no estaba embarazada y me dio una cachá’ de remedios. No se cómo los remedios no me hicieron mal, abortar, porque yo me los tomé todos”. “Después fui a otra parte y ya tenía 3 meses de embarazo”. (Pro/13)*

*“O sea.... estoy ahí... De hecho yo no sabía que estaba embarazá’... quedé pero totalmente sorprendida.... No sé puh, quedé ahí”.  
Y de ahí no me enfermé en mayo. Me llegó la regla como siempre... después sentí que me crecía la guata, pero no quise darme cuenta en el fondo. No quise darme cuenta de que podía ser un embarazo. Lo sospechaba pero no quise darme cuenta. Y hasta que ahora, hasta hace 2 semanas atrás.. o sea me enfermé como una regla y después antes de venir la guagua estuve con dolores....”  
“[...] como en el consultorio ya me habían dicho que podía ser un embarazo yo ya lo tenía como... yo ya más o menos sospechaba” (Pro/5)*

La constatación del embarazo provoca sentimientos depresivos, rechazo, angustia.

*“Al principio me costó, porque no pensaba quedar todavía, todo fue a la primeriza en ese aspecto,, y al tiro quedar embarazada, entonces como que me llegó de frentón todo y de ahí lo fui asimilando”. “Me dio como bajón.... una depre”(Pro/3)  
“Me di cuenta como a los 2 meses. No quería tener otro hijo. Y al final tuve que aceptarlo”. (Pro/11)*

*"Los nervios me vinieron cuando supe que estaba embarazada". "Quedé embarazada con las pastillas. Antes usaba la "T", pero me la saqué pa' descansar porque ya no aguantaba el dolor y después se me fueron alargando los días y de ahí tomé anticonceptivos".*

*"De pura dejación, porque yo quería sacarme la "T", descansar un mes y después volver a ponérmela. Pero empecé a tomar pastillas y ese mismo mes quedé embarazada"*

*Cuando supe .... mal. Sí porque ... no sería tanto el embarazo porque teníamos que estar pagando arriendo.... había que estar pagando todo a los niños, comprando ropa... Y decíamos qué vamos a hacer con otra guagua más, sin tener casa propia"*  
(Pro/15)

La paciente tiene un discurso confuso en cuanto a las condiciones en que queda embarazada. Se desprende un deseo velado de abortar.

*"Yo tomaba pastillas., pero con los remedios que me dio la matrona a tomar... con eso no hace efecto... cuando uno toma antibióticos". "La matrona me explicó que aunque uno siguiera tomando las pastillas como que la guagua se afirma". "Fue sorprendente, porque de haberme dicho la matrona que no estaba embarazada y sí estaba". Se me olvidó tomarme una pastilla y siempre me he acordado. Y ahí quedé embarazada... Pero yo pensaba que no iba a pasar nada."Pero fue difícil aceptarlo". "Como a los 3 meses supe que tenía placenta previa. Así es que también me decían que podía perderlo o no... Hasta ahora último el médico me dijo que tenía que guardar reposo para que llegara a las 36 semanas. Pero ese mismo día me vine para acá". "O sea ese día me puse a lavar... Bueno con máquina, pero igual tenía que ir atrás a tender... y a lo mejor yo pienso que puede haber sido eso." (Pro/13)*

Paciente que manifiesta haber tenido deseo de abortar.

*"Sí, si quería. Pero no, no porque yo quería, no era el momento. Pero al final me arrepentí. Dije que si estaba de dios...bueno sí..." (Pro/15)*

Pacientes que tuvieron *embarazos de término*.

Pacientes que constatan el embarazo casi de inmediato.

*"Aaah... al tiro, porque no me llegó la regla y de ahí me hice un test y estaba". "Imaginate fue algo maravilloso, después de que había querido tanto quedar embarazada..... (Pro/2)*

*"Yo me di cuenta sola, porque no me llegaba la regla y además tenía síntomas, mareos. Se me nublaba la vista y ahí empecé a ir al ginecólogo". "Eso fue al primer mes". "Cuando me dijeron para mí fue una alegría grande... Fue una alegría grande y a mi marido le dio igual alegría" (Pro/4)*

*"Yo creo que a las 3 semanas porque eché de menos la regla". "Cuando supe eh..."*

*cuando el ginecólogo me dijo que tenía como 21/2 semanas de embarazo... eh ... estaba nerviosa. Pero no pude llorar. No sé si iba a llorar de alegría o de... o de pena pero no pude llorar. Pero fue mi marido que me trató de consolar.” (Pro/8)*

*“Eh... al tiro como no me llegaba me hice un test y salió positivo”.*  
*“Me impresioné un poco.... porque no sé... estaba sola.. supe del embarazo sola...Mi pareja no estaba porque quedó cesante y viajó a trabajar en una mina. [...] Porque a él le cuesta comunicarse porque no puede llamar cuando quiere. “A la vez estaba super contenta, super contenta porque... porque él es un hombre que yo amo tanto”. (Pro/6)*

*“O sea yo me di cuenta al tiro, al primer mes. Y de ahí empecé a controlármelo, pero no desde el primer mes desde el cuarto. “No sé siempre o sea desde el primer embarazo que fue así” (Pro/14)*

Pacientes que señalan haber sentido rechazo al saber de su embarazo. Sin embargo, este sentimiento cambia al saber el sexo del hijo.

*“Sí porque al principio había como un cierto enojo ¿te fijas?. Una lata estar embarazada otra vez, en rechazo en lo más innnnntimo así siendo bien honesta. Sentía un rechazo por el embarazo, pero en el momento que supe que era niña, fue distinto. Porque cuando tienes hijos hombres son de la mamá hasta que llega la polola”. “Cuando supe que era niña me sentí que iba a tener compañía. Porque al principio son como del papá, pero al final terminan siendo eteeernas con la mamá, incondicionales con la mamá”.*

*“Supe cuando no me llegaba el primer periodo”. “Mi marido tiene sus fechas, tiene su sistema muy organizado. Entonces cuando nos dimos cuenta él me dice : “negra lo siento, estay embarazada”. “Es él el que lleva la cuenta de cuando me llega la regla”. “No, yo no, yo soy super desorganizada, fechas yo no (enfática)” (Pro/10)*

Paciente que teme pasar de nuevo por una situación traumática debido a un embarazo anterior.

*“Bueno yo soy como reloj con mi regla y en marzo no me llegó y después de 5 días me hice el test y ahí supe...”. “Igual lloré porque o sea de nuevo volver a lo mismo... me daba miedo... la cesárea. Eso es más que nada para mí” (Pro/12)*

- *Cómo se desarrolló el embarazo actual (vómitos, nauseas, presión alta, etc.)*

Pacientes con **partos prematuros**.

Pacientes cuyos embarazos se desarrollaron sin dificultades de tipo médicas.

*“Tuve un embarazo normal no más ”. “No tuve nada nada, ni vómitos, ni nauseas...” (Pro /1).*

*“Fue un embarazo bueno, sin complicaciones” (Pro/3)*

*"Cuando llegué acá a tener la guagua me dijeron que tenía presión alta. Antes nada. lo único que me decían era que la guagua era chiquitita no más". (Pro/9)*

*"No tuve ninguna complicación" (Pro/11)*

Pacientes que tuvieron complicaciones médicas durante el embarazo.

*"El médico me hizo una ecografía y ahí aparecía que le niño era muy pequeño para los meses que yo tenía". "Me internaron por 20 días y me pusieron corticoides para que fuera madurando un poquito." (Pro /7)*

*"Este embarazo fue malo porque me subió la presión, retención de líquido, todo eso entonces fue malo." (Pro/11)*

*"No fue muy bien, no. Pasaba en cama, tenía que guardar reposo porque tenía placenta previa ." "Como a los 3 meses supe que tenía placenta previa. Así es que también me decían que podía perderlo o no... Hasta ahora último el médico me dijo que tenía que guardar reposo para que llegara a las 36 semanas. Pero ese mismo día me vine para acá". "O sea ese día me puse a lavar... Bueno con máquina, pero igual tenía que ir atrás a tender... y a lo mejor yo pienso que puede haber sido eso." (Pro/13)*

*"Fue malo, pésimo". "Me subió la presión. En los otros nunca nada. Y los nervios que me atacó también". No sé ni yo sé que me pasó". (15)*

Pacientes que no asisten a los controles médicos.

*"No, no fui nunca a control, cuando empecé con dolores fui al consultorio y ahí me dijeron que me tenía que hacer una ecografía pa' saber si era una guagua y no me la alcancé a hacer porque fue la noche que me trajeron al hospital. "O sea estaba con contracciones super fuertes y como yo sé lo que es doler de un hijo, dolor pa' tener un hijo, entonces me imaginé que podía ser un hijo...." (Pro/5)*

*"Fui a la matrona cuando tenía como 4 meses. Alcancé a ir a 2 controles y ahora me tocaba el tercero." (Pro/9).*

*"Desde como los 5 - 6 meses me empecé a controlar". "No me había querido controlar antes porque no quería reconocer que estaba embarazada". " O sea decía voy a ir, voy a ir, y pasaba el tiempo y no iba"(Pro /11)*

Pacientes que tienen *partos de término*.

Pacientes cuyos embarazos se desarrollan sin dificultades de tipo médicas. Pacientes que señalan haberse cuidado durante el embarazo.

*"Con este embarazo me cuidé mucho más. Comí fruta, tomé leche todo el tiempo, dejé de fumar, de tomar alcohol. Fue como una dieta, pero una dieta de cuidados". " Subí 5 kg no más y no 35 como con el otro".  
Estuve trabajando un tiempo, y después me retiré para cuidarme".*

*"Este embarazo fue excelente". No tuve ninguna complicación. No me dio depresión como fue en el otro embarazo..." (Pro/2)*

*"Síiii, Primero me controlé con el ginecólogo cuando supe que estaba embarazada y después me empecé a controlar normalmente". "Las náuseas me duraron los 9 meses, pero aparte de eso nada más, ninguna complicación de que tuviera que estar en reposo... no nada de eso". (Pro/8)*

*"No, lo que tuve hasta los 8 meses fue reflujo, pero eso nada más ". "Con ella nada. Yo trabajé hasta los 7 meses. Nunca pasó nada." "En ese sentido fue un buen embarazo" (Pro/12)*

Pacientes que tienen dificultades médicas durante el transcurso del embarazo.

*"Empecé a tener complicaciones a los 6 meses". Tenía contracciones eran muy seguidas y me tuvieron que poner supositorios para sujetar la guagua y que no naciera antes".*

*"Tenía vómitos, bastante, no se me querían quitar. Ya iba pa' los 4 meses y la matrona me dijo que máximo tenían que durar 3 meses no más... después se me fueron cortando de a poco". "A los 6 meses no más empecé con complicaciones, que no podía caminar... eh... iba a comprar y me sujetaba la guata. Era como si se me fuera a salir y de ahí fui a la matrona y que tenía que ponerme supositorios". "Pero era lo mismo. Y el jueves fui a la matrona y me encontraron anemia..." "Y me mandaron a otro hospital a tratarme la anemia y no pude porque quiso salir antes" (Pro/4)*

*"Super mal. Sí porque estuve a punto de perderlo porque tenía placenta previa, estuve en reposo, no pudiendo trabajar". "Me dijeron que tenía placenta previa a los primeros meses y que tenía que reposar. Me lo pasaba en reposo".*

*"Con harto vómito y náuseas. Hasta los 3 meses y de ahí se me pasaron, pero igual tenía asco a la carne, las ensaladas, la palta".*

*"[...] fijese que yo creo que si él hubiese estado junto con nosotras el embarazo hubiese sido mejor no me hubiera sentido tan mal... Quizás..."*

*"Al último mes soñaba que a él [a la pareja] lo veía lejos, soñaba que no lo alcanzaba. Yo estaba sumamente enferma y soñaba que yo me reía al verlo. A veces soñaba que estaba junto a mí apoyándome. (Pro/6)*

*"Complicado porque tuve diabetes gestacional. Eso también es un poquito la lata que me da detener hijos". "Eso es la diabetes puh... no cuidarse. No, no me cuidé como debiera cuidarme". "Te prohíben las cosas dulces, etc pero vives con ganas de comer cosas dulces...." "No me siento preparada pa' afrontar la diabetes a futuro". "A parte de eso un poco de náuseas y eso, pero cosas que uno sabe que van a venir" (Pro/10)*

*"Eh bien, lo único que me dio fue diabetes gestacional y tuve que controlarme casi todas las semanas". "Se me declaró casi a los 6 meses". "Entonces la preocupación de que el niño creciera demasiado... todo eso se juntó".*

*"Lo único que me complicó fue la diabetes, pero me cuidé, bueno mientras pude porque a veces era difícil, nada de dulce, nada de pan.... pero me cuidé". (Pro/14)*

- *Cómo fue acogido su embarazo por la pareja y la familia en general.*

En el caso de las pacientes que tuvieron *partos prematuros*.

Casos en que la familia no saben del embarazo.

*"Yo nunca les dije porque tenía miedo a que me rechazaran como a mi hermana que igual es madre soltera." (pro/1)*

*"Seguramente, mi patrona le contó a mi hermana que había tenido una guagua..." Les dije que estaba muy choqueada y no quería que mis papás supieran. (Pro/5)*

*"Yo pensé que mi familia se iba a alejar. O sea estábamos alejados, pero con esto del embarazo y ahora que mi guaguita está ahí, mi familia se ha acercado... de a poquito" (Pro/9)*

Casos en que la paciente comparte la noticia de su embarazo con la pareja, pero él se enoja, aleja o le propone que se haga un aborto.

*"Cuando le dije ya después de 3 meses, él quería que me hiciera remedio". Yo pensaba que me iba a corresponder y no fue así". "Estuve con él 1 año y después de que supo que estaba embarazada no quiso saber nada más de mí" (Pro/1)*

*"Ay eso fue lo más terrible, se enojó, sí...". "No, porque después ya empezó a tomarle cariño a la guagua mía .... ya dijo, vamos a tener que luchar no más. (Pro/15)*

Pacientes cuyas parejas y familia aceptan bien el embarazo.

*"Sí, él quería [un hijo]". "Mi pareja estaba feliz cuando le dije que estaba embarazada y decidimos irnos a vivir juntos" (Pro/3)*

*"El lo tomó como lo más natural... él feliz de la vida y yo lloraba... si yo no quería. Si desde un principio le gustó y hasta ahora." (Pro/7)*

*"El me apoyó hartito. Me dijo que era una decisión de Dios y que no había que rechazarlo".*

*"Están contentos, felices con los nietos, son sus primeros nietos" (Pro /11).*

*"Sí, él quería. Nunca me dijo : Oye hácete algo, porque no le gustan esas cosas. Si quedaba embarazo quedaba. Lo tengo que tener y listo" (Pro/13)*

Pacientes que tienen *embarazo de término*.

Pacientes que cuyas parejas se muestran positivos frente al embarazo..

*"Sí, el me apoyó siempre en todo. Nunca me dijo piénsalo bien o arrepintámonos"*. (Pro/2)

*"El me apoyó en todo". "A mi marido le dio alegría igual".*

*"Siempre tenía miedo de que pudiera pasar algo malo. Se lo decía a mi marido, conversaba con él y él me apoyaba, me decía que tenía que estar tranquila y no tener miedo porque eso le hacía mal a la guaguaita".* (Pro/4)

*"El está feliz, super feliz". "Además que salió niño estaba más contento todavía"*

*"Si cuando nació el niño y la niña ahora el lloró, Se emocionó. Yo me siento apoyada por mi marido por mi suegra y por mi mamá también". Buena relación con las 2 familias. Incluso mi suegra me cuida al niño. Ella le da las comidas a la hora, su leche... Y si tiene fiebre ella me avisa al tiro. En ese sentido no puedo quejarme de ella.* (Pro/12)

Pacientes que no planificaron el embarazo pero que igual reciben el apoyo de la pareja y/o de la familia al momento de constatar el embarazo.

*"Y le conté por teléfono y ahí vino a Santiago y se contentó y decidimos tenerlo. Me dijo: "No podemos hacer nada" y entonces decidimos tenerlo y estábamos contentos".*

*"Sí, sí, sí... es más, él quería mujer... Pero yo quería hombre o sea como él, pera está bien pues, el ganó (se ríe)* (Pro/6)

*"Sí... es que he tenido el apoyo de él. Igual que anoche en el parto estuvo conmigo y pudo conocer a su hija en el momento. Así es que he tenido bastante apoyo de él. Así es que yo creo que me hizo conformar". "Un poco asustado también porque... somos muy jóvenes[...], pero igual qué le vamos a hacer. No podemos hacer nada"*

*"Mi marido vino a verme y me trajo esas flores".*

*"Me llevo bien con la mayoría de la familia de él, sobre todo con mi suegra".* (Pro/8)

*"Síiii, claro que sí, me apoyó, no hay problema en eso". "Mira al principio estaba feliz. A él le encantan los niños, si él pudiera tener una docena, un equipo de fútbol, el feliz, pero... yo soy más realista. Y ese cuento que donde comen 2 comen 3 y comen 4, yo no me lo creo. Y por ese lado cuando empecé a sentir mi rechazo frente al embarazo, se lo hice entender y ahí como que fui matando la ilusión un poco... Pero ya pasó, ya estamos de acuerdo".*

*"Mira tengo uno que es excepcional, es el 2do. El está feliz. Tuvimos que pedir permiso para viera a su guaguaita en la ecografía, Le sudaban las manos, porque él lo único que quería era que la guagua fuera mujer." "El más grande ya tiene su vida. A él lo único que le interesa es que yo esté bien"* (Pro/10)

Pacientes que relatan un cambio de la actitud de la familia al saber del embarazo.



*“Antes de quedar embarazada me trataban mal. O sea que me atacaban todos, me levantaban calumnias, me pelaban con las vecinas que era floja... que no le tenía la ropa limpia a mi marido... Y después de que embaracé cambiaron harto, me apoyaron en todo. O sea de preocupaban harto por mi. (Pro/4)*

• *Ansiedades relacionadas con el embarazo (temor al parto)*

Ninguna de las pacientes que tuvieron *partos prematuros* señaló haber tenido alguna ansiedad relacionadas con el embarazo o el parto.

Dos de las pacientes que tuvieron un *embarazo de término* señalaron haber estado asustadas o angustiadas ante la inminencia del parto.

*“Claro estaba asustada de cómo iba a ser el parto, si iba a haber complicaciones. Estaba asustada”*

*“O sea me imaginaba que algo no estaba funcionando bien. Me decían que no bajaba la guagua... me la volvían a ver....” . “Siempre tenía miedo de que pudiera pasar algo malo”.*

*“Tenía miedo de los dolores de parto. De todo un poco. Cómo iba a salir, si iba a ser sanito”. No se me pasó hasta ayer”. (Pro/4)*

*“Yo era la que más me pasaba películas, pero él me decía que tenía que estar tranquila porque no iba a pasar nada, que iba a ser todo diferente. Incluso cuando me vino a dejar igual... cuando iba llegando estaba muerta de miedo y me dijo que tenía que estar tranquila para salir luego”*

*“En los 2 embarazos el 5to lo veo super... yo digo pasado el 5to todo está mejor, pero antes uno siempre está con esa angustia de que algo pudiera pasar”. (Pro/12)*

• *Ansiedades relacionadas con el hecho de ser buena o mala madre*

Una de las pacientes del grupo de mujeres que tuvieron un *parto prematuro*, señaló temer por las reacciones que pudieran tener frente a sus hijos.

*“Como he visto tantos casos de repente digo : No vaya a ser cosa que se me de vuelta la cabeza y de repente un niño por ahí botado, me da lástima. Prefiero darlo en adopción”. (Pro/1)*

Una de las pacientes del grupo de mujeres que tuvieron un *embarazo de término* señaló que temía por las reacciones que pudiera tener frente a su hija en vistas que ella misma fue víctima de una situación de violencia intrafamiliar. Era golpeada por su padrastro y luego de que éste se fuera de la casa, fue golpeada por la madrastra.

*“Todos me decían que era difícil, que a la vez era bonito, pero difícil pa’ cuidarlos”.*

A la afirmación : A usted el preocupa poder ser buena mamá la paciente responde : *“Sí, sí, sí y no saber cómo criar a mi hijo bien.” “He pensado muchas cosas, cómo seré de mamá”. “Paciencia no tengo mucha porque me he dado cuenta con las sobrinas de mi marido. A veces les digo que son tan desordenadas y contestadoras y en eso me dan ganas de.... (se ríe)”. “Por eso tengo miedo con mi chicoca. No se cómo voy a ser con ella”. (Pro/4)*

- Categoría relacionada con el parto y nacimiento

• *Circunstancias en que ocurre el parto.*

En el caso de las mujeres que tienen *partos prematuros*.

Pacientes que señalan haber pasado un mal rato en momentos previos a que se desencadenara el parto

*"Justamente fue en una de esas ocasiones que lloré mucho [su mamá y hermana tratan a su pareja como cabro chico y lo mandonean] habían mandoneado a mi pareja. La noche anterior había tenido una discusión con mi mamá y al otro día se me rompieron las membranas" (Pro/3)*

*"Porque en la casa pasé una rabia. Me empezó a doler la boca del estómago y le dije a mi hija que me acompañara a la posta. Ahí me tomaron la presión y llamaron a la ambulancia." "Pasé rabia con los niños, pasé rabia con mi cuñá', pasé rabia con él.. y ahí ya se desencadenó la cosa" . (Pro/15)*

Sólo una paciente señaló no haber seguido la indicación médica de guardar reposo.

*"Hasta ahora último el médico me dijo que guardara reposo pero ese mismo día me tuve que venir para acá". " .... ese día me puse a lavar. Bueno con máquina pero igual tenía que ir atrás a tender... A lo mejor yo pienso que puede haber sido eso..." (Pro/13)*

Pacientes que tienen *embarazos de término*.

En general los síntomas de parto se produjeron sin que hubiera habido una circunstancia especial previa a este evento.

Sólo una de las pacientes señala haber estado lejos de su pareja en el momento en que se desencadenó el parto. .

*"No, él no sabe que nació porque lo habíamos programado para el 14... El iba a llegar más o menos en esos días y me adelantaron el parto".  
Sí... sí... Cuesta tomarlo, pero lo tienes que asumir. O sea asumir la responsabilidad de una madre a la vez como padre porque uno está sola.. sin poder hacer los trámites, no poder caminar, no poder salir a comprar porque sufrí harto." (Pro/6)*

• **Sentimientos surgidos por el hecho de haber tenido un parto vaginal o una cesárea.**

En el caso de las pacientes que tienen *partos prematuros*.

Una paciente no emite ninguna opinión con respecto de haber tenido una cesárea.  
Esta paciente es primigesta.

Pacientes que manifiestan desilusión por el hecho de haber tenido una cesárea.

*"No fue como yo me había imaginado. Estaba muy dormida y ni siquiera pude escuchar llorar a mi guagua"* (Pro/3)

*"Es diferente. No sentí nada, porque me durmieron toda. Si ni sentí, ni me di cuenta cuando nació. Si cuando me empezaron a sacar las cosas... pregunté : ¿ya nació?, "Sí, fue hombrecito". Pero yo no me había dado ni cuenta aparte que estaba medio inconsciente."* (Pro/11)

*"Yo prefiero mil veces un parto normal que una cesárea. El parto normal es doloroso, pero uno queda mejor después, porque la herida de la cesárea duele más".* (Pro/15)

Pacientes que tienen *partos de término*.

Pacientes que se sienten frustradas por el hecho de haber tenido una cesárea.

*"Yo venía preparada para las contracciones y eso... y después a última hora todo cambió....todo cambió porque el niño venía con el cordón enrollado al cuello[...]".  
"No fue como el primero yo sentí cuando nació, lo oí llorar, en cambio este no... fue como artificial, no me di cuenta cuando lo sacaron, yo estaba media dormida y me dijeron: despierte señora ya nació.... Pero ahora tengo las 2 experiencias una real y una artificial".* (Pro/2)

*"Fue una cesárea programada porque yo tenía 41+3 semanas y no nacía, no tenía trabajo de parto, nada".*

*"Sí estaba despierta, pero igual es como traumante. A uno como mujer es como fuerte...porque uno siente que de repente te vas y como que vuelves eh... no sé puf... el solo hecho de que ya tu guata no está como antes. Al menos a mi me afecta. Me siento como acuchillá'. Una cosa así no me hubiera pasado con un parto normal."  
"Con un parto normal te puedes mover mejor, puedes atender a tu guagua mejor, te sientes menos inútil en cambio este es complicado". "es como complicado asumir la cesárea".* (Pro10)

*"Igual lloré porque o sea de nuevo volver a lo mismo...me daba miedo... la cesárea. Eso es más que nada para mí". "Es que uno o sabe lo que va a pasar, cómo va a quedar".*

*"Mi marido le tiene miedo a la casarea" "Incluso después de esa cesárea de las trillizas pensaba que no quería tener más hijos porque quedé toda morada como si*

*me hubieran dado una paliza, los brazos, la guata...” “No sé nunca me explicaron nada. Me quedó la cara toda hinchada morada.*

*“Cuando nació yo estaba consciente”. “, (Pro/12)*

*Pacientes que dicen no haberse encontrado muy conscientes en el momento del nacimiento de su hijo/a.*

*A la pregunta : Cómo fue la cesárea la paciente responde : “Bien”. “Yo creo que me acuerdo cuando nació porque la matrona me enseñó... yo me acuerdo... estaba como inconsciente y la matrona me enseñó la guaguaita: “es mujer, es mujer”. Entonces abrí los ojos y nuevamente volví a cerrarlos” (Pro/6)*

*Pacientes cuyo discurso no es negativo frente al hecho de haber vivido una cesárea.*

*“A parte de los dolores fue bonito. A pesar de que me pusieron anestesia y estaba inconsciente cuando salió mi guaguaita...”. No si me acuerdo, estaba consciente... Sí. (Pro/4)*

*“Sufri más de este [forceps] que con la cesárea”. “Lo que pasa es que no salía y después ya hubo que hacer forceps. No había caso”. “Ah sí , la cesárea es más molesta, pero en el parto sufrí más. (Pro/14)*

• *Afectos surgidos luego del nacimiento del hijo/a. Reacción al ver al hijo/a por primera vez.*

*Pacientes que tienen partos prematuros.*

*Pacientes que señalan haber sentido emoción y al mismo tiempo sentimientos de decepción, frustración por no poder estar junto a su hijo/a. O por no poder verlo/a. Sentimiento de no ser madre por el hecho de no poder dar los cuidados maternos (mudar, dar pecho, etc) a sus hijos/as.*

*“Preciosa. Pero es una cosita tan indefensa, [...] Ay, no sé qué haríamos nosotros sin ella”. “Me hubiese gustado al tiro tenerla conmigo” “Ahora me lleno de pena con mi bebé ahí tan lejos mientras todas están con sus guaguas al lado”. “En la sala de recuperación trajeron las guaguas a las demás mamás para que les dieran de mamar y a mí no.... Me dio tanta pena, pero no pregunté nada hasta más tarde y lloré sola. Después tampoco pude verla porque tenía que hacer reposo... cuando llegó mi pareja no podía creer que todavía no conociera a mi hija. Tengo todo claro, pero es difícil que me conforme (llora)... ahora mismo cuando fui a verla, una enfermera me dijo que me fuera porque necesitaban los delantales para que las otras mamás pasaran... Sí, si puedo volver, pero no me convengo a ir... (llora) qué saco con volver si voy a*

estar ahí viendo no más... No puedo realizarme como yo quiero. Entonces colaboro acá [en la sala de puerperio] con mis compañeras cuando van al baño... Ayudé a esa señora que está al lado porque con lo machucá que llega uno ... a uno le cuesta vestirse y le cambié la ropita a su guaguita.... Entonces fue una cosa tan triste (llora)... Le ayudé a ella y me ayudé a mi misma porque yo no había hecho eso con mi niña... "No sé... al ver a las otras y yo sin ella ... me siento tan vacía. Miraba a las mamás cuando se despiertan en la noche o se desvelan porque el bebé despertó... qué se yo todas esas cosas.... Ay no sé ahora estoy más llorona que nunca" (Pro/3)

"... tuve que quedarme acostada por la presión alta que tenía y por eso no la podía ver y me sentía un poco mal porque no me dejaban verla. Si no lo pude ver ni cuando me la sacaron porque como era tan chiquitita". "La preocupación de si estaba bien o no porque no me informaban nada y yo preguntaba y más me retaban que lo que me decían". "Yo me imaginaba que estaba más mal de lo que estaba y que por eso no me decían nada. Como que ellos mejor se quedaban calla'os. Uno piensa eso". "Me decían que era chiquitita y uno dentro de su cabeza no sabe la dimensión que es chiquitita". "... de 11/2 Kg uno se lleva pensando y pensando". Puedo ir a verla en la mañana y en la tarde, pero pa' uno eso es poco. Yo sé que está bien allá, pero igual no es lo mismo que tenerla al lado de uno". "cuando voy para allá quiero tomarla, quiero tenerla a mi lado y no puh... tengo que meter la pura manito acariciarle la cabecita y tocarla no más. O sea no puedo tomarla." Claro que el primer día no me dejaron tocarla". "Ahora cuando fui la vi un poquito no más, porque me dijeron que no me demorara".

"Te dicen que te sientas bien y claro uno lo hace más para que te vean que estás bien, pero dentro de uno, uno igual esta media.... triste y to'..." "Uno tiene toda la tarde pa' pensar y pasarse muchos rollos"(Pro/9)

"Fome, fome porque sin verlo, no sé como es.. Fue fome porque después uno tiene que estar preocupado de saber qué fue... de que se lo pueden cambiar... puede fallecer... nadie le dice puede decir nada..." "Yo no siquiera lo vi al nacer.". "La primera vez que lo vi fue hoy día". "Cuando lo vi fue lindo. Estaba respirando bien.. estaba moviéndose igual como si estuviera moviéndose dentro de la guatita" "Es demasiado chiquitito" (Pro/15)

"Yo las veo... las veo y veo todo lo que le hacen y no... no.. yo no puh.... está por allá, entonces igual es fuerte". Pucha me digo, que por qué no pude haber sido como todas las otras mamitas que... pero no fue así... De repente como que da rabia.."(Pro/9)

"No me sirve estar acá, porque tengo que estar pidiendo permiso para ir a verla. Por lo menos cuando me vaya ya va a ser mi decisión si la quiero ver todo el día. No voy a tener que esperar que ellos me digan "puede o no puede". Y cuando a uno le dicen que no... o sea.... rabia... decirle.... pucha no es su hijo. ¿Le gustaría a usted que....?. O sea de contestar, pero por no ser mal educada y no hacer problema me quedo callá' [llora] (Pro/9)

*"Bonito. Es que yo me imaginaba que lo iba a ver más chiquito, más flaquito, pero no... Por eso te digo que me conformé, porque yo me lo imaginaba que le iba a ver las costillitas, pero no... Se ve bien. (Pro/7)*

*"No, no tengo rabia... a lo mejor pena, pero de llorar.. no. No porque yo se que uno sale adelante y yo voy a salir" (Pro/11)*

Imposibilidad de expresar lo que sienten, de llorar, por el hecho de estar en la sala de puerperio.

*"Si tengo ganas de llorar lloro, pero acá como que no he tenido tiempo para eso... Porque si me ven llorando me van a preguntar... y van a estar preocupados.... En realidad acá no he podido estar así como relajá'. Me dan ganas de llorar, pero ahí miro y me retengo" (Pro/9)*

Sentimientos de preocupación por el estado del /la hija/a.

*Es preciosa... pero es una cosita tan indefensa, pero le pido mucho a Dios que la salve... Ay no sé qué haríamos nosotros sin ella. (Pro/3)*

Da la impresión de que la paciente siente la prematurez de su hija como una complicación en su organización cotidiana ya que deja el cuidado de sus otros hijos con su abuela en la cual no confía mucho porque es demasiado viejita, que la idea de angustia o preocupación por su estado de salud.

*"Yo la vi bien, es gordita, grande. Pero ojalá no le pase nada. Hay que tener fe no más". Así es que ... no sé qué irá a pasar... ojalá que no pase nada.. porque a nosotros nos tienen 4 días con la cesárea... Así que tengo que seguir viniendo a verla acá... todos los días" Me dijeron que como una semana se va a quedar en la máquina.... [A la afirmación : No es tanto, la paciente responde] "No, pero igual tengo que estar viniendo todos los días... (Pro/13)*

Se constata que en el caso de la paciente que decidió dar a su hija en adopción hay una clara reticencia a establecer un vínculo afectivo ya sea a través del contacto visual, de la lactancia. Incluso va a neonatología solo 2 días después de haber nacido su hija. Por otra parte, en varias ocasiones durante la entrevista habla de su hija usando el pronombre masculino.

*"Hoy día no más fui a verla. Nació el lunes en la tarde y fui a verla hoy miércoles, pero está sanita". "Fuimos con otra chica más y como le sacaron sangre y como se sentía mareada, volvimos al tiro. La matrona estaba apurada en traernos"*

*"Cuando la vi me causó emoción, pero no tanto tampoco. Ni rechazo tampoco, ni rechazo, ni nada".*

*"Ya tomé la decisión y ese niño quiero que esté bien. "[...] Preferí tenerlo" (Pro/1)*

[A la afirmación : "Debe ser difícil estar acá donde están todas las mamás con sus guaguas", la paciente responde] : *"Claro... y uno se aburre" (Pro/11)*

Sorpresa al constatar la presencia de la guagua. Sentimientos ambivalentes por el hijo.

*"... la vi un ratito no más y me fui, porque como le digo estoy totalmente choqueada con lo que me pasó" [haber tenido un hijo]. "Hoy me quedé más rato y estuve observando". "Al verla así, porque ayer sentí como rechazo por ella... hoy, no sé, me sentí rara, me dije: por qué sentí rechazo si es una persona tan indefensa y no tiene nada que ver con lo que pasa. Incluso le pedí perdón a Dios por sentir rechazo por ella".*

*"Como que no podía aceptar la realidad, era como una pesadilla lo que me estaba pasando". " Como que todavía no asumo... y pienso qué voy a hacer con otra guagua. La única posibilidad es dársela a mi hermana .. como pa' estar cerca de ella y darle cariño porque igual no puedo dejársela a mi hermana [adopción]. No puedo llegar y abandonarla"*

*"No sé, no siento ese amor tan grande que se siente por un hijo cuando nace, esta guagua es diferente al primero".*

*No se, pa' mi ojalá' no hubiera nació la guagua. Seguir siendo la misma de siempre, trabajar siempre, estar con mi otro hijo. Estar como siempre que no existiera eso... Para mí sería lo justo. Esto es como una pesadilla, una pesadilla.*

*"Viéndola no me puedo hacer la lesa, ella está ahí, quiera o no quiera, voy a tener que estar con ella, voy a tener que asumirlo... Quizás los días anteriores estaba como más achacada, pero ahora lo tomé como... como que lo estoy asumiendo" Al principio yo no quería ser mamá. Totalmente rechazaba a la guagua... Ahora no lo estoy asumiendo.. estoy más tranquila*

*"En la mañana había una niña que se ponía a llorar porque no podía entrar a ver a su guagua y yo me decía ¿cómo no puedo sentir lo mismo?. Me siento tan mala, pero no puedo sentirlo... aunque yo quiera sentirlo... No lo siento".*

(Pro/5)

Sentimiento de angustia y decepción por tener que partir del hospital sin el/la hijo/a.

Por una lado está la razón médica y por el otro el sentimiento de tener que partir.

*"Lo que pasa es que mañana me voy y me voy sin la bebé... (llora)". Es algo que no me había imaginado nunca, nunca ni siquiera cuando llegué a urgencia, nada... No se me pasó por la mente [llora].[...] mañana voy a salir destruida de aquí"(Pro/3)*

*"Ella tiene que estar aquí el tiempo que sea necesario. O sea lo tomo así... Se que*



*mañana me tengo que ir sola y hoy vi a muchas mamás que se iban con sus guaguas ... Y a uno le da pena (llora abiertamente). ¿Por qué a mí?, yo no entiendo... ¿Por qué me tiene que pasar una cosa tras otra? ¿Por qué por una vez no puede ser una cosa bien para mí?. Pero no puedo estar quejándome y decir ¿por que no me la entregan"... yo se que acá está mejor que en la casa... Tanto que he esperado un hijo y me pasa esto, es fuerte". "uno siempre tiene la ilusión de tener un hijo que nazca bien, como ve a las otras mamitas que se lo entregan al tiro. Pero no así que te lo quiten y que no pueda tenerla al lado y solo tenga que mirarla... (Pro/9)*

#### **Pacientes que tienen *partos de término*.**

Pacientes cuya primera reacción es de alegría, emoción ante el nacimiento del hijo/a.

*"Lindo, algo indescriptible. Emoción. Estaba sanito, bien"*

*"Me he sentido más aliviada al conocerlo. Me dijeron que estaba bien, que había salido sanito, sin problema..." (Pro/2)*

*"Alegría pero a la vez pena porque mi pareja no estaba acá para compartir conmigo. Pero espero que diocito nos ayude y que se pueda venir luego".*

*"Sí... tranquila,, la quiero tanto... Va a ser alta como su padre.. no tiene ningún problema y según el médico va a ser muy inteligente". "Estaba mirando el expediente y el médico dice que es muy despierta. ¿No es cierto que es linda? (Pro/6)*

*"La vi cuando me la mostraron y venía llorando. Después me la llevaron a la sala de recuperación para darle pecho... fue bonito." "Mi marido también vino a la sala de recuperación". "Ah no yo estoy feliz de que sea niñita. Tener una parejita es el sueño" (Pro/12)*

Pacientes que en un primer momento se sienten decepcionadas por el hecho de que su guagua no es del sexo que ellas esperaban.

*"Igual digo que hay que quererlo igual, no se puede devolver (se ríe). Tenía que recibirlo igual sea niñita o sea niño. (Pro/4)*

*"Es que mira, ¿sabís qué? Cuando nació, llega la matrona me lo muestra y me dice: "mira es mujer" y entonces yo quedé así : "pucha que la lata, es mujer, yo quería hombrecito". Entonces los 2 nos quedamos así mirando y a la vez me dio risa porque era tan chiquitita". "Si me ha costado un poco conformarme que fue niñita. Es que estábamos con la ilusión, ya le teníamos hasta el nombre". "Le teníamos el nombre del papá. Y no teníamos ningún nombre de mujer. Hasta ahora todavía no. Yo creo que se va a llamar Antonia. (Pro/8)*

Ambivalencia con respecto del nacimiento del hijo/a

*"Pero feliz [con énfasis], porque imagínate después de 3 niños hombre ya todos grandes, ella va a venir a rejuvenecernos un poco. Mi pareja también es mayor*

*tiene 46 años y yo 36, como... Ya estábamos pensando en salir solos, en como renovar la pareja ¿te fijas?, en dejar a los niños con alguien y arrancarnos un ratito por ahí. Y ahora otra vez estamos con la cosa de la guagua, pero vamos a ver como resulta esta cosa. Espero que bien puh."*

*"Claro que tengo susto porque ya estoy vieja pa' este cuento. O sea ya tenía a mis hijos grandes ya, independientes, estaba preparada como pa' otra etapa de mi vida".*

*"Emocionante [cuando supo que era niña] porque es como lindo porque yo siento que él me regaló algo pero que yo también le regalé algo a él". "Porque claro la idea no era tener tantos hijos, pero igual conseguí la niñita ¿te fijai?. O sea a lo mejor una compañía, a lo mejor base muchas esperanzas en esa compañía que voy a tener con mi hija, pero es lo que me llena y es lo que me recompensa las cosas materiales, entre comillas, que te digo que perdí" (Pro/10)*

#### • **Lactancia**

##### **Pacientes que tuvieron partos prematuros.**

Dos pacientes manifiestan una negativa más o menos explícita de dar pecho a su hijo. Una de ellas es la madre que ha decidido dar a su hija en adopción, en el otro caso la negativa se da en una paciente cuyo discurso general muestra una ambivalencia marcada por el hijo, que persistió hasta el final del albarazo.

[A la pregunta : piensa dejarle leche, la paciente responde]: *"No, no sé. No". "Me dijeron que podía sacarme leche y dejarle, pero me decían que lleva horas pa' sacarse leche...". (pro/1)*

*"Yo creo que me va a ir bien". "Mañana tengo que ir a dejarle leche" [al tercer día del parto] (Pro/11)*

##### **Madres que se sienten pesimistas frente a la lactancia.**

A la pregunta de "¿Cómo le ha ido con la lactancia"?, la paciente responde: *"Pésimo... yo creo que ahí me pasó lo que....Yo creo que debe ser natural... que se tiene que dar y no que se tenga que sacar... Por más que intento, que me masajeo no sale nada... Ni siquiera me duelen los pechos... Nada no me siento llena... nada... nada... Ahora me duelen los pezones porque me estoy esforzando para que salga aunque sea una gotita de suero. No sale nada así es que hoy día no pasé a sacarme leche... (Pro3)*

[Habla de su madre y de su lactancia] *"Porque ella no me podía dar de mamar. Ella quedó delgada, quedó super mal después que me tuvo a mi. No me pudo dar pecho porque se le cortó. Yo no me podía acercar a ella. La vecina me daba."(Pro9)*

*"No, no me ha bajado todavía". "Con las 2 mayores bien, pero con el menor no me bajó nunca leche. Le tuve que dar relleno". "Pienso que me va a pasar lo mismo. Que no voy a tener" (Pro/13)*

Sentimiento de no ser madre al no poder dar pecho a su hija.

*"Y a parte que tenía que sacarme leche y no...no...Y tenía que llevarle leche, tenía que sacarme leche, más que nada para darle de mi propia leche". "... y ahí me vinieron a decir que tenía que dejarle sí o sí leche. Y ahí más la preocupación pa' poder dejarle".*

*... Da rabia y lo pero es no tenerla a mi lado y poder darle pecho yo misma. O sea tengo que sacarme y dejarle y yo no sé si... Yo se que me estoy sacando y le dejo. Sé que va para allá, pero no lo veo. Yo no veo que le estén dando. Entonces igual ... debe tener hambrecita o algo... porque cuando uno le da pecho uno sabe que ya le dio. Uno lo ve. Pero yo no lo veo."*

*"O sea yo me siento... yo digo... pucha soy mamá y a la vez no soy porque no tengo al lado a mi hija, ella no puede depender de mí. De hecho ahora ella depende de lo que le están haciendo allá, pero no depende de mí" ".... de no recibirla al principio ahora me ha costado" (Pro/9).*

Madres que se muestran optimistas frente a la lactancia.

*"En decantes fui, pero estaba cerrado y me he estado sacando yo sola..." "Sale pero no tanto, igual no se me llena el pecho como.... Pero mi hermana dijo que como a los 3 días se me iban a empezar a llenar los pechos"*

*"Sí... yo creo que voy a tener como con mi primer hijo, yo pienso que no me ha bajado porque no está directamente la guagua, en la mañana estuve toda la mañana estimulándome. (Pro/5)*

*"Super bien.. Es que he tomado harta agua. Si ayer me tomé 4 jarros" "Ayer fui al lactario y me saqué. Después en la tarde fui de nuevo" (Pro/7)*

Pacientes que tuvieron *embarazos de término*.

Pacientes que se sienten optimistas frente a la lactancia.

*"Yo tengo o tuve esa vez harta leche y el niño engordó rápido y creció. Este es igual al primero, pero más chiquitito, no hay mucha diferencia" (Pro/2)*

*"Bien, tengo harta leche y la Paloma toma bien.(Pro/6)*

*"No, ningún problema". "Sí, tenía ganas porque para los niños es importante darle pecho porque cuando no lo toman se crían muy... como que les cuesta pa' crecer, les cuesta pa' agarrar peso. En cambio cuando toman leche materna los niños crecen ligerito. No se crían desnutridos" (Pro/8)*

*"Sí, sí, toma bien no hay problema". "Ah no, le voy a dar hasta que se pueda y que sea sano pa' ella yo todo lo que quiera". (Pro/10)*

*"Sí, bien. Ni'un problema" Hoy día en la noche que pasó ha pedido pecho.. el primer día pasaba puro durmiendo, pero ahora ya pide más". "Toma harto, chupa harto y después se queda dormida". "Pienso darle hasta los 2 años- 21/2 años". (Pro/12)*

Pacientes que sentían incertidumbre con respecto a la lactancia.

*"Sí, también tenía miedo de que no iba a recibir (leche) o de que me lo iban a dejar acá" "Que lo iban a dejar acá por no tomar pecho, por no alimentarse". "Cuando me lo pasaron fue bonito, sí. No tuve ningún problema. Tomó al tiro". "Es bonito vivir una experiencia así. (Pro/4)*

- **Preocupaciones relacionadas con el devenir del niño**

Pacientes con *parto prematuro*.

El pronóstico entregado por los médicos es positivo lo que lleva a las pacientes a tener una actitud más confiada respecto del futuro de sus hijos/as.

*"No estoy preocupada. No tanto tampoco. Sé que está bien que nació sanita, eso es lo más importante" (Pro/1)*

*"Y cuando conversé con la matrona me dijo que estaba bien y que le faltaba subir de peso no más y ahí yo creo que me la van a entregar, pero a mí no me han dicho "Yo diría que bien. O sea estoy confiada y tengo fe de que va a evolucionar bien. Se que el niño enterando los 2 kg me lo puedo llevar. Estoy tranquila. La matrona me dijo que el niño está evolucionando bien... que no hay problema. No estoy angustiada ni nada. Confío en los médicos" "Nosotros vemos al niño y a simple vista vemos que está bien. Pero igual de repente uno queda... Pero no. Hay que esperar no más". (Pro/7)*

*"Cuando me dan de alta, me han dicho que está bien no más" (Pro9)*

Pacientes que sienten incertidumbre por el estado de salud de su hijo/a.

*"Igual no he querido preguntar nada, a lo mejor porque quedé tan desilusionada al principio en el parto. Encuentro que no me van a satisfacer con la respuesta que me den y ahora estoy como a la defensiva con todo... Pero creo que voy a ir a consultar porque si no me voy a enfermar si sigo así" (Pro/3)*

*"El doctor me dijo que los resultados no eran ni buenos ni malos, que había que repetírselos" . "... está con oxígeno porque estaba con dificultades respiratorias y la están alimentando con sonda"(Pro/5)*

*"Está en una maquinita que parece que la ayuda a respirar y tiene que estar 3 días. Si pasa esos 3 días empieza a recuperarse. Pero está estable. El médico dijo que teníamos que tener fe no más. Así es que tenemos que esperar." "Por un lado me siento bien y por otro me da cosa. Como uno los ve ahí... uno no sabe lo que les va a pasar..."(Pro/13)*

*"Que iban a tratar de... salv... de salvarlo parece, no sé porque los pulmoncitos no los tiene maduros" "Tengo que confiar en Dios no más..." "No sé no me han dicho nada. Es que no saco na' con preguntar. Me dijeron que estaba bien no más... ¿Qué saco con preguntar?" "Yo nunca pensé que iba a ser así"(Pro/15)*

#### **Pacientes que tuvieron *embarazos de término*.**

Paciente cuya hija nació con una mancha de nacimiento en la cara.

*"Mira de eso estoy bastante preocupada, porque cada vez que viene el médico me deja peor. Me dijeron que podía ser algún síntoma de epilepsia, me dijeron que había que hacerle una ecografía el cráneo porque podía tener alguna malformación y se hizo una ecografía y nada. Ahora me la van a mandar a un dermatólogo para ver si hay alguna forma de atenuarle esa mancha en la carita. Y a un neurólogo para la epilepsia. Esperamos que todo sea nada. Me da mucha pena porque los niños son tan crueles que se van a burlar, imagínate en la adolescencia... espero que el tratamiento para la mancha esté al alcance de uno. Porque claro hay cura pal' cáncer, pero no todos pueden pagarla". "Bueno lo que podamos tenlo 100% seguro de que estamos dispuestos a hacerlo."*

*"Al principio me afectó. Es que te dicen todo cuando tu te estás recuperando de la anestesia y yo pienso que tendrían que esperar, pienso que los médicos tienen que informar, pero pienso que deberían esperar un poquito porque estai saliendo de la anestesia y te preguntan por antecedentes familiares, cosas que en ese momento no se está 100% lúcida. Y cuando me dijo que tenía un problema en la cara, que venía con una marca... ay.. me imaginé 200 mil cosas".*

*Mi marido no lo asimiló bien porque me vino a ver a recuperación y fue tan rápido: "hola como estai" y ni siquiera se enteró. Y yo le digo "mira la niña tiene una manchita" y me dice "no importa, va a pasar". Entonces después le conté por teléfono porque no ha podido venir por su trabajo". "Porque tampoco quiero cargarle mucho la mata con cosas negativas porque yo se que pa' él es difícil también no venir a verme."*

*"Es complicado porque todas las mamitas tienen sus guaguitas y o he visto ninguna con complicaciones más que la mía. Entonces me da un poquito de envidia sana digamos..." (Pro/10)*

Paciente que tuvo una experiencia traumática en un embarazo previo en el que mueren sus trillizas 24 hrs después del parto.

*"Si está bien, está sanita ha mamado bien. Claro que me la sacaron antes de los 9 meses a las 38 semanas. Porque yo tengo 2 cesáreas anteriores".*

*"Es que tuve trillizas una nació muerta y las otras murieron después..." Igual pasé por psicólogos... igual uno cae en depresión. Y después con mi segundo embarazo igual me daba miedo de que me pasara lo mismo, incluso hasta con la niña tengo miedo ahora."*

*"Siiii, tenía miedo de que pasara algo. Yo creo que eso nunca se me va a olvidar, es una experiencia... Y más encima las 3 por cesárea, uno cree que va a vivir lo mismo (Pro/12)*

• *Cómo se imaginaba a su hijo antes de nacer.*

En el grupo de las madres que tienen un *parto prematuro*, solo una paciente señaló no haber pensado en un nombre para su hijo/a y no haberse imaginado cómo iba a ser. El resto, señaló haber imaginado las características físicas del bebé, pensaban en un nombre, etc.

*"Yo ni siquiera había pensado en un nombre, nada. Estaba ahí no más" (Pro/5)*

*"Por la forma de la guata siempre me imaginé que era niño. Aunque las ecografías mostraban que era niña. Pero cuando nació y supe que era niña igual me sentí feliz y mi pareja también". "Teníamos pensado ponerle Víctor Hugo [Victor por un tío de ella y Hugo por la pareja]. Pero ahora que es niña se va a llamar Marisol Alejandra" (Pro/3)*

*"No, mi marido le pone el nombre y él viene mañana". No nunca me imaginaba nada porque yo me imaginaba que podía haber sido niña. Y si era niña ya teníamos más o menos un nombre... pero nunca me imaginé que iba a ser hombre de nuevo.... puros hombres... (Pro/7).*

*"Sí, sí, me preguntaba cómo iba a ser, si se iba a parecer a él o a mí. Pero no pensaba mucho en eso. Pensaba más en cómo lo iba a hacer más que cómo iba a ser ella." "Cuando me preguntó el médico no quise saber lo que era [sexo]. "Yo sabía que él quería hombre y si yo sabía que era mujer... me hacía sentir más mal. "El nombre lo eligió él. Fue una impresión fuerte porque él viene y me dice : "Se llama Esperanza". Eso es todo. O sea no me dijo yo voy a elegir un nombre y tú otro..." "Después dije Esperanza... Bueno que yo le había elegido otro nombre. Pero después mi hermana me dijo que él había dicho que el segundo nombre se lo iba a poner yo.(Pro9)*

*"Elegimos el nombre de antes que naciera" (Pro/11)*

*"Se va a llamar Génesis. El lo eligió" (Pro/13)*

Pacientes que tienen *embarazos de término*.

Pacientes que se imaginaba a sus hijos/as antes de nacer y que habían escogido un nombre.

*"Sí, nos gusta Joaquín y ahora estamos buscando el segundo nombre. A mí me gusta Matías, a él le gusta otro nombre...."*

*"Me imaginaba que iba a ser goooooordo.... grande... como mi primer hijo." (Pro/2)*

*"Mi marido quiere buscarle un nombre, porque dice que para el niño elige él y para la niña yo... Y en la ecografía salía niña y yo le tenía. Era Eli. Pero salió niño".*

*"Es bien difícil. Me había hecho la idea de que era niña.".*

*Me lo imaginaba grande... porque me decían que era grande... y blanco como el papá o como el tío que podía salir moreno, negro (se ríe). Pensaba a quién iba a salir" (Pro/4)*

*"Se llama Paloma Andrea". "Bueno primero yo quería María Fernanda y después decidimos Paloma Andrea. Es que es complicado escoger nombres porque tiene que ir con el apellido. A mí me gusta que suene bien". Yo quería María Fernanda porque su papá se llama Fernando, pero a él no le gusta que los hijos se llamen como el papá".*

*Yo sentía que iba a ser niña porque su papá me puso ese arito en febrero y yo le pregunté ¿Fernando por qué 3 corazones? y él respondió porque tú eres el primer corazón, al lado es la guaguaita y al lado soy yo. Entonces yo dije va a ser mujer...*

*(Pro/6)*

*"Todavía no le tengo nombre".*

*"Sí si sabía lo que era""Supe el jueves pasado cuando vine a hacerme una ecografía". "Siempre era mi sueño tener un hijo hombre". "Cuando quedé embarazada me quedé con la ilusión de que iba a ser hombre. Entonces cuando me hice la última ecografía ahí fue que me dijo el doctor que era mujer. Y bueno obligada a aceptar, no me quedaba otra." "Siempre cuando uno es primeriza una quiere un hijo hombre poh.. y después vienen las mujeres. Además mi marido quería un hijo hombre". (Pro/8)*

*"Supimos que era niña en una ecografía a los 5 meses". "Fue emocionante"*

*"La princesa se llama Alondra. Al papá le gustaba ese nombre para el hijo anterior su fuera niña". "Y ahora le pusimos Alondra a ella y realmente le pega, es como suavcito" (Pro/10)*

*"Se llama Lucas". "Si preguntamos el sexo, pero nunca nos aseguraron nada. Nos dijeron que probablemente iba a ser niña. Así es que estábamos preparados para las 2 cosas". "No teníamos ninguna preferencia".*

*“Pensaba a quién se iba a parecer, si al papá o a mi o a alguien de la familia, pensaba en las maldades que va a hacer cuando más grande, Pensábamos en el nombre”.* (Pro/14)

La paciente señala no se imaginaba a la guagua por temor a que pasara algo malo en el parto.

*“Sí, ponte tú yo no pensaba en eso. Lo único que quería era que fuera rápido, que pasara luego. No me preocupé de comprarle ropa nada hasta el final. No como otras mujeres que a los primeros meses ya andan mirando, yo no, tenía que pasar el tiempo.”*

*“Sí me hice ecografías pero ella nunca se dejó ver. No sabíamos el sexo. Si incluso para acá le traje ropa celeste y mi marido cuando vino le trajo ropa rosada”. “Yo pensaba que iba a ser niño porque la guata no tenía la forma de niña. O sea la tenía puntuda y todos me decían que era hombre.*

*“Cuando la veía en la ecografía me sentía bien, pero a la vez quería sabe qué era, porque tengo un niño ahora”.*

*“A mi marido siempre le ha gustado Macarena y con ese nombre quedó, pero yo no quería pensar mucho en eso.. prefería mejor cuando la guagua naciera, cuando estuviera bien, ahí pensar en un nombre”* (Pro/12).



## 2.- Análisis relacional

Los resultados de esta investigación preliminar confirman la existencia, para estos grupos, de una combinación de factores que podrían tener una incidencia en el desencadenamiento de un parto prematuro.

Debido al tipo y la cantidad de entrevistas realizadas para esta investigación, no fue posible extraer, a partir del material obtenido, la complejidad del aparato psíquico de las pacientes. Lo que sí se tiene, en el grupo de madres que tuvieron un parto prematuro y que no se presenta en el grupo de madres con un embarazo de término, son algunas situaciones, referidas por las pacientes como el alejamiento de la madre en la infancia, situaciones de violencia y posible abuso sexual vividas con el padre, el ser hijas de madres solteras o de madres abandonadas por su pareja.

En cuanto a las condiciones económicas, las pacientes que tuvieron un parto prematuro refieren, en general, estar en una situación económica bastante precaria, por ejemplo, algunas madres señalan no tener dónde llegar con su hijo/a después del parto. En la muestra hubo madres solteras que señalan no contar con el apoyo de una pareja ni de un entorno familiar. Por el contrario en el caso de las mujeres que tuvieron un parto a término, en general, las madres refieren tener una situación, si bien estrecha, que les permite tener un espacio para compartir con su pareja e hijos. Por otra parte, en este grupo todas las pacientes señalaron contar con una pareja, familia u otros que las apoyaba.

A partir de estos datos, parecería que las madres que tuvieron un parto prematuro tendrían una representación más pobre de sus redes sociales y económicas que aquellas que tuvieron un embarazo a término. Esto podría incidir en la manera en cómo éstas madres viven su embarazo y la llegada del hijo/a, resultando más difícil para las madres que tuvieron un parto prematuro, debido a las necesidades y urgencias del hijo que no se sienten capaces de afrontar. Un ejemplo que ilustra este punto sería el caso de una paciente que tuvo un hijo prematuro y decide darlo en adopción: *“Prefiero darlo a una familia que esté mejor. Es lo mejor para él”. “Si me quedo con él ¿a dónde me voy a ir?”. “No tendría donde irme”* (pro/1).

En el marco de la presente investigación, y de acuerdo al discurso de las pacientes se podría pensar en una interrelación entre variables de tipo socio-económicas y psicológicas.

Pareciera haber, efectivamente, situaciones de mayor apremio en el grupo de madres que tuvieron un parto prematuro, sin embargo se considera que sería interesante, en una futura investigación, profundizar sobre la representación de las redes sociales en ambos grupos y ver si, efectivamente, habría diferencias significativas entre ellas y cómo estas representaciones inciden en la vivencia del embarazo.

En cuanto a aspectos de tipo psicológico, se pudieron distinguir dos variables que parecieran tener alguna relación con la ocurrencia de un parto prematuro. Una primera variable que llama la atención en las entrevistas, es la diferencia, entre los dos grupos, en relación a la representación materna de la parturienta, que incide de manera decisiva en el momento en que la mujer deja de ser hija y pasa a ser ella misma madre (H. Deutsch). La otra variable se refiere al deseo de hijo : deseo manifiesto de maternidad o deseo no manifiesto.

El discurso de las mujeres que tuvieron un parto prematuro respecto de sus madres es lacónico, no da cuenta de un lazo afectivo sólido de confianza, de apoyo, de complicidad entre ellas. Ninguna de las entrevistadas se refiere abiertamente en términos positivos a su madre. Las pacientes se representan a sus madres como madres más bien ausentes, habiendo incluso algunas mujeres que señalan sentirse apoyadas más por su patrona que por su madre.

Por el contrario, las mujeres que tuvieron un parto a término se refieren a sus madres en términos más positivos, describen un tipo de relación cruzada por el afecto, la amistad, la confianza y el apoyo. En general, se trata de mujeres que consideran que pueden contar con sus madres para ayudarlas en la crianza de sus hijos/as, para darles un apoyo económico, etc. En este grupo el discurso de las pacientes refleja más claramente la identificación de la mujer con su madre, señalan su parecido con ella, sienten admiración por los esfuerzos hechos por su madre en favor de la crianza de sus hijos.

El discurso de las pacientes nos lleva a pensar que, en general, las madres que tuvieron un parto prematuro, a diferencia de las madres que tuvieron un parto a término, podrían haber interiorizado una representación materna negativa, poco protectora, que podría entrar en conflicto con el deseo de hijo expresado por el embarazo. Estas mujeres no habrían interiorizado una representación materna lo suficientemente buena, en términos de Winnicott, que les permitiera asegurar, a futuro cuando ella misma va a ser madre, la protección de su hijo en esta etapa de la maternidad. Así, pareciera ser que, de acuerdo a este estudio

preliminar, el tipo y calidad de la representación materna interiorizada por la mujer influye en el modo de desencadenamiento del parto.

H Deutsch postula que durante el embarazo se produce una doble identificación por una parte, la mujer se identifica con el feto y por otra se identifica con la madre. El yo de la mujer debe encontrar un armónico compromiso entre la identificación inconsciente con el hijo, que se dirige hacia el futuro, y la identificación con su madre que se dirige hacia el pasado. Siguiendo el planteamiento de esta autora, siempre que una de estas identificaciones presenta problema, surgen dificultades en el embarazo. En todos los casos la capacidad para la maternidad se relaciona con esta identificación a la madre, constituyendo un factor determinante en el curso del embarazo

Así, a partir del postulado de H. Deutsch, según el cual las mujeres durante el embarazo realizan una doble identificación, con el feto y con la madre y basándonos en el discurso de las pacientes, se podría pensar que las madres que tuvieron un parto prematuro presentarían características particulares en cuanto a estas identificaciones.

Tal como se planteó anteriormente, se podría pensar, a partir del discurso de las pacientes que tuvieron un parto prematuro, que éstas podrían haber interiorizado una imagen materna negativa. Una representación materna carente, incapaz de haber asegurado, en la infancia de la futura madre, la función de protección, es decir, de protección de exceso de estímulos tanto internos (hambre, frío, sueño, etc) como externos (ruido, sobre estimulación, etc). Habrían quizás interiorizado una imagen materna incapaz de constituir una unión madre hijo marcada, en términos de Winnicott, por cuidados maternos suficientemente buenos. En estos casos, la futura madre no tendría un modelo de maternidad que la asegurara en su rol de madre dadora de vida.

Todo esto lleva a pensar que la ocurrencia de un parto prematuro podría tener relación con trastornos a nivel de la representación materna interiorizada por la mujer. Así, durante el embarazo, las madres que tuvieron un parto prematuro, se identificarían, por una parte, con la madre al ser ella misma gestadoras de un hijo, y por otra, se identificarían con el feto repitiendo la relación primitiva con su propia madre. Si se acepta como posible la hipótesis que estas mujeres habrían interiorizado una representación materna negativa, entonces se podría suponer que en la identificación al feto estas mujeres revivirían situaciones de carencia, de angustia. En estos casos podría surgir un conflicto, por ejemplo, entre el deseo de hijo que

se manifiesta a través del embarazo y la representación materna negativa. El parto prematuro podría significar la imposibilidad de la paciente a simbolizar este conflicto. Así, podría suceder que en un intento de proteger al feto, la madre "opte", en términos inconscientes, por una resolución a través del cuerpo. Se podría pensar que estas mujeres no tendrían acceso, en ese momento, a recursos psíquicos de simbolización a través de sueños, de la palabra, etc., expresándolo, entonces, a través de una somatización; por ejemplo, un parto prematuro, entre otras posibilidades.

Sin embargo, esto no quiere decir que toda mujer que haya interiorizado una imagen materna carente tendrá un parto prematuro. La resolución para cada caso dependerá, entre otros, de las posibilidades psíquicas de cada mujer, de las fijaciones a las organizaciones pregenitales, de la forma en que se "resolvió" el complejo de Edipo, etc.

Cabe destacar, que esta expulsión no se realiza en un momento cualquiera del embarazo, por ejemplo abortándolo, sino que en un momento en que la vida es posible. De esta manera, lo protege de sí misma, dejándolo al cuidado de otros que sí pueden hacerse cargo de este hijo, proporcionándole todos los cuidados que ella no se siente capaz de dar debido a la carencia de una representación materna lo suficientemente buena y tranquilizadora.

En otros términos, en un intento de diferenciarse de su madre, por no encontrar un referente materno que le permita convertirse en madre receptiva, capaz de envolver, de cerrar su cuerpo y proteger a su hijo hasta el término del embarazo, la madre prefiere, perderlo, expulsarlo.

La imbricación de diferentes elementos tales como el deseo de hijo, las posibilidades psíquicas, las condiciones actuales económicas y afectivas, entre otras, cobrarían un peso específico para cada caso, haciendo que el embarazo de cada mujer con su historia personal llegue a un término o a otro.

Cabría la posibilidad también que, a pesar de existir un deseo manifiesto de hijo y que las condiciones externas sean lo suficientemente sólidas, el término del embarazo se de en forma prematura. En este caso se podría pensar, entre otras posibilidades, que el rechazo de identificación de la parturienta con su madre es de tal magnitud que no logra ser contrarrestado por la madurez de otras instancias psíquicas ni por la estabilidad en otras áreas de su vida o bien que el deseo de hijo no es lo suficientemente sólido como para cristalizarse en un hijo de término. Según M. Langer, si sólo hubiera un rechazo al hijo o si este fuera muy

intenso, el embarazo ni siquiera se produciría. Para que se produzca, pero continúe lleno de trastornos deben existir dos tendencias opuestas que entren en conflicto.

Por el contrario, los resultados harían pensar que las pacientes que tuvieron un parto a término, habrían podido interiorizar una representación materna positiva que se encuentra mucho más accesible en términos conscientes. El tipo y calidad de la relación con la madre, descrita por la parturienta, le habrían permitido identificarse con ella en su desarrollo psicosexual, dándole la solidez necesaria para enfrentar esta primera etapa de la maternidad. No obstante, según una investigación realizada por Henriette Klein et al., la ausencia de trastornos en sí no es prueba de una aceptación gozosa y libre del embarazo. Por ejemplo, una mujer angustiada por su embarazo puede intentar negarlo, desplazando sus temores y dudas sobre otros problemas. La rapidez del parto, que podría parecer un desarrollo ideal de un proceso biológico complicado, puede ser la consecuencia de una situación neurótica. En estos casos, el conflicto podría presentarse en los primeros momentos de la unión madre/hijo con disfunciones a nivel de la lactancia, sueño etc., y/o o en etapas posteriores.

Otra posible forma de entender la ocurrencia del parto prematuro podría ser a partir de la teoría de M Klein. Hay mujeres que logran embarazarse sin mayores dificultades, y otras, como por ejemplo aquellas que tienen un parto prematuro, estarían en conflicto con su feminidad. Este conflicto podría formularse como resultado de dos corrientes diferentes de fantasías inconscientes: las primeras pertenecen a la posición esquizo-paranoide y las segundas a la posición depresiva. En el marco de esta investigación, se podría pensar que las mujeres que llegan a tener un parto prematuro, tendrían un funcionamiento predominantemente esquizo-paranoide, por el contrario, las madres que tuvieron hijos de término tendrían un funcionamiento predominantemente depresivo.

En el caso de las mujeres que tuvieron un parto prematuro, albergar el pene, el semen o el feto dentro de sí misma podría significar haber robado algo que pertenece a la madre, podría significar ganarle y triunfar sobre ella. Por eso mismo implica el peligro de castigo y de su destrucción. En estas circunstancias, la salvación consistiría, por ejemplo, en desprenderse de un embarazo robado, llegando así a una expulsión prematura del feto. Por el contrario, en el caso de las mujeres que tuvieron un parto de término, estos temores paranoides entrarían en conflicto con el deseo de reparar a la madre destruida (posición depresiva) a través de su

propio embarazo y parto feliz, deseo de devolverle lo robado a través de un hijo sano y de dar fe, de esta manera, tanto de su bondad y tolerancia como de la integridad del propio cuerpo.

Es difícil encontrar en la muestra casos que avalen estas hipótesis debido a ciertas limitaciones de este estudio preliminar. Las entrevistas realizadas no dan cuenta de las fantasías de las madres durante el embarazo. Hubiera sido necesario realizar entrevistas clínicas durante el proceso de gestación. Por otra parte, el tiempo (máximo de 4 días, en el mejor de los casos) y las condiciones de la hospitalización hacían bastante difícil realizar las entrevistas debido a que las pacientes no se encontraban disponibles físicamente luego del parto, la dificultad de encontrar un momento apropiado para realizar la entrevista (visitas del médico, matrona, aseo, etc.), la necesidad de la paciente de ir al lactario para extraerse leche, visitas a su hijo en neonatología, etc.

Así, se dejan planteadas una serie de hipótesis que podrían ser investigadas en estudios futuros. No obstante, es evidente que cada caso tiene su propia dinámica y conflicto, lo que significa que un intento de explicación que podría ser válida para una mujer no lo será para otra.

El deseo de hijo y la forma en como éste se expresa resultó ser otra variable que se expresaba de manera distinta en los grupos y que pareciera tener alguna incidencia en el parto prematuro.

La maternidad, como parte integrante de la sexualidad femenina, podría gratificar, a través de su realización, múltiples deseos de naturaleza inconsciente de la mujer. La mujer podría desear un hijo porque esto significa recuperar a su propia madre y también porque le permite identificarse con ella. También podría anhelar un hijo para comprobar su propia fertilidad. El deseo de un hijo puede corresponder a su deseo inconsciente infantil de regalar un niño a su padre. El feto podría representar para su inconsciente el pene anhelado. Desde luego, el deseo de maternidad puede expresarse también a través de causas conscientes como anhelar un hijo para revivir su propia infancia o para darle precisamente lo que ella no tuvo. La mujer podría desear un hijo por rivalidad con las demás mujeres, o para retener a su marido o por necesidad de status o por cualquier otra causa actual.

La presente investigación no permite establecer las determinantes internas y/o externas, que llevaron a las pacientes a embarazarse. Sin embargo, se constata que los discursos de ambos grupos difieren en cuanto a la verbalización de este deseo.

Tal como se planteó anteriormente, el deseo de hijo puede materializarse como respuesta a deseos inconscientes. Sin embargo, el sólo deseo de hijo no sería suficiente como para que una mujer llegue a ser una madre suficientemente buena, en términos de Winnicott. Así, puede que una madre geste un hijo sin haberlo deseado conscientemente y, sin embargo, se convierte en madre en el sentido de mujer gestadora. Es decir que esta mujer gesta biológicamente un hijo, pero no cuenta con los recursos psíquicos para convertirse en madre protectora. Esto podría significar que habría un conflicto entre el deseo de hijo y alguna otra instancia psíquica.

En este sentido, y a partir del discurso de las pacientes, se podría entender el parto prematuro como una protesta psíquicamente determinada, debido a que el deseo de hijo entra en conflicto, ha sido inhibido por causas internas o externas, o han surgido dificultades en la psique de la mujer embarazada para aceptar el papel de dadora. Esta protesta que se manifiesta a través del parto prematuro, se opone así al proceso biológico.

Al analizar las entrevistas de la pacientes, se tiene que los grupos se diferencian entre sí en cuanto a la verbalización de un deseo o de un no deseo de hijo. Así, la mayoría de las madres que tuvieron un parto prematuro señalan no haber tenido la intención de quedar embarazadas, sin embargo tuvieron relaciones sexuales no protegidas, o sabiendo que habían olvidado tomar el anticonceptivo. Esto hace pensar en un deseo inconsciente de maternidad expresado a pesar del discurso hablado, ya que, de acuerdo a M. Langer, de haber un rechazo total de hijo, ni siquiera se produciría el embarazo. Un ejemplo que ilustra este punto con bastante claridad, es la entrevista # 5, en la cual la paciente se embaraza de un segundo hijo a pesar de tener todo en contra : situación económica precaria, la paciente trabaja como asesora del hogar puertas adentro, es madre soltera, no cuenta con el apoyo de los padres. Un único elemento positivo es el apoyo de una hermana quien le ofrece cuidar a su hija. La paciente señala haber tenido relaciones por primera vez después de 3 años de nacido su primer hijo, con un amigo de infancia con el que salió sólo en esa ocasión y a quien nunca aceptó volver a ver. En un momento de la entrevista la paciente señala con respecto de su primer hijo: *"... en realidad yo quería darle un hijo a mis papás porque a mis papás se les murió un hijo". "Yo los*

*veía llorar y siempre les decía : yo les voy a dar un hijo". "Ellos son felices totalmente encariñados con el niño. Si yo lo llego a sacar de la casa yo creo que les puede pasar cualquier cosa". "Cuando me vine me costo haarto...,pero al final ya me tuve que acostumbrar".* El caso de esta paciente llama particularmente la atención ya que llega a urgencia con 26+4 semanas de embarazo, con síntomas claros de parto. La paciente al momento de la entrevista se muestra perpleja, señala estar completamente sorprendida de haber dado a luz, y no haber sabido de su embarazo. Se podría pensar que este segundo embarazo responde a ese deseo inconsciente de maternidad que surge a pesar que la función materna parece difícil de establecerse en esta madre.

Por el contrario, en el caso del grupo de madres que tuvieron un parto a término, la mayoría de las pacientes señala haber tenido la intención de quedar embarazadas. Es más, este deseo, a diferencia del grupo de las mujeres que tuvieron un parto prematuro, es compartido por la pareja y en algunos casos, en los que hay dificultades de embarazo, hubo un tratamiento de por medio o la intención de comenzar uno. Por otra parte, las madres de este grupo se refieren al hijo en términos positivos, optimistas a pesar de existir dificultades económicas. Lo ven como un sueño que siempre tuvieron, como un ser que las va a permitir ejercer un nuevo rol ante sí mismas, ante la pareja, rol que las completa como persona.

Sin embargo, en el grupo de madres que tuvieron un parto de término también es posible encontrar el deseo inconsciente que se manifiesta en la concretización del embarazo, a pesar que las pacientes señalan no haber tenido una intención de embarazo. Un caso que ilustra este punto es la entrevista 10, en la cual la paciente señala : *"Supe cuando no me llegaba el primer periodo". "Mi marido tiene sus fechas, tiene su sistema muy organizado. Entonces cuando nos dimos cuenta él me dice : "negra lo siento, estay' embarazada". "Es él el que lleva la cuenta de cuando me llega la regla". "No, yo no, yo soy super desorganizada, fechas yo no (enfática)"* . Al preguntarle sobre los afectos surgidos al momento de la constatación del embarazo, la paciente señala : *"Sí porque al principio había como un cierto enojo ¿te fijas?. Una lata estar embarazada otra vez, en rechazo en lo más immmmmntimo así siendo bien honesta.[...] pero en el momento que supe que era niñita, fue distinto. Cuando tienes hijos hombres son de la mamá hasta que llega la polola". "Cuando supe que era niñita me sentí que iba a tener compañía. Porque al principio son como del papá, pero al final terminan siendo eteeernas con la mamá, incondicionales con la mamá".* En la entrevista,



esta paciente señala no haber tenido la intención de quedar embarazada, sin embargo es el marido el que lleva la cuenta de las fechas en que es posible tener relaciones. Es interesante señalar que la paciente reconoce que su marido había manifestado el deseo de tener más hijos y ella se había rehusado. Así, detrás del discurso manifiesto de deseo o rechazo de hijo habría otras variables que inciden en el embarazo, como los recursos psíquicos de las pacientes, la intensidad del conflicto entre el deseo y el no deseo de hijos, la representación materna interiorizada por la mujer, entre otros.

La forma, el momento, los sentimientos surgidos en la constatación del embarazo muestran también ciertas diferencias entre los dos grupos. En general, la constatación del embarazo en el primer grupo se produce en forma tardía, de 1 a 6 meses de embarazo. En un primer momento, se produce una negación, un embotamiento de la percepción de los síntomas clásicos de embarazo. Las pacientes refieren sentimientos de rechazo, de angustia, se sienten deprimidas, incluso llegan a pensar en un aborto. Luego, se muestran resignadas ante la realidad y la "imposibilidad" de evitar el nacimiento. Por el contrario, en la mayoría de las pacientes que tuvieron partos a término, la constatación del embarazo es casi inmediata, se muestran felices ante la noticia, se muestran receptivas a los síntomas del inicio del embarazo.

En cuanto a la forma en que se desarrolló el embarazo y el desencadenamiento del parto, se constata que en el caso de las mujeres que tuvieron partos prematuros hubo varias pacientes que asistieron en forma tardía a los controles médicos, habiendo pacientes que sólo asistieron a uno o dos controles durante todo el embarazo y otra que nunca asistió. Cabe destacar una paciente, con placenta previa, que no siguió las indicaciones médicas de guardar reposo e incluso, el mismo día del control, refiere haber realizado una actividad física intensa (lavado de ropa; ver Pro/13).

Por otra parte, se constata la presencia de angustia, en varias pacientes, al principio de un embarazo deseado conscientemente. En términos de H. Deutsch, la embarazada reacciona, frente al feto, durante los primeros meses de embarazo con ambivalencia oral, y trata de expulsarlo con vómitos y reincorporarlo con antojos. Estos intentos de expulsión oral constituyen una protesta simbólica y una descarga de tendencias negativas, normales en la medida en que no sobrepasan ciertos límites. Estas angustias provienen en gran parte de sus frustraciones orales y de la desconfianza y resentimiento oral hacia la madre. Así, la embarazada, en su identificación con el feto, vive una profunda regresión a la primera

infancia, y por ello en sus trastornos recurre a los mecanismos por los cuales el lactante rechaza lo que le es desagradable o nocivo, es decir, los vómitos y la diarrea. Si el rechazo del feto es tan intenso que el síntoma oral ya no es suficiente para calmar la angustia de la embarazada, la lucha se libra a menudo en la parte terminal del intestino (diarrea), con mucho mayor peligro para la prosecución del embarazo.

Teniendo en cuenta la investigación realizada por R. Soifer, sobre las ansiedades durante el embarazo, se hubiera esperado encontrar una mayor tendencia a presentar una hiperemesis (vómitos abundantes e incontrolables) pasado los 3 meses de gestación, en las mujeres que tuvieron partos prematuros. En estos casos se podría pensar que la angustia no habría podido ser gestionada de otra manera volviéndose intolerable y buscando liberarse a través del cuerpo. La defensa psicósomática más frecuente y extrema contra la angustia provocada por el feto que crece y crece consistiría en el aborto o la expulsión prematura. Este sería un punto interesante de profundizar en una futura investigación ya que, según los resultados de este estudio, habría una tendencia inversa, es decir ocurrencia de vómitos pasado los 3 meses en el grupo de madres con hijos a término. Es cierto que en ninguno de los casos se llegó a una hiperemesis que necesitara tratamiento médico y menos hospitalización. Podríamos pensar en este caso que, si bien, la ansiedad frente al embarazo fue elevada en estas madres, ésta encuentra, efectivamente, una salida a través de manifestaciones orales que serían suficientes como para dar curso a las angustias de la embarazada sin llegar a una resolución extrema como la expulsión prematura del feto.

Por otra parte, resulta interesante destacar que en la historia de la maternidad de las pacientes que tuvieron un parto prematuro, el deseo de hijo, que se materializa en un embarazo, fue constantemente boicoteado. Se constata que la mayoría de las madres presenta trastornos en sus embarazos, pérdidas, mortinatos, retardo de crecimiento intrauterino. En este sentido el ejemplo de la paciente (Pro/15) resulta particularmente ilustrativo, ya que señaló, de manera desafectada, haber tenido dos pérdidas por caídas cuando trabajaba como asesora del hogar. Por el contrario, en el grupo de las madres que tuvieron un parto a término, hubo un número inferior de pacientes que presentaron embarazos patológicos.

En resumen, todos estos elementos, la intención de quedar embarazada, los términos en los que se da la constatación y evolución del embarazo, etc., hacen pensar que, entre los factores que podrían incidir en la ocurrencia de un parto prematuro se puede contar el conflicto

en relación al deseo de hijo unido a una representación materna negativa. Este conflicto se estructuraría de manera particular en cada una de las distintas etapas del embarazo, y podría llegar a influir de manera importante en el término del mismo. Así, la calidad de la representación materna, analizada en la primera parte de esta exposición de los resultados, podría no tan sólo incidir en el deseo o no de hijo, sino que también en los términos en los cuales se accede a la maternidad.

Un último elemento que se analizará, son los afectos surgidos luego del nacimiento del hijo, ya que el parto constituye la última etapa del proceso de embarazo.

En primer lugar, se constata que la ambivalencia presentada en un comienzo del embarazo o el claro rechazo del hijo han disminuido en ambos grupos, siendo esta disminución un tanto más marcada en el grupo de las madres que tuvieron partos prematuros. En general, las pacientes de este último grupo no manifiestan ningún sentimiento negativo respecto del hijo.

El sentimiento predominante, manifestado en el discurso de estas pacientes en el momento del nacimiento, es la frustración, decepción por no haber, en varios casos, podido ni siquiera ver a su hijo luego del parto, debido a la gravedad médica del niño/a. Sería interesante estudiar, en una futura investigación, lo que se esconde detrás de la frustración: por ejemplo la culpabilidad por los sentimientos de rechazo vividos durante el embarazo. En este mismo sentido, sería quizás oportuno estudiar si tras el temor, referido por algunas de estas pacientes, que les hubieran cambiado la guagua, que hubiera muerto y que no se lo hubieran querido comunicar, no se esconderían sentimientos ambivalentes, sino el deseo que efectivamente este hijo no existiera.

Por el contrario, en las madres que tuvieron partos a término los afectos predominantes son la alegría, emoción, satisfacción, orgullo, tranquilidad por el nacimiento. Se constata que en este caso las madres presentan una mayor posibilidad de imaginar cómo va a ser su hijo/a, piensan en los parecidos familiares.

Por otra parte, en este grupo se constata una mayor posibilidad de expresar sentimientos ambivalentes con respecto del hijo : *"Estoy feliz, porque imagínate después de 3 niños hombres ya casi todos grandes, ella va a venir a rejuvenecernos un poco. [...] ya estábamos pensando en salir solos, en como renovar la pareja, ¿te fijas?, de dejar a los niños*

*con alguien y arrancarnos un ratito por ahí. Y ahora otra vez estamos con la cosa de la guagua". (Pro/10).*

Así, se podría pensar que las madres que tuvieron un parto prematuro no tendrían las posibilidades psíquicas para manifestar la ambivalencia debido a la fuerte culpabilización por las tendencias agresivas sentidas durante el embarazo. Esto podría apoyar la hipótesis sobre la idea que las madres que tienen un parto prematuro tendrían un funcionamiento predominantemente esquizo-paranoide, tendiendo a expulsar el feto antes de término, debido a la imposibilidad de reparar al hijo dañado por las tendencias destructivas sentidas durante el embarazo. Estas mujeres vivirían, de esta manera, la posibilidad de ser madres de la única manera que les es posible en su situación psíquica actual. Habría, hipotéticamente, en este grupo una imposibilidad de vivir una experiencia de maduración durante el proceso de embarazo y parto. A diferencia del funcionamiento predominantemente depresivo en las madres que tienen un parto de término, quienes sí son capaces de manifestar la ambivalencia.

En resumen, este estudio sugiere que entre las posibles variables que tendrían una incidencia en el parto prematuro estaría, por una parte, el conflicto en relación al deseo o no deseo de hijo y, por otra, la calidad de la representación materna interiorizada por la mujer. Se podría pensar que en el caso de existir una gran ambivalencia frente al deseo de hijo, una representación materna positiva, suficientemente buena, podría llevar a un desenlace de término del embarazo. Por el contrario, una gran ambivalencia frente al deseo de hijo, unida a una representación materna negativa, podrían incidir en un parto prematuro. Así, la calidad de la representación materna interiorizada podría, eventualmente, constituir una variable que incide en el desarrollo y tipo de término del embarazo

### 3.- Análisis del contenido manifiesto y latente de las láminas 7 y 9 del test de Rorschach

El análisis de ambas planchas muestran claras diferencias en ambos grupos.

#### Lámina 7

La mayoría de las pacientes que tuvieron un parto prematuro presenta gran dificultad frente a la presentación de la lámina, habiendo una fluctuación del tiempo de latencia de 3'' a 1'30'' y del tiempo total entre 56'a 1'40''. Estos tiempos podrían hacer pensar que algunas mujeres experimentaron una gran angustia ante el material latente.

Llama la atención que, en este grupo, sólo las dos madres que señalaron haber tenido la intención de quedar embarazadas fueron más receptivas al material presentado, siendo capaces de ver el rostro de ellas mismas, el de sus guagua y de representarse el parto. Esto podría hacer pensar que si el deseo de hijo está instalado y no es completamente negado o inhibido por circunstancias tanto internas como externas, entonces la madre puede fantasear en torno a sus posibilidades de maternidad a pesar de existir, entre otros, una carencia a nivel de la representación materna. En estas mujeres, la representación materna y la identificación a la madre serían más sólidas y estructurantes que en el caso de las otras mujeres de este grupo.

En general, las pacientes que tuvieron un parto prematuro tienden a girar la lámina en todos los sentidos, siéndoles muy difícil dar alguna respuesta. Los protocolos son extremadamente pobres, lacónicos en el mejor de los casos descriptivos, ya que muchas de ellas señalan no ver absolutamente nada.

En los protocolos de las mujeres que tuvieron un parto a término, el tiempo de latencia varía entre 4'' y 10'' y los tiempos totales entre 32'' y 1'40''. Se constata que ambos grupos se diferencian en cuanto al impacto que tienen las láminas en las pacientes.

Los protocolos son más ricos en contenidos, hacen alusión a figuras animales (perritos con las orejitas paradas), a partes del cuerpo que tienen que ver con el embarazo y parto, una virgen parada en las nubes. Los contenidos expresados podrían hacer pensar que estas madres tienen mayores posibilidades de acceso a una representación materna, acogedora, envolvente. Se podría pensar que estas mujeres pudieron acceder a identificarse con su madre.

Se podría plantear la hipótesis que si el deseo de hijo está sólidamente instalado, si la mujer puede imaginarse al hijo, a ella en una función materna, entonces sería más factible para la madre llevar a término su embarazo a pesar que éste no esté completamente libre de angustias.

## Lámina 9

Los tiempos de latencia en el grupo de madres que tuvieron partos prematuros fluctuaron entre 3'' y 1'04' y el tiempo total fluctuó entre 3'' y 1'13''.

Las respuestas de las pacientes que tuvieron un parto prematuro son mucho más abundantes que en la lámina anterior, aunque siguen siendo descriptivas. Las respuestas se distribuyen en forma casi equitativa entre respuestas que hacen referencia a partes del cuerpo que tienen que ver con el parto (vagina, cuello del útero, etc.), y que hacen referencia a 1 ó 2 guaguas (parte inferior rosada).

A partir de estas respuestas se puede deducir que las madres que tuvieron un parto prematuro, logran representarse su nacimiento pero sólo en términos descriptivos. No se encuentran respuestas que impliquen un ambiente cálido, acogedor, envolvente.

Por el contrario, entre las respuestas de las mujeres que tuvieron un parto a término se encuentran también referencias al cuerpo pero esta vez no sólo hacen referencia al aparato reproductor femenino, sino que algunas pacientes ven una cara triste, ojos, barba. Sólo una paciente describe la lámina como algo lindo, suavcito, relajado. Resulta interesante la respuesta de una paciente que fue dada en adopción por su madre quien señala ver llamas.

La heterogeneidad de las respuestas nos hace ser cauto en su interpretación. Debido a que estos resultados solo son expuestos como un elemento más en esta investigación, se estima que se haría necesario, a futuro, realizar una aplicación del test más profunda.

#### 4.- OTROS RESULTADOS

Como una información complementaria, que escapa ya a este estudio pero cuyos efectos podrían ser estudiados en otra investigación, resulta interesante analizar ciertos aspectos que tienen que ver, entre otros, con las condiciones de hospitalización, la lactancia, los indicadores de riesgo médico y el acompañamiento a las pacientes a visitar a su hijo/a a neonatología.

De acuerdo con lo señalado en las entrevistas, en el caso de las mujeres que tuvieron un parto prematuro, los sentimientos de frustración, angustia, etc. se agravan con las dificultades de orden médica y burocráticas de la sala de puerperio (disponibilidad de una persona que las acompañe<sup>4</sup>) y neonatología (restricción de las visitas de las madres a sus hijos según horario, y de delantales para entrar a las salas). Por otra parte, las pacientes comparten en la sala con otras pacientes, lo que les impide desahogarse, exteriorizar su frustración, ya que se encuentran en un lugar donde reina, en general, un clima de alegría, de satisfacción por el nuevo nacimiento, en el que las madres son visitadas y felicitadas por la pareja, la familia, etc. Junto con lo anterior, las cunitas vacías al lado de sus camas las lleva a sentir envidia por las otras madres y las sumerge en una situación de tristeza, preocupación, frustración y la imposibilidad de verbalizar sus sentimientos. La situación se agrava en el momento en que la madre es dada de alta y debe partir sin su bebé en los brazos. A lo anterior se agrega el hecho que, en general, las madres no entienden completamente la información dada por los médicos o se muestran reticentes a solicitar mayores precisiones respecto del estado de salud y evolución de sus hijos, quedando en la mayoría de los casos atrapadas en la incertidumbre.

Como resultado de toda esta situación, no resulta difícil pensar que esta primera etapa del establecimiento de la diada madre /hijo, se vea afectada, dañada quizás de por vida debido al impacto que puede tener en la mujer el temor a la omnipotencia de los sentimientos destructivos dirigidos contra este hijo/a, con toda la culpabilidad que esto genera en la madre. Por otra parte, el hecho de haber dado a luz un hijo no terminado, "defectuoso" daña el narcisismo de la mujer afectando aún más sus posibilidades de desarrollar una función materna lo suficientemente adecuada.

---

<sup>4</sup> La sala de puerperio se encuentra en el primer piso y neonatología en un tercer piso de otro edificio.

Diversos trastornos van marcando esta relación madre/hijo ya cargada desde la gestación. Es así como en el grupo de madres que tuvo partos prematuros, se constata que varias pacientes se muestran pesimistas frente a la lactancia, dicen resentir el hecho de no poder dar pecho y tener que estimular los pechos para la bajada del calostro. Las pacientes señalan que la separación del niño no sólo las hace sentir más inseguras en cuanto a la bajada de la leche, sino que también las hace sentir que no son madres. Por otra parte, la frustración puede, incluso, propiciar que la madre deje de estimular los pechos. Dos ejemplos claros de estos puntos son : *"Por más que intento, que me masajeo no sale nada... Nada, no me siento llena"*. *"No sale nada así es que hoy día no pasé a sacarme leche"*. (Pro/3). *"Yo digo, pucha soy mamá y a la vez no lo soy porque no puede depender de mí... De no recibirla al principio ahora me ha costado"* (Pro/9).

Hubo casos también en que las pacientes se mostraron claramente negativas en cuanto a dar pecho, en uno de los casos esto se produce en un contexto en que la madre dará a su hija en adopción. Su discurso refleja claramente el deseo de no establecer un vínculo cercano y fuerte con su guagua.

La complejidad de los procesos muestra que a pesar de las implicaciones de este comienzo de relación marcado por la frustración, entre otros, existe, en ciertas pacientes que tuvieron un parto prematuro, la posibilidad de ser una madre nutricia. Así, dos de las pacientes señalaron estar optimistas en cuanto a la lactancia. Llama la atención que una de ellas sea justamente la paciente que manifestó una negación del embarazo incluso hasta después de ocurrido el parto. Resulta emocionante constatar la constancia con que esta madre estimula sus pechos para propiciar la bajada de la leche. Nuevamente, se ve cómo el deseo de hijo en primera instancia negado, rechazado, se abre camino con toda la fuerza del deseo inconscientemente reprimido.

La situación es radicalmente opuesta en el caso de las madres que tienen un parto a término, ya que la mayoría se siente optimista frente a la lactancia, señalan estar confiadas y manifiestan es deseo de dar pecho lo que más puedan, incluso hasta los 2 ½ años. En general, reconocen la importancia de la leche materna en el desarrollo del niño. Sólo una de ellas manifestó sentir algún tipo de incertidumbre con respecto de que el niño no tomara.

Otro elemento de análisis sería la actitud de la madre con respecto del estado médico del hijo/a. En general las madres que tuvieron un parto prematuro señalan estar preocupadas



por el pronóstico del hijo/a, sin embargo, se constata que no solicitan mucha más información a los médicos, prefieren preguntar a la matrona. Se estima que esto no refleja un desinterés por parte de la madre, sino más bien tendría relación con un aspecto de tipo socio-cultural, según el cual las pacientes no se sienten cómodas en la relación con el médico, lo ven como un ser inalcanzable y prefieren pasar por la matrona o enfermera. En este mismo sentido, estas madres dejan los aspectos médicos al médico ya que se sienten, muchas veces, incapaces de entender las explicaciones dadas por el equipo.

En el grupo de las pacientes que tuvieron hijos de término, sólo hubo una de las madres que parió una hija con una mancha en la cara. La paciente señaló estar angustiada por las complicaciones que esto podría traer a su hija tanto desde un punto de vista médico como por las consecuencia que podría traerle más adelante en el colegio y la adolescencia. En este caso vemos también cómo la madre no se atreve a preguntar a los médicos mayores informaciones respecto del tratamiento. En ambos grupos hay una suerte de sometimiento a la autoridad y una resignación pasiva.

Otro punto interesante de destacar es el hecho que los factores de riesgo médico (ver cap. sobre etiopatogenia) no representan, como se hubiera esperado, un indicador suficiente en el momento de prevenir la ocurrencia de un parto prematuro. Estos factores de riesgo están presente en ambos grupos, siendo incluso levemente superior en el caso de las madres con hijos a término. Esto podría ser quizás un indicio que las madres que tuvieron un parto de término podrían contar con una estructuración psíquica más madura y condiciones externas más favorables que les permitirían enfrentar en mejores términos las angustias suscitadas por el hijo que va a nacer.

Un último elemento interesante de agregar, en este parte del estudio, es la reacción manifestada por las dos pacientes (Pro/3 y Pro/9) que pudieron ser acompañadas a visitar a su hijo/a a la sala de neonatología. Este acompañamiento se realizó inmediatamente después de la entrevista y por una petición de la paciente.

En ambos casos las madres se muestran más receptivas a entrar en contacto con su hija. Al entrar a la UTI, la paciente (Pro/3) se acerca a la incubadora y habla a su hija. Le dice que la quiere, que se ve muy linda y que su mamá está ahí con ella. Descubre gestos (chuparse el dedo, risa reflejo) en su hija que no había visto antes y se emociona. Al salir señala que esta visita fue diferente a las otras porque disfrutó de su hija más tranquila, pudo decirle lo que

sentía por ella. Se ve y se dice más optimista aunque señala que sigue siendo difícil pensar en que tiene que partir y dejar a su hija. Antes de partir, pregunta por primera vez directamente al médico sobre el estado de salud de su hija. Se da cuenta que los 7 días de espera ya están por acabar y que dentro de poco le dirán el resultado de los exámenes que están esperando.

Al entrar en la sala, la paciente (Pro/5), observa a su hija y dice que cuando está acá, siente que la quiere mucho y que se preocupa por ella, pero que cuando se va, se le vienen todos los problemas a la cabeza y ya no piensa más en ella. Le da pena verla tan chiquitita y que el primer día que la vio se asustó mucho porque se movía demasiado y pensaba que estaba sufriendo. La paciente señala que se imaginaba que esos movimientos eran como los movimientos que ella sentía cuando estaba embarazada y que se acuerda que daba patadas muy fuertes. Cabe destacar que se trata de la paciente que señaló haber ignorado que estaba embarazada hasta el momento del parto.

En ambos casos se constata que las entrevistas y el acompañamiento tuvieron un efecto positivo en la forma en que las pacientes pudieron encontrarse con sus hijas y elaborar ciertos aspectos que hasta ese momento habían permanecido ocultos.

## CONCLUSIONES

Nos gustaría comenzar estas conclusiones planteando las limitaciones de esta investigación preliminar.

Se encontraron dificultades de tipo metodológicas. En primer lugar, al analizar los resultados se fue haciendo evidente la necesidad de haber comenzado las entrevistas a partir de los primeros meses de embarazo. Esto debido a que el número y tipo de entrevistas no fueron suficientes como para dar cuenta de la complejidad del aparato psíquico de las pacientes ni de los procesos más complejos, como las fantasías de las madres en torno a la maternidad y al hijo que se está gestando. En general, las pacientes que tuvieron un parto prematuro fueron entrevistadas de 2 y 3 veces, y las pacientes que tuvieron un parto de término de 1 a 2 veces.

Por otra parte, las condiciones de la hospitalización hacían bastante difícil realizar las entrevistas debido a que las pacientes no se encontraban disponibles físicamente luego del parto, la dificultad de encontrar un momento apropiado para realizar la entrevista (visitas del médico, matrona, aseo, etc.), la necesidad de la paciente de ir al lactario para extraerse leche, visitas a su hijo en neonatología, etc.

Con todo y a pesar de las limitaciones ya mencionadas, se considera que esta metodología tuvo la ventaja de abarcar una cantidad importante de fenómenos, que podrían servir de base para futuros estudios más focalizados y utilizando, quizás, entrevistas clínicas durante una buena parte del proceso de gestación.

En cuanto a los resultados de esta investigación preliminar, se confirma la existencia, para estos grupos, de una combinación de factores que podrían tener una incidencia en el desencadenamiento de un parto prematuro.

En el marco de la presente investigación, y de acuerdo con el discurso de las pacientes, se podría pensar que existiría una interrelación entre variables de tipo socioeconómicas y psicológicas. Pareciera haber, efectivamente, situaciones de mayor apremio en el grupo de madres que tuvieron un parto prematuro, sin embargo, se considera que sería interesante, en una futura investigación, profundizar sobre la representación de las redes sociales en ambos grupos y ver si, efectivamente, habría diferencias significativas entre ellas y cómo estas representaciones inciden en la vivencia del embarazo.

En cuanto a aspectos de tipo psicológico, se pudieron distinguir dos variables que parecieran tener alguna relación con la ocurrencia de un parto prematuro : la representación materna de la parturienta y el deseo de hijo.

Este estudio preliminar, lleva a pensar que el tipo y calidad de la representación materna interiorizada por la mujer influye en el modo de desencadenamiento del parto. Así, en general, las madres que tuvieron un parto prematuro, a diferencia de las madres que tuvieron un parto a término, podrían haber interiorizado una representación materna negativa, poco protectora, que podría entrar en conflicto con el deseo de hijo expresado por el embarazo. Una representación materna carente, incapaz de haber asegurado, en la infancia de la futura madre, la función de parexitación, es decir de protección de exceso de estímulos tanto internos (hambre, frío, sueño, etc.) como externos (ruido, sobre estimulación, etc.). En estos casos, la futura madre no tendría un modelo de maternidad que la asegurara en su rol de madre dadora de vida.

Según el postulado de H. Deutsch, la mujer durante el embarazo puede identificarse por una parte con el feto y por otra con la madre. Así, durante el embarazo, las madres que tuvieron un parto prematuro, se identificarían, por una parte, con la madre al ser ella misma gestadoras de un hijo, y por otra, se identificarían con el feto repitiendo la relación primitiva con su propia madre. Si se acepta como posible la hipótesis que estas mujeres habrían interiorizado una representación materna negativa, entonces se podría suponer que en esta identificación al feto estas mujeres revivirían situaciones de carencia, de angustia. En estos casos podría surgir un conflicto, por ejemplo, entre el deseo de hijo que se manifiesta a través del embarazo y la representación materna carente. El parto prematuro podría significar la imposibilidad de la paciente de simbolizar este conflicto. Así, podría suceder que en un intento de proteger al feto, la madre "opte", en términos inconscientes, por una resolución a través del cuerpo. Se podría pensar que estas mujeres no tendrían acceso, en ese momento, a recursos psíquicos de simbolización a través de sueños, de la palabra, etc., expresándolo, entonces, a través de una somatización; por ejemplo, un parto prematuro, entre otras posibilidades.

Sin embargo, esto no quiere decir que toda mujer que haya interiorizado una imagen materna carente tendrá un parto prematuro. La resolución para cada caso dependerá, entre otros, de las posibilidades psíquicas de cada mujer, de las fijaciones a las organizaciones pregenitales, de la forma en que se "resolvió" el complejo de Edipo, etc.

Por el contrario, los resultados harían pensar que las pacientes que tuvieron un parto a término, habrían podido interiorizar una representación materna positiva que se encuentra mucho más accesible en términos conscientes. El tipo y calidad de la relación con la madre, descrita por la parturienta, le habrían permitido identificarse con ella en su desarrollo psicosexual, dándole la solidez necesaria para enfrentar esta primera etapa de la maternidad.

Otra posible forma de entender la ocurrencia del parto prematuro podría ser a partir de la teoría de M Klein. En el caso de las mujeres que tuvieron un parto prematuro, albergar el pene, el semen o el feto dentro de sí misma podría significar haber robado algo que pertenece a la madre, podría significar ganarle y triunfar sobre ella. Por eso mismo implica el peligro de castigo y de su destrucción. En estas circunstancias, la salvación consistiría, por ejemplo, en desprenderse de un embarazo robado, llegando así a una expulsión prematura del feto. Por el contrario, en el caso de las mujeres que tuvieron un parto de término, estos temores paranoides entrarían en conflicto con el deseo de reparar a la madre destruida (posición depresiva) a través de su propio embarazo y parto feliz, deseo de devolverle lo robado a través de un hijo sano y de dar fe, de esta manera, tanto de su bondad y tolerancia como de la integridad del propio cuerpo.

El deseo de hijo y la forma en como éste se expresa resultó ser otra variable que se expresaba de manera distinta en los grupos y que pareciera tener alguna incidencia en el parto prematuro.

La intención o no de quedar embarazada, los términos en los que se da la constatación y evolución del embarazo, etc., hacen pensar que, entre los factores que podrían incidir en la ocurrencia de un parto prematuro se puede contar el conflicto en relación al deseo de hijo unido a una representación materna negativa. Este conflicto se estructuraría de manera particular en cada una de las distintas etapas del embarazo, y podría llegar a influir de manera importante en el término del mismo. Así, la calidad de la representación materna, analizada en la primera parte de esta exposición de los resultados, podría no tan sólo incidir en el deseo o no de hijo, sino que también en los términos en los cuales se accede a la maternidad.

Se deja, así, planteadas una serie de hipótesis que podrían ser investigadas en estudios futuros. No obstante, es evidente que cada caso tiene su propia dinámica y conflicto, lo que significa que una explicación que es válida para una mujer no lo será para otra.

Para terminar, se considera que el interés de este estudio es contribuir con un enfoque sobre el parto prematuro complementario al punto de vista médico. Se intentó, a través de este estudio preliminar, aportar un conocimiento más profundo sobre el funcionamiento psicológico de la mujer embarazada con el fin de poder realizar una labor de prevención del parto prematuro.

Se piensa que el trabajo de apoyo y prevención debiera contar con la participación coordinada de diversos profesionales de la salud : obstetras, matronas, psicólogos, etc., estimándose que sería fundamental la creación de un espacio en el hospital en el que fuera posible realizar sesiones de apoyo psicológico semanales o mensuales con embarazadas que presenten problemas, por ejemplo, trastornos psicossomáticos exagerados, aislamiento social, etc.

Este trabajo resulta fundamental por el impacto que puede tener un parto prematuro es la vida de una mujer y en su entorno familiar. La separación brusca de la madre luego del nacimiento, que sumada al periodo de hospitalización del bebé puede dificultar el establecimiento de la relación madre/hijo. Por otra parte, la mujer sufre un daño a nivel de su narcisismo, ya que se siente incapaz de dar a luz un hijo a término. Surgen problemas a nivel económico, afectivo, etc.

Así mismo, una labor de prevención iría también en beneficio del Servicio de Salud Pública, ya que podría disminuir el gasto de la salud pública con una menor cantidad de niños prematuros en los servicios de cuidados intensivos.

Por último, se considera que este trabajo no sólo tiene interés en relación con la labor que puede realizar el psicólogo frente a embarazos que se vislumbran conflictivos, sino que también crea una sensibilización en el medio hospitalario que va más allá de la labor del psicólogo en los servicios de psiquiatría. Este tipo de investigaciones en el área de la salud ; con madres expuestas a partos no viables, en oncología, en los servicios de trastornos alimenticios, en traumatología, en neurología, pediatría, etc., abre un espacio que parece fundamental. Somos nosotros, los psicólogos, a través de investigaciones rigurosas, que debemos validar nuestro trabajo en áreas que hasta hoy, al menos en nuestros países, son reservadas a los médicos.

En el marco de la realización de un programa de prevención de parto prematuro sería interesante realizar estudios más profundos sobre las ansiedades que surgen durante el

embarazo. De acuerdo con los estudios de R. Soifer, vómitos exagerados, diarrea, etc. serían una señal enviada por el cuerpo en el sentido que habría un conflicto que no logra ser tramitado a no ser como un síntoma corporal que excede lo normal en una situación de embarazo. Así, de acuerdo con esta investigadora, se hubiera esperado encontrar una mayor tendencia a presentar una hiperemesis pasado los 3 meses de gestación, en las mujeres que tuvieron partos prematuros. Sin embargo, este estudio muestra una tendencia inversa, es decir ocurrencia de vómitos pasado los 3 meses en el grupo de madres con hijos a término. Esto hace pensar en el interés de realizar un estudio más profundo esta área.

Por otra parte, sería interesante estudiar, también en una futura investigación, lo que se esconde detrás de la frustración que señalan sentir las pacientes por la separación del hijo luego del parto prematuro. Por ejemplo, esta frustración podría esconder la culpabilidad por los sentimientos de rechazo vividos durante el embarazo. En este mismo sentido, sería quizás oportuno estudiar si tras el temor, referido por algunas de estas pacientes, que les hubieran cambiado la guagua, que hubiera muerto y que no se lo hubieran querido comunicar, no se esconderían sentimientos ambivalentes, el deseo que efectivamente este hijo no existiera.

Por último y alejándose ya de los aspectos psicológicos u otros que pudieran incidir en un parto prematuro, se estima que sería interesante realizar un acompañamiento de las madres y padres de niños prematuros en la unidades de cuidados intensivos. Tal como se muestra en el capítulo IV- 4 (Otros resultados) se pudo constatar los efectos positivos de un acompañamiento de la madre en las visitas a su hijo/a.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abourbih, J., (1980). *El niño prematuro : evaluación de las secuelas intelectuales, educacionales e índices de DCM en la edad escolar*, Memoria para optar al título de psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Psicología, Santiago.
- Abraham, K., (1925). *Etude psychanalytique de la formation du caractère* en Oeuvres complètes, tomo II, Payot, París.
- Abraham, K., (1924). *Esquisse du développement de la libido, basée sur la psychanalyse des troubles mentaux*, en œuvres complètes, tomo II, Payot, París.
- Bohm, E. (1953). *Manual de Psicodiagnóstico de Rorschach*. Ediciones Morata, Madrid.
- Canales, M.; Binimelis, A. (S/F). *El estudio de la realidad Social con metodologías Cualitativas*. Material de apoyo en la Jornada de capacitación interna de la División de Organizaciones Sociales; Santiago; Chile.
- Corbin, J., Strauss, A.L. (1990). *Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria*. Qualitative Sociology.
- Bergeret, J., (1990). *Manual de psicología patológica: teoría y clínica*, Masson, Barcelona.
- Deutsch H., (1951). *La psicología de la mujer*. Editorial Losada, Buenos Aires. Vol. I y II.
- Di Vitto, B. y Goldberg, S., (1979). *The effects of Newborn medical status on early parent-infant interactions*, en T.M. Field; A.M. Sostek; S. Goldberg y H.H. Shuman (eds), Spectrum Publications, Inc., New York.
- Dolto, F., (1967). *La génesis del sentimiento materno, enfoque psicoanalítico de la función simbólica femenina*, en *En el juego del deseo*, Siglo XXI editores, Madrid.
- Dolto, F., (1981). *En el juego del deseo*, Siglo XXI editores, Madrid.
- Dolto, F., (1984). *Sexualidad femenina: libido, erotismo, frigidez*. Ediciones Paidós, Buenos Aires.
- Emerson, R.M. (1983). *Contemporary Field Research*. Boston, Little, Brown.
- Forni, F.; Vasilachis, I. (1992). *Métodos Cualitativos II: La práctica de la Investigación*. Centro Editor de América Latina; Buenos Aires; Argentina.



Freud, S., (1905 d). *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras Completas, vol. VII, Amorrortu, Buenos Aires.

Freud, S., (1908 c). *Sobre las teorías sexuales infantiles*. Obras Completas, vol. IX, Amorrortu, Buenos Aires.

Freud, S., (1914 c). *Introducción al narcisismo*. Obras Completas, vol XIV, Amorrortu, Buenos Aires.

Freud, S., (1923c). *La organización genital infantil. (una interpolación en la teoría de la sexualidad)*. Obras Completas, vol. XIX, Amorrortu, Buenos Aires.

Freud, S., (1924 c). *El problema económico del masoquismo*. Obras Completas, vol. XIX, Amorrortu, Buenos Aires.

Freud, S., (1924 d). *En sepultamiento del complejo de Edipo*. Obras Completas, vol. XIX, Amorrortu, Buenos Aires.

Freud, S., (1925). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. Obras Completas, vol. XIX, Amorrortu, Buenos Aires.

Freud, S. Conferencia 33ª . *La femineidad*. Obras Completas, vol XXII, Amorrortu, Buenos Aires.

Freud, S. *El desarrollo de la función sexual*. Obras Completas, vol. XXIII, Amorrortu, Buenos Aires.

Freud, S., (1931 b). *Sobre la sexualidad femenina*. Obras Completas, vol XXIII, Amorrortu, Buenos Aires.

Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.

Glaser, B. G., Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.

Herzog, J., (1979). *Disturbances in parenting high-risk infants : clinical impressions and hypothesis* en T.M. Field; A.M. Sostek, S. Goldberg y H.H. Shuman (eds), *Infant Born at Risk : behavior and development*, Spectrum Publications, Inc., New York.

Horney, K., (1923). *Zur Genesis des weiblichen Kastrationskomplexes*, en *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, vol IX, N° 1.

Horney, K., (1931). *The flight from womanhood*, en *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. XIV, N° 5/6.

Horney, K., (1933). *The denial of the vagina*, en *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. XIV, N° 1.

Jones, E., (1938). *The early development of female sexuality*, en *Papers of Psychoanalysis*, W. Wood and Comp., Baltimore.

Jones, E., (1938). *Early female sexuality*, en *Papers of Psychoanalysis*, W. Wood and Comp., Baltimore.

Kaplan, D. y Mason, E. (1960). *Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder*, *American Journal of Orthopsychiatry*, 30.

Klaus, M. y Kennell, J. (1981). *Cuidado de la madre*, en M. Klaus y A. Fanaroff, *Asistencia al recién nacido de alto riesgo*, Ed. Médica Panamericana, Bs Aires.

Klein, M., (1948). *El psicoanálisis de niños*, Asociación Psicoanalítica, Bs Aires.

Klein, M., (1955). *On Identification*, en *New Directions in Psychoanalysis*, Tavistock Pub., Londres.

Klopfers, B. (1979). *Técnicas de Psicodiagnóstico en Rorschach*. Ed. Paidós, Buenos Aires.

Korones, S. (1979). *Cuidados intensivos del recién nacido*. Salvat Editores, S.A., Barcelona.

Krause, M. (1992 a). *Introducción a la Codificación*. Apunte curso Métodos Cualitativos; Escuela de Psicología; UC; Santiago; Chile.

Krause, M. (1994). *Aspectos de consenso en Metodología Cualitativa*. Seminario; Métodos de Investigación en Humanidades. Ponencia UC; Santiago; Chile.

Krause, M. (1995). *La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos*; Temas de educación: N° 7; Departamento de Educación; facultad de Humanidades; Universidad de La Serena; Chile.

Krueger, R. (1991). *El grupo de discusión, guía práctica para la investigación aplicada*. Ed. Pirámide S.A.; Madrid; España.

Lamb, M., (1983). *Annotation : early mother-neonate contact and the mother-child relationship*, *Journal of Psychology and Psychiatry*, 24.

Langer, M., (1951). *Maternidad y sexo*, Paidós, Bs Aires.

Mead, M., (1967). *Adolescencia y cultura en Samoa*,. Paidós, Bs. Aires.

Olson, G.M., y Lamb, M.E. (1982). *Premature infants: cognitive and social development in the first year of life*, en J.M. Sarck (ed.) *The Special Infant : an interdisciplinary approach to the optimal development of infant*,. Human Science Press, Inc., New York.

Oyarzún E., (1996). *Alto riesgo obstétrico*. Ediciones Universidad Católica de Chile. Colección textos universitarios. Santiago.

Palma, I. y Quilodrán, C. (1992). *Embarazo adolescente : desde el matrimonio al aborto, respuestas posibles en relación al proyecto de vida*. Informe de Investigación; Santiago; Chile.

Rizzardini, M., (1980). *Neonatología I*. Ed. Andrés Bello, Santiago.

Sameroff, A. (1983). *Necesidades psicológicas de la madre en las interacciones iniciales madre/hijo*, en G.B. Avery, Neonatología, fisiopatología y manejo del recién nacido, Ed. Inter-Médica, Bs Aires.

Sameroff, A. (1980). *Issues in early reproductive and caretaking risk : review and current status* en D. Savin, R. Hawkins, L. Walker y J. Pentisuff, *Exceptional infant*, Brunner/Mazel, Nueva York.

Sociedad de obstetricia y Ginecología (1991) *Parto prematuro y recién nacido de muy bajo peso*. Mesa redonda efectuada en el Hospital San Juan de Dios.

Soifer, R., (1987). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Ediciones Kargieman, Bs. Aires

Strachey, J., *Nota introductoria a Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos* (1925). Obras completas, vol XIX, Amorrortu, Bs. Aires.

Strauss, A. L., Corbin, R. (1990). *Basics of qualitative research*. Newbury Park, Ca: Sage.

Taylor, S.; Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Ed. Paidós, Buenos Aires; Argentina.

Vasilachis, I. (1992). *Métodos Cualitativos I : Los problemas Teórico-Epistemológicos*. Centro Editor de América Latina; Buenos Aires; Argentina.

## **ANEXOS**

## CONSIGNA

Se dio la misma consigna a los dos grupos de madres.

"Me gustaría conversar con usted acerca de su embarazo y parto, con el fin de conocer más sobre la maternidad".

## **PAUTA DE ENTREVISTA**

Esta pauta de entrevista pretende explorar algunas variables del estado psicológico y otras (apoyo social, situación económica) en las madres que tuvieron un parto prematuro y en aquellas que tuvieron un parto a término.

Esta pauta solo constituye una guía, para asegurar que se aborden todas las áreas que se desean explorar. Así, esta pauta no constituye un cuestionario, ya que es la conversación la que marca el ritmo y estilo de las preguntas.

### **I- Datos de identificación**

- Nombre
- Edad
- Escolaridad
- Ocupación
- Tipo de previsión social
- Estado civil

### **II- Antecedentes relevantes**

- Edad de la menarquia
- Gestas
- Abortos
- Diagnóstico de hospitalización
- Semanas de embarazo al momento del parto
- Primera relación sexual
- Antecedentes patológicos (depresión, bulimia, anorexia, etc.)

### **III- Areas que se exploran**

#### **3.1. *Antecedentes familiares***

- 1) ¿Quiénes componen su familia? ¿Qué edad tiene cada uno de ellos? ¿Qué hacen?
- 2) ¿Con quiénes vive? ¿Cómo son las relaciones con cada uno de ellos?
- 3) ¿Se siente apoyada por su familia?
- 4) ¿Cómo describiría la relación que tiene o tuvo con su madre?
- 5) ¿Cómo fueron los embarazos de su madre?
- 6) ¿Su madre, tuvo partos prematuros, pérdidas, o hijos muertos al nacer....?
- 7) ¿Cómo describiría la relación con su padre.
- 8) ¿Se siente apoyada por sus padres?

#### **3.2. *Relación de pareja***

- 1) Estado civil (casada, conviviente, soltera...)
- 2) Edad de la pareja
- 3) Ocupación de la pareja
- 4) ¿Cuánto tiempo tiene la relación?
- 5) ¿Cómo describiría la relación con su pareja?
- 6) ¿Cómo tomó su pareja la noticia del embarazo?
- 7) ¿Se siente apoyada por su pareja?
- 8) ¿Tuvo otras parejas significativas antes de la actual?

#### **3.3. *La familia política***

- 1) ¿Quiénes constituyen la familia de su pareja?
- 2) ¿Cómo es la relación con la familia de su pareja?
- 3) ¿Se siente apoyada por ellos?
- 3) ¿Cuál fue la reacción de ellos frente a su embarazo?

#### **3.3. *Embarazos y partos previos***

- 1) ¿Cómo fueron sus embarazos previos?
- 2) ¿Sus otros hijos, si los hay, nacieron a término o tuvo partos prematuros?
- 3) ¿Ha tenido pérdidas, abortos, niños nacidos muertos,...?

### 3.4. *Historia del embarazo actual*

- 1) ¿Usaba algún método anticonceptivo al momento de quedar embarazada?
- 2) ¿Fue planificado?
- 3) ¿En qué momento se enteró de que estaba embarazada?
- 4) ¿Cuál fue su reacción ante la noticia? ¿la de su pareja?
- 5) ¿Tuvo seguimiento médico durante el embarazo?
- 6) ¿Tuvo malestares durante el embarazo? (náuseas, vómitos, presión alta,.....)
- 7) ¿A partir de qué mes empezó a sentir los movimientos fetales? ¿Qué sensación le produjo?
- 8) ¿Tuvo síntomas de pérdida?
- 9) ¿Cómo se sintió durante el embarazo?
- 10) ¿Se sintió angustiada durante su embarazo? (temor a que le roben la guagua, temor de vaciamiento, embotamiento de la percepción de los movimientos fetales)
- 11) ¿Sentía miedo al parto? ¿miedo de morir, por ejemplo?
- 12) ¿Qué significa este hijo para usted?
- 13) ¿Cómo se imaginaba a su hijo?
- 14) ¿Ha pensado en algún nombre?
- 15) ¿Cómo se imagina como madre?

### 3.5. *El parto y la lactancia*

- 1) ¿Qué eventos rodean el momento del síntoma de parto?
- 2) ¿Qué sintió en el momento en que nació su hijo?
- 3) ¿Cómo se siente frente a la lactancia?



## RORSCHACH

Al final de la entrevista se presentó a las pacientes las planchas VII y IX del Test de Rorschach.

Puesto que esta investigación no intenta hacer un estudio de la personalidad en las distintas áreas que abarca este test : cognitiva, afectiva y de relaciones interpersonales, sólo se toman en cuenta aquellas láminas que están relacionadas con la maternidad y lo femenino, intentando dar respuesta a las siguientes interrogantes.

### *Lámina VII :*

- ¿Cómo se sitúa el sujeto frente a las representaciones maternas?
- ¿Cómo se sitúa el sujeto frente a las representaciones femeninas?

### *Lámina IX :*

- ¿Cómo se sitúa el sujeto frente a lo femenino y a lo reproductor?
- ¿Cuál es la representación materna primaria?
- ¿Cómo se representa el nacimiento?

## RESUMEN

Esta memoria busca investigar, desde la perspectiva psicoanalítica, algunas variables del estado psicológico y otras como el entorno social y económico de la mujer durante el embarazo, que pudieran llegar a tener una incidencia en el parto prematuro.

La presente investigación es de carácter descriptivo y analítico-relacional. Se utiliza una metodología cualitativa, con entrevistas en profundidad, semiestructuradas, basada en una pauta de ámbitos temáticos a explorar, construida especialmente para este trabajo. Paralelamente, se utilizaron las planchas 7 y 9 del test de Rorschach como un complemento de información. La muestra es de tipo intencionada, compuesta por mujeres entre 20 y 36 años, hospitalizadas por parto prematuro como por mujeres hospitalizadas por partos a término.

En cuanto a las variables socioeconómicas se encontró situaciones de mayor apremio en el grupo de madres que tuvieron un parto prematuro que en el grupo de madres que tuvieron un parto a término.

En cuanto a aspectos de tipo psicológico, se pudieron distinguir dos variables que parecieran tener alguna relación con la ocurrencia de un parto prematuro: el tipo y calidad de la representación materna de la parturienta y el deseo de hijo (deseo manifiesto de maternidad o deseo no manifiesto). Así, entre los factores que podrían incidir en la ocurrencia de un parto prematuro se puede contar el conflicto en relación al deseo de hijo unido a una representación materna negativa.

Para terminar, se considera que el interés de este estudio es contribuir con un enfoque sobre el parto prematuro complementario al punto de vista médico. Por otra parte, se piensa que el trabajo de apoyo y prevención debiera contar con la participación coordinada de diversos profesionales de la salud.

Por último, se considera que este trabajo no sólo tiene interés en relación con la labor que puede realizar el psicólogo frente a embarazos que se vislumbran conflictivos, sino que también crea una sensibilización en el medio hospitalario que va más allá de la labor del psicólogo en los servicios de psiquiatría.