



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología
Magister Psicología Clínica Adultos

**MALESTAR EN LA MATERNIDAD:
UNA APROXIMACIÓN A ALGUNAS CONSTRICCIONES
CULTURALES AL PSIQUISMO MATERNO A PROPÓSITO DE TRES
CONFLICTIVAS ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

**Tesis para optar al Grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos
mención Psicoanálisis**

Autor: Cristóbal Alejandro Carvajal Canto

Profesor Guía: Lucio Gutiérrez Herane

Profesor Patrocinante: Roberto Aceituno Morales

Santiago de Chile

Marzo 2014

A todas las madres no escuchadas en su(s) malestar(es).

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, especialmente a mis padres -Ana María y Horacio-, a mi abuela Tati, a mi tía Ada, y a mis hermanos -Jorge y Carla-. A mis amigos/as que me escucharon hablar de este trabajo durante tantos años, siempre entregándome su apoyo. A Rodrigo por su ayuda, paciencia, generosidad y amor. A mi abuelo Jorge por acompañarme siempre.

A Jaime Coloma por enseñarme a escuchar a los pacientes, por sus enseñanzas de tantos años. A Eleonora Casaula por su cariño y apoyo en la búsqueda de las imágenes que acompañan los capítulos de esta tesis.

A Roberto Aceituno por su tiempo y su sorprendente manera de posibilitar un pensar libre y creativo. A Lucio Gutiérrez por su buena disposición en la guía y revisión del trabajo, con la rigurosidad que lo caracteriza. También a Michelle Sadler y Gabriel Guajardo que me orientaron cuando estaba organizando el material y planteando preliminarmente mi camino de investigación.

A Marie-Claude Lambotte, Eve-Marie Apfelbeck, Hugo Rojas y Alejandro Reinoso por sus aportes teóricos y clínicos sobre el caso de Sofía, que por diversas razones y en diferentes momentos y contextos, cada uno/a me permitió ver -y escuchar- algo más, para comprender y reflexionar en torno a su malestar y sus conflictivas.

También aprovecho de agradecer a mis amigas Angélica Sotomayor, Constanza Parra y Paulina Cortés por las experiencias y conocimientos compartidos. A mi gran amigo Sanjay Mohinani por su apoyo y colaboración. También a mi prima y amiga Constanza Valenzuela por sus sugerencias y sus palabras de aliento.

Y por supuesto, agradezco a la paciente que inspiró esta tesis, que aceptó mi ayuda y puso en mis manos -y mis oídos- sus conflictos, penas, temores, quejas, alegrías, inquietudes y anhelos en su proceso de transformarse en madre.

RESUMEN

En el presente trabajo se propone que el culto mariano y el discurso médico son factores culturales que constriñen al psiquismo de las mujeres que se encuentran en proceso de transformarse en madres, facilitando la generación de ciertas conflictivas psíquicas que están asociadas a la depresión postparto. Estos conflictos psíquicos serían, según Blum (2007): (1) conflictos con identificaciones maternas; (2) conflictos con el manejo de la rabia; y (3) conflictos con la dependencia. Éstas serían dinámicas intrapsíquicas altamente frecuentes en pacientes que desarrollan una psicopatología puerperal de este tipo, por lo que desde este enfoque, la depresión postparto podría ser vista como una expresión de aquellos constrictores culturales al psiquismo materno.

Para abordar esta tesis, se comienza en el capítulo 1 con la presentación de un caso clínico de una paciente con depresión postparto, el cual permite introducir encarnadamente las conflictivas y vicisitudes que se trabajan luego de forma teórica. En el capítulo 2 se desarrolla el tema de la depresión postparto, tanto desde una mirada médico-psiquiátrica como desde una perspectiva psicoanalítica. En cuanto a esta última, se describen y explican puntualmente las contribuciones realizadas por Lawrence D. Blum, a saber, las tres conflictivas psíquicas identificadas como centrales en la depresión postparto -anteriormente nombradas-. En el capítulo 3 se abordan estas conflictivas, trabajando en ellas como tres ejes temáticos. En cada uno de ellos se lleva a cabo primero un análisis teórico, y después, un análisis clínico con viñetas del caso presentado al inicio del texto. Finalmente, en el capítulo 4 se exponen y analizan los dos factores culturales que, según lo propuesto, operarían como constrictores al psiquismo materno, y de esta manera, facilitarían la generación de conflictivas psíquicas que han sido asociadas a la depresión postparto.

Palabras claves: maternidad, depresión postparto, constrictores culturales, culto mariano, discurso médico

ABSTRACT

This paper proposes that the Marian devotion and the medical discourse would be cultural factors that constrain the psyche of women who are in the process of becoming mothers, facilitating the generation of certain psychic conflicts that are associated with postpartum depression. These psychic conflicts would be, according to Blum (2007): (1) conflicts with maternal identifications; (2) conflicts with anger management; and (3) conflicts with dependency. These would be intrapsychic dynamics highly frequent in patients who develop a postpartum psychopathology of this type, thus, through this approach, postpartum depression could be seen as an expression of those cultural constrictors to the maternal psyche.

To address this proposal, in chapter 1 a clinical case is presented of a patient with postpartum depression, which allows to introduce in a more tangible way the conflicts and vicissitudes which later will be theoretically analyzed. Chapter 2 develops the theme of depression postpartum, both from a medical-psychiatric point of view and from a psychoanalytic perspective. As for the latter, it specifically describes and explains the contributions made by Lawrence D. Blum, namely, the three central psychic conflicts of postpartum depression mentioned above. Chapter 3 addresses these tendencies, working on them as three thematic axes. In each one of them, first a theoretical analysis is carried out, and then a clinical analysis is presented with vignettes of the case at the beginning of the text. Finally, Chapter 4 presents and analyzes two cultural factors that, as proposed, would operate as constrictors to the maternal psyche, and thus, would be facilitating the emergence of psychic conflicts that have been associated with postpartum depression.

Keywords: maternity, postpartum depression, cultural constrictors, Marian devotion, medical discourse

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	p.8
---------------------------	------------

CAPÍTULO 1

UNA MADRE CON DEPRESIÓN POSTPARTO: EL CASO DE SOFÍA	p.14
--	-------------

1.1. Introducción al caso	p.14
---------------------------------	------

1.2. Motivo de consulta y otros aspectos	p.18
--	------

CAPÍTULO 2

DEPRESIÓN POSTPARTO: DOLOR PSÍQUICO EN LA MATERNIDAD	p.24
---	-------------

2.1. La depresión postparto como entidad nosológica médico-psiquiátrica	p.26
--	------

2.2. Un acercamiento psicoanalítico a la depresión postparto:

Contribuciones de Lawrence D. Blum	p.36
--	------

2.2.1. Conflictos con identificaciones maternas	p.39
---	------

2.2.2. Conflictos con el manejo de la rabia	p.40
---	------

2.2.3. Conflictos con la dependencia	p.42
--	------

2.2.4. Ejemplo clínico: un caso de S. Freud (1892-93)	p.44
---	------

CAPÍTULO 3

VICISITUDES EN LA MATERNIDAD: TRES EJES TEMÁTICOS	p.47
--	-------------

3.1. Maternidad: una necesaria revisión histórica	p.50
---	------

3.2. La dimensión transgeneracional de la maternidad	p.55
--	------

3.2.1. Transmisión: Lo materno y lo femenino	p.56
--	------

3.2.2. Un encuentro con la propia madre.....	p.67
--	------

3.3. El tabú de las pulsiones agresivas en la maternidad	p.71
--	------

3.3.1. Agresión y sadismo materno	p.71
---	------

3.3.2. La expresión de la rabia.....	p.77
--------------------------------------	------

3.4. Las necesidades en el paso a ser madres	p.84
--	------

3.4.1. La necesidad de un ambiente contenedor	p.85
---	------

3.4.2. Dependencia v/s contradependencia.....	p.93
---	------

CAPÍTULO 4

CONSTRICTORES CULTURALES, MALESTAR EN LA MATERNIDAD p.99

4.1. Reflexiones preliminares desde el malestar en la cultura p.103

4.2. La beatificación de la maternidad..... p.110

4.2.1. El culto mariano p.111

4.2.2. Ideales culturales e ideal del yo..... p.120

4.3. El apoderamiento de la maternidad por parte de la medicina p.134

4.3.1. El discurso médico: mirada, cuerpo, enfermedad..... p.136

4.3.2. Una experiencia personal: Maternidad del Hospital X p.155

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES FINALES p.164

BIBLIOGRAFÍA p.174

INTRODUCCIÓN



“Maternidad” (1967) Pablo Picasso

Para comenzar esta tesis, me referiré a algunas impresiones personales sobre la pintura que he escogido para iniciar este recorrido. Es una obra de Pablo Picasso (1967) llamada “Maternidad”, donde se puede apreciar la representación de una madre que sostiene sobre sí a su pequeño bebé. Si bien, se podría identificar una cierta actitud de cobijo y una intención de cuidado en la postura de esta madre, me llama la atención la mirada perdida, el semblante triste y una imposibilidad de utilizar ambas manos para tomar a su hijo, sus manos se notan pesadas, caídas. Podría decir que esta mujer se ve cansada, queriendo dar lo mejor de sí, pero estando sobrepasada por aquella vivencia de cuidado de un otro, sintiéndose sola, con nuevas y altas demandas, tanto personales como culturales.

Deteniéndome nuevamente en su rostro, me parece observar en esta madre pintada por Picasso, unos ojos movidos, unos ojos mareados. Creo ver en esta obra una representación palpable de una frase que Pascale Rosfelter (1994) plasma en su libro “El nacimiento de una madre”, que dice: “Un vértigo inquietante de no satisfacer la imagen de la Buena Madre que lo sabe todo de entrada” (p. 10). ¿Somos capaces de imaginar aquel vértigo?

La maternidad no sólo trae consigo alegría y satisfacción, sino que para muchas mujeres también trae incertidumbre, mucha angustia, enojo y tristeza. Sin duda se suele hablar mayormente acerca de lo primero, dejando de lado estos otros aspectos menos auspiciosos y placenteros. Creo que esto, que podríamos llamar el “lado B de la maternidad” genera una cierta incomodidad a nivel social y cultural, lo cual ha llevado a que existan una serie de temas y problemáticas que no han tenido suficiente espacio para su estudio. Creo que este “lado B”, tan poco tratado y conversado, lleno de mitos y tabúes, se puede transformar en un riesgo para la maternidad, no solamente generando consecuencias negativas -y a veces graves- para aquellas mujeres-madres, sino que también para sus bebés.

Considero importante abrir temas y visibilizar problemáticas en torno a la maternidad, que por muchas razones no han sido tomadas en cuenta de la forma como se debiera. Todos los días nacen niños y niñas, y todos ellos tienen una madre -por lo menos en el sentido biológico-, por lo que también todos los días

nacen muchas madres. Para algunas de ellas comienza un período de sus vidas, que pese a los obstáculos, logra estar repleto de luz y satisfacción, sin embargo, para otras no es un período de sus vidas especialmente agradable ni mucho menos fácil, sino todo lo contrario, oscuro y doloroso.

En este contexto, esta tesis tiene por objetivo contribuir teóricamente a la ampliación de la mirada respecto a la maternidad, cruzada por la cultura. Puntualmente, se plantea que el culto mariano y el discurso médico son factores culturales constrictores del psiquismo materno, que facilitan la generación de ciertos conflictos psíquicos que están asociadas a la depresión postparto. En cuanto a esto último, seguiremos la propuesta de Lawrence D. Blum (2007), centrándonos en los siguientes: 1) conflictos con identificaciones maternas; 2) conflictos con el manejo de la rabia; y 3) conflictos con la dependencia. Estas conflictivas intrapsíquicas son identificadas como centrales en la dinámica de mujeres que desarrollan un trastorno afectivo puerperal de este tipo, por lo que desde esta perspectiva, la depresión postparto sería vista como una expresión de aquellos constrictores culturales al psiquismo materno.

Para argumentar este planteamiento, comenzaré presentando el caso de una paciente diagnosticada con depresión postparto que tuvo la oportunidad de atender hace algunos años, la llamaré Sofía. Este caso funcionará al modo de “ejemplo cúlmine” de malestar y dolor en la maternidad, exhibiendo aquel “lado B” del que hablaba hace un momento. Este caso, por medio de viñetas, me servirá para ir ejemplificando las ideas que pretendo ir exponiendo a lo largo de la tesis, en especial, respecto a las conflictivas psíquicas encontradas en muchas mujeres que han desarrollado este trastorno puerperal.

Luego de la presentación del caso, en el capítulo 2 trabajaré en el tema de la depresión postparto, dando cuenta de descripciones médico-psiquiátricas y de los resultados de varios estudios que se han hecho para comprender de mejor forma su etiología. También se mostrarán datos epidemiológicos sobre psicopatologías puerperales, con énfasis en la depresión postparto. En el mismo

capítulo, muestro las contribuciones, que desde el psicoanálisis, ha realizado Blum (2007), en torno a las principales conflictivas psíquicas asociadas a este cuadro.

En el capítulo 3 comenzaré con una necesaria revisión histórica de la maternidad, para contextualizar aquella temática, antes de pasar a analizar algunas de sus particularidades y vicisitudes. Posteriormente, abordaré los tres conflictos descritos por Blum (2007) que la mayoría de las madres con depresión postparto presentarían, esforzándome por ampliar la mirada, con otros prismas teóricos, para analizarlos y profundizar en ellos. Para lograr aquello, paso a trabajar en estos conflictos como tres ejes temáticos: 1) La dimensión transgeneracional de la maternidad; 2) El tabú de las pulsiones agresivas en la maternidad; y 3) Las necesidades en el paso a ser madres. En cada uno de estos ejes temáticos, primero llevo a cabo un análisis teórico, y luego, un análisis clínico con viñetas del caso de Sofía -presentado al inicio del texto-. De esta manera, tomando los postulados de Blum (2007), intento dar un paso más allá, ingresando nuevas claves y referentes teóricos para entender estos conflictos psíquicos; y a la vez, realizo un análisis clínico, para poder encarnar lo teórico en el dolor, la angustia y las dificultades en la maternidad, que pude escuchar directamente en el trabajo clínico con Sofía.

En el capítulo 4 expondré y analizaré los dos factores culturales -el culto mariano y el discurso médico- que, según la propuesta realizada, operarían como constrictores al psiquismo materno, facilitando conflictivas centrales identificadas en la depresión postparto. Aquí abordaré cómo estos factores culturales influyen en las dinámicas intrapsíquicas de las mujeres que están en el proceso de transformación en madres.

Algunas preguntas que servirán de guía para este trabajo son: ¿Existe en nuestra sociedad espacio para que las madres puedan expresar sus malestares y dejar en evidencia que aquello que se supone que debe hacerlas sentirse bien y felices por completo -la maternidad-, las hace sentirse -también- tristes y angustiadas? ¿Qué aspectos de la maternidad han quedado en “el cuarto del fondo” y qué relación tiene esto con nuestra cultura? La forma en que la medicina

se hace cargo de la maternidad, ¿considera aspectos de la subjetividad de aquellas mujeres-madres? ¿Se puede pensar en algún tipo de relación existente entre conflictivas psíquicas identificadas como propias de la depresión postparto y algunos factores culturales provenientes del culto mariano?

Las razones que me motivaron a elegir este campo temático son múltiples. Primero, tienen que ver con mi experiencia como analista en el tratamiento del caso de Sofía, ya que por primera vez me enfrenté a la escucha de “ese lado B de la maternidad”, donde junto a la alegría de tener una hija, se evidenciaba mucho dolor, tristeza, insatisfacción y rabia. Es ahí donde comencé a hacerme algunas preguntas: ¿El diván de un analista es el único lugar que ofrece nuestra cultura para que una madre deprimida pueda hablar sobre lo que le pasa sin recibir retos, malas caras o comentarios reprobatorios? ¿Qué tipo de malestares en la maternidad podrían tener que ver con la depresión postparto? ¿Qué relación podría existir entre la vivencia de “ser hija” de Sofía con su actual “ser madre”? ¿Existe consciencia de parte de nosotros, profesionales de la salud mental, respecto a las conflictivas psíquicas que suelen presentarse en este tipo de trastornos? Además, hay otras preguntas que iré presentando en el desarrollo de este trabajo.

También me parece relevante poder hacer un aporte, desde nuestra especialidad -el psicoanálisis- a una mayor comprensión de los trastornos afectivos puerperales, especialmente la depresión postparto, la cual, está calificada en la literatura como un problema de salud pública mayor, pues su prevalencia estaría ubicada, según importantes estudios nacionales, entre un 10% y un 20% aproximadamente (Alvarado, Rojas y cols. 1992 en Castillo, 2008). Junto a esto, se sabe que tiene varios impactos, tales como: sufrimiento de la madre y los que la rodean, deterioro de las relaciones intrafamiliares -en especial de la pareja-, reducción del funcionamiento en el *rol materno* y alteraciones en el desarrollo del niño (Alvarado, Perucca y cols., 1992).

Asimismo, me parece relevante poder identificar aspectos culturales que podrían influir de una u otra forma en el desarrollo de este tipo de psicopatología,

pudiendo así tener más elementos para analizar y entender las posibles causas de la alta prevalencia que tiene este trastorno afectivo postparto.

También me parece significativo aportar a una mirada sobre la maternidad que considera aspectos tabú, tales como el sufrimiento, la rabia y los impulsos agresivos, y cuestionar la creencia de que ser madre para una mujer es una experiencia que debiera ser natural, fluida, fácil y obviamente deseable.

Por otra parte, existen investigaciones médicas de carácter cuantitativo que han buscado identificar y objetivar desde aspectos fisiológicos hasta psiquiátricos en grupos de pacientes diagnosticadas con distintos trastornos anímicos pre y postnatal. Sin embargo, existen pocos estudios realizados desde la psicología, y menos aún desde el psicoanálisis, donde se busque comprender este tipo de trastornos asociados a la maternidad, incluyendo factores culturales.

Por último, me parece importante comentar que dentro de la psicología y el psicoanálisis, la mayoría de los autores que han escrito y/o se han visto interesados en escribir sobre la maternidad y sus problemáticas, como por ejemplo la depresión postparto, son mujeres -tanto en Latinoamérica como en el resto del mundo-, por lo que este trabajo también lo pienso y entrego como un humilde aporte desde un lugar masculino, con los pros y contra que esto pueda tener.

CAPÍTULO 1

UNA MADRE CON DEPRESIÓN POSTPARTO: EL CASO DE SOFÍA.

1.1. Introducción al caso

Esta presentación no pretende ser un estudio de caso, ni una exposición de caso clínico sobre el proceso de cura de la paciente, sino que busca abrir paso a ciertas temáticas y fenómenos específicos de la maternidad y la depresión postparto. Luego, en el desarrollo del texto, se volverá a algunas viñetas clínicas para ilustrar y encarnar las ideas y conceptualizaciones que se irán planteando.

En esta presentación se tiene conciencia de que no podrá ser representado todo el caso, y que en el acto mismo de escoger elementos de éste, ubicarlos en cierta posición e ir pensando en aquellas unidades y sus lazos, hay un acto de construcción, con una arbitrariedad que busca preparar un material que será analizado, desde distintos puntos de vista a lo largo de este trabajo, con ciertas líneas temáticas que nos permitirán profundizar en el análisis de aquellos tópicos definidos a priori. Tal como plantea Gonzalo Miranda (s.a.) “el caso es un recorte, por lo tanto, no es independiente de quien lo hace” (p.2).

Por otro lado, es relevante señalar que si bien se tratará de mantener una presentación rigurosa, con material verídico y con el máximo apego a los dichos y actos de la paciente, muchos datos serán modificados y cambiados, con el fin de mantener una necesaria confidencialidad.

Vamos con el caso. Sofía tiene treinta y dos años y está casada con Carlos (33 años) hace cuatro años. Pololearon aproximadamente tres años y medio. Tienen una hija, Andrea, la cual tiene un año y seis meses de vida. La paciente es dentista y trabaja en un centro clínico. Al referirse a su profesión comenta “...es y no es importante, no soy tan engrupida con mi trabajo... ahora trabajo atendiendo

niños y adolescentes, pero en el futuro puede ser que tome un curso de estética, eso me gustaba bastante fijate”.

Carlos, su esposo, es hijo mayor de cuatro hermanos, es ingeniero y lo satisface bastante su actual empleo. La paciente comenta que su suegro (José Miguel) “es bastante desubicado”, y que su suegra, Bernardita, es principalmente “entrometida y copuchenta”. Sofía cuenta que sintió una fuerte atracción por Carlos desde que lo conoció, comenta: *“fue un flechazo, es tan sensible, tan femenino emocionalmente hablando, es tan sincero”*. Físicamente, él es atlético, de tez blanca y trigueño (*“es atractivo, como de cara estirada, larga, lo vi y su sonrisa me mató”*).

Andrea es su primera hija. Si bien, sólo fue posible saber detalles de la niña al hacerle preguntas directas sobre su físico, carácter y la forma de vincularse con ella, ya que no hablaba espontáneamente de su hija en las primeras sesiones, dice que *“es dócil, amorosa, expresiva, al llorar desde chiquitita muy expresiva, se parece más a mí”, “...es despierta, a ratos tímida, no creo que sea mañosa, es rica”, “(físicamente)... es morena, pelo rulo, preciosa mi hija, es la más linda del mundo”*. Pese a algunas dificultades que se fueron produciendo en la relación con la niña, pudo amamantarla hasta los 9 meses. Posteriormente, se detallará el tipo de vínculo y las vicisitudes que se fueron presentando en esa diada.

Un hecho que marca para siempre la relación con su hija fue un *accidente* que ocurrió mientras estaban de paseo, junto a sus padres, su esposo, su hija y amistades de la familia. Disfrutando de un día de campo, cuando la niña tenía 8 meses de vida, la tomó en brazos y decidió ir a dar una vuelta por la orilla de un río. Era verano y estaba con chalas. Bajó una escalera, caminó unos metros y al acercarse más al agua, comenzó a caminar sobre unas piedras planas con musgos, y resbaló. La paciente cuenta: *“...salí volando por el cielo y solté a la Andrea y cayó ¡pa! ... lloraba y lloraba, y pensaba que esto no podría estar pasando”*. La familia estaba preparando las cosas para almorzar, y uno de los hijos de la familia amiga dice: *“hay una guagua que está llorando”*. La paciente comenzó a gritar *“¡¡¡Carlos, Carlos!!!”*. Sofía indica que lo primero que pensó al ver

a su hija en el suelo fue “¿Qué van a decir mis papás?... cuando ocurrió, me dio mucho miedo de lo que me dirían mis papás”, y luego se preguntaba “¿Por qué a mí?”. La paciente tomó a su hija, llegó inmediatamente su esposo y junto con preocuparse de la niña, que lloraba de manera desesperada, también se preocuparon de calmar y cuidar a Sofía, ya que ella también se encontraba muy angustiada y alterada. Su madre le dijo: “tranquila, a cualquiera le podría haber pasado”, y Carlos le dijo: “menos mal que no me pasó a mí, me hubieras cagao a palos”. La paciente se refiere a este evento como “la culpa de mi vida”. La niña fue llevada a un establecimiento de salud, y el diagnóstico fue: fractura de tibia.

Sobre su familia de origen, se puede señalar que son de una ciudad del sur de Chile, de un sector bastante tradicional y conservador, lugar donde ella estudió toda su enseñanza básica y media. La paciente es la hija mayor, tiene un hermano de veintinueve años (Guillermo), con el cual ha tenido ciertos problemas y desencuentros, ya que discuten, tienen “diferentes maneras de entender la vida”, y además su padre, especialmente en el último tiempo, ha sido “más contenedor y amoroso con él”. Sofía comenta “yo tengo yayitas con él... me dice por ejemplo, no seas tan melodramática, y cuando me molesta yo agacho el moño para no pelear y pasar malos ratos”. Al referirse a sus padres, dice que “ellos son súper pareja”, mostrando la incomodidad y el enojo que le ha producido que sus progenitores tengan como prioridad ser pareja antes que padres. Especialmente con su madre, este tema es algo que la afecta profundamente (“Yo creo que una de mis grandes penas es mi mamá, por no ser mamá, porque ella es primero esposa”).

Su padre, Julio (57 años), es un hombre conservador, machista y muy trabajador. No terminó el colegio y ha tenido una serie de negocios, de diversos rubros, con los que le ha ido bien, pudiendo tener éxito económico, ofreciendo así una vida acomodada a su familia. Al pedirle a la paciente que lo describa, comenta: “es avasallador, es el héroe, el intachable, es autoritario”. Agrega que “...hasta que me vine a Santiago -Sofía tenía dieciocho años en ese entonces- yo

tenía afecto hacia mi papá, yo me sentía más comprendida por él... ahora ha cambiado eso”.

Elcira (56 años), la madre de Sofía, es profesora de enseñanza media, conservadora igual que el padre, y siempre ha vivido en el sur del país. Desde los trece años ella es huérfana, teniendo una vida muy compleja desde pequeña. La paciente afirma que el rol que más ha desarrollado en su vida es el “*ser esposa*” (“*Ella es súper esposa, y pese a problemas que pueden tener como pareja, ella dice siempre <<yo nunca voy a dejar a tu papá solo>>*”). Al pedirle que la describa señala que “*...es una mujer esforzada, cariñosa, pero que le cuesta expresarse, se frena cuando está mi papá*”. Considera que pese a lo cariñosa que su madre ha podido ser en muchas ocasiones, es una “*madre rigurosa y dura*”. Agrega que su madre quizás tiene que ver con varias culpas suyas, ya que desde pequeña le ha dicho cosas como “*no hay beneficio sin sacrificio*”, y cuando ella ha contado que se va de viaje de placer con su esposo, su madre le ha respondido “*¡Que eres fresca Sofía! ¿Tú cuándo trabajas?*”. Con evidente enojo y desagrado indica “*ni cagando voy a ser como ella... no es que haya tomado su trono*”.

Sobre sus padres destaca un recuerdo de pequeña. Con alrededor de cinco años, Sofía refiere haberse acercado a sus padres que estaban bailando en una reunión social, y haberle mordido la mano a su padre. No recuerda nada más al respecto.

Físicamente, Sofía es baja, usa el pelo más bien corto, es de tez morena y sus movimientos tienden a ser rápidos y bruscos, especialmente cuando está acelerada o apurada. Esto fue muy significativo en el período de colegio, ya que ella estuvo en un establecimiento donde asistían hijos/hijas de familias con muchos recursos económicos, y si bien su familia también tenía una situación acomodada, la paciente marca que existía una diferencia evidente en términos físicos, de apariencia, ya que los demás alumnos y alumnas eran más altos y habían pocas personas morenas. Cabe señalar que estudió algunos años piano con una profesora particular, actividad que disfrutaba bastante. A los diecisiete años le ofrecieron un intercambio internacional, viajando a un país de Europa

(*“conocí gente... fue un choque cultural grande”*). Al finalizar su enseñanza media, sus padres le preguntaron dónde quería estudiar y ella respondió que en Santiago en una Universidad que era de su gusto. Ya no se quería quedar en su ciudad de origen (*“me sentía aprisionada en casa de mis padres”*). La paciente consideraba que aquella ciudad tenía *“un pensamiento colonial y muy tradicionalista, religioso”* y ella quería sentirse libre y tranquila para construir su vida.

En un principio, su meta era ingresar a medicina, pero dado que el puntaje de la PAA (Prueba de Aptitud Académica) no le alcanzó para esa carrera, escogió odontología. En siete años estuvo titulada. En los primeros años de estudios universitarios, pololeó con Matías, estudiante de arquitectura. La paciente lo describe así: *“Era cariñoso, afable, y muy celoso”*. Estuvieron juntos tres años, y tuvo su primera relación sexual con él a los veinte años (*“Él me abrió las puertas del mundo, me sentía tan valorada... estaba muy enamorada”*).

Luego, también dentro de la Universidad, conoció a su actual marido. Ella recuerda con mucha nostalgia el período de pololeo, ya que pudieron viajar juntos, y siempre estuvieron compartiendo bastante, con muchos gustos en común (*“Yo me quería casar con Carlos, pero no tener hijos en ese momento, no quería nada que nos jodiera”*). Luego de titularse, vivieron juntos un par de años y luego se casaron. Su hija nació aproximadamente dos años después del matrimonio.

1.2. Motivo de consulta y otros aspectos

Ahora que se presentaron algunos datos relevantes relacionados a la paciente, en términos de su contexto general, de su familia y ciertos hechos que la han marcado en distintos ámbitos, se presentará su motivo de consulta, la manera de ingresar a terapia y algunos pasajes significativos del primer tiempo del tratamiento, con más datos sobre ella y su vida, que permitirán profundizar en el conocimiento del caso.

La paciente llama por teléfono y deja un mensaje, indicando que necesita una hora para tomar una psicoterapia. Fue derivada por un colega psicoanalista que atiende a su marido en ese momento. En la primera sesión, dice que anda muy desagradable e irritable con su esposo (*“Ando muy desagradable con Carlos, ando amarga”*). Además, explica el accidente que ocurrió con su hija cuando tenía ocho meses, y plantea que desde hace aproximadamente diez meses (es decir, desde algunos meses después del accidente), anda con la sensación de que a Andrea le va a pasar algo malo (*“ando como bien fatalista”*). Dándose cuenta que andaba con ánimo bajo, en la navidad del año pasado (tres meses antes de consultar) se preguntó a sí misma *“¿Cómo voy a estar con depresión?... me daba miedo mirarme, no quería aceptar que podía estar así”*.

En febrero, para el Día de los Enamorados, Carlos la invitó a salir, para que pasearan con su hija, pero Sofía no quiso ir. Finalmente, Carlos salió a pasear con la niña. La paciente comenta: *“me dio mucha angustia, como nunca me había pasado, y pensé por qué no me muero mejor, y me dio susto pensar algo así”*. Considerando que llevaba bastante tiempo sintiéndose mal, esta fue la gota que rebalsó el vaso. Dejó pasar unos días y con cierto desgano pidió una hora de consulta con un médico general. Llegó y le dijo: *“estoy súper depre”*. Él le planteó que probablemente estaba con una depresión postparto, y que sería buena idea visitar a un especialista de la salud mental. No se movilizó inmediatamente para seguir aquella recomendación.

Después de unas semanas, fue a la playa con su familia. Su hija casi se cayó del coche por un movimiento repentino y Sofía sobre-reaccionó, se puso a llorar, y no pudo parar en varios minutos. Su esposo le decía que estuviera tranquila (*“tranquila, no pasa nada”*). Sofía explica que en ese momento, un familiar se acercó a ella y le dijo que quizás era una buena idea ir al psicólogo. Ahí es donde Carlos le dijo *“¿Y si hablo con mi psicoanalista, para que nos dé una sugerencia?”*. La paciente al momento de contar esta situación termina diciendo: *“y claro, el gurú nos dio tu nombre”*, con un evidente tono irónico.

Al preguntarle por su sintomatología, indica: *“ando cansada, triste, irritable, con bajo apetito sexual”*. La irritabilidad se manifiesta especialmente con su suegra y su esposo. Es en este momento, donde aparece más clara una de sus mayores preocupaciones, *“Le he puesto harto empeño, no quiero perderlo, se puede aburrir de mí”*, refiriéndose a Carlos.

A la siguiente sesión cuenta que fue muy difícil para ella ser madre (*“Fue muy duro para mí ser mamá, estaba el tema de falta de libertad”*). De hecho, a propósito de esto, indica que lloró seis días seguidos después del parto de Andrea (*“Fue un cambio muy fuerte... por más que amara a mi hija, era demasiada la dependencia”*). Agrega que se siente perdida en estos momentos, *“...ando perdida con mis emociones, arriba y abajo, no que ande volando por la vida, desequilibrada, pero necesito que me hagan pisar tierra”*. Con una mezcla de molestia, vergüenza y culpa, dice que se siente amarrada a su hija (*“no puedo hacer nada, sino es estar arriba de la Andreita... todo es muy rutinario... no ando muy espontánea, perdí la chispa más positiva, me he puesto una vieja echá y leyendo un libro”*). Volviendo a la vida marital, dice que les ha costado tener un espacio común, y que ella está consciente de que algo pasó con Carlos desde que nació su hija (*“Pasó algo con Carlos, desde el primer mes yo empecé a tener discusiones con él”*). Al comentar la relación que tiene su marido con su hija, señala que se llevan muy bien (*“A mi beba se le ilumina la cara con su padre, y a él también, yo sabía que Carlos iba a ser así”*). Al ir finalizando aquella sesión, se le consultó a la paciente *¿Por qué está enrabiada con Carlos?*, y ella sorprendida, indicó que eso se lo había dicho su marido hace un tiempo: *“tú me tienes rabia”*. Sofía no logra responder, no tiene consciencia de las posibles razones.

Continuando con el tema de su relación de pareja, Sofía comenta: *“cada vez nos estamos hundiendo más, como bolsas de plomo... esto pasa porque nosotros no estamos bien”*. Esto la lleva a conectarse con la fantasía de que Carlos la puede dejar. Al preguntarle qué pasaría si él la deja, Sofía responde: *“Me daría pena y me quedaría en el aire, sin un pilar”*. Agrega *“mejor ya ni peleo, o trato de no pelear, no quiero desgastar más la relación, estamos en crisis y no*

quiero ser hiriente, mejor me lo guardo... me carga quedar como la yegua". Aparte, mi mamá me repite: *"Hija, no lo tomes a mal, pero no dejes de lado a Carlos, también tienes que ser mujer"*. Sin duda la paciente está complicada y se siente bastante presionada. No sabe muy bien qué hacer.

En cuanto a su suegra, que también es una persona con la cual ha estado bastante irritable, la paciente cuenta que es *"muy metida"*, y que eso es tan concreto, que a veces, cuando va de visita, entra al dormitorio sin golpear la puerta. Con mucha rabia, Sofía cuenta que un día estaba con su marido en la ducha -cosa que no era tan común-, y que estaba muy contenta con ese momento de intimidad, y al cabo de unos minutos, entró la suegra al baño para preguntarles algo sobre el almuerzo.

En una sesión posterior, la paciente dice: *"Prefiero que me guíes tú"*, al pedirle que asocie con lo que acaba de decir, recuerda un temblor que hubo en Santiago, donde Carlos le decía *"quédate ahí"*. Al escuchar la asociación le dije a la paciente: *"Un hombre dando instrucciones, guiando"*. Esto la llevó a recordar cuando tenía 15 años, y que por unas malas calificaciones en el colegio, su padre la castigó muy duro, prohibiéndole ir a una "fiesta de 15". La paciente dice que fue fuerte ese castigo, pero que no quedó resentida. Al mostrarle el "no" resentida, indicó: *"yo siento que con mi hermano no fue así, Guillermo hizo lo que quiso y no lo castigaban de esa manera"*. En esta misma sesión habló sobre lo *"patito feo"* que se había sentido en su período de intercambio en Europa, y finalmente, declaró que extrañaba lo amoroso que era Carlos con ella, pero que eso no la hacía sentir *"ni rabia ni celos ni envidia"*.

En una próxima sesión, habla sobre lo difícil que se está volviendo, cada vez más, su rol de madre y de esposa, sintiendo que en ambas está mal. Cuenta que la noche anterior su marido hizo dormir a la niña, ya que *"esa paja no me la quería pegar yo... a veces estoy sin energía, tengo que preocuparme de la Andreita y a veces no tengo ganas... me siento mala mamá, como que se pasa el tiempo"*. Esta cadena de frases partió con un tono de desagrado y rabia, terminando con tristeza y vergüenza. Se nota que poco a poco estaba pudiendo

expresar algo que la estaba atormentando y angustiando profundamente, y que hasta ese momento no había podido poner fuera; no habían sido dichas.

En sesiones venideras, pudo seguir hablando sobre el hecho de ser madre, su maternidad. Sofía, explica que siempre había sido un tema difícil para ella, ya que consideraba que la maternidad implicaba inevitablemente una pérdida de libertad que le generaba rechazo (*“yo no quería ser mamá... creyéndome no se po, profesional, vanguardista... tener un hijo te embarraba, es una cuestión súper heavy, no es cosa de tener hijos y traer así hijos al mundo... y mi mamá me decía, no te obligues a nada... ya vas a madurar!... las cosas que me decía mi mamá”*). Después, al embarazarse sintió emoción y alegría, pero también miedo y una sensación poco específica, una sensación angustiada (*“Me sentía muy extraña, algo crece dentro mío... me generaba un poquito de angustia”*). Ya con el nacimiento, se le vinieron encima todos sus temores, y comenzó a experimentar aquella “falta de libertad” que tanto la asustaba (*“Siento que tengo que hacerme cargo de todo, una sensación de que no le pase nada a la niña, que ni un bichito le pase cerca”*).

Ha sido muy desgastante la maternidad para la paciente, se siente absorbida, cansada y a veces desbordada, lo que le genera sentimientos de culpa (*“me siento tan culpable, la Andreita ayer durmió mal, y yo no reaccioné bien, estaba chata, cansada, colapsada, y le dije a Carlos <<me chorié>>, y él me dijo: <<creo que tienes que pedir una licencia>>. Me siento la peor mamá del mundo, no voy a decir más las cosas... ¿cómo puedo ser tan penca?”*). En otro momento, con vergüenza y culpa expresa: *“A veces odio a mi hija, me desespera”*. En este período, también aparecieron sueños que la angustiaron bastante. Hay uno en particular, donde el único recuerdo claro era que *“había un cajón blanco... parecía un ataúd pequeño”*.

El período de amamantamiento también fue vivido como un proceso negativo, poco grato y de mucho gasto emocional. Explica que el acto de darle leche a su hija era un proceso mecánico, sin ningún tipo de agrado ni satisfacción afectiva. Sofía indica: *“no hubo luna de miel, me da pena, siento vergüenza de no*

haber estado enamorada de ella, lo que se dice de que una se siente en un estado como enamoramiento con su hijo pequeño, a mi no me pasó... -su hija- era una extraña, yo sé que te tengo que querer hija, pero no sé cómo hacerlo". Pudiendo sentirse cada vez más libre y en confianza, la paciente comenta: *"a veces no tengo ganas de preocuparme de Andrea y me siento mala mamá"*. Un día que estaba amamantando a Andrea, su esposo se acomodó cerca de ellas, y con mucha dulzura le dijo a Sofía: *"Que suerte tienes de poder alimentar a nuestra hija con tu leche materna"*, ante lo cual ella respondió: *"Si quieres te regalo la teta!"*. Para ella no era algo agradable ni dulce.

De esta manera, la paciente variaba de andar con bajo ánimo, o estar más angustiada o más rabiosa. Esta mezcla de emociones y/o estados afectivos los iba expresando con frases como: *"No ando deprimida ni nada, no estoy buena para las tallas solamente... no ando deprimida y tampoco son ganas de llorar"* o *"Estoy con las energías bajas a veces, otras veces es angustia, pero hoy es cansancio, me costó levantarme, no una sensación de pena, ni nostalgia, sino que <<dedo para abajo>> solamente"*.

CAPÍTULO 2
DEPRESIÓN POSTPARTO:
DOLOR PSÍQUICO EN LA MATERNIDAD



María Izquierdo (1943) "Maternidad"

El dolor psíquico en la maternidad no siempre se expresa, no siempre sale en palabras para decir aquello que la mujer está viviendo internamente en aquel proceso de transformarse en madre. Una mezcla de sentimientos, ambivalencias y temores, todo junto ahí en ella. Algo de esto fue lo que vi reflejado en este cuadro de María Izquierdo (1943) titulado "Maternidad". Si bien es cierto hay dos, una mujer y un bebé, identifico un énfasis en la soledad. Ella está sola; con su hijo, pero sola. En su mirada y en sus gestos, observo una mixtura de impavidez, preocupación y ansiedad, pero también desesperanza. Me da la impresión de que ella no está disponible psíquicamente para su bebé. Interpreto que el bebé está tratando de buscarla, de llamarla, pero ella no está... y ella tampoco lo encuentra a él, el bebé es un ser extraño, lejano, y eso la perturba, la asusta y despierta en ella emociones como la pena, pero también rabia. Ella se pregunta: *¿Cómo no saber ser madre?*

En su entorno los colores son grises, indiferenciados, hay difuminaciones y claroscuros con poca forma, nubes y humos representantes de aquella soledad y angustia, donde no está aquel otro que pudiera darle una palabra de aliento y un abrazo cariñoso y apretado. Ella necesita un entorno -ambiente- acogedor, que la escuche y la vea... que la vea a ella en tanto mujer y en tanto madre.

Con esta imagen y estas palabras comienzo este capítulo destinado a dar cuenta de los conocimientos y saberes existentes hasta el momento sobre la depresión postparto. Primero habrá un acercamiento desde la visión médico-psiquiátrica, y luego, desde una perspectiva psicoanalítica.

2.1. La depresión postparto como entidad nosológica medico-psiquiátrica

“La madre muerta es entonces, contra lo que se podría creer, una madre que sigue viva, pero que por así decir está psíquicamente muerta a los ojos del pequeño hijo quien ella cuida”
(Green, 2005, p.209)

Desde la psiquiatría, es posible encontrar distintas descripciones del diagnóstico de depresión. Según Pedro Retamal (1999) puede ser definida como uno de los tipos de alteración del ánimo, consistente en su disminución, con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales y acompañado de diversos síntomas psíquicos (tristeza, alteraciones de la concentración, memoria, etc.) y físicos (disminución de la libido, anorexia – hiperfagia, etc.).

Según los datos descritos por Alvarado (et. al., 2001 en Castillo, 2008) el Trastorno Depresivo Mayor tiene una prevalencia de vida de 10 - 25 % en mujeres y de 5 – 12% en hombres. Respecto a esta misma variable de género, Retamal (1999), indica que se ha visto que son las mujeres quienes padecen con mayor frecuencia de depresión en una razón de 2 – 3 mujeres por cada hombre.

En Chile constituye un problema de salud pública, especialmente considerando que un tercio de los consultantes en el nivel primario sufre de depresión. Asimismo, se presenta con mayor frecuencia en personas de más de 15 años (7,5% - 10%) (Castillo, 2008).

En la literatura se puede encontrar que existe multiplicidad de causas con respecto al origen de la depresión. Retamal (1999) señala que:

“siendo frecuente encontrar que a partir de una cierta predisposición biológica (herencia, alteraciones hormonales y bioquímicas) y biográfica (estilo de personalidad predepresiva o melancólica, junto a factores de crianza, estructura familiar y situaciones estresantes vitales infantiles), se desencadenan los síntomas en coincidencia con situaciones ambientales y

de conflicto (dificultades matrimoniales), fracaso (económico) o pérdidas (duelo)” (p.11).

Los síntomas y signos de depresión propuestos por Retamal (1999) son:

- Alteraciones emocionales: tristeza patológica, angustia, irritabilidad.
- Alteraciones del pensamiento: fallas de concentración y memoria, desinterés, indecisión, desesperanza, ideación delirante, ideación suicida.
- Alteraciones somáticas: insomnio – hipersomnias, anorexia – hiperfagia, disminución o aumento de peso, disminución de la libido, fatiga, algias.
- Alteraciones de los ritmos vitales: estar peor a ciertas horas del día, habitualmente en las mañanas, cambios menstruales, tendencia a la presentación estacional de los síntomas.
- Alteraciones de la conducta: llanto, agitación, lentificación, aislamiento y mutismo.

El mismo autor (1999), destaca el gran aumento que se ha producido de las enfermedades depresivas desde la segunda mitad del siglo XX, indicando como línea explicativa los cambios culturales y las condiciones del estilo de vida de las personas, incluyendo el intenso ritmo de trabajo, la competitividad, y la rapidez y variabilidad de los contactos interpersonales, entre otros.

Luego de esta breve introducción al campo de la depresión como diagnóstico psiquiátrico, nos ocuparemos de averiguar respecto de un tipo especial de depresión: la depresión postparto. Este cuadro ya en su nombre señala una unión innegable al hecho de tener un hijo/hija. Podríamos hablar de una depresión que tiene relación con un período especial de la vida de muchas mujeres, un período que pese a estar lleno de significados sociales positivos y alegres, para ellas se transforma en un período más bien doloroso y complicado.

Es común escuchar el diagnóstico de depresión postparto, incluso en contextos coloquiales, donde alguien dice: “*Sí, ella no ha estado muy bien, parece*

que tiene depresión postparto". Pero ¿a qué nos estamos refiriendo con este diagnóstico psiquiátrico? ¿Tiene características sintomáticas específicas? ¿Cuáles? En este apartado me referiré a aquello, intentando ofrecerle al lector una descripción lo más completa posible de este trastorno puerperal.

Desde hace mucho tiempo hay un reconocimiento de la existencia de trastornos psiquiátricos propios del puerperio. Pese a esto, el estudio sistemático de dichos cuadros se ha llevado a cabo sólo desde hace algunas décadas, la mayoría de ellos movilizados desde el entendimiento de la importancia que cobra la asunción de la maternidad como suceso vital de gran impacto tanto para la madre, como para su pareja -en el caso de tenerla-, su familia y especialmente para el futuro hijo con quien se vinculará esta madre (Castillo, 2008).

Antecedentes históricos relacionados a los trastornos mentales puerperales son posibles de identificar ya desde el siglo V a. C. Fue Hipócrates quien describió algunos casos de psicosis puerperal, considerando al parto como un precipitante específico de psicosis, llegando incluso a especular que podría haber una causa fisiológica, como la presencia de leche en el cerebro, proveniente de los pechos (Cox, 1982 en Jadresic, 1994).

El primer estudio sistemático del tema se debe a Esquirol, quien en 1838 dio a conocer una revisión de 90 casos. Su trabajo fue continuado por Marcé, que en 1858 publicó su "*Traité de la folie des femmes enceintes*"¹, texto en el que postula la existencia de un síndrome heterogéneo pero específico del puerperio, distinto de las enfermedades mentales no puerperales (Jadresic, 1994).

Varios estudios epidemiológicos recientes, han confirmado que el riesgo de la mujer de ser hospitalizada en un recinto psiquiátrico es inmensamente mayor en el puerperio que en otras épocas de la vida. De acuerdo a un estudio de Kennedy y colaboradores, el riesgo de la mujer de ser hospitalizada por motivos psiquiátricos en los treinta días posteriores al parto es casi siete veces mayor que el riesgo de ser hospitalizada antes de embarazarse (op.cit.).

¹ Traducción: "*Tratado de la locura de mujeres embarazadas*".

Tradicionalmente se han conceptualizado tres desórdenes emocionales puerperales: disforia postparto, depresión postparto y psicosis postparto (Heron, Craddock y Jones, 2005; Sharma, 2005 en Farías, 2007; Appleby y Forshaw, 1990 en Alvarado, Perucca y cols, 1992; Blum, 2007). Estas clasificaciones se describen de la siguiente manera:

- 1) Disforia postparto: La disforia postparto -“maternity blues” o “baby blues”-, es un cuadro muy frecuente, con una incidencia entre el 40% y 60%. Se trata de un cuadro autolimitado que se inicia entre el tercer y cuarto día después del parto, y rara vez dura más allá de diez días. Los síntomas alcanzan su mayor intensidad al finalizar la primera semana, presentando: insomnio, llanto fácil, desánimo, fatiga, ansiedad, falla en la concentración, etc. Si bien este cuadro no requiere tratamiento, su presencia genera infelicidad y puede alterar significativamente la vida de la madre y su grupo familiar (Appleby y Forshaw, 1990 en Alvarado, Perucca y cols, 1992). Su etiología se ha atribuido a la caída brusca de diversas hormonas en el parto, pero todavía no existe evidencia empírica sólida sobre la causalidad de ninguna hormona en específico (Jadresic, 1994). En su relación con los cambios hormonales, la disforia postparto puede ser análoga al síndrome premenstrual (SPM). Tal como se señaló más arriba, este cuadro es muy común y suele ser transitorio, pero si es grave o persistente, puede desarrollarse una depresión postparto (Hannah, Adams, Lee, Glover, y Sandler, 1992; Henshaw, Foreman y Cox, 2004 en Blum 2007).
- 2) Depresión postparto: Es un síndrome clínico de síntomas moderados a severos, cuya duración e impacto sobre la familia sobrepasa al generado por los cuadros disfóricos (Gale y Harlow, 2003 en Farías, 2007). Estudios epidemiológicos norteamericanos muestran que las tasas de incidencia fluctúan entre el 10% y el 20%; en Chile se puede observar que dicha cifra puede aumentar al 20.6%. Inclusive “en un estudio realizado por Lemus y Yáñez (1986) encontraron una frecuencia de 40% de casos alrededor del mes

después del parto” (Alvarado, Rojas y cols. 1992 y Alvarado, Rojas, Monardes, et. al., 2000 en Castillo 2008).

- 3) Psicosis postparto: Es un cuadro dramático que implica una emergencia psiquiátrica (Jadresic, 2005). La psicosis puerperal constituye un grupo heterogéneo, con formas clínicas similares a la esquizofrenia, trastornos afectivos (depresivos y maníacos), cuadros confusionales, o bien la combinación de varias de éstas. Se ha estimado su incidencia en 1 a 2 por 1000 nacimientos (0,1% a 0,2%). Su presentación clínica se caracteriza por un intervalo libre de síntomas, de una a dos semanas después del parto, seguido de un período prodrómico con síntomas inespecíficos tales como inquietud, irritabilidad, labilidad emocional, hipersensibilidad, insomnio, etc., después del cual aparece el cuadro psicótico propiamente tal (Appleby y Forshaw, 1990 en Alvarado, Perucca y cols, 1992). Puede presentar alucinaciones, delirios y síntomas que asemejan delirium (Steiner, 1990 en Ryan y Kostaras, 2005 en Farías, 2007).

Respecto a la depresión postparto existe una larga discusión en cuanto a si este fenómeno sería específico o más bien correspondería a la manifestación de una entidad clínica subyacente, haciendo de todas maneras de la depresión postparto un importante objeto de análisis (Alvarado, Rojas y cols., 1992 en Castillo, 2008). Por otra parte, el impacto que este cuadro puede tener es múltiple: sufrimiento de la madre y los que la rodean, deterioro de las relaciones intrafamiliares (en especial de la pareja), reducción del funcionamiento en el rol materno, y alteraciones en el desarrollo del niño (Alvarado, Perucca y cols., 1992).

En la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana (1995) no se registra a la depresión postparto como un trastorno afectivo particular, sino que sólo se permite distinguir como especificación respecto al momento de inicio del desorden. En esta sección de “especificaciones”, se agregan elementos que posibilitarían una mejor especificidad diagnóstica y pronóstica, creando subgrupos más homogéneos. Pero esto a veces lleva a confusiones, ya que de hecho, no queda

claro si la psicosis postparto y la depresión postparto son cuadros separados o si forman parte del espectro de trastornos bipolares (Pender, 2006).

Estas especificaciones planteadas en el DSM-IV para los trastornos afectivos, donde está ubicado el elemento particular que permite nombrar, de alguna manera, a la depresión postparto como diagnóstico psiquiátrico, se presentan de la siguiente forma (Asociación Psiquiátrica Americana, 1995):

“Especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total (para un episodio depresivo mayor, pág. 384; para un episodio maníaco, pág. 386; para un episodio mixto, pág. 388)

Crónico (pág. 390)

Con síntomas catatónicos (pág. 390)

Con síntomas melancólicos (pág. 391)

Con síntomas atípicos (pág. 392)

De inicio en el posparto (pág. 394)” (p. 325, la negrita fue agregada para este texto).

En cuanto al origen de la depresión postparto se ha visto que proviene tanto de factores biológicos como de orden psicosocial (Alvarado, Perucca y cols., 1992; Jadresic, 1994), coincidiendo con lo señalado por Retamal (1999) respecto al trastorno depresivo. Por una parte, se encontrarían dentro de los primeros -los factores biológicos-: la presencia de un factor genético; variaciones hormonales, específicamente altos niveles de prolactina y bajos niveles de estrógenos y progesterona; reducción en las tasas de triptófano total; y disfunción del eje hipotálamo hipofisario-suprarrenal con altos niveles de cortisol libre. Por otra parte, los factores psicosociales consideran: insatisfacción en la relación de pareja; problemas con los padres; embarazo no deseado; presencia de acontecimientos vitales negativos, vinculados o no al proceso grávido-puerperal; y la falta de soporte social, afectivo e instrumental, brindado por las personas más cercanas a la paciente. Cabe señalar que sólo algunos estudios han vinculado la

presencia de patología gineco-obstétrica a la depresión postparto, tendiendo más bien, en general, a descartar una relación entre dichas variables (Alvarado, Perucca y cols., 1993 en Castillo 2008).

De acuerdo a algunos autores, en la mayoría de los casos, los factores psicosociales tendrían mayor importancia que los biológicos, siendo más relevantes factores tales como: actitud negativa hacia el embarazo, el antecedente de depresión en el tercer trimestre de éste y la insatisfacción con su relación de pareja (Alvarado, Perucca y cols., 1992).

De hecho, numerosos estudios han examinado las posibles funciones de estrógeno, progesterona, testosterona, prolactina, oxitocina, cortisol, aminas biogénicas, y otros agentes fisiológicos en relación con la depresión postparto (Zonana y Gorman, 2005 en Blum, 2007), sin embargo Harris (2002, en Blum 2007) indica que a pesar de las extensas investigaciones, no ha habido ningún importante estudio que demuestre una relación directa entre estos cambios hormonales y la posterior depresión.

Explorando los factores psicosociales, en una investigación realizada en Chile por Alvarado, Rojas y Monardes, et al. (2000 en Castillo, 2008), se encontró una incidencia de 22,4% de cuadros depresivos postparto, concluyendo que intervenía de manera relevante una variable aislada: insatisfacción con la relación de pareja; y dos parejas de variables en interacción: bajo apoyo social con bajo nivel socio-económico y embarazada de edad adolescente con depresión durante su gestación. Por otra parte, aparece como relevante el hecho de que las mujeres que sufren de depresión postparto tienden en un alto porcentaje a suspender la lactancia natural durante los primeros dos meses (Alvarado, Perucca y cols., 1992).

Ahora, atendiendo la sintomatología presentada en la depresión postparto, revisaremos lo planteado por Jadresic (1994), quien señala que los principales síntomas de este cuadro serían: llanto más que desánimo, sentimientos de culpa, alteraciones del sueño, ideas suicidas o temor a dañar al hijo/a, irritabilidad,

pérdida de la libido, temor de que el niño no sea de ella o que presente algún tipo de deformación. Sólo una pequeña cantidad de dichos cuadros depresivos tendrían síntomas más psicóticos -menos del 1%- (Jadresic, 1990 en Alvarado, Perucca y cols., 1992).

A partir de un estudio realizado por Alvarado, Perucca y cols. (1992), donde se utilizó el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, además de la comparación con el criterio clínico de un médico psiquiatra, se encontró que los síntomas que presentaban la mayor sensibilidad -capacidad de pesquisar el cuadro cuando éste está presente-, fueron los siguientes:

- Sentimientos de culpa frecuentes (100%)
- Ansiedad y preocupación sin una causa precisa (96.4%)
- Sobresaltada y asustadiza (89.3%)
- Preocupaciones excesivas por su estado de salud (85.7%)
- Labilidad emocional, con llanto fácil (82.1%)
- Mala autoimagen física (82.1%)
- Sentimientos de incapacidad (78.6%)
- Estado de ánimo depresivo, tristeza (75%)
- Irritabilidad (75%)

En otro estudio realizado por los mismos autores Alvarado, Perucca y cols., (1994, en Castillo, 2008) se analizó el efecto de dos variables psicosociales: eventos vitales -o estresantes- y soporte social, sobre el desarrollo de un cuadro depresivo en el postparto. Encontrando que las puérperas depresivas diferían de las no depresivas en presentar un número mayor de sucesos vitales y un puntaje total más alto en la escala. Por otro lado, la variable soporte social no mostró un carácter predictivo, sin embargo presentó un efecto de interacción sobre los eventos vitales. En este estudio, se entendió el suceso vital o evento estresante, como un acontecimiento capaz de generar una crisis en un sujeto vulnerable,

manifestado a través de cambios fisiológicos y psico-sociales y eventualmente desencadenando un trastorno o enfermedad. Asimismo, el apoyo o soporte social se refiere a la percepción que tiene el sujeto a partir de su inserción en las relaciones sociales, de ser cuidado y amado, valorado y estimado, y de pertenecer a una red social de deberes y derechos. El apoyo social se relacionaría de dos maneras con el estado de salud mental de la persona: afectando directamente su grado de bienestar y mediando o amortiguando el impacto de eventos estresantes. Este último estudio descrito surge a partir de la revisión bibliográfica desarrollada, donde se plantea que los sucesos vitales y el soporte social son dos variables que jugarían un importante rol interactivo en el desarrollo de una depresión postparto (Jadresic, 1994; Alvarado y cols, 1992).

De esta forma, este cuadro psicopatológico puerperal ha sido catalogado en la literatura médica de los últimos años, como un problema de salud pública mayor, ya que su prevalencia estaría ubicada, según importantes estudios nacionales, entre un 10% y un 20% aproximadamente (Alvarado, Rojas y cols. 1992), lo cual es un porcentaje considerable. Y un dato que es todavía más preocupante es que la mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional. Aún más, casi el 50% no tiene ayuda desde los familiares ni de los amigos. Por otro lugar, las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, suelen no estar dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial la depresión (Evans, G., Vicuña, M., Marín, R., 2003).

En la misma línea, se ha observado que aproximadamente 30% de las puérperas suelen desarrollar algún síntoma ansioso y/o depresivo (Jadresic, E., Jara, C., Miranda, M., Arrau, B., Araya, R., 1992), existiendo un bajo porcentaje de mujeres que llegan a consultar por estos motivos. Estos mismos autores indican que esto podría explicarse porque en nuestro medio las embarazadas y las puérperas con trastornos emocionales tienden a no consultar por este tipo de motivos al área de salud mental y/o porque los profesionales de la salud no suelen diagnosticar estos cuadros depresivos, a pesar del contacto regular que

mantienen con sus pacientes. En este mismo sentido, Rojas (et al., 2010) afirma que “la patología psíquica puerperal es habitualmente subtratada, con consecuencias negativas para las mujeres, la familia y el bebé” (p. 537). Jadresic (2004 en Farías, 2007) comenta que en Chile, sólo la cuarta parte de las madres con depresión postparto recibe tratamiento. Esta situación puede cronificar la enfermedad y aumentar el riesgo de cometer suicidio (Ryan y Kostaras, 2005 en Farías, 2007).

De esta manera podemos apreciar como si bien, existen bastantes conocimientos respecto a cifras epidemiológicas, precisiones sintomatológicas y posibles etiologías, todas las cuales, sin duda son muy relevantes, aparecen datos que dan cuenta de falencias a nivel diagnóstico y médico-asistencial que son importantes de considerar. ¿Qué hace la medicina que rodea a la maternidad con estas cifras en lo cotidiano? Más adelante, en el capítulo 4, me referiré más extensamente a esta problemática.

2.2. Un acercamiento psicoanalítico a la depresión postparto: contribuciones de Lawrence D. Blum²

“Hay enfermedad cuando hay conflicto”
(Foucault, 1988, p.114)

“La depresión implica, en cambio, una pérdida en el sujeto, quizás una pérdida progresiva del imaginario. Algo que ennegrece el reflejo del Yo como otro”
(Coloma, 2011, p. 426)

En el acápite anterior, pudimos profundizar en torno a los síntomas y características más comunes de lo que podríamos llamar “los trastornos puerperales”, particularmente en lo que se refiere a la depresión postparto. Así también, pudimos observar como aquel trastorno está lejos de ser una problemática poco común. Según lo revisado, es un alto porcentaje de madres, las que luego de tener un hijo/hija desarrollan una depresión postparto (10%-20% aprox.), y más es el número de mujeres con disforia postparto (40%-60% aprox.) o síntomas ansioso-depresivos (30% aprox.) que no llegan, por los criterios descriptivos, a diagnosticarse como trastorno propiamente tal, pero que si no son tratados pueden derivar en un cuadro más grave.

A continuación, pasaremos a aproximarnos a la depresión postparto desde el psicoanálisis. Dio Bleichmar (2001) permite introducirnos en esta temática con un mensaje importante. La autora plantea que es muy frecuente que los cuadros depresivos postparto queden enmascarados bajo el sinnúmero de apuros y complicaciones que surgen ante la crianza. Es bastante común que los bebés no duerman bien, que permanezcan despiertos gran parte de la noche, que lloren ininterrumpidamente, que se alimenten con ciertas dificultades, y así el estado de abatimiento, ansiedad, fatiga y desequilibrio emocional de la madre se considera

² Lawrence D. Blum es psiquiatra y psicoanalista norteamericano, miembro de la Asociación de Psicoanálisis Americana (APA). Es profesor de psiquiatría en la Universidad de Pensilvania y supervisor del Centro de Psicoanálisis de Filadelfia.

una consecuencia de aquella <<guerra que da el bebé>>, sin que la propia madre, ni tampoco los que la rodean, reconozcan la verdadera causa.

Aquí algunas preguntas: ¿Qué tipo de depresión es la depresión postparto? ¿Qué conflictivas intrapsíquicas se identifican con mayor frecuencia en estas pacientes? Si bien, me interesan ambos cuestionamientos, sólo abordaré superficialmente el primero, a modo de introducción, y me abocaré con más detención al segundo.

El psicoanalista Benzión Winograd (2007) plantea que no existiría “la” depresión, sino que de acuerdo a su línea conceptual, existirían “las” depresiones. En este sentido, indica que las depresiones aparecen como una problemática estructural o de funcionamientos predominantes, más que como trastornos asignados a complejos semiológicos muy específicos.

A lo largo de varios capítulos en su libro “Depresión, ¿enfermedad o crisis?: una perspectiva psicoanalítica”, este autor (op.cit.) da cuenta de sus apreciaciones respecto a algunos parámetros que permitirían delimitar un conjunto de esquemas conceptuales para la comprensión de las problemáticas depresivas. Este marco o delimitación la propone diferenciando cuatro grupos de aportes freudianos: 1) El procesamiento psíquico o emocional de las pérdidas; 2) La teoría del narcisismo; 3) La ampliación y complejización del inconsciente en las explicaciones freudianas de las temáticas depresivas; y 4) Los procesos identificatorios.

Por otra parte, Hugo Bleichmar (2008) afirma que la relación existente entre los típicos síntomas identificados en variados cuadros depresivos, a saber, tristeza, inhibición y autorreproches, es más compleja que la que suele plantearse. “La tristeza puede ser desencadenada por el autorreproche, pero no se explica por éste. De igual manera el autorreproche no se justifica por la tristeza” (p. 12). Además, el autor plantea que en todas las depresiones, se encuentra el sentimiento de que un deseo es irrealizable. El problema del deseo y el sentimiento de impotencia-desesperanza en cuanto a su realización, es enfatizado por Bleichmar (2008) sobre la base del trabajo de Freud (1917[1915]) “Duelo y

melancolía”. Afirma que resulta central en la concepción psicoanalítica la construcción psíquica del objeto como perdido. Explica que se genera un estado afectivo integrado por un doble componente: por un lado, el componente ideativo, según el cual se representa el deseo dirigido al objeto como no realizable; como consecuencia de tal representación, surge un sentimiento doloroso, el afecto depresivo, que posee una cualidad específica diferente de la angustia ante el peligro.

Estas propuestas teóricas nos abren un sinfín de elementos, esquemas de comprensión, posibilidades de conceptualización y por sobre todo, un gran número de preguntas respecto a los mecanismos y conflictivas que se harían presentes en este tipo de depresión: la depresión postparto. Pese a que es muy atrayente la posibilidad de continuar por esta senda -por lo que espero hacerlo en otro momento-, por ahora, dejaré hasta acá estas claves, la búsqueda de pistas y respuestas en torno a qué tipo de depresión sería la depresión postparto desde aquellas propuestas teóricas, y me enfocaré en algunas conflictivas nucleares o centrales específicas de este trastorno puerperal, que han sido identificadas en la literatura.

No son muchos los trabajos ni los autores que se han dedicado a estudiar e investigar en torno a las especificidades de la depresión postparto desde un enfoque psicoanalítico (Zelaya, Mendoza y Soto, 2006; Blum, 2007), y en este contexto uno de los que ha mostrado con mayor claridad y coherencia resultados en torno a las conflictivas intrapsíquicas que se pondrían en juego en este cuadro, a mi parecer, ha sido Lawrence D. Blum (2007). Por esta razón, me basaré en sus contribuciones para ingresar en esta comprensión.

En su trabajo “Psicodinámica de la depresión postparto”, Blum (2007) expone los tres conflictos psíquicos que para él, desde sus veinte años de experiencia como psiquiatra y psicoanalista, y la bibliografía que ha revisado, compondrían las problemáticas centrales más frecuentes observadas en mujeres que desarrollan este trastorno. Estos conflictos serían: 1) conflictos con

identificaciones maternas; 2) conflictos con el manejo de la rabia; y 3) conflictos con la dependencia.

Pasaremos a continuación a revisar cada uno de estos conflictos.

2.2.1. Conflictos con identificaciones maternas

Blum (2007) comenta que en su experiencia clínica ha observado muchas mujeres que han desarrollado una depresión postparto, que describen relaciones muy problemáticas con sus propias madres. Algunas sienten que a sus madres no les interesaba cuidarlas o no disfrutaban el estar con ellas y atenderlas. Lo que aquí plantea el autor es que la tarea de cuidar a un bebé, proporcionándole amor y ternura, se dificulta mucho si siente, consciente o inconscientemente, que para ella esos cuidados fueron negados al ser pequeña. De modo inverso, se facilitaría este proceso cuando la nueva madre tiene un sentido positivo de su propia madre, en algún lugar de su mente y de su propio ser.

Este autor (op.cit.) agrega que algunas madres con depresión postparto describen que sus propias madres eran física o verbalmente abusivas con ellas. Estas mujeres a menudo han prometido no volver a ser como sus madres, pero no saben que finalmente, en general, son sus propias madres las que han conformado sus principales modelos internos, por lo que, aquellas imágenes poco positivas sobre la maternidad son posiblemente las bases sobre las cuales se construirá la propia maternidad. Ahí es donde aparecería una lucha contra las semejanzas inevitables que surgen entre cualquier hija y madre. Así, al estar en conflicto con aquellas identificaciones maternas negativas, más difícil se tornaría el proceso del encuentro con la propia maternidad.

“Aunque muchas mujeres en esta circunstancia se las arreglan para ser mucho mejores madres que sus propias madres, a menudo esto requiere mucho esfuerzo” (op. cit., p.54). Pese a que los conflictos con la maternidad o con identificaciones maternas, tales como los señalados aquí, pueden no ser

universales, y en un tratamiento breve no se puede tener la oportunidad de conocer mucho acerca de ellos, son bastante comunes en los casos de depresión postparto. Tener conflictivas con las propias identificaciones maternas, hace que sea mucho más difícil negociar y sobrellevar las habituales problemáticas de la maternidad, tales como encontrar el equilibrio entre el cuidado de los niños y el trabajo fuera del hogar, o el establecimiento de límites para un hijo/hija, etc. (Blum, 2007).

Aquí hemos podido mostrar, desde los postulados de este autor (op.cit.), la influencia de los procesos de actualización de la propia experiencia de relación madre-hija, donde hay algo de lo transgeneracional que se pone en juego. Aprovecho de plantear algunas inquietudes al respecto: ¿Qué características tendría aquel vínculo madre-hija? ¿Qué conceptualizaciones ha entregado el psicoanálisis a la comprensión de este vínculo y la transmisión de lo referido a la maternidad? Más adelante, en el capítulo 3, profundizaré en esta temática, considerando otras orientaciones y prismas teóricos, para encontrar algunas respuestas a estas preguntas.

2.2.2. Conflictos con el manejo de la rabia

Blum (2007) cuenta que muchas mujeres con depresión postparto presentan dificultades para manejar la rabia. A veces sienten que no tienen el derecho de estar enojadas, se sienten culpables por estar enojadas, o están asustadas por expresarlo. Sin embargo, ellas pueden tener mucho enojo, tanto de cosas del pasado como del presente. Peor aún, gran parte de la ira intolerable puede centrarse en el bebé. Es su hijo/hija quien ha llegado y ha transformado su vida cotidiana, privándola de sueño y muchas otras satisfacciones. Ella lo ha alimentado y cuidado, sin que necesariamente ella esté alimentándose bien o siendo cuidada adecuadamente.

Si la nueva madre puede reconocer y tolerar estos sentimientos, y los puede utilizar para ayudar a conseguir un poco de ayuda para sí misma, o un poco de tiempo para sí misma, todo probablemente pueda ir mejor. Pero, si ella se siente demasiado culpable o con miedo de estos sentimientos de insatisfacción, ira y rabia, puede llegar a estar cada vez más preocupada por la ira hacia el bebé y puede desarrollar pensamientos obsesivos sobre daños que le pueden ocurrir al bebé o de dañar al bebé ella misma (op.cit).

En esta misma línea, Blum (op.cit.) señala que “un número significativo de madres han informado fantasías de meter al microondas a sus bebés, lo que demuestra no sólo la ira asesina, sino que también sugiere, deseos de incorporación oral” (p.54) -Esto estaría relacionado con los conflictos con la dependencia que serán trabajados más adelante-. También indica que se han observado pensamientos obsesivos y rituales compulsivos de acompañamiento que pueden servir de manera encubierta para protegerse -y también para expresarse- contra las emociones de ira y enojo (op.cit).

La madre puede autorreprocharse por sus sentimientos y deseos asesinos y de rabia hacia el bebé, pudiendo desarrollar una depresión, y en casos graves llegar al suicidio. Muchas mujeres que desarrollan depresión postparto tienen un Superyó muy estricto y duro, teniendo expectativas muy exigentes para sí mismas. Aunque tengan un altísimo control de la rabia, con fuerte represión de ésta y/o culpa, aparece otro “peligro”, el cual es la posible pérdida de control -es decir, un riesgo opuesto-, sobre todo en las mujeres que tienden hacia la impulsividad. La presión interna se acumula y amenaza una posible pérdida de control con aquel constante “supercontrol”. Sentir la ira, tolerarla, y tener la capacidad de ponerla en palabras, puede ser fácil para el clínico, pero es una tarea difícil y esencial para las madres (op.cit.).

He planteado las ideas de Lawrence D. Blum respecto a esta segunda conflictiva identificada por él como central en la dinámica de la depresión postparto. Y aquí quiero dejar unas preguntas ¿Por qué se produciría esta tendencia a inhibir la expresión de la rabia? ¿Cuál es el lugar de las pulsiones

agresivas en la maternidad? ¿Esta dificultad de manejo con el enojo y la ira tiene que ver con algo propio de lo femenino? En el próximo capítulo desarrollaré más en extenso las temáticas asociadas a los impulsos agresivos y el manejo de la rabia en la maternidad, en búsqueda de algunas luces.

2.2.3. Conflictos con la dependencia

Los profesionales de la salud mental formados psicoanalíticamente saben - o más bien deberían saber- que todo ser humano tiene deseos y necesidades de dependencia. Nadie crece completo y el placer del bebé, debe ser atendido. Estos deseos, sin embargo, se vuelven conflictivos, y más bien temprano en el desarrollo vienen a ser vividos como temas infantiles y/o embarazosos. Comúnmente existirían sentimientos contradictorios hacia los deseos infantiles oral-dependientes (Blum, 2007).

En este sentido, habría que tener bastante cuidado con que una mujer que desde hace poco es madre, tenga que hacer todo el trabajo y soporte todas las privaciones que están relacionadas al cuidado de un recién nacido. Ella también debe hacer frente a sus propias reacciones emocionales ante las necesidades y demandas del bebé. Su hijo/hija puede despertar deseos inconscientes de necesidad de la madre y despertar envidia respecto a esa posición ventajosa de tener estas necesidades de cuidado satisfechas. Si ella puede aceptar sus propias necesidades y dependencia, y puede asegurarse lo mejor posible de ser atendida y ayudada, tolerando la dependencia de su bebé y sus reacciones ante la misma, es poco probable que se desarrolle una depresión posparto, pero si una mujer no puede enfrentar todas estas vicisitudes puede estar en riesgo (op.cit.).

Es relevante señalar que este conflicto con la dependencia es designado por Blum (op.cit.) como el más frecuente de los tres.

Siguiendo con la explicación, Blum (op.cit.) comenta que algunas mujeres mostrarían un tipo de adaptación que él nombra como "contradependiente". Esto

implica volcarse hacia el cuidado de los demás, desatendiéndose de sí mismas y sus propias necesidades. Este autor plantea que esta sería una manera de manejar los incómodos deseos de dependencia. Este tipo de adaptación funcionaría bien para mucha gente, pero si se hacen cargo de muchas personas, cosas y otras responsabilidades, y la insatisfacción de las necesidades personales es demasiado grande, llega un momento donde “el sistema contradependiente se rompe” (p.53). Este es el caso de muchas mujeres que desarrollan depresión postparto. Se hacen cargo de la casa, del marido, de su trabajo, y además de un bebé (o varios), y uno más puede ser la "gota que rebalsa el vaso", especialmente sin apoyo y cuidados de otros. Así, es claro indicar que “las mujeres que tienen que demostrar que pueden manejar todo, sin ayuda, pueden ser especialmente vulnerables y requieren una atención especial” (p.53).

Sobre la actitud o adaptación “contradependiente”, Blum (2007) agrega que frecuentemente tiende a limitar la participación en procesos psicoterapéuticos de larga data, lo que contribuye a la escasez de las contribuciones psicoanalíticas sobre el tema de la depresión postparto.

Por otra parte, existiría un segundo grupo de mujeres en riesgo de depresión posparto, que es más evidente: las que no tienen a nadie disponible para tomar el cuidado de ellas, son mujeres con poco apoyo familiar y social. Sus deseos dependientes de ser atendidas serán tristemente incumplidos, se los tenga o no conscientes y reconocidos (op.cit.).

Ante este último conflicto descrito, se me presentan los siguientes cuestionamientos, los cuales también pretendo abordar en los siguientes capítulos: ¿Existirían influencias culturales que lleven a una madre a evitar pedir ayuda si es que tiene la posibilidad de tenerla? ¿Cómo actuarían aquellas influencias?, y por otra parte, ¿Qué estatuto tiene el cuidado psicológico de las puérperas en la atención que actualmente entrega la medicina y el sistema de

salud en general? ¿Qué responsabilidad existe de parte de nosotros como psicólogos y psicoanalistas ante esta temática?³

2.2.4. Ejemplo clínico: un caso de S. Freud (1892-93)

En la literatura psicoanalítica clásica hay un caso que permite observar los planteamientos de Blum (2007) respecto a los conflictos que tendrían lugar en la dinámica de la depresión postparto. El caso clínico es de Freud (1892-93) y está presentado en el texto “Un caso de curación por hipnosis”. La paciente es “una madre que fue incapaz de amamantar a su hijo recién nacido antes que interviniera la sugestión hipnótica, y en cuyo caso lo ocurrido con un hijo anterior y otro posterior permitió un control, rara vez posible, del éxito terapéutico” (p.151).

Esta joven mujer tuvo a su primer hijo y luego fue superada por la pérdida del apetito, vómitos, insomnio y ansiedad, y con todo esto era incapaz de cuidar apropiadamente al bebé. Después de semanas de lucha, para evitar un mayor riesgo, tanto para ella como para el bebé, éste fue entregado a una nodriza para alimentarlo. Tres años después, con el nacimiento de un segundo hijo, los mismos síntomas reaparecieron. En el cuarto día de complejas dificultades de postparto, llamaron a Sigmund Freud para que la fuera a ver a su domicilio (Freud, 1892-93).

Freud la encontró en cama, con las mejillas rojas, y furiosa por su incapacidad para amamantar al niño. La paciente estaba aceptando esta visita médica a regañadientes, de hecho apenas lo saludó. Él la hipnotizó y se valió de la sugestión para contradecirle todos sus temores y las sensaciones en que estos se apoyaban. Freud le dijo: “Usted no tiene por qué angustiarse, será una excelente nodriza con quien el niño prosperará magníficamente. Su estómago está totalmente calmo; tiene usted muy buen apetito, desea darse un banquete, etc.” (p.153). Por medio día la paciente estuvo bien, comiendo y sintiéndose tranquila, incluso durmió sin problemas. Pero al almuerzo del día después a la visita, algo le

³ Estas interrogantes son trabajadas a lo largo del capítulo 4 (Infra pp.99-163).

cayó mal y volvió a sentirse enferma. De visita nuevamente en la noche, Freud encontró a la mujer otra vez superada por la situación. En esta ocasión, en palabras de Blum (2007), “Freud proporciona una forma mucho más intuitiva psicológicamente” (p.51). Lo que hizo, fue volver a hipnotizarla y le indicó que cinco minutos después que él se retirara, debía increpar a su familia, regañándolos y diciendo cosas como: ¿Dónde está la cena? ¿Acaso la idea es que me muera de hambre? ¿Cómo creen que puedo alimentar a mi bebé si no como bien? Freud volvió al día siguiente y ya la paciente no necesitaba más tratamiento. “Todo estaba bien, tenía un apetito excelente y abundante leche para la criatura” (p.154). El autor comenta que al marido le había parecido un poco ominoso que ella hubiera pedido alimento de forma tan arrebatada y que le dijera un par de reproches a su propia madre, nunca antes escuchados. Pese a esto, todo anduvo bien, la paciente mejoró (op.cit.).

De una manera espléndida, la descripción de las intervenciones tienen en cuenta la mente de la madre, y más en concreto sus conflictos emocionales. La segunda intervención de Freud atiende directamente la necesidad de la paciente de ser atendida, y al enojo que le produce sentir que su propia madre no la estaba atendiendo como ella esperaba. Pareciera que Freud tenía consciencia de las dificultades que ella presentaba para pedir ayuda y atención, y de la dificultad que tenía para reconocer que eso le producía indignación. Aunque Freud tenía muy presente la importancia de los factores biológicos -aunque las hormonas aún no se descubrían-, observó e intuitivamente le dio un lugar protagónico a los factores emocionales (Blum, 2007).

Tal como indiqué al comienzo de este caso de la literatura clásica del psicoanálisis, éste nos presenta, de diferentes maneras, y con diversos grados de evidencia, las tres conflictivas que Blum (op.cit.) apunta como centrales en la depresión postparto. Veamos sintéticamente cada uno de ellos.

Los conflictos con la dependencia es uno de los que más queda en evidencia, siendo muy difícil para la paciente pedir apoyo y atención, mostrando una actitud “contradependiente”. De hecho, sólo con la intervención de Freud ella

pudo exigir de manera directa y firme, el cuidado que necesitaba y quería. En cuanto a los conflictos con el manejo de la rabia, también son fáciles de identificar, puesto que la mujer estaba con muchos problemas de salud y dificultades para atender a su bebé, y luego de reaccionar con ira y de forma arrebatada con su familia, pareciera que algo de esa rabia acumulada pudo descargarse, permitiéndole una mejoría de sus síntomas y volver a hacerse cargo de su bebé. Y finalmente, respecto a los conflictos con la propia madre -identificaciones maternas-, la paciente, según los dichos del propio esposo, nunca había tenido ese tipo de reacciones, colmadas de ira, contra su propia madre. Aunque no tenemos más información para sostener que la paciente tenía efectivamente conflictivas con identificaciones maternas, sí se puede ver que tras aquellas vociferaciones dirigidas a su madre, la paciente pudo volver a ejercer su maternidad.

Pese a que Freud no estaba precisamente pensando en una depresión postparto, resulta sorprendente ver como esta tríada de conflictos, descrita por Blum (2007), es posible de ser vista en este caso clínico, ocurrido en un tiempo inicial del desarrollo del psicoanálisis. Y más sorprendente aún es apreciar, que dada la genialidad de Freud, pudo en una intervención condensar un mensaje que en distinta medida apuntó, desde esta lectura, a tres conflictos psíquicos simultáneamente.

CAPÍTULO 3
VICISITUDES EN LA MATERNIDAD:
TRES EJES TEMÁTICOS



Gustav Klimt (1905) "Las tres edades de la mujer"

Quisiera comenzar este tercer capítulo, que trata de analizar y profundizar en algunas problemáticas nucleares identificadas como conflictivas intrapsíquicas en la depresión postparto, refiriéndome a la obra aquí presentada de Gustav Klimt llamada “Las tres edades de la mujer” (1905). En este cuadro se aprecia una amplia gama de colores, desde el beige más claro hasta el gris más oscuro - podríamos decir incluso negro-, y se vislumbran distintos tipos de líneas, predominando las curvas. Creo que en estos dos aspectos, hay elementos de “la(s) mujer(es)”, lo femenino y la maternidad. Por un lado, la multiplicidad de colores acompaña a esta tríada, cada una en su momento de vida, cada una en sus propios estados emocionales, todas distintas pero todas ellas mujeres. En cuanto a la maternidad, veo la exhibición de aquellas líneas curvas y cientos de figuras circulares, a modo de representación de aquellos óvulos, ovarios y úteros, elementos femeninos que están relacionados a la capacidad de gestación de vida; y de pechos que permitirían la alimentación de un futuro pequeño ser humano.

Además, Klimt nos enfrenta a una dimensión temporal, donde en un mismo marco, en un mismo lugar se habla de lo histórico, una historia de vida, dos historias de vida y tres historias de vida, donde oyendo lo cronológico nos menciona una clave transgeneracional. Hay algo común entre estas tres mujeres, pero también es cierto que son distintas, con distintas edades, intereses, necesidades y aspiraciones.

Junto a lo anterior, en este cuadro es posible identificar distintos “tonos afectivos”, desde la calma y la paz en aquella niña, pasando por la alegría y tranquilidad de la mujer joven, hasta la angustia y la desesperanza de aquella mujer mayor, que en contraste con la bebé, nos presenta de golpe el fin de la vida. La vida y la muerte en un mismo plano. Citando a Maud Mannoni (1998): “En los textos de Freud, la mujer está asociada unas veces a la maternidad y otras a la muerte. La madre es la que transmite al hijo la noción del lazo ineluctable de la muerte con la vida” (p.86).

Se nos presentan distancias y cercanías de lo que es ser mujer, de los distintos momentos de lo femenino, y visto desde otro ángulo, distintas maneras

de presentarse la vinculación madre-hija. No podemos saber si todas han sido o van a ser madre, pero sí sabemos que todas ellas son hijas, por lo tanto, están de alguna u otra forma en esa relación. Recordando a Federico (2001) existe una mamá que se acuerda de su propia infancia como hija, y del vínculo entre ella y su progenitora, buscando construir el ideal de madre para darle lo mejor a sus descendientes.

Hay algo de esta totalidad, polaridad, diferenciación y diversidad que quiero plasmar, a continuación, en el presente capítulo, para poder así dar respuesta a aquellas preguntas que quedaron lanzadas en el capítulo previo. Pretendo seguir el trayecto comenzado con el caso de Sofía, y profundizar en las contribuciones psicoanalíticas de Lawrence D. Blum respecto a las conflictivas centrales encontradas en mujeres con depresión postparto, aproximándonos a ciertas vicisitudes de la maternidad donde existen colores beige, grises y también rojos, donde hablaremos del tiempo, la historia y la transmisión, y donde le daremos cabida a distintas dependencias y necesidades, y a una amplitud de pulsiones y afectos -no todos “políticamente correctos”-.

Para tales efectos, iniciaré este capítulo con antecedentes de orden histórico respecto a la maternidad, los cuales me parecen necesarios en tanto marco contextual de este campo temático. Luego, me concentraré en abordar tres ejes, que buscan abordar los tres conflictos psíquicos propuestos por Blum (2007), intentando realizar un análisis que permita profundizar en estos tópicos. Los ejes temáticos son: 1.- “La dimensión transgeneracional de la maternidad”, para analizar los conflictos con las identificaciones maternas; 2.- “El tabú de las pulsiones agresivas en la maternidad”, para analizar los conflictos con el manejo de la rabia”; y 3.- “Las necesidades en el paso a ser madres”, para analizar los conflictos con la dependencia. Además, considerando las palabras de Zelaya (2003) respecto a la necesidad de acercarse a la problemática de la depresión postparto desde una “doble ubicación” (p.47), ya que este cuadro se insertaría en un punto de encuentro entre la necesidad de desarrollos teóricos y las exigencias de las demandas clínicas, cada eje temático estará compuesto de dos partes: en

la primera se llevará a cabo un análisis teórico de éste, y luego, en la segunda parte, se hará un análisis clínico de un aspecto del caso de Sofía, con viñetas relacionadas a cada uno de los ámbitos tratados.

3.1. Maternidad: una necesaria revisión histórica

“Se debe negar a Eva la libertad de tomar sus propias decisiones con respecto a su deseo sexual o a su vida corporal. Como madre de todo lo viviente tiene el poder de dar y de negar la vida, pero la ley religiosa y civil debe convencerla de que no puede elegir. Su destino, más allá de su deseo, es la maternidad”
(Tubert, 1991 citado en Sau, 1995, p.29)

Ureta (2006) señala que la maternidad es un tema central en la vida de las mujeres más allá del hecho de haber tenido o no hijos, pues la sociedad ha privilegiado -y privilegia- la función materna como la que define a la mujer por encima de cualquier otra función. Por esta razón, la creación y uso de controles de concepción permitió a la mujer, desde hace algunas décadas, verse liberada de aquel imperativo, que no permitía separar lo que son las relaciones sexuales y la procreación -aunque sabemos que por razones religiosas existen personas que mantienen esta unión conceptual de forma inquebrantable-. En 1968, López Ibor, en su texto “El libro de la vida sexual” comentó que la mujer “al verse libre de la carga constante de la maternidad, que durante tantos siglos la mantuvo atada a sus peculiaridades fisiológicas, ha podido elegir y desarrollar una profesión” (pp. 97-98). Es comprensible, dado que aquel texto fue publicado hace más de cuarenta y cinco años, que el hecho de que las mujeres trabajaran y pudieran tener una profesión u oficio fuera una novedad; bueno, la píldora anticonceptiva era una novedad. Pero finalmente, pese a los avances médicos, sociales y tecnológicos, “*parece evidente que en toda sociedad patriarcal la mujer entra en el orden simbólico sólo en tanto madre*” (Ureta, 2006, p.57).

Considerando el planteamiento de Seckel (2012): “La maternidad no tiene un origen, sino una construcción discursiva histórica” (p.18), pasaré a referirme a algunos momentos -y discursos- relacionados al lugar de la maternidad en la historia del ser humano. Me parece importante una contextualización histórica para iniciar este camino hacia algunas vicisitudes en la maternidad.

Comenzaremos presentando algunos datos respecto a la maternidad en Esparta. Allí se generó un régimen -dictado por Licurgo- que asignaba a las mujeres el papel de productora de niños. Esto se realizaba de la siguiente manera: se llevaba a cabo un matrimonio, que era una especie de prueba para saber si la mujer era capaz de concebir. Si ella no quedaba embarazada, era posible anular el matrimonio, ya que éste se mantenía en secreto mientras se evaluaba su fertilidad (Pomeroy, 1987 en Ureta 2006). Claramente ahí el valor de la mujer estaba asociado directa y puntualmente a su capacidad reproductiva, de hecho ese era el atributo que si no estaba presente, la mujer era desechada.

En Atenas se fomentaban los segundos matrimonios -frecuentes en los siglos V y IV a.C., sobre todo en las clases altas-, por lo que así, una mujer podía producir herederos para más de una familia. De este modo, para controlar el crecimiento de la población se modificaban las leyes de ciudadanía para aumentar o disminuir el número de mujeres que podían producir ciudadanos (Pomeroy, 1987 en Ureta 2006). Además, la maternidad se posicionaba en un registro simbólico con la tierra y la cosecha, de esta forma el parto era la mejor prueba de salud (Oberman, 2007 en Seckel, 2012). Otro aspecto muy relevante era la relación de la maternidad con las diosas; las mujeres tenían un espacio social y cultural importante, más aún considerando la existencia de esta conexión con lo sagrado (Seckel, 2012).

Por su parte, Roma comienza a delinear con mayor fuerza la presencia de un poder bajo el cual se instaura el orden patriarcal. Característica de esta época era la preferencia por los hijos varones en desmedro de las niñas y los hijos con algún tipo de enfermedad (op.cit.). A comienzos del Imperio se consideraba que la finalidad única de las relaciones sexuales era la de engendrar hijos y que la

esterilidad, que era causa de divorcio, se debía a la mujer (Tubert, 1991 en Seckel, 2012). Augusto, interesado en que hubiera muchos nacimientos, alentó a viudas y divorciadas a volver a casarse (Ureta 2006). De esta forma, se va instituyendo un lugar de la mujer, situado por debajo del *Pater Familias*, y centrado en su función procreadora.

Pasando a la época del surgimiento de la religiosidad judeo cristiana, el culto a María “significó elevar a la mujer por encima de la naturaleza” (Oiberman, 2007 en Seckel, 2012), orientando la mirada a sólo una mujer, “representativa de una gracia divina, simbolizando las más diversas virtudes y valores religiosos” (Seckel, 2012, pp.18-19). Aquí se potencia la imagen de la madre incondicional, beata y entregada. Asunto que se ha podido ver reflejado también en el arte, con escenas de adoración de Jesús por su madre, y donde al mismo tiempo, “se exalta la función maternal y virginal (curiosa paradoja) de la mujer” (Ureta, 2006, p. 58). Más adelante, en el Capítulo 4 de esta tesis, profundizaremos en la temática del culto mariano y la “beatificación de la maternidad”.

Siguiendo con este recorrido histórico, llegamos a la Edad Media, donde tras la catástrofe de las enfermedades como la peste negra que asoló a Europa, la maternidad aparecía como el revés de la muerte, la promesa de un futuro mejor (Ureta, 2006). En los feudos, el culto a la virgen continuó extendiéndose al igual que el poder eclesial; la mujer en cuanto madre no tenía un reconocimiento social, si no que éste era posible sólo en alusión a la religiosidad (Seckel, 2012).

Con un gran salto, pasamos al siglo XVIII, donde aparece el tema de la maternidad, aceptando un “amor maternal” o un “instinto maternal” que sería natural, pero sin considerarlo como algo extremadamente relevante. En las primeras décadas de ese siglo, no era un tema al que la sociedad prestara una atención especial. En efecto, pareciera que había más espacio social para la posibilidad de negarse al cuidado de los propios hijos, existiendo las nodrizas y criados para apoyar en aquellas labores, si es que era necesario. Sin embargo, a partir de 1750 aproximadamente, aparece un fenómeno nuevo, se le empieza a dar una gran importancia al “amor maternal”, exaltándolo como un valor, al mismo

tiempo, natural y social, es decir, favorable para la especie y para la sociedad (Ureta, 2006). Es así como se comienza a publicar acerca de la relevancia de ocuparse personalmente de los hijos, cuidándolos y amamantándolos. Se va creando de este modo la obligación a las mujeres de ser ante todo madres (Tubert, 1994 en Ureta, 2006). Respecto a esto, Seckel (2012) plantea que con la Revolución Francesa, las nuevas formas de producción y el lugar del trabajo, se fueron configurando cambios sociales en torno a lo público y lo privado, escenario donde la mujer queda ubicada principalmente en la esfera privada relativa al hogar.

Ya en el siglo XIX, la lógica del discurso social -respecto a los géneros- se sostenía sobre el pensamiento biosocial de una diferencia sexual natural que justificaba una estratificación: el varón como ser superior y la norma, y la mujer como ser dependiente, subalterno, y definido en función del hombre (Nash, 2010). En este contexto aparece la mujer burguesa, quien debía ser sumisa, obediente, hogareña, piadosa y asexuada. Incluso la medicina apoyaba estas características, por lo que si no se ajustaban a estas propiedades, eran consideradas enfermas (Ureta, 2006). Además, Seckel (2012) señala que los postulados de esta época refieren un momento en que el hombre encarna la nueva imagen moderna del individuo libre, mientras que la mujer siguió concibiéndose como un individuo dependiente de un orden familiar, por su naturaleza, sin derechos políticos ni de autonomía ciudadana.

Revisando el siglo XX, se aprecia una disminución de la rigidez victoriana en torno al papel natural de las mujeres -la maternidad y el cuidado del hogar-, no obstante, adquiere un peso psicológico cada vez más alto para las mujeres la dicotomía entre lo público y lo privado -o doméstico o natural- (Ureta, 2006). Desde mediados de ese siglo, surgen con mayor fuerza, especialmente desde las mujeres, discursos que abogan por mayor participación social y formación profesional. El referente del trabajo otorgaría a la mujer la sensación subjetiva de ser agente individual, responsable de su propia vida (Lipovetsky, 1997 en Seckel, 2012). Un hecho que marca la segunda mitad del siglo XX -tal como fue señalado

al inicio de este apartado-, es la aparición de los métodos médicos anticonceptivos, con lo cual, merma considerablemente la tasa promedio de natalidad (Ureta, 2006).

Actualmente nos encontramos en el siglo XXI. No sé cómo será evaluado este siglo por las siguientes generaciones, pero a la fecha se puede observar, que si bien, cada vez existe mayor igualdad de oportunidades y de accesos a distintos lugares sociales y culturales, tanto para hombres como para mujeres, el patriarcado, el machismo y las ideologías enraizadas en algunas creencias religiosas, continúan ubicando a la mujer en un segundo lugar, minimizando sus posibilidades de ser “no sólo madres”. Al mismo tiempo, existe en muchos países del mundo una cada vez menor tasa de natalidad, pudiendo así evidenciar que la maternidad muchas veces se estaría viviendo como una opción y no necesariamente como una imposición (Seckel, 2012). Esto sin duda tiene diferencias dependiendo de qué mujer estemos hablando, influyendo, sin duda, factores socio-culturales y económicos, entre otros.

Hasta acá quedará esta revisión histórica sobre la maternidad. Su objetivo fue mostrar, a grandes rasgos, las características y transformaciones que ha tenido “la maternidad” a lo largo de la historia del ser humano, para visibilizar las tradiciones, las costumbres y los factores que llegan a influir en la conceptualización y en la vivencia del hecho de “ser madre”.

A continuación, también en una dimensión temporal, pretendo dar cuenta de algunos elementos importantes en torno a lo que es la transmisión transgeneracional de la maternidad, para analizar la temática de los conflictos con identificaciones maternas propuesto por Blum (2007) respecto a la depresión postparto.

3.2. La dimensión transgeneracional de la maternidad

“El fenómeno real de la maternidad, en la medida de su puesta en contacto con el cuerpo de la madre y su cifrado, implica experiencias límites”
(Chatel, 1996, p.45)

“...la temporeidad permite pensar en una cronología en la cual pasado, presente y futuro se constituyen en una unidad interior”
(Coloma, 2011, p.424)

Desde diversos discursos y paradigmas, es posible acercarse y explorar las diferencias, similitudes y cruces que existen entre la maternidad y lo femenino. En el capítulo anterior, hemos visto como desde una visión histórica, el hecho de ser mujer ha estado íntimamente relacionado a la capacidad para gestar y dar a luz. En algunas ocasiones, aquellas características fisiológica procreativas “se han comido” a la mujer y su feminidad -centrando su existencia sólo en eso-, naturalizando y exigiendo la reproducción y la maternidad como algo que “genéticamente” debe darse en ella.

En tanto hablamos de mujeres que son madres, hablamos también, en algún sentido, de generaciones: nace un bebé, nace una nueva generación. Es a este punto donde nos orientaremos en este acápite, intentando acercarnos a ciertos procesos ocurridos en ese paso transgeneracional, y más particularmente a lo transmitido en ese paso, en el vínculo madre-hija, respecto a lo materno y lo femenino.

Comenzaremos con un análisis teórico de esta problemática, y luego realizaremos una revisión del caso clínico de Sofía a la luz de lo trabajado en torno a la transmisión transgeneracional y la actualización de la propia experiencia del lazo madre-hija en la experiencia de ser madre.

3.2.1. Transmisión: lo materno y lo femenino

*“¿Qué es ser una hija para una madre
y de qué mujer en devenir este vínculo puede ser promesa?”
(Guyomard, 2013, p. 20)*

*“... una lectura del presente es una condición
para interrogar sobre el pasado,
tanto a escala individual como colectiva”
(Aceituno, 2006, p.70)*

Aquí intentaremos apreciar, desde algunos aportes del psicoanálisis, los elementos que permitirían el cruce de lo femenino y lo materno, entendiendo que el llegar a “ser madre” sería un devenir, un proceso psíquico complejo, y no un a priori genéticamente predeterminado. Este es un proceso que pone en juego a una madre y a su hija, mostrando una cadena entre generaciones.

Partamos con algunas ideas planteadas por Freud, quien en 1932 indica que ha llegado “al convencimiento de que no se puede comprender a la mujer si no se pondera esta fase de la *ligazón-madre preedípica*” (p.111). El autor vuelve a insistir, en el mismo texto, señalando que “por largo tiempo el complejo de Edipo de la niña nos impidió ver esa ligazón-madre preedípica que, sin embargo, es tan importante y deja como secuela fijaciones tan duraderas” (Freud, 1932, p.119). Así, Freud nos entrega una pista fundamental que seguiré, con el fin de comprender mejor aquel amor primario de la madre que deja un residuo crucial en el psiquismo femenino. ¿A que se referiría con “fijaciones tan duraderas”? Sigamos revisando algunos elementos teóricos que nos permitirán entenderlo mejor.

Al preguntarse por los pasos venideros de aquella potente ligazón-madre de la niña, Freud (op.cit.) entrega la siguiente respuesta: “sabemos que ese es su destino habitual: está destinada a dejar sitio a la ligazón padre” (p.113). De hecho, Laplanche (et. al., 1996) comenta que Freud dice que sólo se puede hablar “de feminidad cuando la niña ha logrado, por lo menos en parte, realizar la doble tarea de cambiar de zona erógena directriz (del clítoris a la vagina) y de cambiar de

objeto de amor (de la madre al padre)” (p.218). Es decir, acá se expone el paso de lo pre-edípico a lo edípico, donde el objeto de amor pasaría a ser el padre, donde antes fue la madre. Queda ahí una clave de lo femenino.

Antes de seguir profundizando en aquella “ligazón-madre preedípica” que Freud (op.cit.) nos presenta como elemento sumamente relevante para poder aproximarnos al entendimiento de la mujer y de la feminidad, quisiera mostrar otra arista que presenta este autor, y que, a mi modo de ver, tendría relación con aquella transmisión transgeneracional de la que quiero dar cuenta. Freud (op. cit.) plantea:

“Otra mudanza en el ser de la mujer, para la cual los amantes no están preparados, puede sobrevenir luego del nacimiento del primer hijo en el matrimonio. Bajo la impresión de la propia maternidad puede revivirse una **identificación con la madre propia**, identificación contra la cual la mujer se había rebelado hasta el matrimonio, y atraer hacia sí toda la libido disponible, de suerte que la compulsión de repetición reproduzca un matrimonio desdichado de los padres (p.123, la negrita fue agregada para este texto).

Un encuentro entre generaciones es algo que se puede interpretar en estas líneas del padre del psicoanálisis. En el momento de ser madre, se hace presente la propia madre, lo que nos hace pensar en dos cosas: una identificación con la propia madre -tal como lo señala Freud-, pero también una vuelta al lugar de hija de aquella madre, al estar en contacto con la propia hija. Aparecen tres generaciones, se comienza a vislumbrar lo transgeneracional.

Repasando, podemos decir que la identificación-madre de la mujer permite discernir dos estatutos. El primero sería el preedípico, que consiste en la ligazón tierna con la madre y la toma como arquetipo, y el segundo sería el derivado del complejo de Edipo, que quiere eliminar a la madre y sustituirla junto al padre (op.cit.).

Deteniéndonos en aquella ligazón primera de la que nos habla Freud (op.cit.), ¿Cómo sería aquella huella psíquica que el primer amor en la historia de

las mujeres dejaría inscrita en ellas? ¿Habría algún tipo de transmisión de algo propio de la feminidad, y por qué no, de la maternidad, en aquella ligazón inicial?

Habiendo presentado estos planteamientos preliminares, analizaré estos elementos -tomando también lecturas de otros autores-, para abrir nuevas perspectivas y encontrar algunas respuestas para las preguntas recién señaladas.

Freud (1932) señala que el “regreso a la madre” tiene algo entrañable con el destino de la mujer. Al respecto Françoise Dolto (2001) dice que “la gestación y luego la maternidad aportan al cuerpo de la mujer el peligro o la seguridad de la identificación genital con su madre, con una modificación radical de su psicología yoica” (p.165). También Kristeva (1990 en Zelaya, 2003) describe un movimiento regresivo, una “faceta materno-homosexual” en tanto se viviría la fantasía de reunión de la mujer-madre con el cuerpo de la propia madre. Y Green (2001 en Zelaya, 2003) señala que en la maternidad, especialmente en el puerperio, se activarían núcleos psíquicos primitivos, desorganizados y huellas mnémicas originarias, inconscientes e irrepresentable. Todos estos planteamientos tejen, de uno u otro modo, una relación entre la vivencia con la propia madre y el devenir mujer-madre.

Por otra parte, la autora francesa Dominique Guyomard (2013) realiza algunas diferenciaciones que nos pueden servir para avanzar en nuestra reflexión, marcando primeramente la distinción entre *la madre* y *lo materno*. La autora escribe que “lo materno no es solamente una madre y un hijo: ¡remite a toda una historia! Historia de deseos, conscientes e inconscientes, y de identificaciones” (p.18). Hace alusión también a una genealogía que se hace presente al ser convocada, con sus memorias, sus heridas, sus tiempos de alegría y también una esperanza de futuro (op.cit.). Lo materno sería un registro psíquico que es necesario considerar en su consistencia específica, y por eso es diferente de ser madre. En este sentido, podríamos apuntar que una cosa es ser madre “objetivamente”, es decir, tener un hijo/hija, y otra cosa es haber ingresado en un registro psíquico más cercano a la maternidad, lo cual es más bien próximo a lo “subjetivo”.

Proponiendo una segunda diferenciación, lo materno sería visto entonces, desde esta perspectiva, como el registro del *vínculo*, del narcisismo del vínculo, modalidad narcísica⁴ diferente al de un narcisismo que se constituye con el objeto, con el objeto en la relación. En efecto, se intenta diferenciar lo materno como registro específico de este vínculo, de la madre-objeto en la relación ligada al proceso de identificación. De esta manera, el narcisismo del vínculo no puede ser un narcisismo del objeto (Guyomard, 2013). Aquí la autora explica que una cosa es *el vínculo* y otra cosa *la relación*, donde el vínculo es primero y necesario para que se pase a la relación. Haciendo una mirada desde lo planteado por Freud (1932) ¿Se estará refiriendo Guyomard al vínculo en tanto ligazón-madre de orden preedípico y la relación como paso posterior donde ya ingresó un tercero? Al parecer sí, pero sigamos explorando su propuesta.

La vinculación madre-hija, asociada a este registro materno (que es la geografía del vínculo, tierra de acogida para el encuentro madre-hijo), sería para Guyomard (2013) *creadora de un femenino posible de ser transmitido*. Lo femenino vinculado a lo materno (aspecto psíquico de la maternidad) sostendría la identidad de mujer, sin que por ello esta relación sea la única forma de sostenerla. La erotización del vínculo (distinto a la relación de objeto como ya explicamos) garantiza la transmisión de aquel femenino. De hecho, es necesario que este placer del vínculo tenga lugar para constituirse como vínculo narcisizante⁵, y su destete debe ser la garantía de una transmisión posible, pues la ausencia de destete produciría un goce que anula aquel vínculo narcisizante (op.cit.). La autora refiere que estas diferentes constataciones, y su elaboración, le han parecido evidentes para captar aquello “que el recorrido de una mujer despliega para conquistar su identidad” (p.19).

Entonces hasta aquí tenemos que el registro psíquico de lo materno sería necesario para que ocurra el vínculo madre-hija, que a su vez permitiría la

⁴ (“narcísica”) Se mantuvo la palabra utilizada en la traducción del francés por Silvia Hernández.

⁵ Al igual que con “narcísica”, la palabra “narcisizante” ha sido usada en este capítulo, manteniendo estrictamente la traducción del francés por Silvia Hernández.

transmisión de lo femenino. Dicho de otro modo, si no se logra instaurar aquel vínculo primario, ese encuentro primordial, no sería posible que se diera la transmisión de lo femenino. Aquello femenino junto con lo materno, sostendrían la identidad de mujer, aunque -como dice Guyomard (2013)- esa no sea la única forma de sostenerla.

Volviendo a lo indicado en un inicio, Guyomard (op. cit.) señala que el camino a seguir, para el futuro del hijo/hija y su relación con su madre, es un salto de transformación desde el vínculo hacia la relación. Este vínculo que preside la creación y el encuentro de una madre y un hijo/hija, es necesario abandonarlo posteriormente, por lo que la autora le da un importante énfasis a lo efímero que debe ser este vínculo. Pese a ser abandonado, sí queda y se mantiene la huella narcísica que caracteriza a ese vínculo, una huella que es memoria de un narcisismo del vínculo. Esa memoria del vínculo (burbuja-madre-hijo de la mujer con su propia madre, cuando ella era el bebé) aparecería como eco en la experiencia de ser madre, es decir, se podría entender como una reactivación de aquel vínculo. Así, se comprendería por qué “dar nacimiento no es sólo transmitir la vida, sino que es traer al mundo, es estar ya en el vínculo con la comunidad humana que acoge al hijo y lo presenta a su madre” (p.24).

En esta propuesta teórica encontramos elementos que nos permiten ir armando respuesta a los cuestionamientos iniciales sobre la transmisión de lo materno y lo transgeneracional, entendiendo que al enfrentarse al nacimiento de una hija, la “madre objetiva” (la que está ahí concretamente y tiene a ese bebé), tiene una re-conexión con aquel maternaje narcisizante que recibió de su propia madre, es decir, aparecen las resonancias y la memoria de aquel vínculo que permitió la transmisión de lo femenino. Esta transmisión a la hija -que ahora es madre-, recordemos, sólo se podría haber dado satisfactoriamente si su propia madre pudo constituir y desarrollar lo materno para ella, es decir, si pudo ser “madre subjetivamente” con ella.

Guyomard (2013) agrega que no sólo es necesaria la disponibilidad del deseo de hijo, que es un requisito, sino que *del deseo del vínculo*. A propósito de esto, la autora (op.cit.) comparte:

“Y es allí donde una mujer se encuentra confrontada a una -al menos una- identificación inconsciente, que pasa por el terror de un goce olvidado pero cuya memoria es reactivada por el momento de su confrontación con el bebé que ha traído al mundo, y a lo que de ella está vinculado a **la memoria del lactante que ella fue para su madre**” (p.26, la negrita fue agregada para este texto).

Tal como había sido dicho anteriormente, *el placer del vínculo narcisizante* de la díada madre-hijo (placer de la seducción compartida, entregada y recibida) debe ser efímero, se debe dejar, se debe cortar, para cumplir su función estructurante. Es así como permite que aparezca una nostalgia de lo perdido, y quede en la memoria. “Desde este punto de vista **es también una condición para hacer huella de lo materno y de lo femenino en una mujer**: es decir, es condición de las identificaciones posibles” (Guyomard, 2013, p.27, la negrita fue agregada para este texto). La autora nos permite de esta manera, afirmar que lo materno y lo femenino serían parte de la huella que queda ahí, perdida, pero en la memoria.

Profundizando en lo femenino transmitido, Guyomard (op.cit.) comenta que en la relación madre-hija la homoerotización del vínculo narcisizante, como lugar del encuentro entre ellas, supone, en aquel vínculo, el feliz reconocimiento de que lo femenino de la hija enraíza su propio placer de ser mujer: “lo femenino de ella debe ser amado por su madre para convertirse en feminidad como declinación de un femenino narcisizado⁶” (p.27). Finalmente, para una hija, es la huella de lo materno, lo que sostiene la transmisión de lo femenino que porta su madre. Entonces, si una madre entra en el registro materno, además de sólo “ser madre

⁶ Se mantuvo la palabra utilizada en la traducción del francés por Silvia Hernández (“narcisizado”).

objetiva”, y se vincula a su hija al modo de este vínculo primordial, permitiría que se conforme un sostén de aquello femenino transmitido en su hija.

También hay que considerar que la transmisión de lo femenino entre madre e hija se enfrenta a la dificultad de elaboración de las identificaciones. La elaboración de un proceso identificatorio supondría que se constituya la identidad de lo mismo -de lo idéntico- durante esta primera narcisización⁷ transitoria del vínculo madre-hija. Y es por esto, que es necesario que se rompa ese vínculo, ya que no pueden quedar como idénticas, como la misma, en otra clave podríamos decir que se debe evitar lo simbiótico y la indiferenciación. Entonces, el vínculo debe romperse y borrarse, para así quedar inscrito como una nostalgia que permite elaborar y constituir el otro materno como objeto, un objeto otro (op.cit.).

De esta manera, con este quiebre y separación, la propia madre pasaría de ser “La Madre” a “una madre”, y así aquella hija podría ser madre (op.cit.). “La Madre” está sólo del lado de una función simbólica, que garantiza la posibilidad para una mujer de ser madre, pero debe quedar metaforizada, y así se puede salir de la omnipotencia de “La Madre” a un cotidiano *una madre*. Podríamos decir entonces que quedarse en “La Madre” impediría el paso a desarrollar una propia forma de ser madre.

Dominique Guyomard (op.cit.) acentúa la necesidad de salir del goce -que también tiene que ver con “La Madre”-, no sólo en aquel momento primordial, a causa del necesario destete, sino que también después, cuando aquella hija ya crece y es madre. Lo que sucedería, es que una mujer, al volverse madre, se encontraría con un goce prohibido, debiendo prohibir nuevamente a su madre a gozar de ella o, más bien, quedaría inhabilitada de hacer gozar a su madre del bebé que ella fue alguna vez. Así, Guyomard (op.cit.) continúa indicando que, para que haya un espacio en la habitación para “su esposo” -yo diría más bien a su esposo o pareja- es necesario que saque a la madre, “renunciando a estar en el lugar de su origen matriarcal” (p.30). No se debe reeditar en goce aquel momento

⁷ (“narcisización”) Se mantuvo la palabra utilizada en la traducción del francés por Silvia Hernández.

de vínculo primero cuando una mujer-hija pasa a ser madre, siendo fundamental que se mantengan como *una madre* cada una de ellas, separadas, diferenciadas. Se debe huir del goce simbiótico, ya que siempre está el riesgo de que en esta reactivación se pueda entrar allí.

¿Qué tenemos hasta el momento en relación al objetivo de este acápite? Primero, que madre es diferente a lo materno; una madre es “objetiva”, mientras que lo materno es un registro psíquico, “subjetivo”. Segundo, que es posible diferenciar dos momentos de la relación madre-hija: el vínculo primordial y luego la relación -que implica una relación de objeto-. Tercero, que el vínculo debe ser efímero, debe ocurrir un destete, dejando una marca inconsciente, una huella. Cuarto, que la huella de aquella pérdida, nostálgicamente resentida, es la modalidad de inscripción de una memoria y la condición de un femenino movilizable y apropiable por la niña. Ella debe ser marcada, y esta marca deja una huella, con la cual, podría encontrar los signos de su identidad de mujer. Quinto, gracias a este destete y marca, se puede salir de “La Madre”, apareciendo la posibilidad subjetiva de transformarse en un futuro en *una madre*. Sexto, cuando una mujer es madre, y comienza a entrar en lo materno con su propia hija, se reactiva algo de aquel vínculo primordial que sostuvo con su propia madre, existiendo el riesgo de caer en un goce, dejando que la madre goce de ella; aquello quedaría prohibido, ya que sólo de esa forma, podrá aquella mujer-madre, entrar en el registro del vínculo con su propia hija.

Con todas estas ideas analizadas, se podrían sacar algunas conclusiones. En el caso que aquella madre (primera generación) no haya podido entrar en el registro de lo materno, y sólo haya sido “madre objetiva”, es probable, desde esta perspectiva teórica, que el orden de lo femenino no haya podido ser transmitido, y que ahí se haya producido una “falla en lo materno”, posible de haber sido transmitida a la segunda generación, y así sucesivamente. Además, en la transmisión transgeneracional se ponen en juego vínculos, destetes y huellas, todos ellos elementos necesarios para el paso al orden de lo objetal.

Tal como plantea Federico (2001), cuando una mujer queda embarazada, se combinan ilusiones, fantasías, emociones y surgen sensaciones muy profundas. Desde otra coordenada, Lucas (1993 en Zelaya, 2003) dice que con la maternidad se despertarían “conflictos tempranos no resueltos de la relación con la figura materna” (p.27). En este sentido, se puede decir, a partir de las elaboraciones de Guyomard (2013), que en esa profundidad de la experiencia de ser madre, se reactivarían vivencias vinculares primordiales, donde lo materno y lo femenino serían parte de la huella que puede quedar ahí, perdida en la memoria, tras el paso por aquel primer momento de indiferenciación.

¿Y qué dicen otros autores al respecto? Marie-Magdeleine Chatel (1996) plantea que “la maternidad no se transmite de madre a hija como pasa el *falo* entre hombres” (p.48). Esta autora señala que una hija sólo podrá convertirse en madre -es decir, no sólo dar a luz- cuando haya atravesado el estrago por una forma de arrancamiento, de separación sin sustitución. Podemos ver en estas ideas, que se comparte la visión de una maternidad posible de ser transmitida, pero que para que ocurra aquello, se deben dar algunas condiciones, en especial un no-goce, por medio de un destete o separación.

Chatel (op.cit.) agrega, de manera similar a Guyomard (2013), que la hija tendría que abandonar la esperanza de obtener directamente de su madre la autorización de dar a luz. Dicho de otro modo, el haber podido atravesar el estrago durante la adolescencia -esa catástrofe que existe en el corazón mismo de la relación entre una madre y su hija- aseguraría a una mujer las posibilidades de convertirse en una madre sin enfrentar los efectos devastadores del “goce de la madre”, que sería esa experiencia opaca, diferente al placer, caracterizada por un exceso que puede desbordar, una experiencia peligrosa, en la cual está comprometido el cuerpo en su oscuridad somática.

Tal como decíamos, pareciera existir consenso en relación a la posibilidad de que se de aquella transmisión de lo materno, y una condición necesaria tendría que ver con detener el goce, el exceso de pulsión, para que el vínculo sea

efímero, se corte, caiga, y exista la metaforización de éste, quedando así, la huella, la marca de lo materno, y también de aquello femenino.

A propósito del período de la adolescencia recién nombrado, Peter Blos (1979) realiza una interesante propuesta relativa a conflictos específicos que deben resolverse durante la adolescencia, detectando dinamismos inconscientes propios de este período de la vida. En este sentido, el autor plantea a la adolescencia como “un segundo proceso de individuación”. Se apreciaría así una dinámica propia adolescente, donde aparecerían componentes preedípicos que se reactivarían, especialmente en mujeres adolescentes, debido a la renuncia y al duelo con la madre. Así, se esperarían en este período de la vida, reactivaciones de conflictos primitivos, propios de aquella primera relación -desde Guyomard, diríamos primer vínculo-.

Vemos como la vinculación madre-hija, y más aún aquel tiempo primordial, re-aparece en ciertos momentos de la vida, tales como la adolescencia y el período de llegar a ser madre. Al respecto, Chatel (1996) comenta que “los sucesos del cuerpo femenino, “hembra”, tales como las reglas, el acto sexual, el embarazo, el parto, el aborto, son momentos de apertura a fenómenos extraños, tal vez porque convocan la relación de una mujer con su madre” (p.45). Esta autora comenta respecto a lo frecuente que es ver cómo, en este tipo de sucesos -donde sobreviene lo real-, “las mujeres experimentan subjetivamente algo así como una proximidad física parasitante con sus madres, por fogonazos, por intuiciones, visiones u obsesiones” (op.cit.).

Desde otras coordenadas teóricas, Donald W. Winnicott (1998) escribe asociado a esta temática:

“Yo sugiero, como ustedes saben, y supongo que todo el mundo está de acuerdo, que *corrientemente* la mujer entra en una fase (de la que corrientemente se recupera durante las semanas y los meses que siguen al nacimiento del bebé) en la cual, en gran medida, ella es el bebé y el bebé es ella. No hay nada místico en esto. Después de todo, **ella fue un bebé alguna vez, y tiene en sí el recuerdo de haber sido un bebé;**

también tiene recuerdos de haber sido cuidada, y estos recuerdos la ayudan o la interfieren en sus propias experiencias como madre” (p. 23, la negrita fue agregada para este texto).

Este autor, integrante del Grupo Intermedio, plantea, a su modo, una idea similar a los demás autores revisados en este apartado. Hay una unión inicial muy potente, un vínculo que queda en la memoria, y estas huellas de aquella vinculación influirán directamente en el modo en que aquella mujer se relacione con su bebé. Creo que con este aporte de Winnicott, vamos a ir cerrando este análisis, sin dejar de decir unas palabras sobre lo *no dicho* aquí.

Hay una serie de situaciones que no fueron cubiertas en esta presentación. Por ejemplo, ¿qué ocurre en los casos donde no hubo vínculo, por la razón que fuese, o donde estando en el momento de vinculación narcisizante, no se produjo el necesario destete y se dio paso abierto al goce? Es un tema muy interesante, y que sin duda vale la pena profundizar en relación a la transmisión de lo materno y lo femenino, pero nos extenderíamos mucho y nos iríamos por otros caminos, que escapan a nuestro norte y foco actual. Y por otra parte, al referirse a lo femenino, ¿no serían modos femeninos diversos dependiendo de las experiencias de cada una de las mujeres de la cadena transgeneracional, no sólo en el momento primordial, sino que luego en el transcurso de los avatares de la propia vida? Dejo abierto estos puntos y cuestionamientos para reflexiones y discusiones futuras.

3.2.2. Un encuentro con la propia madre

"Las mujeres que no han recibido el amor de la madre en su infancia -ya sea de sus madres o de personas sustitutas- se desarrollan menos maternales que otras"
(Deutsch, 1945 en Blum, 2007, p.51)

Blum (2007) ya lo planteaba con claridad, señalando que tener conflictivas con las propias identificaciones maternas, hace que sea mucho más difícil negociar y sobrellevar las habituales problemáticas de la maternidad, tales como encontrar el equilibrio entre el cuidado de los niños, el trabajo fuera de la casa, entre otros.

Habiendo hecho una revisión teórica y un análisis de la transmisión transgeneracional en lo referido a la maternidad, aquel registro de lo materno, que va más allá del hecho objetivo de ser madre, trabajaremos a continuación en algunos fragmentos del caso clínico de Sofía, a la luz de algunas conceptualizaciones vistas.

Cuando la paciente se refiere a sus padres, dice que *"ellos son súper pareja"*, expresando de este modo, el lugar que le han dado al hecho de ser padres v/s ser pareja. En particular con Elcira, su madre, Sofía afirma sobre este tema: *"una de mis grandes penas es mi mamá, por no ser mamá, porque ella es primero esposa"*. Sofía habla de su madre como una mujer-madre *"rigurosa y dura"*, y por otra parte, como una mujer-pareja *"súper esposa"*, una muy buena pareja, que nunca va a dejar solo a su esposo. De hecho, señala que el rol que más ha desarrollado en su vida su madre, ha sido el *"ser esposa"*. ¿Qué podría estar diciendo la paciente sobre ella misma cuando dice aquello acerca de su madre? ¿Cómo podemos entender este sentir y qué relación puede tener con sus propias dificultades en la maternidad?

Aquí hipotetizo que en esta cadena transgeneracional han habido problemas para transmitir aquello maternal, quedando separado, y con dificultades de conciliar, lo *femenino-sexual* y lo *femenino-maternal*.

Recordando una frase de Winnicott (1998) “ella fue un bebé alguna vez, y tiene en si el recuerdo de haber sido un bebé” (p.23), podemos pensar en cómo le puede haber afectado a Sofía el registro de lo materno transmitido hacia su propia madre. De esta forma me parece relevante comenzar pensando en la abuela de Sofía.

Elcira, la madre de Sofía, quedó huérfana a los 13 años, y sabemos que, por lo menos a la vista de la paciente, su madre siempre ha sido más esposa que madre. Considerando esta muerte temprana de la abuela de la paciente, justo en el período de pubertad e inicio de la adolescencia de Elcira, podríamos pensar que, tomando las ideas de Blos (1979), ella no pudo realizar una elaboración secundaria de la vinculación madre-hija, quedando así, obstaculizada la posibilidad de elaborar adecuadamente las re-ediciones de aquel vínculo temprano preedípico al momento de llegar a la propia maternidad. Incluso, si aquella vinculación temprana de Elcira con su madre, hubiera sido narcisizante, y se hubiera producido el necesario destete, después de aquello hubo dos episodios de su vida donde, como hemos observado, fácilmente surgen reactivaciones de aquel momento primordial, donde no hubo madre para ella: su adolescencia y sus dos partos -y por ende, sus dos maternidades-.

De esta manera, y siguiendo con la cadena de generaciones, al parecer, para Elcira no fue nada fácil ubicarse como madre, pudiendo hipotetizarse una dificultad para entrar en el registro de lo materno, especialmente en el momento de tener a Sofía, ya que como hemos revisado, una hija reactiva de manera facilitada las dinámicas inconscientes con la propia madre, en tanto, no sólo aparece una identificación con la madre, sino que también una vuelta a “ser hija” al tener aquel contacto inicial con la propia hija. Tres generaciones de lo femenino puestas en juego.

Guyomard (2013) se refiere al concepto de Winnicott de *Preocupación Materna Primaria*, describiéndolo como un momento en que lanzándose al vacío, muchas mujeres viven un fenómeno de captura psíquica, donde se requiere reconocer a la hija, y adoptarla con una disponibilidad mental y un deseo de

vínculo. Tomando estas ideas, es posible pensar que Elcira confrontada a sus propias identificaciones inconscientes, que están íntimamente asociadas a la memoria reactivada de su propio vínculo primordial y sus re-elaboraciones -o dificultades de aquellas re-elaboraciones-, presentó problemas para transmitirle a Sofía aquel registro maternal, quedando sí transmitida una identidad de mujer, en relación a esto que podríamos llamar identidad-mujer-pareja-sexual.

De esta forma vemos como Sofía, al igual que su madre, puede entablar una relación de pareja estable y satisfactoria, sin tener mayores problemáticas o conflictos con su rol de mujer-sexual. Los problemas comienzan cuando queda embarazada, nace Andrea y ella se pierde, sin saber quién es, y cómo poder ser madre, encontrando aquel lugar subjetivo que instala el vínculo primordial requerido y necesario para el desarrollo y el traspaso de aquello femenino-maternal.

Rosfelter (1994) señala que las madres jóvenes experimentan la necesidad de ubicarse, por la identificación o por el conflicto, en relación con las mujeres que la precedieron: ser madre como su madre y su abuela, o mejor que ella, o de una manera distinta. Sin embargo, tal como lo explicaba Blum (2007), se necesitará de mucha energía para salir de aquellas identificaciones que están siendo las bases tempranas de la manera de enfrentarse a la maternidad. Es decir, existe mucha más probabilidad de que una madre repita cierto modo de la maternidad de su propia madre. Eso sí, el mismo autor señala que no es algo imposible hacerlo de manera diferente, pero que aquello requerirá de mucho esfuerzo y trabajo.

Aquí, aparece, creo yo, el lugar que la psicoterapia puede tener para las mujeres que presentan evidentes conflictos con identificaciones maternas, ya que si hubo algo problemático en el maternar de la madre, que no permitió una transmisión de lo femenino-maternal, puede ser el tratamiento psicoterapéutico un espacio para re-elaborar aquel vínculo y sus vicisitudes.

El trabajo en la clínica psicoanalítica en este caso, recordando lo analizado anteriormente, puede tener que ver con lo que Guyomard (2013) plantea en

relación a poder permitir la salida del registro “La Madre” para pasar a una madre, con características únicas y con un lugar y una posición subjetiva y particular. En palabras de Rosfelter (1994):

“Todas las mujeres tienen necesidad de una transmisión en el momento en que se convierten en madres y experimentan al mismo tiempo **el sentimiento de ser la única capaz de inventar el diálogo con su recién nacido**. Por ello vive las presencias cercanas que no respetan esas dos expectativas como factores de desequilibrio y de impedimento: <<Nadie me dice nada, nadie me enseña nada, estoy sola>>, expresaba una joven parturienta, conducida por esta ausencia de gestos y de palabras a un horrible sentimiento de soledad y de impotencia. Pero inversamente, un consejo muy perentorio la borra como madre, la desorienta y la priva de su propia parte de invención” (p.29, la negrita fue agregada para este texto).

Es decir, tanto el absoluto desconocimiento de aquel registro materno, como la convocatoria multitudinaria de voces maternas indicando lo que se debe hacer, llevarían a una cercanía al ámbito de “La Madre”. En el caso del trabajo clínico con Sofía, en este sentido, fue ayudarla a construir ese modo particular de ser madre, al que ella podía acceder, con sus ganas, su motivación, y también sus miedos, fantasías y falencias tempranas. Ayudarla a acercarse a un modo de maternidad con su hija, que pudiera tener como base una elaboración de la propia experiencia de haber sido hija de su madre. Desde Winnicott (2008), me atrevería a decir que, al igual como en otros conflictos que trabajaré a continuación, se hace fundamental en la clínica poder hacer una función madre-ambiente para la propia madre, ya que desde ahí, en ese trabajo, se puede ayudar a una mujer a poder desplegar una propia función madre-ambiente para con su bebé.

Espero que algo de aquello, realizado en el trabajo terapéutico con Sofía, haya permitido instalar un modo particular de maternar con la pequeña Andrea, logrando ser un ambiente contenedor, al modo como yo tantas veces intenté ser con ella. Para finalizar, me hago la pregunta: Si Andrea, la hija de Sofía, tiene hijos, ¿cómo será su maternidad? ¿Podrá ingresar en un registro materno poco experimentado en su propia experiencia de ser bebé?

3.3. El tabú de las pulsiones agresivas en la maternidad

“De la maternidad, Freud dijo que era en parte narcisismo y en parte masoquismo. Probablemente hubiera estado de acuerdo con añadir una parte de sadismo.”
(Pender, 2006, p.234)

Este apartado, que corresponde al eje temático asociado a los conflictos con el manejo de la rabia (Blum, 2007), que tal como hemos revisado, muchas mujeres con depresión postparto experimentan, pretende abrir la temática tabú de las pulsiones agresivas en la maternidad. En muchas ocasiones este aspecto queda silenciado y negado socialmente, y también, por supuesto, psíquicamente en cada madre. Es un acercamiento a la posibilidad de ir rompiendo mitos sobre la maternidad, y los estados emocionales de las mujeres que ilusamente -y lamentablemente- sólo han sido asociados a amor, ternura, empatía y devoción. ¿Qué pasa cuando queda en evidencia la aparición y la imposición de pulsiones agresivas y sádicas en la maternidad? ¿Cuál es el estatuto de las pulsiones agresivas en el ámbito de lo materno? ¿Hay algo en el manejo de la rabia que daría cuenta de una característica propia de lo femenino?

Al igual que en el acápite anterior, de la transmisión de la maternidad en lo transgeneracional, se abordará inicialmente la temática de las pulsiones agresivas, desde una revisión teórica, para luego en la segunda parte, pasar a mirar un extracto del material clínico del caso de Sofía.

3.3.1. Agresión y sadismo materno

Vivian Pender (2006) en su texto “El sadismo materno y el instinto materno asesino”, señala que “debido a que el lazo madre-hijo es tan fundamental para la supervivencia humana, el tan ampliamente difundido concepto de un instinto materno benevolente, puede simplemente representar un deseo infantil no resuelto” (p.225). Claro que podríamos pensar algo así, especialmente si

históricamente existen registros de un aspecto más oscuro y menos benigno del comportamiento y las dinámicas presentes en la relación de algunas madres con sus hijos e hijas.

Esta autora (op.cit.) presenta datos de múltiples fuentes, ámbitos y épocas donde queda en evidencia que el maltrato, el sadismo y la agresión pueden emerger en la maternidad. En términos de criminalidad, si bien más hombres son acusados de asesinar a otros hombres, mujeres o niños que las mujeres, existen aproximadamente, entre 10 y 20 mujeres en Estados Unidos condenadas por asesinar a sus propios hijos. En la misma línea de crímenes, Meyer y Oberman (2001, en Pender 2006) usando 23 bases de datos, encontraron 219 asesinatos de madres entre 1990 y 1999. Los mismos autores en el año 1998 se centraron en informes de abuso y negligencia infantil, llegando a estimar 903.000 niños, reportando que de éstos, 1.100 murieron por negligencia. Sólo una quinta parte de esas madres fueron condenadas.

A propósito de este tipo de homicidios, el psiquiatra Philip Resnick (1969, 1970, en Pender, 2006), autor que acuñó el término *neonaticidio*, definido como la muerte por homicidio dentro de las primeras veinticuatro horas después del nacimiento, encontró que éste -el neonaticidio- era acompañado por un estado de shock, vergüenza, culpa y miedo, y clasificó a las mujeres dentro de cinco categorías de causales de asesinato: 1) altruista; 2) psicosis aguda; 3) embarazo no deseado; 4) accidental -maltratadoras-; y 5) revancha marital.

Desde una perspectiva más pretérita, Pender (2006) indica que haciendo una revisión histórica y cultural, hay períodos en los que las normas e imperativos reflejan que era legal y justificado el infanticidio sobre la base del control de población, ilegitimidad o eugenesia. “Las civilizaciones antiguas, tales como los vikingos, celtas y galos practicaron el sacrificio de infantes. En Grecia y Roma, el infanticidio era legal” (op.cit., p.226).

Echando un vistazo a los cuentos de hadas, la autora (op.cit.) nos hace recordar el cuento “Hansel y Gretel” de Grimm, el cual contendría elementos

sádico-orales. Bettelheim (1975, en Pender, 2006) indica que “es el cuento del canibalismo materno” (p.228). Asimismo, Pender (op.cit.) nos muestra como en la mitología antigua, tanto griega, romana, como escandinava existe poesía, prosa y obras de teatro relativas al asesinato maternal.

Existen otros tipos de agresiones y maltratos, menos comunes, que no son asesinatos directamente, pero que pueden ocasionar gran daño a los niños y niñas. Está, por ejemplo, el caso del Síndrome de Munchausen, el cual es una forma de abuso infantil en el que se induce en el niño síntomas reales o aparentes de una enfermedad. También podemos nombrar acá la negligencia y los accidentes que pueden ocurrir a causa del descuido. Hay madres que inconscientemente <<hacen que sucedan los accidentes>> forzando la atención y un sentimiento de cariño hacia ellas mismas. Esto se observaría mayormente en madre que fueron deprivadas durante toda su niñez y tienen una intensa ambivalencia hacia el bebé que requiere una atención total. En estos casos estas madres presentarían un fuerte temor por su propia aniquilación emocional, por lo cual llaman la atención sobre sí mismas, literalmente llorando como bebés (Pender, 2006).

Ya habiendo situado el tema de la agresión en la maternidad, con casos bastante crudos y complejos, como lo son los homicidios contra los propios hijos/hijas, donde nos enfrentamos a un desborde brutal, y otros casos donde también se juega la agresión de otras formas, a veces menos evidentes, pero brutales igualmente, quiero pasar a hablar de otro tema, dentro de este mismo campo, el cual es, la ambivalencia⁸.

Las madres son mujeres y las mujeres son seres humanos ¿Por qué podríamos creer que no va a existir en una mujer la fuerza de la pulsión, y por ende que la agresividad sí se pondrá en juego en la relación con sus hijos, del mismo modo en que se pone en juego con el resto de las relaciones que entabla

⁸ “Presencia simultánea, en la relación con un mismo objeto, de tendencias, actitudes y sentimientos opuestos, especialmente amor y odio” (Laplanche y Pontalis, 1996, p.20).

en su vida? Creo que, tal como dice Friday (1981, en Rodríguez, 2005) esta es la tiranía de la noción de instinto maternal, con ella se idealiza la maternidad más allá de la capacidad humana. No se les permite a las madres hacer consciente aquella mezcla de amor y resentimiento, de afecto e irritación ante su hijo/hija, no habiendo espacio para estos aspectos.

En este sentido, asumiendo que aquellas pulsiones están presentes y se van a poner en juego de alguna u otra forma, Guyomard (2013) comenta:

“Una madre, en la evocación de una vivencia materna, humanizada por las transmisiones y la alteridad, y sintiendo la irresistible necesidad de proteger a su hijo, puede ser traumatizada por la realidad (accidentes, enfermedades), pero también por el hecho de descubrir que ella posee esa fuerza devoradora en un imaginario inconsciente del que sus sueños, a veces hacen testimonio: “Le saco un trozo de la parte tierna, al interior del muslo...”; (...) Igualmente evocadores son los relatos sobre la compulsión de lanzar al hijo por la ventana, de agarrar un cuchillo y de golpearlo; **fantasías que aparecen en mamás tiernas y atentas, horrorizadas de descubrir en ellas esa violencia**” (p.137, la negrita fue agregada para este texto).

En palabras de Guyomard (op.cit.), “para una mujer que espera un hijo, la ambivalencia se encuentra en el corazón de lo que constituye a la madre” (p.117). Y es justamente aquello, lo que es negado y prohibido a tantas mujeres: sentir ambivalencia en la maternidad. Es explícitamente sancionado, por parte de la sociedad, cualquier tipo de expresión de enojo y odio contra los propios hijos e hijas. Creo que si lo que se busca es negar las pulsiones agresivas, ya es suficientemente agresiva esta acción de negarlas, por lo que igualmente queda al descubierto la existencia de la agresión. A mi entender, es agresiva la exigencia social de negar la posibilidad de experimentar y comunicar aquellas vivencias ambivalentes, que ponen sobre la mesa la agresión en la maternidad.

La misma autora (op.cit.) señala que “una madre sabe muy bien que no puede invertir el destino como ser mortal del hijo que ella trae al mundo; sabe que

no tiene ese poder, pero no puede dejar de desear protegerlo contra todos los peligros, incluidas **sus propias pulsiones sentidas como peligrosas**" (p.117, la negrita fue agregada para este texto). Y añade que la madre que insiste en una "no ambivalencia", con un amor total, está lejos de la *Madre Suficientemente Buena* de Winnicott, que de su odio sí sabe algo -lo suficiente- como para permitirle estar lo más cerca posible de su hijo, sin confusión, y consolarlo del odio primordial.

En cuanto a la relación específica madre-hija, Guyomard (2013) plantea que "no es la relación (...) la que hace estrago, es la *pulsión inherente al vínculo materno la que puede producirlo*" (p.123). Asimismo, señala que "lo arcaico expresa otro tiempo, una organización de pulsiones del Ello, de lo cual nada sabemos pero que ejerce su dominio" (p. 132).

La pulsión está presente, tanto en la madre como en el hijo, y es la madre la que tendría que buscar ponerlas al servicio del narcisismo del vínculo materno, habiendo también un deseo de protección, que intenta contener el exceso cuando se hace peligroso. Esta pulsión sin exceso, sería garante de la vitalización del vínculo. En esta línea sería necesario un desvío, una deriva pulsional hacia la sublimación, por ejemplo cuando las madres, como tantas veces hemos escuchado, dicen: "*está para comérselo*" (op.cit.).

Desde otra perspectiva teórica, Carmen Rosa Zelaya (2003) propone la influencia de la pulsión de muerte en esta aproximación a los aconteceres de la maternidad, y en específico en la depresión postparto. Indica que se sabe que la atención y el cuidado del bebé no se limitan a la manipulación mecánica, sino que requiere de un involucramiento afectivo expresado a través de gestos, tono, ritmo y caricias (Kristeva, 1990 en Zelaya, 2003). No obstante, la autora indica que en las mujeres que sufren de depresión postparto, se vería impedida la participación del intercambio libidinal, presentándose una amenaza de la irrupción tanática, la cual, absorbería sus energías psíquicas, enfocándose así en un alto esfuerzo de control, que la dejaría, a su vez, psíquicamente ausente frente al bebé, aislada en sí misma.

Zelaya (op.cit.) escribe:

“La emergencia de afectos y fantasías asociadas a contenidos destructivos con respecto al bebé, o desplazadas hacia otros objetos la llenarían de angustia y culpa, los que acabarían dirigiéndose hacia sí misma. De este modo se constituiría en una manifestación autodestructiva, que no sólo restringiría el despliegue de las tendencias libidinales, sino que dirigiría sus ataques al propio yo, manifestados a través del llanto, y de sentimientos de inadecuación y culpa” (p.60).

Tal como lo estudiaremos más adelante, efectivamente este tipo de vivencias internas, que no tienen un espacio para su elaboración, pueden estar relacionadas a sentimientos de culpa. Este tema trataré de analizarlo en el próximo capítulo.

Continuando con la postura de Zelaya (2003), ella realiza una distinción muy importante, que permite diferenciar pulsión de muerte y agresión -a diferencia de lo que hemos estado tratando acá como pulsiones agresivas-. La autora señala que la función de la pulsión de muerte, como fuerza, es desconectar y paralizar, lo cual sería distinto a la función que adquieren las tendencias agresivas que buscan dirigirse al objeto para reconocer su existencia separada, a través del ataque destructivo que sobre él se ejerce, operación que Winnicott (1971 en Zelaya, 2003) ha denominado como el “uso del objeto”. La autora comenta: “la agresividad en tales casos favorecería el fortalecimiento del vínculo, lejos de impedirlo como pienso que ocurre con la pulsión de muerte” (p.60).

Sin profundizar más en esta distinción, me parece importante tener presente esta hipótesis de la autora, ya que agrega nuevas aristas al problema de la agresión y el lugar de la pulsión en la maternidad, aspectos que podrían corresponder a aquello que llamé en un comienzo: “el lado B de la maternidad”.

De esta forma, creo haber entregado diferentes perspectivas de este campo, el de las pulsiones agresivas en la maternidad, pasando desde los casos más extremos y crudos, hasta la experiencia cotidiana de la ambivalencia, a la que

las madres se deben enfrentar en su relación maternal con sus hijos/hijas. También, aunque sé que brevemente -y creo también superficialmente-, me referí a algunos aspectos propios del ámbito de la pulsión en tanto constructo metapsicológico, y algunas pistas que permitirían continuar y crear nuevos caminos de investigación. Aunque creo que, especialmente la distinción entre las funciones de la pulsión de muerte y la agresión, presentadas por Zelaya (2003) son muy interesantes, y valdría la pena analizar algunos aspectos del caso de Sofía desde este prisma, tengo la intención de poner el foco en otro punto del caso -en cuanto a la agresión y la expresión de la rabia-, por lo que dejaré aquella distinción de mi colega Carmen Rosa Zelaya (op.cit.) para futuras reflexiones. De esta manera, pienso que estamos en condiciones de pasar a hablar de la rabia, de su manejo y de las consecuencias que puede tener su permanente inhibición. Pasemos a analizar algunos fragmentos del caso de Sofía.

3.3.2. La expresión de la rabia

“No descuidaremos la existencia de un vínculo particularmente constante entre feminidad y vida pulsional. Su propia constitución le prescribe a la mujer sofocar su agresión, y la sociedad se lo impone...”
(Freud, 1932, p.107)

Ya pudimos ser testigos de lo que Freud (1892-93) hizo en “Un caso de curación por hipnosis”, donde si bien, él no había diagnosticado una depresión postparto, sino que sus ideas diagnósticas iban por otra parte, tuvo la intuición de decirle a la paciente, en hipnosis, que pudiera mostrarse rabiosa y que increpara a su familia, explicitando que requería de mayores cuidados y que necesitaba más atención. Bueno, Sigmund Freud movilizó a la paciente a expresar algo, que probablemente sentía hace bastante tiempo; la llevó a expresar su rabia, y luego de eso, la paciente mejoró, y pudo volver a hacerse cargo de su bebé.

Dio Bleichmar (2001) comenzando el capítulo XV de su libro “La depresión en la mujer”, llamado “*La dulzura femenina. ¿Qué hace una mujer con la rabia?*” comenta: “*La rabia es una señal, es un mensaje que nos llega de repente: algo nos duele en el alma, algo no es tenido en cuenta, algo nos humilla, algo no está bien*” (p.199). En este sentido, la autora comenta que es peligroso callar y esconder el dolor, ya que se corre el riesgo de poner en peligro la propia integridad vital -yo sumaría a esto, la posibilidad de poner en peligro a otros.- Haciendo un paralelismo entre la rabia y el dolor físico, la autora dice que si es imposible que no produzca dolor un golpe en el cuerpo, ¿cómo va a ser posible no sentir rabia ante un golpe en el alma? Sin duda, todos los que nos dedicamos a la clínica, hemos sido testigos de que muchas personas creen que es posible no sentir rabia, o esconderla sin ninguna consecuencia, incluso durante años y décadas. Nosotros sabemos que es necesaria la descarga; de alguna forma se va a expresar.

Considerando todo esto, hay un episodio de la vida de Sofía al cual me quiero referir. Este es un momento que dejó marcada a la paciente, y que de alguna u otra forma, marca la relación con su hija, Andrea. Es más, la paciente se refiere a este evento como “*la culpa de mi vida*”.

Los hechos fueron relatados más o menos así. Era un día de campo, estaban de paseo familiar. Su hija tenía ocho meses, la tomó en brazos y decidió ir a dar una vuelta por la orilla de un río. Ella estaba con chalas, y se fue acercando a la orilla, lugar que estaba lleno de piedras con musgos. Dio unos pasos, y de repente resbaló. La paciente cuenta: “*...salí volando por el cielo y solté a la Andrea y cayó ¡pa! ... lloraba y lloraba, y pensaba que esto no podría estar pasando*”. Mientras la niña lloraba, Sofía gritaba: “*¡¡¡Carlos, Carlos!!!*”, llamando a su marido. La paciente agrega que lo primero que pensó al ver a su hija en el suelo fue “*¿Qué van a decir mis papás? ...cuando ocurrió, me dio mucho miedo de lo que me dirían mis papás*”. La paciente tomó a su hija y llegó su esposo. También se sumó su familia, los cuales ayudaron a calmar tanto a Andrea como a

Sofía, quien estaba muy alterada con la situación. Su madre le dijo: *“tranquila, a cualquiera le podría haber pasado”*.

Bien, pasaré a analizar algunos aspectos de este hecho relatado por la paciente. Tal como ha sido expuesto, para Sofía la maternidad fue, incluso desde antes de quedar embarazada, un tema conflictivo. Pese a que fue un embarazo deseado -por lo menos desde lo consciente-, siempre estuvo en la mente de la paciente la preocupación de que tener un hijo/hija iba a alterar y limitar su libertad (*“Fue muy duro para mi ser mamá, estaba el tema de falta de libertad”*), lo cual era para ella una prioridad en su vida. Estos sentimientos de incomodidad e insatisfacción ya estaban presentes al nacer Andrea, y no existían muchos espacios para poder expresarse y dar cuenta de toda esa carga que llevaba consigo. Además, a estos sentimientos que ya existían antes del nacimiento de Andrea, se fueron sumando otras cargas afectivas, muchas de ellas, más bien experiencias frustrantes, como por ejemplo el período de amamantamiento.

Sofía reciente bastante el hecho de no haber disfrutado el período de lactancia de Andrea. Respecto a esto, la paciente señala: *“Siento vergüenza de no haber estado enamorada de ella, lo que se dice de que una se siente en un estado como enamoramiento con su hijo pequeño, a mi no me pasó”, “ella era una extraña, yo sé que te tengo que querer pero no sé cómo hacerlo”, “a veces no tengo ganas de preocuparme de Andrea y me siento mala mamá”*). Con bastante dolor, rabia, y también culpa, la paciente expresaba lo desgastante y poco estimulante que fue aquel período. Así, tal como decíamos antes, ya no solamente existían ideas y sentimientos preconcebidos sobre la maternidad que le generaban insatisfacción y una predisposición por lo menos ambivalente, sino que se suman experiencias propias de la vinculación con su hija, que también entregaban una carga emocional fuerte, con mucha frustración, enojo y tristeza.

Lamentablemente, no se presentaron espacios abiertos y sin juicios, para que ella pudiera desahogarse, hablando acerca de todo lo que estaba experimentando. Había una imagen de madre benevolente que se imponía, que primaba como ideal, y ella hacía sus mejores esfuerzos para tratar de calzar con

esa imagen esperada por todos, tratando de llegar a ser una madre *como se supone que debe ser y comportarse una madre*. Sin embargo, esa tarea exigente y altamente demandante la estaba superando cada día más, y por alguna parte, de alguna forma, tenía que producirse la descarga.

Dio Bleichmar (2001) indica que la clausura radical de la posibilidad de sentir y expresar sentimientos como el odio y la rabia, muchas veces hace que la propia mujer no tenga noticia de aquel sentir, inhibiendo esas emociones desde su mismo nacimiento, “de ahí que el destino que sigue esta emoción sea, a veces, difícil de determinar” (p.200). De esta manera, no sería ningún enigma descifrar, que para la mayoría de las mujeres sus propios sentimientos de rabia sean tabú, y que el simple hecho de sentirlos se suele convertir en un gran problema (op.cit.).

La misma autora señala que las mujeres tienen miedo de sus propios sentimientos de rabia, de su agresión, y que lo que suelen hacer es esconderlos, hacerles un nudo y/o disfrazarlos. Agrega que, además, si son capaces de superar los límites del autocontrol, viene otra dificultad: la invasión de la culpa y el temor de atentar contra un sustento básico para la mujer: las relaciones afectivas” (p.201). Ante eso, Dio Bleichmar (op.cit.) se pregunta ¿Qué salida queda entonces? A lo cual, ella responde: 1) las somatizaciones y 2) la depresión. Yo le sumaría una tercera posibilidad, que tiene que ver con la hipótesis que voy a plantear sobre el caso de Sofía: un acting.

Aquí vamos a entender acting como “acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los síntomas de motivación habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma auto- o heteroagresiva” (Laplanche y Pontalis, 1996, p.5). Considero, tras el análisis del caso, que en esta ocasión, hubo en este *accidente* un movimiento inconsciente de agresividad hacia su propia hija.

En efecto, creo que existen muchos elementos para pensar que, la paciente tuvo un acting, debido a que nunca obtuvo un espacio ni un lugar donde poder hablar y pensar sobre lo que le estaba ocurriendo. Así, pasaron muchos meses sin

tener noticia consciente ni tramitar aquellas pulsiones agresivas hacia su hija, las cuales se iban acumulando y acumulando. La irritabilidad se manifestaba mayormente con su suegra y su esposo, pero no hablaba -creo que por no tenerlas consciente- de aquellas emociones hacia Andrea. Había algo que podríamos llamar como una especie de desplazamiento. De este modo, pienso que el *accidente* que tuvo con su hija de 8 meses, a causa del cual, la niña se fracturó una tibia, fue una inevitable descarga ante los montos de rabia, frustración, y hasta odio que estaba experimentando inconscientemente desde hace un buen tiempo (“...salí volando por el cielo y solté a la Andrea y cayó ¡pa!). Ya que no hubo espacio para pensar y hablar sobre la rabia, la rabia salió en acto.

Recordemos que la paciente toma hora conmigo para empezar una psicoterapia aproximadamente diez meses después del accidente. Es decir, no solamente no tuvo ni buscó un espacio para hablar sobre lo que le ocurría con su hija y su maternidad antes del accidente, sino que probablemente continuaban acumulándose más y más rabias, frustraciones y tristezas. Al consultar ya estaba desarrollado un cuadro depresivo postparto, el cual, comenzó a generarse -me atrevería a decir-, desde la misma gestación de su hija.

Para complementar este análisis, hay un elemento del relato que vale la pena observar. La paciente pensó en sus padres de inmediato al haber ocurrido la caída de su hija, y una vez que llegan a la orilla del río, donde había ocurrido el hecho, la familia no sólo se vuelca a tranquilizar a la niña, que lloraba desconsoladamente, sino que también atienden a Sofía, quien estaba bastante alterada. De hecho, recordemos que su madre -Elcira- le dijo: “*tranquila, a cualquiera le podría haber pasado*”.

Lo anterior, me trae a la mente lo señalado por Pender (2006), cuando dice que a veces hay madres que inconscientemente <<hacen que sucedan los accidentes>>, logrando una atención especial hacia ellas, y sentimientos de cariño, por la imposibilidad de tramitar la ambivalencia que sienten por el bebé, que necesita y exige una total atención. Considerando estas palabras de la autora, efectivamente, se observan consecuencias gananciales de parte de la paciente,

pues nadie la criticó, sino todo lo contrario, la contuvieron, la entendieron y la disculparon sin mayor cuestionamiento. Respondieron al llanto y los gritos de Sofía, permitiéndole recibir cariño, atención y cuidado. Por un momento ella también fue niña-hija, lo que de alguna forma posibilitó que saliera por un momento de su rol -difícil rol- de madre de Andrea.

Por otra parte, y para ir cerrando este acápite, me interesa observar otros momentos y situaciones donde quedan en evidencia los conflictos de la paciente con el manejo de la rabia. Por ejemplo, podemos recordar las palabras de Sofía al referirse al difícil momento que estaba viviendo en su relación de pareja, cuando dice: *“mejor ya ni peleo, o trato de no pelear, no quiero desgastar más la relación, estamos en crisis y no quiero ser hiriente, mejor me lo guardo... me carga quedar como la yegua.”* O cuando se refiere a la relación con su hermano, comentando: *“yo tengo yayitas con él... me dice por ejemplo, no seas tan melodramática, y cuando me molesta yo agacho el moño para no pelear y pasar malos ratos”*. Estas frases de la paciente, me hacen recordar algunos planteamientos de Dio Bleichmar (2001), quien afirma que “la imagen de una mujer vociferando, iracunda y furiosa es rechazada y despreciada, ganando expresiones como “<<castradoras>>, <<mandonas>>, <<brujas>>, <<feministas desmelenadas>>, nos convierte en seres no queribles, en *no femeninas*” (p.201).

Y aquí es donde aparece un gran problema, pues pareciera que hay razones para pensar que existen ideales y exigencias socio-culturales que influyen en la fuerte inhibición que tantas mujeres experimentan, y que especialmente a la hora de ser madres se hacen sentir. Podemos así, traer a colación el epígrafe que escogí para este apartado: “No descuidaremos la existencia de un vínculo particularmente constante entre feminidad y vida pulsional. Su propia constitución le prescribe a la mujer sofocar su agresión, y la sociedad se lo impone...” (Freud, 1932, p.107).

En el tratamiento, Sofía pudo acceder a un espacio subjetivante. Pude ofrecerle -desde una mirada winnicottiana- un espacio-ambiente que fortaleció su propia función ambiental para con su hija, escuchando, aceptando, acogiendo, y

no enjuiciando su queja, su dolor y su propia rabia y agresión. Además, puedo decir que en la medida que ella iba sintiendo acogido su malestar, incluso el agobio y el odio, pudo ir encontrando un modo particular de ser madre, ser *una madre* -como diría Guyomard-. Quitándole piso a las imposiciones externas, pudo ir apareciendo un gesto espontáneo, un modo de aproximarse a la maternidad, que no fuera ni idealizado, ni amenazante, ni tormentoso. Su espontaneidad le permitió tomar un lugar de madre, y no que este lugar la devorara y la aprisionara. Tomando palabras de Rosfelter (1994) y Winnicott (2008), las mujeres que se transforman en madres, se enfrentan al gran desafío de generar día a día su propia improvisación de cómo ejercer la maternidad, lo cual requiere de un necesario toque de creatividad.

¿Las madres saben que existe un alto costo de ocupar ese lugar de “no molestar” para “no generar problemas”? ¿Existe alguna consciencia respecto a las consecuencias que puede tener “guardarse las cosas”? Parece que no, y si existe algún nivel de consciencia al respecto, hay algo que hace -me atrevo a decir que es de orden cultural- que igualmente aquella ira, enojo o molestia se inhiba, quedando acumuladamente dentro de ellas. Lo peor de todo esto es que siempre hay un momento en que “el vaso se rebalsa”, y en muchas ocasiones eso puede tener consecuencias para la integridad de las propias mujeres, de sus bebés, o de otras personas de su entorno.

3.4. Las necesidades en el paso a ser madres

*“Lo que muchas veces no advierten
es que ese sosiego
y el bálsamo que reciben de sus madres
ellas también lo necesitan”
(Dio Bleichmar, 2001, p.89)*

En general -y por muy válidas razones-, el centro de atención luego del embarazo y el parto es el bebé. Esto es sumamente entendible, pues aquel ser humano pequeño y vulnerable, requiere de muchos cuidados para su adecuado bienestar y desarrollo; no puede sobrevivir solo. Sin embargo, a veces esto pasa a ser demasiado radical, descuidando las necesidades que estas mujeres que han pasado a ser madres, tienen en su propio proceso y desarrollo como tales.

En este sentido, tal como nos hemos referido antes, le ha jugado muy en contra a las mujeres la concepción de un <<instinto maternal>>, pues éste implica un mágico y automático ingreso a la maternidad, con un conocimiento cabal de lo que requiere y necesita el bebé, de cómo se van dando las etapas, del manejo de sus propias emociones, y de cuáles serían las mejores soluciones para los problemas que se van generando. Pues tal como hemos ido revisando en este trabajo, esto se aleja bastante a la real vivencia que muchas mujeres tienen de este período de sus vidas, y existen legítimas razones para cuestionar aquel instinto global y generalizador.

Entonces ¿Cómo se enfrentan las mujeres a sus propias necesidades? ¿De qué tipo de necesidades estamos hablando? ¿Qué tipo de relación entablan con la dependencia del bebé y la propia? ¿Escucha el entorno y la sociedad aquellas necesidades? ¿Cómo se relacionan los profesionales de la salud con estas necesidades de las mujeres que están comenzando su maternidad?⁹

⁹ Esta última pregunta es atendida con mayor profundidad en el acápite correspondiente al discurso médico (Infra. pp.135-153).

En este apartado, nos concentraremos en aquellas necesidades que pueden presentar las mujeres que pasan a ser madres, considerando, obviamente, que algunas necesitan más apoyo y ayuda que otras, pero que finalmente es importante tener en cuenta este aspecto de la maternidad. No hay que perder de vista que Blum (2007) señala que el conflicto con la dependencia es el que más frecuencia tiene en los casos de mujeres que desarrollan una depresión postparto.

Para abordar este eje temático, al igual que en los otros apartados, primero tendremos un acercamiento teórico, y luego realizaremos un análisis del caso clínico que hemos estado trabajado a lo largo de esta tesis.

3.4.1. La necesidad de un ambiente contenedor

“El malestar femenino puede modificarse si se lo deja de considerar una enfermedad que hay que curar y, en cambio, se reconoce el legítimo reclamo que encierra”
(Dio Bleichmar, 2001, p.14)

Tal como veíamos en los datos obtenidos en estudios medico-psiquiátricos (Capítulo 2), los factores psicosociales tienen un peso bastante importante en lo que correspondería a causas o aspectos considerados en la etiología de la depresión postparto. Recordando los más importantes, podemos nombrar: insatisfacción en la relación de pareja; problemas con los padres; embarazo no deseado; presencia de acontecimientos vitales negativos, vinculados o no al proceso grávido-puerperal; y **la falta de soporte social, afectivo e instrumental, brindado por las personas más cercanas a la paciente** (Alvarado, Perucca y cols., 1993 en Castillo 2008, la negrita fue agregada para este texto). Asimismo, hay otros estudios que han presentado resultados que muestran que los sucesos vitales y el soporte social son dos variables que jugarían un relevante rol interactivo en el desarrollo de una depresión postparto (Jadresic, 1994 y Alvarado y cols, 1992 en Castillo, 2008).

Desde el psicoanálisis, Dio Bleichmar (2001) se refiere a la carencia o ausencia total de apoyo afectivo, que se ha identificado en mujeres aquejadas de depresión postparto. A esto, se sumarían “serios problemas de comunicación con las parejas, y falta de colaboración y ayuda doméstica” (p.72). Asimismo, desde los planteamientos de Blum (2007) el hecho de no contar con nadie para tomar el cuidado de ellas, o sea, sin apoyo familiar y social, o tener esas oportunidades y no tomarlas por escoger una posición autosuficiente, son factores que aumentarían considerablemente el riesgo de padecer una depresión posparto.

Con esta información, podemos comenzar planteando que existe evidencia en la literatura medico-psiquiátrica y psicoanalítica sobre la relevancia que tiene el hecho de que exista un contexto contenedor alrededor de las mujeres que pasan a ser madres, siendo un factor tan importante, que su ausencia puede aumentar el riesgo de desarrollo de psicopatología puerperal, especialmente depresión postparto.

Pese a este hecho, existiría una tendencia a dejar un tanto solas a las madres en el cuidado de los bebés, pensando muchas veces que ellas cuentan con capacidades y habilidades “naturales” que les permitirían enfrentar la maternidad con independencia. Así, sólo algunas mujeres contarían con buen apoyo, otras quedarían un poco solas, otras bastante solas, y lamentablemente, otras completamente solas. Respecto a esto, Jane Swigart (1990 en Sau, 1995) comenta que es común que las madres deban asumir la entera responsabilidad de sus hijos sin recibir ningún apoyo, y aceptar, incluso, todos los reproches cuando ellos tienen problemas.

Haciendo una conexión con el acápite anterior, referido a la rabia y la agresión, considero -tal como pude decirlo anteriormente- que existe una dinámica que es agresiva e injusta con las mujeres-madres. Por una parte, si se les impone un ideal socio-cultural, donde no hay espacio para la ambivalencia, y por otra parte, no hay lugar para las necesidades, la dependencia, y los apoyos, tanto afectivos como instrumentales o funcionales, que ellas necesitan, la verdad es que cabe preguntarse ¿Por qué esto es así? Ante este escenario, Stein (1990) citado

en Pender (2006) expone que “Klein describió el sadismo hacia las madres en el desarrollo psicosexual del niño, lo cual podría así mismo dar cuenta de **la hostilidad no resuelta culturalmente aceptada, que algunas veces es dirigida hacia las madres**” (p.233, la negrita fue agregada para este texto). Aquí Stein (op.cit.) se refiere directamente a un aspecto cultural agresivo que cae en contra de las mujeres que son madres. En el próximo capítulo me centraré en desarrollar algunas ideas asociadas a los factores culturales relacionados con ciertas vicisitudes en la maternidad, y en específico a la depresión postparto, tal como lo he hipotetizado inicialmente.

Continuando con las necesidades de las madres, en su propio proceso de ubicación en la maternidad, me gustaría hacer algunos acercamientos desde la obra de Donald W. Winnicott. Este autor (2011) señala que la madre en un comienzo, debe adaptarse a la dependencia total que exige el infante, posicionándose en un lugar fundamental para el desarrollo de su bebé: siendo un ambiente facilitador. El autor no desconoce lo complejo de esta exigencia - nosotros tampoco-, y agrega que la madre necesita respaldo, ya sea de su pareja, de su familia y/o del entorno social inmediato. En efecto, no todo el peso del ser madre recaería en la madre -eso es de esperar-, sino que para que ella pueda ser un ambiente facilitador, necesitaría que otros hagan un ambiente facilitador para ella.

Podemos así observar en las palabras de Winnicott una consonancia bastante grande con lo que es, por una parte, la experiencia clínica de los que nos dedicamos a la atención de pacientes, y por otra, la información que nos entregan estudios realizados desde la medicina y la psiquiatría. En clave winnicottiana diríamos que es necesaria la existencia de espacios que brinden a una mujer en puerperio un ambiente facilitador y contenedor, que le permita, integrando aspectos de “malestar”, sumar fuerzas para tamaña tarea de cuidado de un otro. Como una amiga me comentó hace pocos meses, haciendo alusión a su propia experiencia de maternidad: *“esto de tener un hijo es una tarea de renuncia y*

entrega absoluta". Sí que es una tamaña tarea, y ellas necesitan apoyo y acompañamiento, tanto emocional como instrumental.

Aludiendo a la relación con el bebé, Winnicott (2008) plantea que la madre al mirar el rostro de su hijo o hija, hace que éste mire en su rostro algo que se relaciona con lo que ella ve en él. Es decir, cuando el bebé mira el rostro de la madre, en general, se mira a sí mismo. Eso es lo que se esperaría, que el rostro de la madre operara como espejo, devolviéndole el ser, para que el bebé sea y exista como tal. No obstante, como hemos podido apreciar en este trabajo, esto no siempre se da así. Hay escenarios donde aparecería el rostro de una madre que no se encuentra en condiciones de tomar una posición de espejo y de responder a la dependencia absoluta que exige su retoño. En estos casos diríamos que el espejo se empaña, dejando a aquella madre sin posibilidad de estar disponible. Entendiendo esto desde el sentido de este acápite, podemos pensar que este es uno de los posibles finales de una madre sin apoyo, sin contención, sin redes que la ayuden en esta tremenda tarea que implica la maternidad.

En este punto, me interesa agregar algo. No creo que solamente configurarían el ambiente facilitador o no facilitador -dependiendo de cada caso-, los familiares y la pareja de la mujer, sino que, usando libre y creativamente los conceptos de los autores -tal como lo ha transmitido Jaime Coloma (2011)-, desde mi mirada, lo serían también la cultura y los discursos existentes en el entorno social. En este sentido, me parece muy relevante que *el-ambiente-socio-cultural-facilitador* no sólo contenga y acompañe, sino que permita "participar en la desaparición del silencio de los tabúes y sacudir un poco la imagen de beatitud maternal que se supone debe aureolar a todas las mujeres a la manera de la Virgen María" como lo expresa tan vehementemente Rosfelter (1994, p.33) en su libro "Nacimiento de una madre". Si bien, ya he profundizado en tabúes, tales como la agresión y la expresión de la rabia de parte de las madres, más adelante profundizaré en la idealización que rodea a la maternidad y el lugar que tendría el culto mariano a propósito de eso.

Ahora, me parece pertinente enfocarnos en lo que es la dependencia, y por supuesto, las conflictivas asociadas a ella. Es fundamental mantener fresco el recuerdo de que Blum (2007) identifica los conflictos con la dependencia como centrales en la depresión postparto.

En cuanto a este tema, Rosfelter (1994) plantea que en la maternidad las mujeres deben enfrentarse a sus propios estados de dependencia infantil, pues retornan crudamente -consciente e inconscientemente-, apareciendo así experiencias psíquicas que ellas creían olvidadas. Aquí podemos recordar los planteamientos de Guyomard (2013) acerca de la vinculación primaria, y las reactivaciones de aquellas primeras experiencias vivenciadas. Es decir, tenemos que tener presente, no solamente las necesidades y requerimientos de ayuda funcional-doméstica que una madre tiene, dadas las demandas del bebé y todo lo que esto genera tanto a nivel físico como afectivo, sino que se deben sumar los requerimientos emocionales profundos que tienen relación con aquellos ecos de la propia infancia, de aquella dependencia, y de los destinos que ésta tuvo.

Comenzando con las necesidades funcionales o instrumentales, hay experiencias concretas de la vivencia de la maternidad que son altamente movilizadoras, dentro de las cuales está por ejemplo, el parto. Zelaya (2003) indica que éste “se trata de un evento que pone a prueba los recursos yoicos de contención frente a la irrupción masiva de impulsos y ansiedades, en su carácter más primario e irrepresentable” (p.24). Por esta razón, será muy relevante en qué condiciones se dé el parto, y obviamente, pensando en retrospectiva, es importante cómo se dio el período del embarazo. Tanto los meses previos al parto, como el parto mismo, y evidentemente los meses que vienen a continuación, son una etapa de la vida de las mujeres que son madres, donde se necesitan apoyos en lo cotidiano, que van desde el cuidado en la alimentación de la madre, hasta la planificación para el traslado a controles médicos y la ida al establecimiento de salud para el mismo parto, y luego, para los controles del bebé. Aquí se pueden sumar los horarios de lactancia, las mudas de pañal y ropa, los cambios de horarios de sueño que implanta el bebé, entre otros. Son nuevas tareas, deberes,

requerimientos y responsabilidades que entran a la vida de estas mujeres, y de manera esperable, de los que la rodean.

Tenemos entonces claridad de que existen necesidades especiales de las madres para ajustarse a este nuevo escenario, lo que podríamos llamar necesidades que impone la realidad externa. Sobre esto, aparece otro punto, que tiene relación a cómo reaccionan las madres ante estas circunstancias. Así, se presentan otro tipo de exigencias, las cuales son exigencias internas, teniendo un lugar principal los niveles de dependencia.

Tal como hemos podido apreciar, la maternidad pone en juego el tema de la dependencia, desde diferentes ápicos, y claro, si como dice Rosfelter (1994), aquellas mujeres se convierten en responsable de otra vida además de la suya, y en ese panorama, sus propios estados de dependencia infantil vuelven y se asoman. Es ahí, donde algunas mujeres podrían tener mayores o menores niveles de dificultad, pues dependerá de cómo fueron sus experiencias tempranas. Será muy diferente si hubo primacía de insatisfacción o de satisfacción, si hubo una madre que se vinculó tempranamente de modo simbiótico para luego pasar al destete o quedó una simbiosis madre-hija, etc.

Entonces, existirían madres que tendrían menor nivel de conflictos internos con la dependencia, y esto podría ser porque en su infancia no hubo dificultades con aquella satisfacción de un estado de plena dependencia de otro, o porque pese a haber tenido problemas con esta temática, pudo existir en su historia algún tipo de proceso vivencial y/o reflexivo que le permitiera elaborar aquello. Esto puede ser por ejemplo, un proceso de psicoterapia que una mujer haya realizado antes de ser madre, y donde haya podido elaborar en alguna medida estas conflictivas.

De esta forma, habría un tipo de respuesta “positiva” ante la dependencia, es decir, aceptar que existe la dependencia, tolerar y no temer que se depende de otros y no tener problemas con recibir ayuda de otras personas para hacer más fácil y llevadero este período de exigencias y renuncias. Pero no todos los casos

son así, y de hecho, casos de este tipo, según los planteamientos de Blum (2007) tendrían mucho menos riesgo de desarrollar psicopatología puerperal, especialmente si existen respuestas satisfactorias de parte del entorno. Sin embargo, existe otro tipo de casos, donde no existe respuesta efectiva de parte del entorno, o sea, no hay apoyo familiar ni social. Ante este tipo de escenarios, Blum (op.cit.) señala que no sería crucial si aquella mujer puede expresar o no que requiere ayuda, pues el resultado, lamentablemente, es el mismo: no tendrá ayuda. Sabemos que esta es una realidad -triste e injusta-, pues miles de mujeres son abandonadas al quedar embarazadas, ya sea por sus parejas, sus familiares o sus amistades; o también puede ser que no sean abandonadas “del todo”, pero que estando “presentes”, las personas que las rodean, no las vean a ellas ni a sus necesidades, incluso si es que ellas las comunican. En estos casos, sería difícil hablar de “conflictos con la dependencia”, ya que lo que ocurriría, es más bien una falla ambiental, un abandono, finalmente, un ejercicio violento contra aquella mujer-madre. En relación a este punto, considero que existen muchas falencias aún en nuestra sociedad, tanto educativas, como culturales, legislativas y políticas en torno a la protección de la mujeres que son o van a ser madres.

Por otro lado, Blum (2007) nos señala que se presenta de forma bastante común, otra manera, que podríamos llamar acá, una respuesta “negativa” ante aquella dependencia. Como hemos examinado antes, el autor la llama adaptación o reacción contradependiente.

Blum (2007) cuando se refiere a esta reacción contradependiente, habla de un volcamiento hacia el cuidado de los demás, desatendiéndose a sí mismas y sus propios requerimientos y necesidades. El autor plantea que esta sería una forma de poder manejar los deseos de dependencia cuando son incómodos y conflictivos para las mujeres. A este aspecto -pese a que nuevamente me estoy adelantando al próximo capítulo-, yo le sumaría la posible existencia de factores socio-culturales que estarían, de alguna u otra forma, facilitando que se produzca esta salida a la incomodidad de la dependencia, especialmente y con más fuerza en mujeres que presentan conflictivas psíquicas con ésta.

Para complementar lo recién dicho, expongo las siguientes palabras de Dio Bleichmar (2001), las cuales creo entregan algunas luces:

“Dado que la feminidad ha sido cultivada para hacer del cuerpo del recién nacido un ser humano contento de estar vivo y con ganas de conquistar el mundo, esta <<superespecialización>> femenina en el alivio del malestar y dolor ajenos -de niños y hombres- ha dejado a las mujeres mal provistas para proporcionarse a ellas mismas de condiciones de goce y placer” (pp.15-16).

Analizando estas palabras, habría que preguntarse si esta contradependencia, de la que habla Blum (2007), que podríamos llamar también actitud autosuficiente, tendría también que ver con una característica de “orden femenino”. En estas líneas de Dio Bleichmar (2001) queda por lo menos lanzada la idea de que habría un “cultivo de la feminidad” para volcarse hacia afuera, alejándose de su propia dependencia, y atendiendo la de otros ¿Cómo se cultivaría aquello? ¿Qué tipo de factores externos podrían conectarse con factores internos, y de este modo facilitar este tipo de reacción autosuficiente o contradependiente?¹⁰

Por el momento dejaremos estas preguntas abiertas, con la intención de continuar en este recorrido, y poder, luego del próximo capítulo, tener más elementos para poder entregar algún tipo de respuesta a estas preguntas. A continuación revisaremos algunos fragmentos del caso de Sofía donde es posible identificar algunas conflictivas con la dependencia.

¹⁰ Estas preguntas son abordadas en el capítulo 4 (Infra pp.115-120).

3.4.2. Dependencia v/s contradependencia

“La independencia no es nunca absoluta”
(Winnicott, 2011, p.109)

Respecto al concepto de “Preocupación Materna Primaria”, descrito por D. W. Winnicott (2011) como un exigente período de respuesta a la dependencia absoluta del bebé, podemos recordar que precisamente, uno de los miedos más grandes que Sofía tenía ante la maternidad era el hecho de ver amenazada su libertad personal, viéndose obligada a acoger una dependencia total o absoluta, para la cual no se sentía preparada.

De alguna forma, los miedos expresados por la paciente tenían que ver directamente con una imagen, una forma de ser mujer-madre que históricamente ha estado asociada a una mujer sumisa, obediente y hogareña, en un modelo prototípico de mujer burguesa del siglo XX (Ureta, 2006). Al mismo tiempo, hace recordar lo señalado por Seckel (2012), en relación a este mismo período de la historia, donde el lugar de la mujer era estrictamente dependiente de un orden familiar, por su naturaleza, sin derechos políticos ni de autonomía ciudadana.

Sofía exclamaba: *“Yo no quería ser mamá... creyéndome no se po, profesional, vanguardista... tener un hijo te embarraba, es una cuestión súper heavy, lo veía como una pérdida de libertad para ti y responsabilidad... igual es hacerse cargo de una persona”*. Y claro que no era fácil ¿Cómo poder tener algún tipo de referente de “mujer vanguardista” siendo que fue criada en un espacio familiar y escolar muy conservador y de corte tradicional? Ella no quería seguir viviendo en aquella zona del país que ella catalogaba como de “pensamiento colonial”, y además de hacer un viaje a Europa en su adolescencia, decidió estudiar y vivir en Santiago, el cual era un espacio más abierto, moderno y vanguardista para ella.

Ya es posible ver como se despliegan muchos elementos del caso, y trataré de analizarlos a propósito del eje central: la dependencia. Por una parte, es

posible hipotetizar que, tal como fue desarrollado en un acápite anterior, el hecho de que la madre de Sofía -Elcira- haya quedado huérfana a los trece años, puede haber influido en sus re-elaboraciones identificatorias de la adolescencia, y que todo aquello, la haya llevado a desarrollar una menor conexión con lo maternal. Lo que a su vez, puede haberla llevado a desarrollar un estilo vincular con Sofía, con dificultades para satisfacer aquellas necesidades de absoluta dependencia, y así, la paciente haya quedado situada en una posición más bien dependiente de otro, pero con conflictos y dificultades para aceptarlo y asumirse como tal.

Esto podría cobrar más sentido, según esta lectura que estoy dando, si es que ella, pese a ser una persona con conflictos inconscientes oral-dependientes, no quisiera identificarse, desde lo consciente, con un modelo burgués de mujer dependiente. De este modo, se generaría una pugna interna entre sus reales necesidades y niveles de dependencia, y los que quiere llegar a mostrar, en lo aparente, en tanto “mujer vanguardista”.

Considerando la etapa oral como el “primer estadio de la evolución libidinal, caracterizado por el hecho de que el lactante encuentra placer en la alimentación, la actividad de la boca y de los labios” (Chemama y Vandermersch, 2004, p.487), la oralidad en la paciente se podría apreciar, no solamente desde la metapsicología psicoanalítica en relación al tema de la dependencia, sino que también, en la frecuencia con que aparece en su material la zona erógena oral.

Lo más evidente es su elección profesional, ya que si bien, no es de mi interés afirmar que las personas que estudian odontología presentan conflictivas orales relacionadas a la dependencia, creo que en este caso en particular, sí se podría hipotetizar aquello. Ya que estamos en esta temática, revisaré un pasaje del tratamiento de la paciente, que daría cuenta de la presencia de elementos orales, un regreso a lo oral, en términos freudianos.

Lo primero es un recuerdo de la paciente, una escena de infancia, y lo segundo es una preocupación que aparece en la misma sesión de psicoterapia. Ella trae un episodio donde tenía aproximadamente cinco años, y relata: “*mis*

papás estaban bailando en un salón, era una celebración, y yo me acerqué a mi papá y le mordí la mano". Luego de algunas asociaciones, plantea que está muy preocupada porque le avisaron del jardín infantil que su hija -Andrea-, estaba mordiendo a sus compañeros de clase. Además, en esa misma sesión, comentó que le tocó atender a muchos niños en su jornada de trabajo, y que estuvo bien ajetreado y cansador aquel día. Al decírmelo, gesticuló con los dientes, haciendo un movimiento dental que une y separa los dientes de abajo y los de arriba, al modo de una mordida.

Una persona que no esté familiarizada con la teoría freudiana, ni con el psicoanálisis en general, podría decir que estas son unas increíbles coincidencias. Pero bueno, este no es el caso, y considero que en este material, Sofía nos muestra como hay algo que se juega en la oralidad.

Tomando las lecturas de Freud (1914; 1915; 1917) relacionadas al tema, se aprecia como el modo que adoptan las mociones pulsionales sexuales en la fase del yo narcisista, muestran cierta afinidad con el desarrollo de la libido en el estadio oral. El yo en fase narcisista (Narcisismo Primario), preferiría que no hubiera objeto que no sea yo, pero eso no es así, y la realidad impone lo contrario. Frente a esto, el yo, relacionado a la etapa oral del desarrollo libidinal, tiene la opción de incorporar al objeto -comiéndoselo- o destruirlo.

Teniendo este desarrollo metapsicológico de base, podemos proponer que cuando ella se acerca a su padre y lo muerde, "se lo come". Ella quiere el papá para ella, pero no sabe cómo hacerlo si no es mordiéndolo. Aquí sería interesante poder seguir un análisis asociado al Complejo de Edipo, profundizando en esta temática del caso de la paciente, pero nos distanciaríamos de lo formulado para esta parte del texto, de modo que sólo indicaré una hipótesis, sin trabajar más profundamente en ella. Hipotetizo que Sofía mordió a su papá, movilizada por su deseo de poseerlo, deseo edípico que se realizó sin represión cuando lo muerde. Aquí dejamos instalada la idea de una regresión oral, aspecto que me interesa colocar en el tapete, no por lo edípico que emergería a raíz de la mordida al padre, sino que por la presencia de este tipo de regresión en la paciente.

Ahora bien, volviendo a la temática desde donde llegué a la oralidad, es decir la dependencia, las conflictivas generadas y las formas de manejo descritas hasta el momento, quisiera referirme a la reacción contradependiente de la paciente. Si bien, se puede identificar en Sofía una reacción contradependiente en el hecho de haber esperado tanto tiempo en buscar ayuda por todo lo que estaba viviendo, creyendo que podría continuar de buena forma su maternidad sintiendo esos niveles de angustia y cambios en su ánimo, en este aspecto, creo que no llegó a ser como los casos más extremos de una autosuficiencia que podríamos llamar “psicótica” con una omnipotencia despegada absolutamente de la realidad.

Recordemos que la paciente, pese a que ya se había dado cuenta de su estado de ánimo depresivo y sus problemáticas emocionales, pidió hora al médico para evaluar la situación con un profesional, después de un año y medio del nacimiento de su hija, y además, no fue espontáneamente porque a ella se le ocurrió, sino que fue porque muchos cercanos le dijeron que necesitaba ayuda, y que era buena idea que consultara con especialistas. Tres meses antes de consultar conmigo, se preguntó a sí misma *“¿Cómo voy a estar con depresión?... me daba miedo mirarme, no quería”*.

Tal como dice Blum (2007) hay casos donde los conflictos con la dependencia son tan altos, y la reacción contradependiente es tan masiva que no hay posibilidad de que esas mujeres consulten, manteniendo de manera rígida aquella impresión que tuvo Sofía *“¿Cómo voy a estar con depresión?”* Algo así como “esas cosas no me pasan a mí, no necesito ayuda”. Este nivel, más moderado de contradependencia, permitió que ella estuviera dos años en tratamiento psicoanalítico en diván dos veces por semana. Igualmente debo decir, que el tratamiento no fue finalizado -al modo de fin de análisis-, sino que fue interrumpido por la paciente. Blum (op.cit.) muy lúcidamente ha asociado la contradependencia con la baja cantidad de casos clínicos trabajados desde el psicoanálisis, ya que este tipo de pacientes, como cualquier otro tipo de paciente con dificultades con la dependencia, no suele llevar a cabo trabajos de largo aliento.

Complementando la idea desde otro punto de vista, podríamos decir que Sofía pudo contar con un ambiente facilitador que atendió sus inquietudes y leyó su malestar, produciendo los movimientos y derivaciones requeridas para que pudiera ser atendida y subjetivada en su dolor. Lamentablemente, tal como lo hemos revisado, ella es parte de una minoría estadística que logra encontrar un espacio, un lugar para aquel malestar en la maternidad, siendo apoyada, orientada, dirigida, diagnosticada y tratada.

Acercándonos al final de este acápite, podemos decir que para la paciente no fue fácil pasar a ser madre, y especialmente en el tema de dejar de ser hija, es decir, relacionarse no sólo con sus necesidades y sus niveles de dependencia, en tanto regresión oral propia, sino que al mismo tiempo enfrentada a la etapa oral de su hija, con los niveles de dependencia que aquello implica. Y por otra parte, tal como fue dicho más arriba, pese a que su modo de tramitación de aquella fijación, por lo menos conscientemente fue una actitud contradependiente y autosuficiente por bastante tiempo, pudo escuchar a su entorno -que podríamos llamar entorno contenedor-, y accedió a pedir ayuda profesional y a comenzar una psicoterapia, pudiendo encontrarse con muchas cosas de sí misma que nunca antes había pensado.

También me gustaría dar cuenta, desde las coordenadas planteadas en este eje temático relacionado a los conflictos con la dependencia, de que en el caso de Sofía existió un ambiente familiar bastante contenedor, tanto para sus necesidades instrumentales y domésticas, como para lo que fueron sus necesidades emocionales ante estas exigencias de la realidad externa, y lo absorbente que se transformó para ella la dependencia de su hija. Y favorablemente, también, luego de acercarse para iniciar una psicoterapia, pudo recibir un ambiente contenedor para trabajar y elaborar conflictivas en la línea de sus fijaciones orales y su propia dependencia.

A mi parecer, lo que estuvo faltando desde el punto de vista de la contención necesaria para una madre, especialmente si es primeriza, es el rol de los profesionales de la salud que estuvieron con ella desde el momento que quedó

embarazada. Nunca le dijeron en ningún control ni consulta con médicos que existían trastornos puerperales y que era necesario que acudiera a consultar si se sentía mal, desganada o si lloraba mucho. Además, creo que tuvo bastante suerte de que un médico general le dijera que era buena idea tomar hora con un especialista del área de la salud mental pues según su sintomatología, lo más probable es que tuviera una depresión postparto. Ya hemos estudiado que este tipo de psicopatología suele ser subdiagnosticada y subtratada (Jadresic et al., 1992; Rojas et al., 2010).

Después de haber revisado esta temática, estamos en condiciones de afirmar que ante las necesidades afectivas y los requerimientos funcionales e instrumentales que tiene una madre, es central la existencia de espacios y ambientes contenedores, que ayuden, tanto en lo concreto del trabajo cotidiano, como en el apoyo emocional de estas mujeres y sus vivencias. Además, no sólo están las necesidades que impone la realidad externa, sino que hay que atender aquellas impuestas por la realidad interna.

Aquí abro algunas preguntas: ¿Cómo es la manera de abordar la maternidad desde la medicina y los establecimientos habilitados para ofrecer respuesta y satisfacción a las necesidades de aquellas madres? ¿Se toma atención a las necesidades de las madres, tanto física como emocionalmente?¹¹

¹¹ Estos cuestionamientos son abordados en el capítulo 4 (Infra pp.133-152).

CAPÍTULO 4
CONSTRICTORES CULTURALES,
MALESTAR EN LA MATERNIDAD



Juan de Roelas (1611) “La visión de San Bernardo”

Empezaré diciendo algunas palabras sobre este cuadro de Juan de Roelas (1611), obra que escogí para iniciar este cuarto capítulo dedicado a analizar algunos factores culturales que podrían guardar relación con ciertas vicisitudes de la maternidad y conflictivas psíquicas asociadas a la depresión postparto. En este sentido, es muy importante dejar en claro que mi intención no es plantear un modelo causa-efecto entre aquellos factores y este trastorno puerperal, sino que intentaré denotar que podrían existir argumentos y conexiones lógicas que nos pueden llevar a pensar que estos factores culturales, operando como constrictores, podrían jugar un rol de facilitación de algunos de los conflictos psíquicos más relevantes que han sido identificados en mujeres con un desarrollo psicopatológico afectivo de postparto, llevando a cabo un proceso más cercano al racionalismo y la hermenéutica que al positivismo.

Habiendo realizado esta aclaración, pasaré a referirme a la obra mencionada. “La visión de San Bernardo” es una pintura barroca (Belda, C., Martín, J., Morales, J., Rodríguez, A., Sebastián, S., Tovar, V., Valdivieso, E., 1997) que da cuenta de un acontecimiento que vivió San Bernardo. Más allá del hecho puntual que inspiró a este artista, me gustaría rescatar esta imagen, para decir algunas cosas que de una u otra manera, serán desarrolladas en los siguientes acápite de este capítulo.

En este cuadro observo un elemento en particular en el cual me quiero detener, y creo que es un detalle que para cualquier espectador no pasa desapercibido, a saber, la Virgen María está entregándole leche desde su pecho a la boca de San Bernardo. Sin poder evitar recordar ciertas conceptualizaciones kleinianas en relación al “pecho nutricional” o “pecho bueno”, me parece que en esta parte de la imagen, se pone en evidencia un aspecto fundamental que queda asociado al símbolo de la Madre de Dios, el cual es una infinita capacidad de entrega y preocupación por los demás. En efecto, acá ella no sólo se debe preocupar de su hijo, y de cómo ella está en cuanto a esta relación maternal con su bebé, sino que es posible apreciar que está dispuesta a entregar a un otro, en este caso a San Bernardo, aquello que puede hacerle bien y que puede nutrirlo,

alimentarlo, satisfacerlo. ¿No tiene ella necesidades también? ¿Están por encima de sus necesidades y satisfacciones, las de los demás? ¿Su capacidad de entrega de “lo nutricional” y lo “bueno” para un otro, pudieran llegar a ser inacabables, infinitos? Por lo menos, el chorro de leche plasmado en esta obra, quedaría como una línea infinita, para siempre saliendo del pecho derecho de María y entrando en la boca del Santo. Una nutrición inacabable, plasmada en un cuadro, una imagen detenida e inmortalizada.

Dado que esta madre está con un niño en brazos y debe estar atenta a él y sus necesidades, además de las propias, no sería más entendible -o quizás esperable- que este hombre, en vez de pedirle a ella algo que él necesita, estuviera en actitud de prestar ayuda, de querer contribuir al bienestar de ella y de su pequeño bebé. Bueno, acá observo un punto fundamental, que de uno u otro modo hemos nombrado en los capítulos anteriores, y es que con la Virgen María, la maternidad y el rol de la mujer en esta labor, han ido quedando en una posición de *absoluta satisfacción*, de pocas necesidades y baja dependencia de los demás. Tal como habíamos revisado en el capítulo 3, Oiberman (2007) citado en Seckel (2012), señala que el culto a María “significó elevar a la mujer por encima de la naturaleza”. Si bien, esto puede ser visto -tal como lo observaremos más adelante- como una reivindicación para las mujeres (Stevens, 1973 en Montecino, 2007), creo -y eso es una de las cosas que intentaré explicar en las siguientes páginas- que finalmente aquello se ha convertido en un peso extra, en una carga cultural para las mujeres que se transforman en madres, especialmente en nuestro contexto cultural latinoamericano.

En relación a esto, también es atinente recordar las palabras de Mary Nash (2010) que nos dice que la identidad de la mujer -identidad femenina-, ha mantenido como eje en la historia su capacidad biológica de reproducción y de la maternidad. Considerando aquello, si vemos la Biblia, se indica de varias maneras que María es la madre de Jesús (Lucas 1: 31¹²) y se le reconoce y venera

¹² “Concebirás en tu seno y darás a luz un hijo, al que pondrás el nombre de Jesús.” (Lucas 1: 31, Biblia Latinoamericana).

religiosamente como tal, acentuando su maternidad. No hay otro aspecto de María, además de la virginidad (Mateo 1: 25¹³), que sea tan enaltecido como el hecho de ser madre.

Así, tal como introduje al comienzo, en este capítulo me imbuiré en algunos constrictores culturales, que poseen contenidos, esquemas, tradiciones e ideales propios, que según la hipótesis de este trabajo, serían facilitadores de dinámicas psíquicas asociadas a los conflictos más relevantes y frecuentes identificados en mujeres que desarrollan una depresión postparto.

Primero, trabajaré en el análisis de la influencia que ha tenido el culto mariano en la configuración de la feminidad de las mujeres, y las posibles consecuencias que se pueden extraer del lugar que la maternidad ha tenido en torno a esta identidad femenina. En este sentido, es importante señalar que, junto con intentar abordar el tema del culto mariano desde una mirada más global, me enfocaré en algunas características propias del culto mariano latinoamericano. Evidentemente, esto tiene dos caras: por una parte, podré profundizar en elementos que son más cercanos a nuestro entorno cultural, pudiendo así pensar aspectos más específicos y concretos del culto mariano en nuestra realidad como país y continente; pero por otra, al acercarnos a una realidad específica, quedará limitado el análisis de las posibles relaciones del marianismo más universal, y las diversas formas que toma el culto mariano en diferentes partes del mundo. Entendiendo esta limitación, creo que quedará para futuros estudios, la investigación de la imagen de la Virgen María en otras culturas, continentes y latitudes del planeta, y además, la posible existencia de “otras Vírgenes Marías”, con otros nombres, características e historias, pero con un simbolismo común. Veo lo interesante que sería poder profundizar en estos tópicos, pero lamentablemente, acá no tendremos el espacio para indagar en ellos.

¹³ “Y sin que hubieran tenido relaciones, dio a luz un hijo, al que puso por nombre Jesús.” (Mateo 1: 25, Biblia Latinoamericana).

En segundo lugar, me abocaré a reflexionar respecto al lugar que la medicina ha tomado en relación a la maternidad, y cómo el discurso y la práctica médica pueden influir de alguna forma, en ciertos conflictos psíquicos que muchas mujeres presentarían en aquel momento de transformación en madres, y que a algunas las lleva a desarrollar cuadros psicopatológicos puerperales. Aquí, tal como en el tópico anterior -el culto mariano-, me enfocaré en argumentar sobre su rasgo de constrictor cultural al psiquismo materno.

Si bien son dos factores culturales bastante diferentes, teniendo cada uno de ellos sus propias claves y particularidades, intentaré exponer cómo podrían influir en la psiquis de algunas madres, facilitando malestares y conflictivas. Espero que en el presente capítulo pueda darme a entender de la mejor forma posible ante estas complejidades.

4.1. Reflexiones preliminares desde el malestar en la cultura

“...se recoge la impresión de que las restricciones propias de la cultura son impuestas desde afuera”
(Freud, 1930[1929], p.61)

Para comenzar este apartado, que pretende introducir el concepto de cultura, para luego analizar algunos factores puntuales, vale la pena preguntarse, ¿Qué entenderemos por cultura? Nos guiaremos por la siguiente definición que entrega Freud (1930[1929]):

“...la palabra <<cultura>> designa toda la suma de operaciones y normas que distancian nuestra vida de la de nuestros antepasados animales, y que sirven a dos fines: la protección del ser humano frente a la naturaleza y la regulación de los vínculos recíprocos entre los hombres”
(p.88).

Para complementar esta definición, incluiremos el concepto de “los valores”, por medio de esta otra descripción realizada por Freud (op.cit.): “Reconoceremos

como <<culturales>> todas las actividades **y valores** que son útiles para el ser humano en tanto ponen la tierra a su servicio, lo protegen contra la violencia de las fuerzas naturales, etc.” (p.89, la negrita fue agregada para este texto).

Además, Freud (op.cit.) indica en su escrito “Malestar en la cultura” que lo que los seres humanos quieren alcanzar en la vida es la dicha, conseguir la felicidad y mantenerla. Respecto a esta felicidad buscada, comenta que ésta “corresponde a la satisfacción más bien repentina de necesidades retenidas, con alto grado de estasis, y por su propia naturaleza sólo es posible como un fenómeno episódico” (p.76). Por otra parte, señala que **lo que no es tan difícil, es experimentar desdicha -malestar, infelicidad-**. Si esto lo podemos pensar en general para el ser humano, es también posible de ser pensado en lo particular de las mujeres que están en el proceso de convertirse en madres. Sigamos la línea de las palabras del autor, donde se sigue refiriendo a este punto:

“Desde tres lados amenaza el sufrimiento; desde **el cuerpo propio**, que, destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde **el mundo exterior**, que puede abatir sus furias sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde **los vínculos con otros seres humanos**. Al padecer que viene de esta fuente lo sentimos tal vez más doloroso que a cualquier otro; nos inclinamos a verlo como un suplemento en cierto modo superfluo, aunque acaso no sea menos inevitable ni obra de un destino menos fatal que el padecer de otro origen” (p.77, la negrita fue agregada para este texto).

Respecto a la amenaza que viene desde el cuerpo, el autor habla de la fragilidad de éste y de los modos de enfrentarse a aquello, indicando que como “todo sufrimiento es sólo sensación, no subsiste sino mientras lo sentimos, y sólo lo sentimos a consecuencia de ciertos dispositivos de nuestro organismo” (p.77). El autor comenta que dentro de los métodos más interesantes de precaver el sufrimiento son los que se enfocan en influir sobre el propio organismo, y dentro de ellos, “el método más tosco, pero también el más eficaz, para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación” (p.77). Pese a que Freud no se refería

específicamente a esto, leyendo aquello desde nuestro ámbito temático, podríamos rescatar acá la invención de medicamentos que permiten un mayor bienestar y menos dolor físico en las madres, especialmente en el parto, tales como la anestesia raquídea y epidural.

Por otra parte, al referirse a las amenazas que vienen desde la hiperpotencia de la naturaleza, Freud (1930[1929]) comenta que no hay mucha posibilidad de protegerse, excepto extrañándose de ésta de cierta manera. Pero, siguiendo en esta idea, el autor explica otro camino, el cual sería, “como miembro de la comunidad, y con ayuda de la técnica guiada por la ciencia, pasar a la ofensiva contra la naturaleza y someterla a la voluntad del hombre” (p.77). Recordando que “el poder sobre la naturaleza no es la única condición de la felicidad humana, como tampoco es la única meta de los afanes de cultura” (p.87), Freud (op.cit), haciendo una reflexión, que a mi parecer une la fragilidad humana y la hiperpotencia de la naturaleza -ya que finalmente en tanto cuerpo seríamos parte de esa naturaleza-, trae a colación un ejemplo muy ad-hoc a este trabajo en forma de interrogación: “¿No significa nada que la medicina haya logrado disminuir extraordinariamente la mortalidad de los recién nacidos y el peligro de infección de las parturientas, a punto tal que se ha prolongado en mucho la duración media de vida de los hombres civilizados?” (p.87). Evidentemente los adelantos técnicos nos entregan un aporte relevante en lo que es nuestra felicidad, en el sentido de lo que está desarrollando el autor.

Otras manera de <<independizarse del mundo exterior>> que plantea Freud (op.cit) sería por medio de la sublimación de aquellas pulsiones que no pueden ser satisfechas afuera, de modo que se busque satisfacción en procesos internos, psíquicos. En esta dirección, como una forma específica, plantea el medio de la fantasía¹⁴. Respecto a ella, precisa: “en su tiempo, cuando se consumó el desarrollo del sentido de la realidad, ella fue sustraída expresamente de las

¹⁴ Aquí Freud se está refiriendo a “ilusiones admitidas como tales, pero sin que esta divergencia suya respecto de la realidad efectiva arruine el goce” (Freud, 1930[1929], p.80).

exigencias del examen de realidad y quedó destinada al cumplimiento de deseos de difícil realización” (p.80).

Otra manera de enfrentar las amenazas exteriores sería el delirio, introduciéndolo en lo objetivo. Un ejemplo que entrega Freud (1930[1929]) sería el delirio de las religiones, que son calificadas por él como “delirios de masas” (p.81). Además, de todas éstas maneras de enfrentamiento a <<lo exterior amenazante>> propone la forma de vivir con una orientación que sitúa al amor en el punto central, “que espera toda satisfacción del hecho de amar y ser-amado” (p.82); un tipo sería el amor sexual. Y bien, claro está, como lo expresa Freud (op.cit.), que otra de las maneras de refugio, sería la neurosis, una técnica de vida que promete al menos satisfacciones sustitutivas, y que casi siempre consume ya en la juventud.

Finalmente, el autor expresa que ninguno de estos caminos permitiría alcanzar todo lo que anhelamos. “Sobre este punto no existe consejo válido para todos; cada quien tiene que ensayar por sí mismo la manera en que puede alcanzar la bienaventuranza” (p.83). Tomando estas palabras y forzando la mirada hacia nuestro cometido, podríamos decir que en el proceso mismo de la maternidad, no hay consejo válido para todas las mujeres, y que tal como dice Rosfelter (1994), es un proceso donde cada madre debe inventar día a día su forma de alcanzar aquel modo propio de bienaventuranza con su propio hijo o hija. Todo esto nos lleva a entender, desde esta clave freudiana, que las mujeres que se encuentran en este paso de transformarse en madres, se encuentran bastante vulnerables, ya que por una parte, están enfrentadas a las amenazas del propio cuerpo y su fragilidad (peligros y complicaciones en el embarazo, el parto y el tiempo posterior de cuidado de sus bebés), y por otra parte, a las amenazas del mundo exterior, tales como las amenazas del entorno natural y las exigencias del examen de realidad y de las normas de la sociedad.

Pese a que Freud (op.cit.) señala que no se pueden dar instrucciones o recomendaciones generales, pues dependerá de cada caso, sí entrega una sugerencia taxativa: “podría decirse que la sabiduría de la vida aconseja no

esperar toda satisfacción de una aspiración única”. Aquí hace alusión a buscar varias formas de acercarse a la dicha, evitando “invertir todo el capital en un solo lugar” (p.83). ¿Podríamos pensar acá que podría ser un riesgo particular para una mujer-madre el hecho de volcar todas sus expectativas y aspiraciones sólo en la maternidad, el llegar a ser una buena madre y todos sus derivados? Vale la pena mantener esta pregunta abierta por el momento¹⁵.

Muy acertadamente, Freud (op.cit.) agrega que, además de las circunstancias externas, obviamente pasará a ser decisiva la constitución psíquica de cada individuo. El autor entrega algunos ejemplos. Si la persona es predominantemente erótica, antepondrá los vínculos de sentimiento con otros; si muestra una tendencia a ser autosuficiente de manera narcisista, con mayor frecuencia buscará las satisfacciones sustanciales en sus procesos anímicos internos; y en casos de personas orientadas a la acción, no se alejarán del mundo exterior, pues éste le ofrece la posibilidad de probar su fuerza.

Vinculándolo a nuestro tema, existirían constituciones psíquicas que presentarían mayor predisposición o mayor riesgo a sufrir, de una u otra forma, de las amenazas exteriores que ocurren en la maternidad. Es decir, podríamos pensar en la existencia de personalidades, o constituciones psíquicas como lo nombra Freud (1930[1929]), que podrían tener, también pensando en los postulados de Blum (2007), más riesgo de desarrollar una depresión postparto. Este tema tampoco será analizado y estudiado en profundidad en esta tesis, ya que escapa al marco de nuestros objetivos, pero claramente es un camino de investigación necesario, además de ser sumamente interesante.

Volviendo al desarrollo de las ideas de Freud (op.cit.) en cuanto a las amenazas existentes para la felicidad o dicha en el ser humano, pasará a describir la tercera de ellas: las amenazas que nacen desde la insuficiencia de las normas que regulan los vínculos recíprocos entre las personas en la familia, el Estado y la sociedad. Al respecto, Freud (op.cit.) indica que una forma de enfrentar aquello

¹⁵ Esta pregunta es retomada posteriormente (Infra p.121).

sería la soledad, aislarse. Ante esto dice que “mantenerse alejado de los otros, es la protección más inmediata que uno puede procurarse contra las penas que depara la sociedad de los hombres. Bien se comprende: la dicha que puede alcanzarse por este camino es la del sosiego” (p.77). Esto hace conexión con uno de los conflictos que hemos descrito y analizado, encontrado en mujeres con depresión postparto: los conflictos con la dependencia. Incluso, más específicamente, con uno de los modos de reacción ante esta conflictiva, a saber: la contradependencia¹⁶.

Respecto a estas necesarias reglas para ordenar los vínculos recíprocos, sería “particularmente difícil librarse de determinadas **demandas ideales** en estos asuntos” (Freud, 1930[1929], p.93, la negrita fue agregada para este texto). Se puede consignar que “el elemento cultural está dado con el primer intento de regular estos vínculos sociales. De faltar ese intento, tales vínculos quedarían sometidos a la arbitrariedad del individuo...” (p.93). Al trabajar en esta temática, aparece nuevamente el tema de la sublimación. Freud (op.cit.) afirma que la sublimación de las pulsiones es un rasgo particularmente destacado del desarrollo cultural, ya que permite actividades psíquicas superiores como las científicas, artísticas e ideológicas, que desempeñan un papel sustantivo en la vida cultural. Y en la misma senda, el autor declara que uno de los puntos centrales de la cultura, en tanto normativas y actividades que reglan el convivir, es la renuncia de lo pulsional. Freud (op.cit.) escribe: “Esta <<denegación cultural>> gobierna el vasto ámbito de los vínculos sociales entre los hombres; ya sabemos que esta es la causa de la hostilidad contra la que se ven precisadas a luchar todas las culturas” (p.96).

En cuanto a lo pulsional, y esta <<denegación cultural>>, podemos recordar otro de los conflictos identificados en las dinámicas más comunes en pacientes con depresión postparto, el cual tiene relación con las dificultades con el manejo de la rabia, o como hemos llamado en su momento, las pulsiones agresivas. Es

¹⁶ Recordemos que Blum (2007) ocupa este concepto para referirse a una reacción de autosuficiencia, donde no se pide ni se acepta ayuda de otros.

decir, la cultura operaría de alguna u otra forma en la manera en que se llevaría a cabo el manejo o control de la agresividad.

En el mismo texto, Freud (op.cit.) también desarrolla otras ideas en torno a, como lo nombró en un momento inicial, “*La infelicidad en la cultura*”¹⁷ (p.60, la cursiva fue agregada para este texto), situando y conectando temas como la represión, la pulsión sexual, la pulsión agresiva o de destrucción, el superyó y los sentimientos de culpa. Sobre esto último, el autor declara su “propósito de situar al **sentimiento de culpa** como el problema más importante del desarrollo cultural” (p.130, la negrita fue agregada para este texto). ¿Qué relaciones podrían existir entre pulsiones agresivas y sentimientos de culpa? Más adelante, en este mismo capítulo, retomaré esto¹⁸.

Como hemos podido ver hasta el momento, existen varias coordenadas freudianas que nos permitirían seguir analizando conceptos y temas que ya hemos podido tratar y profundizar en los capítulos precedentes. En este apartado vemos una aproximación desde la perspectiva de las amenazas que rodean al ser humano, y que de esta manera, generarían un malestar, o como fue pensado en un comienzo por Freud (op.cit.), una infelicidad en la cultura.

¹⁷ “El título que inicialmente eligió Freud fue <<Das Unglück in der Kultur>> {La infelicidad en la cultura}, pero más tarde reemplazó <<Unglück>> por <<Unbehagen>> {malestar}” (Freud, 1930[1929], p.60).

¹⁸ Se retoma más adelante (Infra pp.126-127).

4.2. La beatificación de la maternidad

*“Para tener una virtud,
¿es acaso imprescindible querer tenerla
justo en su forma más brutal?”
(Nietzsche, 2011, p.111)*

Tal como pudimos observar en la revisión histórica realizada en el capítulo 3, desde la época del Imperio Romano, empezó con fuerza a establecerse un poder de orden patriarcal. Lo anterior, vino acompañado de la creación del lugar del hombre como protagonista, tanto de la vida pública como privada, y del espacio para la mujer reducido sólo a su función procreadora y el hogar (Seckel, 2012). Si bien siempre ha sido importante aquella función, ya que gracias a aquellos atributos fisiológicos de la mujer -junto a los del hombre- se ha perpetuado la especie hasta la fecha, desde aquel momento, en el que la mujer pasa a estar claramente por debajo del Pater Familias, comienza a tener más fuerza esta característica biológica, entregándole una posición especial a la mujer en su función maternal.

Además, recordando la revisión histórica trabajada previamente, con la fundación de la religiosidad judeo cristiana apareció el culto a María. De esta manera, como se ha dicho antes, la mujer quedó elevada por encima de la naturaleza (Oberman, 2007 en Seckel, 2012), primando la cualidad de ser madre, es decir, una mujer-madre colocada por encima de la naturaleza, yo diría: *una madre sobre-natural*. Aquí quiero poner el acento en el hecho de que se une lo humano y lo divino, ya que si bien, se puede hacer una lectura “optimista”, como la que hace Stevens (1973, en Montecino, 2007) pensando que aquello puede ser una reposición justa para la mujer, de orden reivindicatorio, yo pienso más bien, que se tradujo en una sobrecarga histórica y simbólica hacia las mujeres. Intentaré desarrollar estas ideas en las próximas líneas.

4.2.1 El Culto Mariano

*“Dijo María:
«Yo soy la servidora del Señor,
hágase en mí tal como has dicho.»
Después la dejó el ángel”.*
(Lucas 1: 38, Biblia Latinoamericana)

*“y <<sierva>> se proclama María
cuando le es anunciada por el ángel
su maternidad corporal”
(Sau, 1995, p.58)*

El culto mariano es una expresión que se entronca con las fuentes de la construcción de género en Latinoamérica, y especialmente con la identidad femenina (Montecino, 2007). Esta perspectiva es un marco explicativo y analítico de la identidad que la mujer construye a través de un imaginario social, que ancla a la femineidad con la devoción y la entrega, simbolizada en la madre por excelencia: la Virgen María (Rodríguez, 2005).

Respecto a ella, Del Prado (1986) citado por Montecino (2007) dice que “todas sus dimensiones de mujer quedan recogidas y expresadas en ese canto de gratitud y humildad, de solidaridad y esperanza, de amor y de fe” (p.37). Como ya es posible apreciar, se van sumando un sinnúmero de atributos, y a la vez, exigencias. Sin querer profundizar aquí en claves feministas, aunque sin duda sería interesante poder hacer una lectura desde autoras y autores de aquel sector de la literatura y el pensamiento, pues también son de mi interés, dejo esta pregunta: ¿Por qué tendrían que quedar la gratitud, la humildad, la solidaridad, la esperanza, el amor y la fe como atributos de las mujeres solamente?

En relación a la Virgen María y su culto, Montecino (op.cit.) indica que aquella imagen y muchos de los valores asociados a ella, constituyen una problemática de estudio que hoy día, no sólo compete a teólogos o creyentes, sino que va más allá del campo de la fe y el ámbito de lo religioso propiamente tal. Esta aseveración me hace mucho sentido, ya que creo que, y es lo que estoy tratando

de decir de una u otra forma en estos párrafos, esta imagen religiosa -gloriosa y divina- también puede ser una problemática de estudio para el psicoanálisis, especialmente considerando que el mismo Freud (1930[1929]) identificó la existencia de ideales culturales que podrían traer consigo dinámicas y conflictivas psíquicas.

Montecino (2007) aclara que su mirada se acerca a la idea de que el marianismo es un símbolo cultural universal, que toma particularidades en el ethos mestizo latinoamericano, pues su perfil, en este territorio, es sincrético. La autora comenta que “es un emblema que se ha transmitido históricamente y que al ser vigente, es significativo” (p.38).

Por otra parte, Seckel (2012) plantea que los relatos asociados a María “desde la colonización han sido transmitidos simbólicamente a través de la cultura imponiendo la configuración de lo materno bajo el mito de la religiosidad” (p. 19). Y agrega que “aún en la actualidad, el sentido religioso de la maternidad es posible percibirlo en mujeres que, por un lado, independientemente de adherir a una religión, bautizan, encomiendan, piden por sus hijos como una manera de protección y resguardo” (p.19). Además, la autora señala que el hecho de vivir un sentido religioso de la maternidad, para muchas mujeres significa legitimarse y valorizarse en dicha relación de cuidado y dedicación. Al parecer, la maternidad ha quedado tan unida al ideal de Madre Santa, que es difícil para muchas mujeres ampararse en otras formas de ser madre. Trayendo a colación a Guyomard (2013), y ocupando sus palabras desde una visión cultural, esta figura de “La Madre”, podría causar inhibición y otras problemáticas para poder ubicarse en el proceso de transformarse en *una madre*.

Continuando con la imagen de María, Casanova (1989) citado en Rodríguez (2005) indica que el ícono mariano es el prototipo de la abnegación y la pureza, y que la santidad más absoluta radica en su maternidad virgen -“curiosa paradoja” nombrada por Ureta (2006, p.58)-. Así, la Virgen se convierte en el modelo de las mujeres, destacándose atributos como la disposición a todo sacrificio, siendo así ellas mártires del dolor.

Por su parte, Nash (2010) remarca la idea de que la capacidad biológica y de la maternidad han sido parte de la identidad femenina, e indica que “esta representación cultural de la mujer se formula a partir de su mandato biológico de la reproducción y de la maternidad como determinante de la personalidad e identidad femenina” (p.26). Y Rodríguez (2005) señala que sin duda se va construyendo lo femenino ligado a estas figuraciones, con un contenido fuertemente maternal signado por la entrega y el sacrificio.

Según todo lo expuesto hasta ahora, podríamos ver como la figura celestial y virtuosa de la Virgen María, representación de una gracia divina, tendría consecuencias en la manera como es vista y experimentada la maternidad para muchas mujeres, y no sólo eso, sino que también podemos observar como aquellas representaciones culturales calarían hondo en la propia identidad femenina. Teniendo estas claridades, no es tan difícil comprender la angustia que podrían sentir muchas mujeres que no pueden o no quieren tener hijos, ya que habría algo de la propia identidad de ser mujer que se pone en juego y se cuestiona desde lo cultural. Asimismo, se puede entender la angustia de las mujeres que sí han tenido un bebé, pues las exigencias y estándares culturales respecto a la maternidad han quedado en un orden divino, más allá de lo humano.

Entonces, retomando nuestra argumentación, con todo lo expuesto ¿cómo poder satisfacer aquella imagen de lo maternal *más allá de lo natural*, cuando en la maternidad se toma contacto con aspectos muy concretos y terrenales como cambios en el cuerpo, tiempos de amamantamiento, dolores, falta de sueño, etc.? Recordando a Freud (1930[1929]), aquí se presenta una amenaza propia de la fragilidad del cuerpo del ser humano; el cansancio existe y se impone de uno u otro modo.

En efecto, el cuerpo presenta limitaciones y una mujer-madre -en tanto humana-, se va a enfrentar a restricciones, y va a necesitar de apoyo y ayuda de otros, no pudiendo estar identificada siempre, con un buen final, a la figura idealizada de la maternidad sin necesidades instrumentales ni afectivas. Aquí, usando la idea de delirio de Freud (op.cit.), será necesario hacer examen de

realidad, y ver cuáles son las reales capacidades, y por sobre todo, cuáles serán las ayudas y apoyos que se van a requerir para llevar a cabo el cuidado del bebé en lo concreto y cotidiano. De este modo, comienza a aparecer y podemos visualizar con más claridad, la dependencia como problemática de la maternidad.

Y de la mano, se nos presenta el problema del manejo de la rabia ¿Cómo hacer consciente, elaborar y manejar las propias pulsiones agresivas si el modelo presentado exige infinita paciencia y misericordia? ¿Qué posibilidad hay de poder desenvolverse de manera equilibrada con las propias emociones y pulsiones con esta presión cultural?

A este respecto, Rodríguez (2005) escribe que se educa a la mujer y se le transmite la creencia de que el amor brindado por una madre es diferente a otro tipo. Este amor es pensado exento de errores y dudas y se le niega la posibilidad de la ambivalencia de sentimientos. Tenemos elementos para inferir el peso simbólico que recae sobre las mujeres-madres, en tanto mandato cultural, con la presentación de ideales tan altos que podrían llegar a ser nombrados como imposibles o “brutales”¹⁹.

Si bien, tal como hemos visto, la Virgen María se presenta como un modelo universal, y por lo tanto, tenemos la posibilidad de continuar trabajando con las ideas globales respecto a su -podríamos llamar- efecto de constricción cultural, como lo que ya hemos descrito acerca de las posibles conexiones con conflictivas del orden de la dependencia y del manejo de la rabia, quisiera pasar a profundizar en algunos aspectos que me parecen muy interesantes sobre algo más local y próximo, que es el marianismo en nuestra zona, Latinoamérica. Creo que pese a haber identificado elementos que, tal como dije, permiten analizar el tema del enfrentamiento a las propias necesidades de las mujeres y sus conexiones con el factor del culto mariano “universal”, existen rasgos de este culto en nuestro propio

¹⁹ Ocupo esta palabra, tratando de darle el sentido que intenté mostrar al escoger la siguiente cita de Nietzsche (2001) como epígrafe de un acápite del presente trabajo: “Para tener una virtud, ¿es acaso imprescindible querer tenerla justo en su forma más brutal?” (p.111).

contexto latinoamericano, que hacen más potente su vinculación con la conflictiva con la dependencia planteada por Blum (2007).

Profundicemos en ello. Montecino (2007) señala que luego de la conquista y la creación de mestizos, la imagen del padre se hizo difusa y ajena, mientras que la imagen de la madre indígena permaneció clara y presente, entablando una relación concreta y determinada, transformándose en la única referencia para el linaje de sus hijos -los huachos-.

Además, junto a este mestizaje físico se produce un sincretismo religioso, eje de la cultura latinoamericana. Una cosmovisión fundada en <<parejas originarias>> donde la mujer simboliza la tierra, la fecundidad en el caso de las culturas andinas y en deidades que contienen la dualidad sexual en el caso de los mapuches -dualidad asociada, eso sí a dos espacios distintos pero complementarios-, se encuentra con un Dios conceptual abstracto, directamente asociado a la noción de padre, y una Virgen María, cuya veneración es estimulada por los primeros misioneros (Montecino, 1988 en Rodríguez, 2005).

De este modo, a juicio de Montecino (op.cit.) el naciente pueblo asociará de inmediato la ritualidad propia de su cultura materna a la imagen de la Virgen, que eclipsará hasta cierto punto la veneración de Dios. La Virgen así como la madre real y presente ocupará un lugar central no solo como intercesora ante Dios, sino como refugio del huérfano, como madre de la nueva raza.

Las consecuencias del mestizaje construyeron en lo concreto que la mujer asumiera una identidad de **madre autosuficiente**, protectora de sus hijos “huachos” de padre, y a través del sincretismo religioso se gestó la imagen de una madre-diosa dominante (Montecino, 2007).

Así, la autora (op.cit.) plantea que el ícono mariano se alza como el sustento para la construcción de la identidad femenina en Latinoamérica y el machismo se articula como su contraparte masculina, instaurando un modelo de identidades con las siguientes características: **madre/presente** y **padre/ausente**. La autora agrega que, de esta manera, queda aquel modelo como una forma de

construcción de género y como una matriz de identidad particular para nuestro país, Chile.

Este es justamente el aspecto crucial que quería destacar, pues es en el culto mariano latinoamericano donde se le entrega fuerza a este aspecto de autosuficiencia, de arreglárselas por sí misma, de buscar de manera solitaria la forma de sobrellevar los momentos difíciles, evitando la dependencia de otros. Montecino (2007) muestra como queda armada una representación de lo femenino como presencia y de lo masculino como ausencia. Si en vez de hombre, lo visualizamos como *un otro*, aparece la soledad, ya que no hay *un otro* a quien pedirle ayuda o socorro. La mujer-madre-presente debe arreglárselas sola, no puede depender pues no hay *un otro* para aquello.

Ahora, llevando a cabo un esfuerzo de análisis, uniré lo recién dicho respecto al marianismo con los postulados de Blum (2007) ya trabajados. Así, podría decir que el ícono mariano latinoamericano, del cual pudimos describir sus aspectos principales, puede ser visto como un representante de la “contradependencia obligada”, es decir, de aquellos casos que el mismo Blum (op.cit.) nombra como casos donde, exista o no consciencia de la propia dependencia, se impone la realidad solitaria, de forma lamentable y triste. Lo interesante es que pese a que este tipo de autosuficiencia viene de raíces remotas, donde la contradependencia fue la única vía, tenemos la constancia en la literatura revisada y en la propia experiencia clínica, de que en muchas ocasiones, aunque haya, en la realidad exterior, un otro disponible, existe algo profundo en la identidad femenina que haría que se presenten problemas con aceptar aquella ayuda.

Pensando lo recién indicado, desde las coordenadas de lo transgeneracional -analizadas en el capítulo 3-, pudiera pensarse que algo de lo transmitido en aquella huella femenina, por lo menos en nuestro país y continente, puede tener elementos culturales que provienen desde lo más arcaico, de aquellas raíces latinoamericanas remotas, donde lo femenino fue absorbiendo esta carga de presencia, pero presencia solitaria y autosuficiente. Me pregunto nuevamente,

si en otras culturas y puntos geográficos, existirán también figuras culturales y simbolizaciones, que vayan en esta misma línea.

Siguiendo con nuestro análisis, quisiera plantear una idea escrita por Roberto Aceituno (2006), que me permitirá seguir con mi argumentación:

“...la reflexión de Freud concierne a la historia cultural establecida no sólo en virtud del <<pacto social>> archivado como memoria común desde estas primitivas formas de violencia instituida y de intercambio simbólico, sino en base al establecimiento de **tiempos que permite la transmisión cultural de una generación a otra**. Dicho de otro modo, el trabajo de Freud contribuyó a sentar las bases para analizar la identidad de sujetos o de culturas incorporando en esa reflexión no sólo las condiciones sociopolíticas de la organización social, sino la pregunta acerca de los procesos por los cuales, tanto individual como colectivamente, **son transmitidos los modos de actuar, de vivir o de pensar**” (p.73, la negrita fue agregada para este texto).

Considerando lo anterior, los conflictos con la dependencia podrían estar relacionados a los conflictos con las identificaciones maternas, pero pensándolo en un sentido más amplio, con identificaciones maternas transmitidas transgeneracionalmente, identificaciones-maternas-remotas -en la historia cultural, y no sólo en la historia individual-, no solamente en lo referido al registro materno -pensando en Guyomard (2013)-, que sin duda sería un elemento fundamental, sino que incluyendo la transmisión de lo femenino, en cuanto -tomando el análisis de Montecino (2007)- quedaría asociado a una identidad *hacerse-cargo-sola-de-las-cosas*, incluso en ocasiones donde existiría la disponibilidad de ayuda.

Es importante tener en cuenta que “las representaciones culturales tienen que ver con lo cultural, pero, sobre todo, con el significado que dan a la cultura porque **transmiten valores que son colectivos**, compartidos, que construyen imágenes, nociones y mentalidades, respecto a otros colectivos” (Hall, 1997; Hall, Du Guy, 1997 en Nash, 2010, p. 24, la negrita fue agregada para este texto). Aquí

cabe recordar que Freud (1930[1929]) también incorpora a **los valores** como un elemento importante de lo cultural en sus definiciones²⁰.

La cultura nos atraviesa, nos mueve, nos faculta, y también nos constriñe, coarta y reprime. Ya Freud (op.cit.) nos habló del malestar en la cultura, refiriéndose a la cultura como la “suma de operaciones y normas que distancian nuestra vida de la de nuestros antepasados animales, y que sirven a dos fines: la protección del ser humano frente a la naturaleza y **la regulación de los vínculos recíprocos entre los hombres**” (p.88, la negrita fue agregada para este texto). En cuanto a esta última parte de la definición, sin duda los puntos tomados y analizados por Montecino (2007) tienen relación con un modo de regulación de los vínculos recíprocos, pero a mí me gustaría modificar el cierre de la cita recién expuesta, indicando al final “entre las personas” en vez de “entre los hombres”, aunque entiendo que Freud ocupó “hombres” en el sentido de seres humanos. Ya que estamos hablando de mujeres, madres y el estatuto de lo femenino, espero se entienda mi precisión.

Dado todo lo anterior, los cuestionamientos que podrían aparecer en mujeres-madres serían ¿Cómo poder ser mujer si se asume la dependencia? ¿Se renuncia a la femineidad al pedir ayuda o mostrar dependencia? ¿Se recibirá sanción por parte de la madre -o el entorno- si se muestran las propias necesidades? ¿Es ser “mala madre” el hecho de no poder cumplir de manera independiente con todas las tareas y exigencias que trae consigo la maternidad? Estas preguntas me hicieron recordar a mi paciente -Sofía-, cuando dijo: “*Me siento la peor mamá del mundo, no voy a decir más las cosas... ¿cómo puedo ser tan penca²¹?*”. Y ya que estamos generando y recordando preguntas, sumo otra: ¿Existen estímulos culturales que den lugar a la aparición de la dependencia de

²⁰ “Reconoceremos como <<culturales>> todas las actividades **y valores** que son útiles para el ser humano en tanto ponen la tierra a su servicio, lo protegen contra la violencia de las fuerzas naturales, etc.” (1930[1929], p.89, la negrita fue agregada para este texto).

²¹ Expresión coloquial utilizada en Chile para referirse de manera peyorativa a algo o alguien. Una forma posible de traducir esta frase en este contexto sería: “¿Cómo puedo ser tan mala madre?”.

las madres a un otro, sin que esté de por medio el machismo proveniente del orden patriarcal? Bueno, una respuesta que puedo dar, desde la experiencia misma del caso de Sofía, es que el espacio analítico puede ser un estímulo cultural, que a la vez permite trabajar en dinámicas intrapsíquicas, y facilita la toma de contacto con la dependencia -con las propias necesidades y urgencias-, para así tener el suficiente espacio mental y disposición, para atender a un bebé, ser humano que cuenta con una aún mayor fragilidad.

Concluyendo así este apartado, y quedando con la impresión de que pude plasmar algunas conexiones y relaciones que creía posibles entre el culto mariano, en tanto constrictor cultural, y los conflictos psíquicos descritos por Blum (2007) como críticos en los casos de depresión postparto, sé también que quedan muchos temas pendientes y campos abiertos de investigaciones futuras, tal como lo expresé al inicio de este acápite, especialmente en lo referido al traspaso transgeneracional de aspectos culturales -en este caso religiosos- en la maternidad; la identificación de otras representaciones o factores sociales que pudieran tener presente la figura de la “contradependencia-mariana-latinoamericana”; y posibles símiles de este ícono cultural -La Virgen María- en culturas donde no existe una mayoritaria participación de la creencia católica. Sin duda, queda abierto el espacio para las investigaciones transculturales en el tema específico de la depresión postparto.

4.2.2. Ideales culturales e ideal del yo

“La sacralización del amor materno es el espejo metafórico del empuje a lo sublime, al cual una mujer se somete; como si al decirlo, al “decir”, ella se constituiría”
(Guyomard, 2013, p.137)

“El superyó de la cultura ha plasmado sus ideales y plantea sus reclamos”
(Freud, 1930[1929], p.137)

En el reciente acápite, revisamos cómo la maternidad y la reproducción han sido los ejes centrales en la construcción de la identidad de lo femenino, quedando así, la feminidad en aquel lugar próximo a lo maternal, cuestión entendible desde el enfoque del factor cultural mariano, especialmente latinoamericano, siendo sumamente potente el simbolismo de la Madre de Dios, la Virgen María, como madre abnegada, paciente y autosuficiente. Si bien, como revisamos en los antecedentes históricos, la maternidad ha estado ligada a lo femenino desde mucho antes de la aparición de la religiosidad judeo cristiana, es con ella donde esto se marca con mayor fuerza, introduciendo el sello de lo divino, aparece *la madre sobre-natural*.

Orientándonos ahora a lo valórico y los ideales, especialmente los que hemos podido apreciar que están asociados al culto mariano latinoamericano, continuaremos analizando aspectos cruciales de los postulados de Blum (2007). En lo que corresponde a las conflictivas con identificaciones maternas, sería posible, hasta ahora, decir que con el estudio y análisis del marianismo, se presenta la posibilidad de pensar sobre restos remotos de lo femenino construido alrededor de la imagen de la Virgen María, que sean transmitidos transgeneracionalmente, al modo de aspectos de lo femenino, en estrecha unión con lo materno. Asimismo, se podría hipotetizar la existencia de un **modelo identificador materno**, en el cual, se insertarían los otros dos conflictos estudiados por Blum (2007). Por una parte, **conflictivas con el manejo de la rabia**, dada la carga valórica que instalaría el ideal de Santa Madre, en cuanto a la

paciencia infinita y la misericordia absoluta, y por otro lado los **conflictos con la dependencia**, en tanto la transmisión de aquel modelo femenino instalado por el culto mariano -en especial en Latinoamérica-, podría presentar actualizadamente el símbolo de la madre-sola-presente con un padre-ausente. Retomando ideas nacidas desde conceptualizaciones winnicottianas, diría que no sólo con un padre-ausente en tanto persona-hombre-concreto, sino que sin un ambiente contenedor y facilitador (Winnicott, 2011), es decir, un ambiente-contenedor-y-facilitador-ausente.

Indudable se hace que puedan existir conflictivas psíquicas aparecidas desde estos puntos analizados, pues hemos visto cómo el ideal de madre, con La Madre -la Virgen María-, llega a niveles de *madre sobre-natural*, como lo he indicado recientemente. En este mismo sentido, es posible interpretar algunas ideas comunicadas a Freud (1930[1929], p.65) por parte de “uno de estos hombres eminentes” que le “otorga el título de amigo en sus cartas”, donde podemos tener un acercamiento a un punto de vista particular respecto a lo religioso. Este hombre se refiere a la religiosidad como: “un sentimiento que preferiría llamar sensación de <<eternidad>>; un sentimiento como de algo sin límites, sin barreras, por así decir <<oceánico>>” (op.cit.). Con la intención de usar libremente a los autores, con el fin de generar ideas y planteamientos propios -inspirado por Coloma (2011)-, considero que hay algo **oceánico en el ideal de maternidad transmitido en el culto mariano**, como también de eternidad, “*sin límites, sin barreras*”, usando las palabras aquí citadas.

Freud (1930[1929]) ha indicado que no es tan difícil la desdicha -o la infelicidad-, y además, que es muy riesgoso “invertir todo el capital en un solo lugar” (p.83). Dado esto, me pregunto: Si en las mujeres, está puesta toda su identidad femenina en la maternidad, y no en cualquiera, sino que en una maternidad al modo del ideal de madre -al modo mariano-, ¿no es entendible que

en muchas ocasiones se produzca desdicha en ellas, ya que no es posible cumplir con esas aspiraciones oceánicas e ideales sin límites?²²

Para poder encontrar algunas pistas y respuestas, será conveniente echar una mirada al concepto de **ideal del yo**, para comprender el funcionamiento que explicaría el modo como estos factores culturales influirían en dinámicas intrapsíquicas. Para acercarnos a este concepto, revisaremos algunas definiciones.

Laplanche y Pontalis (1996) plantean que el ideal del yo sería entendido como:

“instancia de la personalidad que resulta de la convergencia del narcisismo (idealización del yo) y de las identificaciones con los padres, con sus substitutos y **con los ideales colectivos**. Como instancia diferenciadora, el ideal del yo constituye un modelo al que el sujeto intenta adecuarse” (p.180, la negrita fue agregada para este texto).

Por su parte, Chemama y Vandermersch (2004) lo describen como la “instancia psíquica que elige entre los valores morales y éticos requeridos por el superyó aquellos que constituyen **un ideal al que el sujeto aspira**” (p.335, la negrita fue agregada para este texto).

Para complementar lo anterior, veremos como Chasseguet-Smirgel (2003) ve en el ideal del yo **el heredero del narcisismo primario**, es decir, el heredero de la ilusión infantil de omnipotencia y de los sentimientos de dicha asociados a ella. Si bien, algunas descripciones no explicitan la integración de los ideales colectivos -lo cultural-, según una de las hipótesis que planteé más arriba, a saber, que se podría pensar en restos remotos -de orden cultural- transmitidos transgeneracionalmente en aquella vinculación primordial descrita por Guyomard (2013) -en el período de narcisización primaria-, creo poder suponer que, de una u

²² Aquí se retoma una inquietud planteada anteriormente (Supra p.107).

otra forma, lo cultural, y en especial “los ideales colectivos” o culturales, formarían parte relevante del ideal del yo.

Freud emplea por primera vez el término “ideal del yo” en “Introducción del narcisismo” en 1914, donde se pueden identificar dos procedimientos para su formación: el desplazamiento en la economía del narcisismo y la proyección (Mosquera, 2011). Así podemos ver cómo se produciría un traslado libidinal al ideal del yo: “El narcisismo aparece desplazado a este nuevo ideal que, como el infantil, se encuentra en posesión de todas las perfecciones valiosas” (Freud, 1914, p.91). Mosquera (2011) señala que “ese desplazamiento es correlativo de la proyección que genera el ideal como metáfora, como sustituto del narcisismo” (p.35). Considerando el texto de Freud (1914), respecto a esta proyección se puede decir, que se proyecta como un ideal aquello que “es el sustituto del narcisismo perdido en la infancia, en la que él fue su propio ideal” (p.91). Podríamos resumir la operatoria explicada acá como: “castración por la que se pierde goce narcisista, proyección y desplazamiento por los que el yo ideal se transforma en ideal del yo” (Mosquera, 2011, p.35).

Tal como apareció en las definiciones presentadas, hay otro concepto relacionado al ideal del yo, el cual es el superyó. Este concepto no fue utilizado por Freud hasta 1923 (Chasseguet-Smirgel, 2003), en el escrito “El yo y el ello”. Si bien, han existido muchas lecturas, interpretaciones y entendimientos de este concepto y su relación con el ideal del yo, comprenderemos como superyó la “institución de la autoridad interna” (Freud, 1930[1929], p.133).

Sobre este asunto, en 1923, Freud escribe:

“Mientras que el yo es esencialmente representante del mundo exterior, de la realidad, **el superyó se le enfrenta como abogado del mundo interior**, del ello. Ahora estamos preparados a discernirlo: conflictos entre el yo y el ideal espejarán, reflejarán en último análisis, la oposición entre lo real y lo psíquico, el mundo exterior y el mundo interior” (p.38, la negrita fue agregada para este texto).

Dicho de modo sintético, el superyó sería la “instancia de nuestra personalidad psíquica cuyo papel es juzgar al yo” (Chemama y Vandermersch, 2004, p.654). Y claro, ¿con qué estándar o parangón podrá juzgar? Es ahí donde se presenta en gloria y majestad el ideal del yo.

Solo para redondear, presentaré una distinción que vale la pena tener en cuenta. La realizan Chemama y Vandermersch (2004), indicando que el ideal del yo se diferenciaría del superyó en que, el primero “intenta conciliar las exigencias libidinales y las exigencias culturales” (p.335). El segundo, el superyó, como hemos visto, sólo se encargaría de juzgar y castigar.

Así, podemos ya pensar en el rol que podría tener el superyó en los casos de pacientes con depresión postparto, e incluso, considerando esto, podemos preguntarnos qué ocurriría con un superyó especialmente sádico. Así, se abrirían interesantes puertas para investigar respecto a los roles que pudieran tener en este tipo de cuadros puerperales las conceptualizaciones asociadas al yo en torno al tema de la melancolía y sus acaecimientos. De hecho, desde la clave freudiana de la melancolía, en tanto pérdida de objeto, ambivalencia y regresión de la libido, se presenta un foco de atención teórica muy interesante para futuros estudios respecto a la depresión postparto desde el psicoanálisis.

Efectivamente, hay elementos para pensar en la depresión postparto, si es que Freud (1917[1915]) señala que:

“la melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autoreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo” (p. 242).

Pese a que me parece atrayente y sumamente ajustado a las temáticas que estamos tratando en este trabajo, tendré que hacer un giro para dejar atrás estas propuestas sobre nuevas conexiones conceptuales y temáticas, ya que

adentrarnos en la melancolía de forma específica, implicaría un desarrollo largo y obviamente riguroso y detallado de este concepto, lo cual, se aleja de las pretensiones del presente texto.

Volviendo a nuestro foco, si al revisar el culto mariano, nos pudimos dar cuenta de la cantidad de atributos y cualidades que se van sumando a la lista de la “maternidad ideal”, presentándose, tal como he planteado, un **modelo ideal de madre sobre-natural**, con la intención de enfatizar todo aquello, atendamos esta lista descrita por Vivian Pender (2006) asociada a lo que sería un rol ideal materno:

“Algunas funciones ideales de una madre son: la identificación narcisista con el bebé como ella de niña, anticipación a las necesidades del niño para que pueda desarrollarse y madurar, protección frente al daño y dolor, asegurar la supervivencia del niño alimentándolo y amparándolo, empatía con la realidad presente y el futuro realista del niño, evaluación y estimulación del crecimiento potencial del niño, educar, organizar la realidad, distinguir entre lo interno y lo externo en ella y en su niño, desarrollar la disciplina interna del niño, no uso o explotación de las necesidades de la madre, favorecer la gratificación y el placer, proporcionar frustración óptima no máxima, contención de la ansiedad y estados negativos del niño” (pp.228-229).

Ya tenemos suficiente material, como para poder acercarnos bastante a aquel *vértigo* del cual hablé en la introducción de esta tesis; el inmenso vértigo que muchas mujeres experimentan al no saber si podrán o no cumplir con el ideal de Buena Madre. De esta forma, es cada vez más fácil empatizar con los sentimientos, miedos y terrores que se le presentan a millones de mujeres que van a ser madres, o que están en ese camino.

Así, si los códigos y las exigencias culturales tienen todo este peso, ¿Qué ocurriría con los cuerpos cansados, los afectos rabiosos, las ganas de ser ayudadas y las situaciones en que no es posible ser un continente para el bebé?

¿Qué ocurriría a nivel intrapsíquico en esas situaciones, teniendo presente todo lo que hemos podido analizar en este trabajo?

Recordando las ideas de Freud (1930[1929]), sobre la facilidad que existe en los seres humanos para contactarse con la desdicha, podemos estar medianamente seguros, de que ya sea por aspectos asociados al cuerpo y sus fragilidades, o a las normas y valores que intentan regular las relaciones recíprocas entre las personas, existen varios frentes desde los cuales una mujer-madre puede encontrar amenazas de sufrimiento e insatisfacción.

Por lo demás, si el ideal del yo, tiene dentro de sus componentes valores colectivos, como por ejemplo los valores asociados a la maternidad ideal, ¡tremenda imposibilidad de cumplimiento que se presenta! Ningún humano, ni hombre ni mujer, podría cumplir con aspiraciones e ideales sin límites respecto a aquel rol. El factor cultural del culto mariano, impondría un *ser madre sobrenatural*, lo cual representa un parangón “oceánico” ante el cual el superyó tendrá que ejercer sus funciones, con el fin de disminuir la brecha entre el ideal del yo y el estado *real* del yo.

Uno de los problemas que se le presentarían al yo, es la existencia de la ambivalencia, ya que se requeriría la elaboración y aceptación de afectos diversos, incluyendo el amor y el odio, y como hemos visto, en general, “se idealiza el rol de la madre abnegada, quien se ve empujada a negar sus necesidades, fantasías y deseos pulsionales (Kristeva, 1997 en Zelaya, 2003, p.29). ¿Cómo puede una madre enfrentarse a las propias pulsiones agresivas y a sentimientos como los celos, la envidia y el odio que puede llegar a sentir en algún momento por sus hijos/hijas? ¿Qué consecuencias podría tener ponerse en contacto con afectos más cercanos a lo que he llamado el “lado B” de la maternidad?

Al respecto, Freud (1930[1929]) afirma que “es sólo la agresión la que se trasmuda en sentimiento de culpa al ser sofocada y endosada al superyó” (p.134). Esto nos dirige directamente a la culpa y todo el malestar asociado a aquel

sentimiento. De esta manera, es posible pensar que se podría instalar fácilmente un bloqueo en la aceptación de la ambivalencia, ya que ante la emergencia de la ira y la agresión -incluso como intención-, se haría presente la culpa.

Por su parte, Dio Bleichmar (2001) señala que la relación de causalidad lineal entre agresividad y culpa es un aspecto que goza de gran consenso tanto en los medios científicos como entre la gente en general. Incluso el supuesto subyacente que manda el pensamiento social sería el siguiente: a mayor culpa, mayor será el pecado que se está expiando. Así, se consideraría que “los sentimientos de culpa son una consecuencia <<natural>> del pecado. Si la culpa está presente es la prueba fehaciente del daño cometido, como escribió Goethe” (p. 157).

Asimismo, Freud (1930[1929]) declara que el sentimiento de culpa sería el problema más importante del desarrollo cultural. Y en tanto, todos vivimos en comunidad humana, la culpa sería un aspecto punitivo con el que las mujeres-madres deberán enfrentarse. Lamentablemente, con tal magnánima construcción del ideal de madre, la culpa sería un sentimiento casi inevitable. Obviamente, tal como fue explicado con anterioridad, la magnitud y potencia de aquellos castigos superyóicos dependerán también de aspectos constitucionales; habría mujeres que presentarían mayor predisposición a este malestar en alta magnitud, como por ejemplo mujeres con un superyó sádico. Como el superyó de la cultura, plantea severas exigencias ideales cuyo incumplimiento es castigado mediante una <<angustia de la conciencia moral>>” (Freud, 1930[1929], p.137), un sinnúmero de mujeres podrían recibir agresiones superyóicas que pueden tomar la forma de reproches hacia sí mismas. Con la idea de autorreproche, nuevamente aparece una vía de conexión con “lo melancólico”, pero tal como fue dicho antes, no incursionaré por esos lugares en este trabajo -aunque sí espero hacerlo a futuro-.

Como una manera de sintetizar lo que hemos abordado hasta ahora en este acápite, exhibo las siguientes palabras de Marie Langer (1976) de su libro “Maternidad y sexo”, refiriéndose a las exigencias que caen sobre la mujer-madre:

“Debe atender bien su casa y a su marido, con quien debe saber lograr el orgasmo (últimamente la sociedad exige a la mujer capacidad orgásmica con el mismo énfasis, como exigía desde siempre potencia al hombre). Tiene que dedicarse a la crianza y educación de sus hijos. Pero simultáneamente debe cumplir fuera de su casa con un horario de trabajo igual al del hombre. Al propio tiempo se espera de ella que dedique parte de su tiempo, ya tan escaso, a su arreglo corporal. Ella intenta coordinar todas estas tareas, sin que le sea posible cumplir con todo. Lo percibe, sufre por su supuesta incapacidad **y se siente culpable** frente a su marido, sus hijos, a su jefe de oficina: se reprocha a sí misma por no rendir todo lo necesario” (p. 28, la negrita fue agregada para este texto).

Sin embargo, hay que considerar que “es harto concebible que tampoco la conciencia de culpa producida por la cultura se discierna como tal, que permanezca en gran parte inconciente o salga a la luz como un malestar, un descontento para el cual se buscan otras motivaciones” (Freud, 1930[1929], p.131). Es decir, puede ser bastante común que mujeres-madres, que pese a denotar muchos sentimientos de culpa -angustia de la conciencia moral-, no tengan conciencia de que lo que sienten está referido a fantasías y afectos agresivos contra sus bebés -u otras personas de su entorno-, ya que estos afectos también pueden estar en un nivel inconciente.

Por estar relacionado a esto -desde mis hipótesis-, recordaremos el caso de Sofía, la paciente que hemos estado analizando a lo largo del texto. Ella tenía continuamente sentimientos de culpa, tanto por agresiones ejecutadas -como es el hecho de la caída de su hija y la fractura que resultó de aquello-, como por agresiones solo sentidas internamente como intención de agresión -como diría Freud (1939[1929])-. Sin embargo, antes de la caída de la hija, igualmente se le presentaban reproches hacia sí misma, lo que podría ser pensado como autorreproches, derivados de sentimientos de culpa inconcientes, que a su vez, pueden haber estado generados por afectos rabiosos e intenciones de agresión hacia su hija. No hay que olvidar que la paciente siempre tuvo asociado al hecho de ser madre, sentimientos de incomodidad e insatisfacción, pues para ella el

hecho de cuidar a otro -incluso desde antes de casarse-, implicaba una dolorosa disminución de su libertad, e independencia. Con estos antecedentes, no creo estar tan equivocado al explicar sus dinámicas psíquicas asociadas al manejo de las pulsiones agresivas (capítulo 3).

Podemos agregar acá, dentro de los malestares que experimentó Sofía, el hecho de sentir que ella no estaba cumpliendo con expectativas que eran un deber y algo que *a toda Buena Madre le ocurre*. Aquí estoy pensando específicamente en el período de amamantamiento. Sofía explica que darle leche a su hija siempre fue un proceso mecánico, sin ningún tipo de satisfacción emocional (*“no hubo luna de miel, me da pena, siento vergüenza de no haber estado enamorada de ella, lo que se dice de que una se siente en un estado como enamoramiento con su hijo pequeño, a mi no me pasó”*). De esta manera, queda en evidencia la existencia de valores culturales integrados en su ideal del yo, donde tal como lo podremos analizar más adelante, se puede identificar la idea de “instinto materno”²³, peso cultural que da por sentado, un natural devenir de múltiples hechos y experiencias, que -se supone- podrán ser superadas de manera calma y fluida.

Este ejemplo del caso clínico, creo que puede ser leído, uniendo las tres conflictivas de Blum (2007), a propósito de haber trabajado la temática de la idealización de la maternidad, desde el lugar *por sobre la naturaleza* en que quedó la mujer y su identidad asociada a ser madre.

Pasaré a continuación a realizar algunas hipótesis dinámicas integradoras respecto al caso y los elementos recién nombrados. Tal como decíamos, Sofía presentaba reticencias con el hecho de ser madre, incluso antes de quedar embarazada, existiendo siempre preocupaciones en torno a la pérdida de libertad e independencia. De esta forma, vemos como se hacía presente la **conflictiva con la dependencia**. Este conflicto, recordando el análisis que llevamos a cabo

²³ El tema del “instinto materno” o “instinto maternal” se abordará más en extenso en el siguiente acápite, destinado al análisis del discurso médico (Infra p.143).

en el capítulo anterior, podría presentar dos puntos en este caso, por una parte, conflictos conscientes con el hecho de perder una manera de vivir, con libertad de movimiento y de acción, y por otra, un parte inconsciente, asociada a los aspectos de su propia dependencia infantil gatillada por la experiencia de ser madre, y algunos restos transmitidos en el pasar transgeneracional. Yendo un poco más allá, podríamos hablar de la emergencia de necesidades orales muy potentes de su parte, lo que quizás impedía entregar satisfacción oral -alimentar con su pecho- a su hija. Es importante considerar “los factores culturales que contribuirían a reforzar su fijación, al ofrecer modelos acerca de la maternidad que llevan a reprimir las tendencias pulsionales” (Zelaya, 2003, p.60).

Así, y de manera menos parcializada, sino que más integrada, es posible hipotetizar que a nivel de **conflictos con identificaciones maternas**, pudieran existir fallas tempranas en lo que respecta a la satisfacción de aquellas necesidades primarias oral-dependientes, habiendo generado una fijación de tipo oral. Tal como fue dicho también anteriormente, es posible pensar que en su elección de carrera -odontología-, se pudieron haber puesto en juego estas fijaciones inconscientes. Y por otro lado, de manera consciente, en cuanto a las identificaciones maternas, estaría la pena que la paciente expresa respecto al hecho de que su madre siempre ha sido *más pareja que madre*. Esto último, se sumaría a las incomodidades y frustraciones que la paciente había sentido desde antes de ser madre, y que en conjunto, pueden haber generado mucha rabia, incluyendo el hecho de no cumplir con el modelo del ideal del yo, donde una madre, *dado que tendría un instinto maternal natural*, debe amar a su hijo o hija desde siempre y debe disfrutar de *todos y cada uno* de los momentos que viven juntos. De esta manera, podemos pensar acá acerca de sus **conflictos con el manejo de la rabia**, ya que debido a sus dificultades para elaborar asuntos asociados a la propia dependencia -que a su vez la llevaban a presentar problemas para disfrutar del período de amamantamiento-, y las dificultades para identificarse con su madre, y con los mandatos y valores colectivos -internalizados en su ideal del yo-, se podría haber acumulado mucha insatisfacción y rabia en ella. Así, esta rabia y odio acumulados, la pueden haber

llevado a sentir mucha angustia y culpa, aunque estas pulsiones agresivas no estaban del todo concientes. De hecho, pasó tanto tiempo sin poder pensarlas y elaborarlas, que se pusieron en acto -según mi interpretación- a través de un acting.

Para finalizar este acápite, me quiero detener a pensar en las consecuencias que traería consigo la imposición cultural de ideales asociados a la maternidad, en cuanto la posibilidad de posicionarse subjetivamente como mujer-madre. Al respecto, Guyomard (2013) señala que “una identificación superyoica actúa impidiendo la posibilidad subjetivante del vínculo”.

La misma autora (op.cit.) agrega que:

“Lo sublime impuesto por la idealización de la imagen materna viene a apoyar este imperativo y a entrapar el movimiento necesario de la sublimación... ¡Basta pensar en los discursos relativos a la constitución de la madre como todo amor, todo refugio y consuelo, generada por imágenes muchas veces **transgeneracionales**, para entender la fuerza a menudo **culpabilizante** de esta conformidad obligada!” (p. 135, la negrita fue agregada para este texto).

Esta idealización, va en la línea de presentar una “Buena Maternidad” como una forma de llevar a cabo la labor de ser madre lo más ajustada a los cánones y valores culturales, especialmente, tal como lo hemos estudiado en este capítulo, los asociados al culto mariano. Es así, como se va evidenciando que el discurso naturalizador, tiende a dificultar el desarrollo de “representaciones culturales propias de la maternidad por parte de las mujeres y la consolidación de un régimen de verdad alternativo sobre la misma en clave femenina o feminista” (Nash, 2010, pp.26-27). En definitiva, el hecho de existir un modelo tan marcado, una figura de mujer-madre desde la maternidad idealizada, dificultaría el propio reconocimiento como individuos diversos con subjetividad propia. Nuevamente, traigo acá las claves entregadas por Guyomard (2013): diríamos que La Madre -

figura superyoica feroz- impediría a una mujer llegar a ser madre, “nacer” como *una madre*, única y singular.

Así, en el mundo exterior, más allá de los ideales y de las imposiciones superyóicas, no existiría una *verdadera solución* de cómo se hacen las cosas en la maternidad, ya que todo vendría en última instancia, de cada una de aquellas mujeres que se están transformando en madres, poniendo en juego su capacidad para crear por sí sola un modo personal y único de ser *una madre*.

Como plantea Rosfelter (1994), respecto a la maternidad:

“el único contrato que tenemos con respecto a nuestros hijos es el de poner a su disposición un período de nuestra propia vida, ese que ellos necesitan para llegar a su autonomía. Y para esto **no hace falta ser un padre “perfecto”**²⁴; conviene simplemente conducirse como un adulto responsable y, si es posible, justo” (p. 21, la negrita fue agregada para este texto).

Creo que a Sofía pude ofrecerle un trabajo centrado en ella, escuchando, aceptando, acogiendo, y no enjuiciando su padecer. Ella misma indicaba que el paso a la maternidad fue algo muy fuerte, que la hizo sentirse ahogada, y una escucha atenta, un trabajo sistemático, un sostén emocional y “un espejo” de ella misma -para que se pudiera ver con tranquilidad y calma-, le permitió encontrar un espacio donde cabía, sin verse “comida” por su hija.

Ya terminando, sólo decir, que entregando espacio para que ella pudiera sentir acogido su malestar, incluso el agobio y el odio, pudo ir encontrando un modo de ser *una madre*. Sin imposiciones externas, pudo ir apareciendo un gesto espontáneo, un modo de aproximarse a la maternidad, que no fuera ni amenazante ni tormentoso. Que fuera realista, y que pusiera a la vista - válidamente- sus necesidades y su dependencia, así como sus conflictivas con ciertas identificaciones maternas, y sus pulsiones agresivas. Haciendo una conexión entre claves winnicottianas y conceptos aportados por Guyomard (2013),

²⁴ Aquí agregaría <<o una madre “perfecta”>>.

me atrevería a decir que abandonando el lugar de un falso self donde estaba impuesto un modelo “La Madre”, pudimos ir trabajando desde su gesto espontáneo, en un encuentro con una maternidad más conectada con su verdadero self, entregándole así la posibilidad de generar, creativamente, una manera particular y única de ser madre, siendo *una madre*.

4.3. El apoderamiento de la maternidad por parte de la medicina

“En su lógica, la medicina de la procreación desconoce la arquitectura inconsciente compleja y vivaz que constituye el resorte de la fecundidad humana.”
(Chatel, 1996, p.21)

En el presente acápite me referiré al lugar que ha tomado la medicina respecto a la maternidad. Mi postura va en la línea de lo que plantea Pascale Rosfelter (1994), a saber, que existe una fuerte connotación médica en torno al embarazo y el puerperio, pero no existe un lugar para acoger las inquietudes personales y los sufrimientos psíquicos que padecen algunas madres durante y luego del embarazo. En definitiva, quiero plantear que no habría suficiente espacio para la subjetividad de las mujeres-madres en el discurso médico que rodea a la maternidad, y que ciertos elementos de este discurso constriñen al psiquismo materno.

Nadie podría negar que los enormes avances que ha tenido la medicina en los últimos siglos, y más en las últimas décadas, sean un beneficio para el bienestar de la población en general, para todos y cada uno de nosotros. Asimismo, si hablamos de los avances en lo que es ginecología y medicina perinatal, sin duda es gracias a estos avances que, desde la primera mitad del siglo XX, ha habido una verdadera desaparición de la mortalidad materna e infantil en el momento del nacimiento, lo que ha dado paso a una nueva era. A partir de ésta **se anudó el vínculo entre medicina y procreación** según una lógica que no hizo sino amplificarse, con el imperativo de salvar a la pareja madre-hijo/a de los riesgos mortales del nacimiento (Chatel, 1996). Dado aquello, el problema no sería la medicina desde el punto de vista de sus ofrecimientos instrumentales y soluciones tecnológicas, sino que éstas tomen todo el espacio, sin dejar, tal como fue planteado más arriba, un lugar para lo que podríamos llamar necesidades afectivas y/o emocionales.

Recordando que Freud (1930[1929]), hablando de la cultura, señala que existen varias formas en que se ve amenazada la dicha del ser humano, y que una de ellas es el propio cuerpo y sus devenires, junto con las amenazas del mundo exterior-naturaleza-salvaje y la manera en que se manejan y regulan las relaciones recíprocas entre las personas, en el presente acápite, revisaremos algunas coordenadas del discurso médico y la posición que tiene la medicina respecto a la maternidad, en tanto, posibles amenazas para el bienestar de las mujeres que están en proceso de transformarse en madres.

Antes de seguir, con el objetivo se contextualizar, traeré hasta acá algunos datos relacionados a estudios médicos y psiquiátricos, que fueron expuestos en el capítulo 2 de esta tesis:

- Los profesionales de la salud que trabajan con madres y bebés no están suficientemente preparados para estar atentos a los procesos afectivos que están viviendo estas mujeres, pudiendo identificar indicadores de trastornos afectivos en pocas ocasiones (Jadresic, et al., 1992).
- La patología psíquica puerperal es habitualmente subtratada (Rojas, 2010).
- Sólo la cuarta parte de las madres con depresión postparto recibe tratamiento (Jadresic, 2004 en Farías, 2007).
- Si una mujer con depresión postparto no es tratada, puede cronificarse la enfermedad, aumentando el riesgo de suicidio (Ryan y Kostaras, 2005 en Farías, 2007)

Tras estos datos, me surgen algunas preguntas: ¿Se permite a las mujeres expresar sus dudas, cuestionamientos, temores y angustias en un ambiente contenedor y respetuoso de la subjetividad de cada mujer? ¿Se integra a profesionales de la salud mental en los programas de maternidad entregándoles real peso y validez dentro de los equipos de trabajo con madres y futuras madres? ¿Se están llevando a cabo todos los esfuerzos necesarios para apoyar a las mujeres en sus necesidades emocionales al acercarse a la maternidad?

Tal como enuncié, intentaré desarrollar a continuación mi propuesta de que algunas conflictivas en el psiquismo materno, encuentran facilitaciones desde ciertas constricciones culturales alojadas en el discurso médico, en tanto apoderamiento de la maternidad desde un saber y un poder biológico-positivista.

4.3.1. El discurso médico: mirada, cuerpo, enfermedad

*“La mirada no es ya reductora,
sino fundadora del individuo en su calidad irreductible.
Y por eso se hace posible organizar alrededor de él un lenguaje racional.
El objeto del discurso puede bien ser así un sujeto,
sin que las figuras de la objetividad, sean, por ello mismo, modificadas”*
(Foucault, 2009, p.8)

*“La psicología de la maternidad ha tenido lugar
en el diagnóstico estrictamente descriptivo”*
(Blum, 2007, p.47)

Las autoras Marie-Magdeleine Chatel (1996) y Pascale Rosfelter (1994) dan cuenta de un hecho fundamental: la procreación y la maternidad han sido temas adueñados y tratados por la medicina -el sistema médico-, lo cual hace que las inquietudes personales, los miedos en el proceso del embarazo y la subjetividad de la experiencia de transformarse en madre pocas veces encuentren un lugar para ser escuchados. Al respecto, Chatel (1996) indica que actualmente la medicina es la competencia que vale: “no son los magos, los sabios, los adivinos, las familias o los sacerdotes quienes están investidos con el poder sagrado de ocuparse de la vida que viene o no viene; este lugar lo ocupa la medicina científica” (p.13).

Para exponer mi propuesta respecto al discurso médico como un constrictor cultural, que facilita ciertas conflictivas psíquicas en las madres, comenzaré refiriéndome al lugar que tiene *el cuerpo* en el saber médico.

Foucault (2004) en su texto “Nietzsche, la genealogía, la historia” se refiere al cuerpo de esta manera: “superficie de inscripción de los acontecimientos (mientras que el lenguaje los marca y las ideas los disuelven), lugar de disociación del Yo (al que trata de prestar la quimera de una unidad substancial); **volumen en perpetuo desmoronamiento**” (p.32, la negrita fue agregada para este texto). Esta cita tiene muchos elementos interesantes, pero me centraré en la última parte, ya que observo una idea similar a la que expone Freud (1930[1929]) respecto al cuerpo como amenaza a la dicha humana: “...el cuerpo propio (...) destinado a la ruina y la disolución...” (p.77). Si bien, se podrían tomar acciones de cuidado y protección, existiría un inevitable y continuo desgaste del cuerpo hasta la muerte.

Me parece que es justamente ahí donde ingresa la medicina, en tanto ciencia de estudio del cuerpo. Es respecto a este cuerpo -objeto de la medicina-, que Foucault (2004) indica que “...lleva, en su vida y su muerte, en su fuerza y debilidad, la sanción de toda verdad y de todo error” (pp.30-31). Es este cuerpo el foco de atención para la medicina, cuerpo que se puede percibir y explorar, cuerpo que, en tanto material, puede entregar “La Verdad” respecto a la sanidad y la enfermedad.

En efecto, “...la presencia de la enfermedad en el cuerpo, sus tensiones, sus quemaduras, el mundo sordo de las entrañas, todo el revés negro del cuerpo que tapizan largos sueños sin ojos son, a la vez, **discutidos en su objetividad por el discurso reductor del médico** y fundados como tantos objetos por su mirada positiva” (Foucault, 2009a, p.3, la negrita fue agregada para este texto). Apreciamos como en la mirada del cuerpo se fundará su objetividad.

Si bien, sabemos que el embarazo y el parto no son enfermedades, la medicina de la maternidad se ha preocupado de que no se produzcan, ni en la madre ni en el bebé, complicaciones orgánicas, en sus cuerpos, sus órganos y sistemas. De hecho, podemos ver como en el dominio médico, tienen un papel muy importante en la actualidad, las regulaciones hormonales y sus perturbaciones, estudiándose en profundidad para conocer mejor las relaciones de éstas con distintas enfermedades (Foucault, 1988).

Entendiendo que el cuerpo -en tanto objeto orgánico que puede o no presentar enfermedad-, queda al centro del interés de la medicina y sus prácticas, pasaré a abordar la conceptualización de discurso y su relación con la cultura.

De acuerdo a Castro (2004), Foucault define -en su texto “Arqueología del saber”- el concepto *discurso* como el “conjunto de enunciados que provienen de un mismo sistema de formación; así se podría hablar de discurso clínico, discurso económico, discurso de la historia natural, discurso psiquiátrico” (p.138). Este autor (op.cit.) también se refiere a las *prácticas discursivas*, explicando que no son solamente modos de fabricación de discursos, sino que van tomando cuerpo de las técnicas, instituciones, esquemas de comportamiento, tipos de transmisión y difusión, en las formas pedagógicas que, a su vez, las imponen y las mantienen. Es decir, las prácticas discursivas son creadas, y al mismo tiempo, mantenidas desde estas instituciones, técnicas, esquemas y conductas.

Atendiendo la noción de discurso -de Foucault-, Aceituno y Bornhauser (2005) comentan que existe la posibilidad de hacer análisis políticos, entendiendo discurso “en tanto juego de fuerzas al interior de una sociedad dada” (p.112).

Foucault plantearía de esta forma, la existencia de un orden de discurso que sostiene prácticas discursivas de poder (juego de fuerzas), las cuales generarían subjetividades. Dicho de otra manera, podemos decir que en la teoría foucaultiana, el sujeto es producido por un discurso. El sujeto ya no sería el fundamento de la verdad sino el resultado de un discurso que lo produce como sujeto (Castro, 2004).

Por otra parte, Ruslan Posadas²⁵ (2013) plantea que Michel Foucault logró mostrar que el conocimiento -por ejemplo el conocimiento médico- responde a las necesidades del poder, por lo que dicho conocimiento es **una acción constrictiva y de constricción del sujeto**, un acto en el que el individuo se elabora en sí a través de sí, con el fin de que él mismo siga reproduciendo el orden social. De aquí tomamos, para efectos de este trabajo, **el sentido constrictivo del**

²⁵ Ruslan Posadas es Doctor en ciencias políticas y sociales por la Universidad Nacional Autónoma de México.

discurso, como operación discursiva salida de la cultura. Así, entenderemos como “la <<cultura>> es resultado de una articulación representacional que ocurre más allá y más acá de los individuos y de la sociedad. Ocurre gracias a éstos y pese a estos en el discurso” (Coloma, 2011, p. 439).

Hablando directamente del discurso médico, es posible ver como la institucionalización de la medicina en el siglo XIX llevó la práctica médica a convertirse en un monopolio sobre la salud de los individuos. Desde aquel momento, el embargo de la salud de las personas que han hecho los profesionales relacionados a este discurso, se ha visto traducida en que la medicina se presente como un modelo eficaz para prevenir y controlar enfermedades. Es la medicina, a través de y con su discurso, la que determina cuándo estamos hablando de enfermedad y cuándo no (Posadas, 2013).

Foucault (2009) plantea que la medicina moderna “ha fijado su fecha de nacimiento hacia los últimos años del siglo XVIII. Cuando reflexiona sobre sí misma, identifica el origen de su positividad a una vuelta, más allá de toda teoría, a la **modestia eficaz de lo percibido**” (pp.4-5). De esta manera, lo que se ve, lo que es posible de ser visto, pasó a ser lo verdadero. Esta es una de las razones más importantes, según mi impresión, de por qué el cuerpo toma aquel protagonismo en este discurso.

Retomando la temática del poder, vemos como el orden discursivo y simbólico de la Modernidad influyó de manera decisiva sobre las conciencias de los individuos a través de procesos de subjetivación, en los que la racionalidad se impuso sobre lo metafísico. Por esta razón, este discurso -el discurso médico- vino a representar la pauta por medio de la cual se luchaba por **adueñarse del poder** e imponer ciertas verdades a la sociedad (Posadas, 2013).

Si bien, anteriormente, desde las palabras de Aceituno y Bornhauser (2005), pudimos ingresar en el análisis de la noción de discurso, la dimensión del poder -como lucha de fuerzas-, al continuar por esta senda, Posadas (op.cit.) nos habla de la relación ineludible y estrecha que existe entre **poder político y saber**

médico. Es por esta razón que Michel Foucault argumenta que el saber psiquiátrico se generó a posteriori para respaldar y amparar una práctica de dominación previa, “de manera que no se le puede considerar producto del progreso científico” (p.1).

Asimismo, Posadas (op.cit.) comenta que el análisis de Foucault sobre el carácter de la **práctica discursiva médica moderna** representa una dura crítica a la medicina institucionalizada, ya que “la despoja de su pretendida validez científica y universal al colocarla en la ruta de los dominios de saber que promueven quienes ejercen el poder político” (Posadas, 2013, p.1).

El mismo autor (op.cit.) comenta que pese a que el análisis de Foucault se constituyó a partir de los referentes sólidos de la Modernidad, se puede argumentar que su tesis sobre la práctica médica como “domino de saber” encaja a la perfección para entender, actualmente, “los referentes líquidos” de una sociedad que consume **el discurso científico-médico como verdad inapelable.**

En esta misma lógica, Mari Luz Esteban (2000) comparte:

“...la medicina occidental no ha sido considerada un objeto de estudio más hasta las últimas décadas. Esto se ha debido al etnocentrismo de la disciplina y al lugar que la ciencia y la medicina "científica" ocupan dentro de los engranajes de la cultura occidental, como sistema de representaciones y prácticas y de conformación de un determinado orden social” (p.207).

Ahora, realizando un giro hacia nuestro campo temático específico, a saber, la maternidad y sus vicisitudes, Esteban (op.cit.) señala:

"los distintos protagonistas no siempre son conscientes de las consecuencias últimas de su forma de pensar o actuar, sino que se inscriben en una ideología social general. **En el caso de la maternidad,** muchos de los argumentos y prácticas se basan en una defensa etnocentrista y universalizadora de los derechos y del bienestar de las criaturas, que deja al margen e incluso oculta las condiciones de vida

concreta y diferentes de las mujeres y los grupos domésticos en los que crecen las criaturas. Plantean además objetivos que entran en contradicción directa con la defensa de una mayor capacidad de decisión y libertad para las mujeres, y en concreto las madres, que, por lo general, son las principales responsables de su cuidado" (pp. 209-210, la negrita fue agregada para este texto).

Si bien, hasta ahora hemos podido apreciar como el discurso médico, desde un saber -un saber que implica y ejerce poder-, plantea lo que es enfermedad y lo que no es enfermedad, sabemos que existen trastornos ligados directamente al cuerpo -como un trastorno digestivo-, y otros que son llamados trastornos mentales -ligados mayormente, dentro de la medicina, a la psiquiatría-. En relación a esto, tanto en los análisis de patología mental como de patología orgánica, Foucault (1988) identifica una misma estructura conceptual. Según el autor (op.cit.) "en ambos existen los mismos métodos para redistribuir los síntomas en los grupos patológicos y para definir las grandes entidades mórbidas" (p.15).

Sobre esto, Foucault (1988) escribe:

"Si definimos la enfermedad mental con los mismos métodos conceptuales que la enfermedad orgánica, si aislamos y si reunimos los síntomas psicológicos del mismo modo que los síntomas fisiológicos, es ante todo porque **consideramos la enfermedad mental u orgánica como una esencia natural** manifestada en síntomas específicos. Entre estas dos formas de patología no hay, pues, unidad real, sino sólo un paralelismo abstracto logrado por intermedio de esos dos postulados. Por lo tanto, el problema de la unidad humana y de la totalidad psicosomática permanece completamente abierto" (p.16, la negrita fue agregada para este texto).

Ruslan Posadas (2013), refiriéndose a los escritos del antropólogo Eduardo Menéndez²⁶ comenta que es importante tener presentes las características que tendrían las prácticas médicas actuales, a saber:

“**el biologismo** (concepción teórico-evolucionista heredada del positivismo), **la ahistoricidad** (que no toma en cuenta el saber filosófico-empírico y opta por darle prioridad al síntoma que puede ser descubierto en la persona en el momento de su atención), **la asocialidad**, **el individualismo** y **la eficacia pragmática**” (p.1, la negrita fue agregada para este texto).

En esta misma línea, al autor (2013) refiere que la medicina moderna impone su poder y dominio sobre los individuos, quienes se ven relegados a un rol pasivo y de aceptación ciega de las disposiciones médicas. Agrega que la pertinencia del análisis de Foucault respecto al discurso médico, es que **desmitifica el saber médico** como la culminación de un proceso de humanización de las antiguas formas de entender y tratar la locura. La noción médica institucionalizada decía que las enfermedades mentales habían existido siempre; sin embargo, los prejuicios religiosos y las concepciones mágicas y pre-científicas del mundo habrían impedido su tratamiento, tal como lo vino a llevar a cabo la medicina contemporánea.

Siguiendo los planteamientos y argumentos de Michel Foucault (2009^a, 2009^b), Posadas (2013) señala que este brillante filósofo francés rastreó los orígenes del concepto de *locura* en el ámbito material y contingente de **una experiencia históricamente constituida**, conformada por prácticas institucionales, procesos socioeconómicos y formas de discurso heredadas de la Ilustración que, en conjunto, dieron lugar a la conceptualización de las enfermedades mentales. Entendiendo las cosas de este modo, fueron las instituciones creadas en la Modernidad (el Estado, la familia, el mercado, etc.) las que determinaron que la locura fuera concebida como enfermedad.

²⁶ No se identifica la referencia bibliográfica de Eduardo Menéndez en el texto de Ruslan Posadas (2013).

Por ello, la racionalidad social de la Modernidad y uno de sus correlatos, el **discurso médico**, vinieron a ser los grandes dictadores de las reglas del “**deber ser**”, que proscribieron al individuo que no se ajustaba o violaba dichas reglas (como en el caso del considerado loco, cuyo pecado era su irracionalidad y su antimodernidad) (Posadas, 2013). Aquí se presenta un aspecto crucial para la continuación del desarrollo de mis ideas: **la normatividad del discurso médico**.

A propósito de la normatividad que implantan los discursos, Foucault (2009b) plantea que a <<los libertinos>> y todos los que profesan el error religioso (protestantes o inventores de cualquier sistema nuevo), “se les coloca en el mismo régimen y se les trata de la misma manera, pues aquí y allá, **el rechazo de la verdad** procede del mismo abandono moral” (p.160, la negrita fue agregada para este texto). Así vemos como los discursos instauran un orden, jerarquías, reglas y normas, instituyendo lo normal y lo anormal.

Al respecto, Posadas (2013) indica:

“Podemos señalar que esa exclusión sufrida por el loco es equiparable a la que experimentan hoy en día los niños de la calle, los seropositivos, los mendigos, los homosexuales, los indígenas que emigran a las grandes metrópolis en busca de trabajo e, incluso, quienes manifiestan algún tipo de oposición –sobre todo en su vertiente radical– al orden político existente” (p.1).

Si pensamos, que en general, y sobre todo en los siglos pasados, la medicina ha sido llevada a cabo por hombres, podemos imaginar cómo la mujer ha estado constreñida por un discurso médico, predominantemente masculino, con poder masculino. Es desde ahí, donde Manoni (1988) indica que la mujer ha estado tratando de liberarse de este poder opresor, estando más cercana a un hacer creativo, “adhiriendo a la revuelta más que a la cosa establecida” (p. 120). En este contexto, no debe haber sido nada fácil para Eloísa Díaz Insunza (1866-

1950) haber llegado a ser la primera mujer en Chile y América del Sur en obtener el título de Médico Cirujano en 1887²⁷.

De esta forma, considero que el discurso médico ha estado escrito en clave masculina, y dado que un discurso entra en la lucha de fuerzas, es decir implica y genera poder -en una dimensión política-, planteo que una de las *ideas -o instituciones- masculinas* que ha impuesto el saber y la práctica médica, es la concepción de “**instinto maternal**”. Postulo en relación a este supuesto “atributo femenino”, que es una contribución al superyó materno desde un discurso médico-masculino, transformándose en uno de los factores culturales que a mi parecer, más han constreñido a las mujeres -junto al culto mariano, tema trabajado en el apartado anterior-, tomando mayor fuerza desde la segunda mitad del siglo XVIII.

Sabemos ya que entre los atributos femeninos, la maternidad se ha considerado como uno de los rasgos más definitorios, y a su vez, se ha aludido a la maternidad como principio explicativo de características de lo femenino. Además, sobre esta temática Dio Bleichmar (2001) comenta: “El altruismo, la abnegación, el sacrificio de la madre por su hijo se consideran <<propios de su naturaleza>>, algo que se supone anclado en su biología, en el así llamado <<instinto maternal>>” (p.88).

Si por una parte, la razón, la cultura, la agresividad y el individualismo han sido colocados -en términos de género-, en el epicentro de la masculinidad, a las mujeres se les ha coronado con el **instinto maternal** (Nash, 2010). Sin duda, existe la necesidad de llevar a cabo un análisis profundo y extendido, que incluya la teoría de género, tomando las propuestas teóricas de Michel Foucault, ya que existen varios aspectos relacionados al poder, los discursos y la subjetivación por medio de estos discursos culturales, que hacen pensar en este ámbito de la literatura para hacer nuevos aportes desde aquellas coordenadas.

²⁷ Datos obtenidos en la página web de la Universidad de Chile (<http://www.uchile.cl/portal/presentacion/historia/grandes-figuras/otras-figuras-ilustres/8017/eloisa-diaz-insunza>)

Sin pretender llevar a cabo en este trabajo, aquel necesario e interesante análisis riguroso y amplio desde la teoría de género, ya que se aleja de nuestro cometido puntual, me parece pertinente acercarse, aunque sea tangencialmente, con lo que escribe Mary Nash (2010) asociado a la naturalización que se ha hecho, desde los siglos pasados, respecto a lo que debe ser la maternidad para una mujer:

“Al tildar de antinatural cualquier comportamiento de las mujeres que cuestionara este modelo de género que ubicaba la maternidad como eje de su vida, se consolidaron enormes obstáculos al desarrollo de estrategias de resistencia en contra del sistema de género vigente o de imposición de la maternidad como única vía de realización femenina” (p.26).

Desde otro lugar, en relación a este tema Matilde Ureta (2006) señala que:

“La definición de la maternidad como **un hecho natural** es representación ideológica que proporciona una imagen totalizadora y unificada de la mujer-madre, como una persona que puede encarar el mito paradisiaco de la satisfacción ilimitada y la omnipotencia, lo cual no solo es inexacto, sino muy distorsionante” (p.57, la negrita fue agregada para este texto).

La misma autora (2006) nos indica que “el hecho de que la procreación sea un proceso natural puede inducirnos a pensar que el fenómeno fisiológico de la concepción y la gestación *debe* corresponderle el deseo de tener un hijo y determinadas actitudes hacia él” (p.57). Entendiendo mi planteamiento de que la naturalización del “instinto materno” es una enunciación que puede ser pensada como creación del discurso médico, ya que trae una tradición instintiva -donde incluso puedo intuir que se podrían encontrar raíces darwinianas-, para leer el hecho de la maternidad, instaura una norma -dimensión normativa del discurso-, indicando qué es lo correcto o incorrecto, a la hora de evaluar “*el desempeño*” de una mujer-madre. En esta línea, me hace mucho sentido, la siguiente afirmación de Foucault (1992): “Es necesario concebir el discurso como una violencia que

hacemos a las cosas, en todo caso como una práctica que les imponemos; es en esta práctica donde los acontecimientos del discurso encuentran el principio de su regularidad” (p.44).

Así, podemos continuar con la propuesta. El discurso médico, en tanto aparato restrictivo y asegurador de normatividad, por medio de la idea de “instinto materno” constriñe al psiquismo materno, ya que entrega el mandato de diferenciar qué mujer está “*cumpliendo su deber*” y quienes están en algún estado *enfermizo*, que no está permitiendo que se cumpla con aquellos *deberes-naturales-maternales*.

En cierta medida, acá aparece una “*brutalidad*”²⁸ bastante similar a la que estudiamos en el acápite de culto mariano, ya que de alguna forma, y con la intención nuevamente de utilizar los conceptos de manera libre, este culto se instalaría como un discurso, un discurso que violenta al psiquismo, en este caso, de las mujeres que se encuentran recorriendo el camino de transformarse en madres. Con el objetivo de integrar ideas, creo posible -aún con el riesgo de estirar demasiado la teoría- que podemos hablar de **discurso culto-mariano**, ya que al igual que el discurso médico, en ambos existen lucha de fuerzas, saberes, prácticas, esquemas de comportamiento e instituciones específicas y propias.

Al igual que en lo correspondiente al discurso culto-mariano, existiría en el discurso médico una normatividad clara y firme. Si bien, en el marianismo, las imposiciones vienen desde prácticas y transmisiones remotas -unidas a enunciados como lo beatífico, la paciencia infinita, la misericordia y la autosuficiencia-, desde la medicina, y específicamente en lo que corresponde a la noción de “instinto maternal”, las imposiciones vendrían desde una naturaleza, desde una esencia femenina-maternal ubicada en la biología. Y ya que el discurso médico atiende en particular la enfermedad y la sanidad, aquella mujer que se

²⁸ Nuevamente utilizo el concepto “brutal”, en el sentido que le quise dar con la elección del epígrafe de la p.110. También lo explico en un pie de página (Supra p.114).

salga del estándar, sería calificada como “*mala madre*”, “*mujer con problemas mentales*” o cualquier otro rótulo que deje en evidencia su *anormalidad*.

La constricción psíquica a la mujer-madre, al igual que en el caso del discurso culto-mariano, vendría del lado de la dinámica intrapsíquica entre el yo, el ideal del yo y el superyó. Y tal como señalé antes, el “instinto maternal” se presenta como una gran contribución al superyó materno. Esta nueva idealización de la maternidad, instalaría esquemas: enfermas/sanas; acciones permitidas/acciones prohibidas; y sentimientos adecuados/sentimientos inadecuados.

Pasaré a revisar aportes de otros autores que me permitirán ingresar nuevas aristas y seguir con el desarrollo de mis ideas. Aproximándonos especialmente al tema de la expresión de la rabia y posibles conflictos en el manejo de este afecto -uno de los conflictos descritos por Blum (2007)-, Friday (1981, en Rodríguez, 2005) comenta que **la noción de instinto maternal es una tiranía**, ya que con ella se idealiza la maternidad más allá de la capacidad humana. Con esto, no se les permitiría a las madres hacer consciente aquella mezcla de amor y resentimiento, de afecto e irritación ante su hijo/hija, no habiendo espacio para estos aspectos. De este modo, podemos observar la privación de espacios para poner en palabras y elaborar la ambivalencia. Aquí quiero destacar un punto de unión entre discurso culto-mariano e instinto maternal: ambos llevan a la maternidad a un lugar idealizado *más allá de la capacidad humana*.

Así es como podemos continuar comprendiendo los niveles de malestar que pueden sentir tantas mujeres al observar que al estar en el paso de transformarse en madres, existe una exigencia social concreta y cotidiana, que opera desde una idealización extrema de la maternidad. Más aún, esta idealización está aferrada a un *atributo natural* que implicaría que este paso sea fluido, contando con todas las competencias y conocimientos necesarios como para llevar a cabo la totalidad de las tareas propias del cuidado de un bebé, y por supuesto, todo esto hecho a la perfección.

Además, como se percibiría este “instinto materno” como algo natural, ocurriría, algo muy injusto a mi parecer, pues entonces toda labor de madre preocupada y cariñosa, no sería fruto del esfuerzo, sino que algo natural que debe pasar así por norma.

Asociado a lo mismo, pero dicho con otro modo, Sau (1995) escribe:

“El amor maternal, como representante de lo femenino permitido, resulta paradójico: - Se infravalora al declararlo instintivo (a pesar de que está demostrado que no lo es). No cuesta, no requiere esfuerzo, por tanto no tiene valor. - Es una exigencia para las mujeres, a las que se acusará de “malas madres” y “desnaturalizadas” si no demuestran las formas de amor esperadas. - Se ridiculiza con benevolencia paternalista cuando las demostraciones maternas de afecto (orgullo materno, preocupación juzgada excesiva, expresividad que se considera exagerada, etc.) sobrepasan las expectativas paternas (pediatras, maestros, psicólogos). **Es la maternidad bajo vigilancia**” (p.103, la negrita fue agregada para este texto).

Así, remarcando la última frase de la cita, la maternidad se encontraría permanentemente bajo vigilancia, y dado esto, se nos aparece nuevamente y de forma ineludible, el rol del superyó con todo su poder de observación y castigo, con sus funciones como conciencia moral, vigilando y enjuiciando las acciones y los propósitos del yo (Freud, 1930[1929]).

Pensando en la normatividad implantada por los discursos, y las contribuciones superyóicas que hacen específicamente el discurso médico y el discurso culto-mariano, se nos presenta la potenciación de la figura superyóica materna, teniendo mucho que examinar y evaluar, para luego castigar, si es que no se está en el nivel que el ideal del yo manda. Nos podemos imaginar que en muchos casos donde aparece -tal como fue descrito en el acápite anterior-, el cansancio, la rabia, la necesidad de ayuda, y ciertas ideas personales que contradicen estos ideales culturales, se hace presente el escarmiento superyóico con fuerza.

Tomando las ideas de Foucault (2002) respecto al “panóptico de Bentham” (p.203), y orientándome a un producir creativo y libre desde estas conceptualizaciones, me parece que, finalmente, el hecho de que existan ideales y sanciones por no alcanzarlos del todo, tanto internamente -ideal del yo y superyó- como externamente -ideales culturales del discurso médico y mariano, y los juicios sociales- hacen que las mujeres-madres y las que están en el camino a serlo, estén **en el foco de la mirada, vigiladas y castigadas**. Además, desde la lógica de incomunicación del panóptico²⁹, me parece que hay algo del individualismo como rasgo de la práctica médica actual (Posadas, 2013) que lleva a las mujeres a tener ciertas dificultades para expresarse, hablar entre pares, preguntar y exponer sus estados, especialmente los emocionales. Es decir, me parece que el hecho de que existan estadísticas preocupantes³⁰ sobre la comunicación existente entre las mujeres-madres y los equipos de salud, y también con sus propias familias, tienen que ver con una conjunción superyóica, que las lleva a inhibirse, y preferir quedar en silencio, por miedo a lo que le puedan decir y sobre todo, por terror de lo que pueden *llegar a pensar de ellas*. Ya lo decía Freud (1930[1929]), una de las maneras de tratar de lidiar con las amenazas que vienen desde las regulaciones entre los seres humanos en sus relaciones en la cultura, es el aislamiento, ya que algo de sosiego se podría encontrar de ese modo.

Un caso específico que reúne estas características, es el descrito y analizado en el acápite anterior, acerca del período de amamantamiento que tuvo Sofía con su pequeña hija³¹. La paciente sentía vergüenza por no estar cumpliendo con lo que *se supone debería sentir* al alimentar a su hija. Ella esperaba sentir aquello que había sido transmitido por otros, un sentir parecido al “enamoramamiento”, algo que se supone que una *Buena Madre* debería

²⁹ En el modelo panóptico se impide la comunicación entre los encerrados. “Es visto, pero él no ve; objeto de una información, jamás sujeto en una comunicación” (Foucault, 2002, p.204).

³⁰ (Supra pp.34-35).

³¹ “no hubo luna de miel, me da pena, siento vergüenza de no haber estado enamorada de ella, lo que se dice de que una se siente en un estado como enamoramamiento con su hijo pequeño, a mi no me pasó” (Sofía).

experimentar. Así, podríamos evidenciar la noción de “instinto materno” en el ideal del yo de Sofía, y del mismo modo, la reacción castigadora del superyó.

No todas las mujeres tienen la misma relación con **los modelos o ideales** de feminidad y de maternidad. Algunas logran sentirse en paz, en armonía, entre lo que han creído elegir ser y lo que son; otras, en cambio, **sufren y se torturan** por miles de contradicciones entre lo que “deberían” y lo que creen ser (Dio Bleichmar, 2001). Sofía sin dudas, se ubicaba en este segundo grupo.

Pasando a otro aspecto que quiero desarrollar acá -también relacionado al discurso médico-, quiero que volvamos **al lugar del cuerpo**, tema que trabajamos inicialmente, y podamos sumarle a aquello, las ideas sobre la incomunicación entre las mujeres-madres, y la propuesta de inhibición como respuesta, usando el modelo panóptico referido por Foucault (2002).

Hasta el momento hemos podido abordar la noción de discurso, entendiéndolo como mezcla de saberes y prácticas que juegan un papel de poder en la cultura, la cual nos ha permitido reflexionar respecto al discurso médico en particular. Así, desde él hemos podido revisar un saber instalado alrededor del S.XVIII, que es la existencia de un “instinto materno”. Cabe destacar que es el mismo período en que se da partida a la medicina científica (Foucault, 2009a; Ureta, 2006).

Esta instauración, trajo al ámbito de la maternidad, una *biologización del sufrimiento* (Chatel, 1996), desconectándolo del nudo complejo en que está atrapado; “es universalizarlo por la decodificación dualista biomédica y aniquilar toda conducta sintomática que procure distinguirse” (p. 139). Es fácil identificar los antecedentes positivistas de la medicina, aspecto trabajado muy detalladamente por Foucault (2009a). Tal como hemos visto, este autor (op.cit.) nos presenta el **discurso médico** definido por la organización del campo perceptivo y de la posición que en él pueden asumir los sujetos. En este discurso, “el espacio de la experiencia parece identificarse con el dominio de la mirada atenta, de esta vigilancia empírica abierta a la evidencia de los únicos contenidos visibles”

(Foucault, 2009a, p.6). Así, el ojo pasa a ser el depositario y la fuente de la claridad (op.cit.).

Volviendo a nombrar las características enlistadas por Posadas (2013) - tomando el trabajo de Menéndez- tenemos: el biologismo; la ahistoricidad; la asocialidad; **el individualismo; y la eficacia pragmática**. Para continuar con el desarrollo de mis planteamientos, me detendré en estos últimos dos rasgos.

Con esta introducción, quiero referirme al lugar que tiene lo visible, lo pragmático y lo individual en el campo de la medicina de la maternidad. Zelaya (2003) citando a Bouchart-Godard (1992), señala que “en nuestra cultura occidental, a diferencia de otras culturas más primitivas, el parto se caracteriza por su sadismo” (p.23). La autora (op.cit) se refiere a la atención impersonal, al hecho de que se le aisle -a la madre- en una sala de trabajo de parto; “se la rasura, se le coloca un enema y se la instala en una camilla horizontal, todo ello para facilitar el trabajo del médico y para tener mayor control sobre el parto” (p.23). Zelaya (op.cit.) acentúa el hecho de que, esta modalidad de interacción, donde la mujer que va a tener a su bebé, queda absolutamente dependiente y pasiva, no favorece “su confianza, protagonismo y apropiación activa del evento para ser vivido como un acto creativo” (p.24). Tomándome de esto, quiero plantear que si bien, todos estamos conscientes de la importancia que tienen las intervenciones corporales, y la atención a las necesidades funcionales e instrumentales, éstas no satisfacen por sí solas otro tipo de necesidades, las cuales son de naturaleza afectiva.

Al hablar de lo más propio del ser mujer, de lo femenino más nuclear, Emilce Dio Bleichmar (2001) rescata una puntualización de Baker Miller (1984), donde señala que ser mujer tiene que ver sobre todo con “sentirse capaz de tener y mantener una relación humana, **una relación afectiva**, ser parte, sentirse incluida en un encuentro amoroso” (p.82, la negrita fue agregada para este texto).

Lo anterior, de alguna u otra forma, nos lleva a potenciar nuestra idea de la relevancia que debieran tener las necesidades afectivas de las mujeres embarazadas, que ha sido nombrada a lo largo de este trabajo. No obstante, tal

como hemos visto, el foco de la práctica médica -y su discurso- se encuentra en la mirada, en lo objetivo, en los signos evidentes y perceptibles. Y claro, cuando nosotros estamos hablando de “lo afectivo” ciertamente estamos en un ámbito, que si bien, a veces tiene expresiones visibles y palpables, en general, es algo interior, subjetivo e “invisible”.

Respecto a la depresión postparto específicamente, como un estado de dolor psíquico en la maternidad, vemos corrientemente como a pesar de la escasez de hallazgos biológicos y la creciente evidencia de los factores psicológicos -tanto de la infancia como de la vida presente-, la literatura médica sigue haciendo, muchas veces, mayor hincapié en la primera de éstas, es decir, en lo biológico, pasando con frecuencia por alto lo psicológico (Blum, 2007).

Michel Foucault (1988) ya nos planteaba que “la patología mental” exige métodos de análisis diferentes de los de la “patología orgánica”, y que era más bien un *artificio del lenguaje* “entregarle la misma significancia a las <<las enfermedades del cuerpo>> y a las <<enfermedades del espíritu>>” (p.20).

En cuanto a esta temática, Aceituno y Bornhauser (2005) comentan:

“Progresivamente, bajo la influencia del propio psicoanálisis –pero cuyos antecedentes venían ya preparados por la psicopatología dinámica de fines del siglo XIX (Janet, Charcot, Bernheim, entre otros)- así como del desarrollo de la psicología clínica y de la psicoterapia durante el siglo XX, la mirada y la escucha clínica se fue centrando cada vez más en las afecciones del sujeto mismo, y no exclusivamente en los síntomas o en los fenómenos psicopatológicos descritos por la psiquiatría clásica. Es en este contexto que se sitúa desde entonces el problema ya no sólo de la enfermedad sino de la *salud mental* o del *desarrollo psicológico*. (pp.113-114).

A propósito de esto, Zelaya (2003) plantea que el sostén psicológico y apoyo ambiental que la mujer reciba, junto con su familia -padres, pareja y otras mujeres de su entorno familiar- debe también incluir al equipo médico, ya que en conjunto cumplen una función significativa de contención y ayuda para elaborar e

integrar la experiencia que están viviendo. Si bien, yo considero que así sería la mejor manera de apoyar a las mujeres que van a ser madres, nos encontramos con un problema ¿De qué manera se puede hacer cargo la medicina de una necesidad que va más allá de lo que la mirada puede percibir y de lo que el pragmatismo puede atender? Aquí es donde planteo la necesidad de tener equipos capacitados y especializados en “psicología de la maternidad”, pero no sólo como equipos “de apoyo” o “de urgencia” en situaciones donde una madre puede requerir de atención psicológica por un estado afectivo puntual, sino que equipos de profesionales de la salud, que comprendan la complejidad de lo humano, y por ende, que participen en la generación, implementación y ejecución de espacios reales para la diversidad de necesidades que existe de parte de las mujeres-madres o de las que están transformándose en una.

Defiendo la necesidad de re-pensar cómo la medicina -y las instituciones médicas- se está haciendo cargo de la maternidad, ya sea en el ámbito privado como en el público, pues, tal como hemos podido ir viendo en este recorrido, existen necesidades que van más allá de lo meramente corporal, que tienen que ver con la capacidad de escucha, con la posibilidad de abrirse a los elementos que pertenecen al “lado B de la maternidad” y que tantos profesionales esquivan, ya sea por ideología, por ignorancia, por prejuicios, o por otras razones.

Y se preguntarán, ¿en estos equipos de profesionales, habría espacio para los psicoanalistas? Mi respuesta es sí. En este desafío o aspecto de mejora que estoy planteando, me parece fundamental la presencia del psicoanálisis, ya que creo que los esfuerzos deben volcarse a ampliar la mirada respecto de las embarazadas y las mujeres que acaban de ser madres hacia el <<factor humano>> como lo nombra Chatel (1996).

Esta autora (op.cit.) dice que existe, en las instituciones dedicadas a la salud -y en específico en lo referido a la maternidad y la procreación-, una polémica rivalidad entre el saber proveniente del psicoanálisis y el originado por la medicina. Marie-Magdeleine Chatel (op.cit.) caricaturiza esta rivalidad, diciendo

que las dos posiciones sería: “*Todo puede decirse*” -desde el psicoanálisis- y “*Todo es sustancia calculable*” -desde el discurso médico-.

En efecto, una de las razones de por qué creo que deben existir psicólogos psicoanalistas, además de otros colegas de otras escuelas o corrientes teóricas, en estos equipos de profesionales dedicados a trabajar en las maternidades, es porque considero que epistemológicamente el psicoanálisis se ubica -tal como lo nombré en otro lugar de este texto-, más cerca del racionalismo y de la hermenéutica, entregando la posibilidad de atender a aquellas mujeres, desde otra posición y otra escucha. La medicina, fuertemente instalada en bases positivistas (Foucault, 2009a), cumple con entregar los resultados que se esperan en términos de práctica y tecnología. Pero, es necesario que existan profesionales que estén situados desde otro paradigma, para responder de mejor forma, a otros ámbitos de la complejidad humana, como por ejemplo, las conflictivas psíquicas, las ansiedades, los miedos y temores que emergen en miles de mujeres que van a ser madre.

Como un ejemplo de las complejidades que nos podemos encontrar en la “psicología de la maternidad”, Zelaya (2003) indica que aparece la necesidad de entender la psicopatología puerperal -y en especial la depresión postparto-, como un fenómeno integral, en el cual participan “factores internos, provenientes de la historia individual de la madre, y de factores externos, que tienen que ver con las posibles complicaciones del parto, o del entorno, y sobre todo con el grado de contención y “reverie” (Bion, 1962) que proporcione la familia y la cultura” (p.61).

Estoy consciente de que mi propuesta es algo difícil de concretar en nuestro contexto, ya que el discurso médico suele estar ampliamente arraigado en las instituciones de salud; y las personas, en general, quedan atrapadas en la transferencia con el médico (Chatel, 1996). También sé que estamos en un sistema político-económico que privilegia “lo express” y que pocas veces entrega instancias para financiar proyectos con este tinte “alternativo”. Asimismo, entiendo las limitaciones presupuestarias que pueden tener los establecimientos de salud pública. Pese a todo aquello, escuchando las experiencias de mis pacientes, de

mis familiares y de mis amigas, y en general, de las mujeres que han tenido la experiencia de tener un hijo/a, creo que es necesario, por todas las razones que he podido ir mostrando a lo largo de este acápite, que valdría la pena, reflexionar al respecto y re-pensar qué está haciendo la medicina con la maternidad. Tal como lo indica Rosfelter (1994), es necesario alentar cotidianamente una escucha más sensible a las preguntas, cuestionamientos e inquietudes que las madres tienen ante el nacimiento de un hijo, y considero que aquello no es algo que sea muy frecuente, por lo menos en la actualidad. Como plantea Pender (2006), las intervenciones pueden ayudar no sólo a las madres que necesitan ayuda desesperadamente, sino a todas las madres.

4.3.2. Una experiencia personal: Maternidad del Hospital X

“Habitualmente la salud de la mujer cobra sentido y es cuidada en función de su gesta (en las embarazadas, se refiere). Pero en estos cuidados indispensables ella es pensada más como un objeto que como verdadero sujeto de la maternidad”
(Burin, 1987 en Sau, 1995, p.102)

“En el embarazo las emociones eran más intensas, si hay rabia, más rabia, si hay pena, más pena, todo súper intenso”;
(Nataly, 23 años, madre primeriza)

En el mes de Enero del año 2011, junto a Paulina Cortés Gutiérrez, amiga y Musicoterapeuta de la Universidad de Chile, que trabaja en el Centro de Salud I. Municipalidad de Lo Barnechea, presentamos una propuesta de trabajo, en modalidad de pasantía ad honorem, al área de Maternidad de un hospital público de la capital, establecimiento de salud que recibe a personas de sectores vulnerables de la ciudad de Santiago. Les ofrecimos llevar a cabo intervenciones musicoterapéuticas con madres embarazadas. Este proyecto lo llamamos: *“Taller de vinculación madre-hijo/a en período prenatal: la musicoterapia como estrategia*

psicoterapéutica de acompañamiento y fortalecimiento en el proceso de vinculación de una madre con su hijo o hija que está por nacer”.

El objetivo que propusimos para el taller fue acompañar y apoyar a mujeres embarazadas para responder preguntas, permitirles expresarse, y así intentar ayudar a fortalecer la vinculación emocional con su hijo o hija que está por nacer. También hipotetizamos que este tipo de trabajo, realizado de forma sostenida, podría ayudar a prevenir cuadros ansiosos y depresivos post-parto, y patologías vinculares que afectan la estabilidad psicológica, tanto de la madre como de su bebé, y sabemos además, que de todo su círculo cercano. Las “pacientes foco” fueron identificadas como mujeres embarazadas, idealmente primerizas, que se encontraran entre el 4to y el 7mo mes de embarazo, y se estimó que el número ideal de participantes sería entre 6 y 8 mujeres. La duración total sería de 10 a 12 sesiones, en una primera instancia, número que quedaría a definirse según la cantidad de inscritas y factibilidad.

En esta propuesta inicial también señalamos aspectos metodológicos, describiendo el proceso del taller en 3 etapas:

1era Etapa - Inicio y Fase Diagnóstica: fase en la cual se conforma el grupo, se diagnostica el estado psicológico de cada una de las mujeres participantes y se establece el encuadre que se utilizará para efectuar la totalidad del taller. Se realizan los acuerdos para trabajar de la mejor forma posible. Se informa sobre la confidencialidad del proceso.

2da Etapa - Desarrollo del Proceso Musicoterapéutico: fase donde se utilizan las técnicas propias de la Musicoterapia para facilitar el contacto de las mujeres embarazadas con las ilusiones, ideas, temores, angustias, alegrías, frustraciones y satisfacciones que tienen asociadas a su embarazo y el pronto nacimiento de su hijo/a. En esta etapa sería fundamental generar un proceso activo, fluido, serio y profundo, donde las actividades tengan un carácter terapéutico vivencial.

3era Etapa - Cierre del Proceso Musicoterapéutico: fase final donde se terminan de procesar los temas que han sido abiertos a lo largo del taller, y se sacan las conclusiones grupales y personales de esta experiencia psicoterapéutica.

Si bien, tuvimos una buena acogida de parte de la matrona Encargada del Área, nos encontramos con una realidad que distaba bastante de las condiciones necesarias para llevar a cabo un taller para mujeres embarazadas con estas características, objetivos y metodología. La Encargada del Área nos señaló que existían algunos inconvenientes, dentro de los cuales estaban: problemas de transporte de las pacientes; algunos problemas estructurales del hospital; el hecho de que no siempre era constante la asistencia a controles de embarazo por parte de las pacientes -lo cual tornaba menos posible aún llegar a constituir un grupo de mujeres embarazadas que participara en un taller de aproximadamente 10-12 sesiones, de una hora y media cada sesión-; y que no siempre se contaba con un lugar físico como para poder efectuar cada sesión -por lo cual no era posible establecer un setting, con la estabilidad y continuidad que se requería-.

Luego de leer el proyecto y evaluar la situación, la Encargada del Área nos indicó que la única posibilidad que ella veía factible era que pudiéramos hacer “mini-talleres” de una hora y media de duración máxima, pero no con mujeres embarazadas sino con madres puérperas que estuvieran hospitalizadas y que recién acabaran de dar a luz en las últimas 24 ó 48 horas. Esto implicaba que cada semana habría un grupo diferente. Ya no sería un grupo permanente. Nos plantearon que si bien el proyecto que traíamos al comienzo era una buena iniciativa, no era posible en ese momento poner en marcha una propuesta así, pues no se contaba con recursos económicos ni estructura suficiente para aquello. Dado esto, y haciendo una evaluación con un necesario examen de realidad, nos indicaron que podíamos contar con el apoyo del equipo de Chile Crece Contigo del hospital, y que le contáramos nuestra decisión.

Las limitaciones y problemas técnicos y éticos se nos presentaron de inmediato. ¿Qué se lograría hacer en una actividad de una hora y media? ¿Qué pasaría con las madres que necesitaran seguir un proceso luego de abrir

temáticas sensibles en estas instancias terapéuticas? ¿Podía producirse un efecto contrario al buscado, es decir, al fortalecimiento del vínculo madre-hijo/a? ¿Era necesario cambiar nuestros objetivos? ¿Debíamos o no ajustar nuestro proyecto a las condiciones y recursos existentes en aquel hospital? Después de pensar al respecto, tomamos la decisión de reformular nuestro proyecto, ya que si bien, no podíamos pretender cumplir con los objetivos inicialmente planteados -pues no había ni disposición profesional, ni técnica ni política-, sí teníamos la posibilidad de darle a aquellas mujeres un espacio para hablar y expresar sus vivencias relacionadas al hecho de estar a pocas horas del nacimiento de sus bebés. Intuíamos que no existía ningún tipo de instancia como esa, y en ese escenario, ya el hecho de ofrecer un lugar de escucha podía ser un aporte. Así, sin aspirar a generar cambios significativos, ni profundos, consideramos *suficientemente bueno* para ellas, tener una acogida a sus ideas, emociones, dudas, miedos y temores, aunque fuera en una hora y media.

Construimos un proyecto que intentó dar respuesta y solución a nuestras aprensiones y limitaciones concretas. Las sesiones se llevarían a cabo los días miércoles de los meses de marzo y abril del año 2011, entre las 14:30 y las 16:00 hrs. La sala debía ser elegida cada semana, ya que dependía de factores ajenos a nosotros, y la matrona Jefa de Turno era la que debía asignar en cuál de las 3 salas de hospitalizadas iba a ser la sesión. Luego de que esta elección fuera realizada, la psicóloga Encargada de Chile Crece Contigo pediría permiso y entraría a explicar la actividad a grandes rasgos y a presentarnos. Una vez presentados, plantearíamos el encuadre de la sesión, indicando: hora de inicio y término; planteando las etapas de la sesión; explicando que era una instancia de participación voluntaria; y precisando que si existía alguna de las presentes que requiriera seguir conversando o que le quedaran dudas o inquietudes podían contactarnos por medio de las personas que componían el equipo de Chile Crece Contigo del hospital, y podíamos tener consultas individuales de consejería o psicoterapia -dependiendo de cada caso- posteriores a esta sesión grupal de musicoterapia. Tanto el trabajo en estos “mini-talleres” como las eventuales

consultas posteriores serían una actividad completamente voluntaria de nuestra parte (ad honorem).

Ahora, me referiré a otras características del encuadre. Cada sesión estaba compuesta de 3 momentos, a saber: 10 minutos para presentarnos y para escoger instrumento; 40 minutos de trabajo con instrumentos musicales; y 40 minutos finales para verbalizar y “poner en palabras” la experiencia.

Cabe señalar que en las 5 sesiones que pudimos realizar efectivamente, era bastante diversa la cantidad de mujeres que participaba, ya que a veces había 4 madres en la sala y otras veces había 10. Otro aspecto a considerar, era que en algunas ocasiones habían mujeres que estaban con sus bebés en brazos, otros estaban en la cuna, y en otras situaciones ocurría que había madres que estaban sin sus hijos, ya que éstos estaban siendo examinados o bañados.

Todo este preámbulo descriptivo me pareció necesario hacerlo para dar cuenta del contexto en el cual tuvimos la oportunidad de llevar a cabo estas intervenciones o “mini-talleres” como fueron bautizadas por la Encargada del Área de Maternidad. Sin ánimo de seguir profundizando en la metodología, sus fundamentos y los pormenores que ocurrieron cada día, me interesa plantear, cómo esta experiencia personal se enmarca en el apoderamiento de la maternidad por parte de la medicina.

Para esto, comenzaré diciendo que no fue fácil llevar a cabo estas instancias, ya que si bien, estábamos movilizados por nuestro deseo, ocurrieron tantas faltas de respeto y descoordinaciones, y visualizamos tan poco interés de parte del equipo profesional de la maternidad, que nuestra motivación fue en descenso. Es aquí, donde me hace mucho sentido la propuesta foucaultiana de que las prácticas discursivas crean y mantienen el discurso imperante. Este proyecto estaba alejado de las técnicas y esquemas de comportamiento del discurso médico, y la institución hizo notar la incomodidad, mostrando evidentes resistencias.

Cuando me refiero a faltas de respeto, hablo de enfermeras que entraban en medio de la sesión a llenar fichas, personal administrativo que, sin tocar la puerta interrumpían para preguntar alguna cosa; y con descoordinaciones, me refiero a algún día en que no se pudo llevar a cabo la sesión en la hora prevista, por olvidos administrativos. De esta manera, sentimos en varios instantes que lo que estábamos haciendo no significaba mucho para el equipo de la maternidad, y pese a que mostramos interés en reunirnos y desarrollar otras iniciativas, no vimos deseo en ellos. De hecho, más que ser un aporte, en varios momentos nos sentíamos estorbando ante “*las prioridades*”.

Pese a que desde lo institucional, pudimos vivir encarnadamente algunas consecuencias del discurso médico, especialmente en las prácticas discursivas, la experiencia con las madres fue hermosa y muy gratificante. Si bien, en un comienzo mostraban extrañeza ante nuestra invitación a “hablar” y utilizar inicialmente instrumentos musicales para dar cuenta de su estado afectivo y las emociones que estaban presentes en ellas, podría decir que casi todas las mujeres-madres que participaron, se involucraron y aprovecharon aquella instancia.

Retomando algunas ideas desarrolladas en este trabajo, era muy interesante observar cómo ellas mostraban interés en *ser escuchadas* sin juicios de valor y poder compartir con otras madres, que muchas veces, se encontraban en situaciones bastante similares. A este respecto, vale la pena indicar que en la mayoría de las sesiones realizadas, pese a estar todas dentro de una misma sala - hasta 9 ó 10 mujeres-madres por sala- las participantes no habían interactuado con las compañeras de habitación, ni siquiera intercambiando sus nombres.

La cara de susto e inseguridad con que nos recibían, al comienzo de cada sesión, más este aspecto de incomunicación, me hace recordar la idea señalada más atrás respecto al panóptico (Foucault, 2002). Para ellas era novedoso y tranquilizador que nosotros estuviéramos ahí para escuchar, entregar contención y responder preguntas, sin hacer juicios ni comentarios que pudieran ser vividos como agresión o crítica, en tanto *vigilantes-de-la-correcta-maternidad*.

Hasta la fecha recuerdo a muchas de aquellas madres, que durante noventa minutos se abrieron a la invitación de sentir, conectarse con sus necesidades afectivas más urgentes, y que tuvieron la confianza de compartir sus miedos y sus inquietudes. Si bien, en un inicio había algo de vergüenza y timidez, aquellas mujeres se sintieron escuchadas, y expresaron su sentir, y con mucho respeto escucharon a sus compañeras de habitación, que hasta hace unos minutos eran unas desconocidas, con las cuales, pese a no haber ninguna muralla ni biombo físico entre ellas, no había habido interacción.

Para ir cerrando este acápite, que pretendió simplemente mostrar una experiencia profesional personal en relación al tema de la maternidad en el discurso médico, quisiera compartir algunas de las palabras que aquellas mujeres-madres pudieron decir en estas instancias de escucha y contención.

- Cristina (26 años): *“No es que sea una carga tener un hijo, pero implica harto trabajo”*.

- Alejandra (32 años): *“Este hijo nos unió como familia, yo no estaba con mi pareja, y ahora estamos todos juntos”*.

- Graciela (20 años): *“se siente mucha presión de todos cuando se enteran que una va a ser madre”*.

- Rosa (39 años): *“me daba lo mismo si me ponía gorda, fea... esto es algo maravilloso”*.

- Ana (22 años): *“el sexo de la guagua pasaba a un segundo plano, lo único importante es que naciera bien... igual se echa de menos adentro, se siente el vacío acá adentro”*.

- Carolina (35 años): *“Tener un hijo es puro amor”*.

- Juana (27 años): *“Cuando supe dije: “¡NO!... mi papá se va a enojar porque vine a Chile a solo tener hijos... ¿qué hago?”*.

- Constanza (19 años): *“Cuando supe que estaba embarazada fue un alivio... estaba con una depresión y para no sentirme sola decidí tener un hijo”*.
- Maira (22 años): *“Tenía temor de entrar a la operación, miedo de todo, era como frío todo... yo no lo tenía dentro de mis planes, pero cuando escuché sus corazones, los quise”*.
- Jocelyn (20 años): *“A veces me da penita porque no sé cómo puedo ayudarlo... no sé cómo va a ser llegar a la casa solita ahora”*.
- Claudia (18 años): *“Después vale la pena todo lo que tuve que pasar... solo una mujer puede saber lo que se siente tener algo vivo dentro”*.

Después de llevar a cabo esta experiencia reformulada, bastante distinta a la idea original, hay dos cosas que pudimos concluir con mi compañera de proyecto. Confirmamos el hecho de que era una buena idea ofrecer estas sesiones a algunas de las madres que habían tenido hijos en aquel hospital, ya que recibimos varias muestras de agradecimiento por el solo hecho de haberlas escuchado y haber dado espacio a la expresión de las emociones y sentimientos que estaban presentes en ellas en ese momento de su vida. También recibimos retroalimentación positiva de algunos profesionales del área. Y lo segundo, muy asociado a lo anterior, fue darnos cuenta de que, tanto para las madres como para las personas que trabajaban en aquel lugar, esta experiencia era vista como algo novedoso, ya que junto con los problemas médicos y sociales que presentaban algunas de las puérperas y sus hijos/as, más la carencia de recursos económicos y humanos, existía poco tiempo y disposición para ofrecer espacios contenidos y estructurados que permitieran a aquellas mujeres-madres mostrar lo que les había estado pasando, lo que les pasaba y lo que creían que iba a pasar en el futuro. Nos quedó muy claro que existen pocos espacios para aquello, y que es una necesidad muy grande para muchas mujeres que comienzan a vivir, ya sea la primera, la segunda o la tercera vez, la experiencia de ser madres.

Es por esta razón, que vuelvo a señalar que, a mi entender, el problema más grande que existe respecto al discurso médico en relación a la maternidad, es

que no se reconocen como una necesidad primordial, las necesidades emocionales: la contención afectiva; la elaboración de conflictivas psíquicas en torno al hecho de ser madres; el promover la interacción con otras madres; la entrega de espacios para que puedan hacer preguntas o resolver cuestionamientos y dudas sobre la maternidad, etc.

Es cierto que no se pueden abarcar todas las problemáticas de este ámbito, y menos en instituciones que no cuentan con recursos -humanos y económicos- como para implementar programas completos y sostenidos en el tiempo, que intenten aproximarse a las complejidades humanas que se ponen en juego en la experiencia de la maternidad -orientándose a velar por el bienestar integral de las mujeres que están en el camino de la maternidad-. Sin embargo, pienso que vale la pena seguir reflexionando sobre estos asuntos, ya que los profesionales de la salud mental tenemos la responsabilidad de abrir paso a estas temáticas, que si bien, se distancian del discurso médico, responden a necesidades de igual -o a veces mayor- importancia que las netamente biológicas y pragmáticas.

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES FINALES

Las mujeres que son madres y las que están en el proceso de transformarse en madres, al igual que todos los seres humanos, viven en sociedad y son parte de la cultura. Esto hace que sus malestares y desdichas -al igual que las de todos/as- vengan de tres fuentes posibles nombradas por Freud (1930[1929]): el propio cuerpo; la fuerza hiperpotente de la naturaleza; y las regulaciones que se intentan configurar entre las personas para su relacionamiento y convivencia.

Aquí, hemos podido trabajar en torno a los malestares que producirían dos constrictores culturales específicos, a saber: el culto mariano y el discurso médico. Por una parte, el culto mariano -que también podemos llamar, según todo lo estudiado en este texto: discurso culto-mariano- instala una beatificación de la maternidad, donde la mujer queda volcada a su hijo/a, “*bombardeada*” -uso esta palabra para mostrar la violencia que observo en aquello- por una serie de atributos y cualidades que debe cumplir rigurosamente. Algunas de ellas serían tener una paciencia eterna, una misericordia absoluta, generosidad, humildad, paz, y capacidad de entrega y sacrificio. Todo esto muestra que se les exige ser, tal como lo he nombrado antes: *madres sobre-naturales*.

En relación **al discurso médico**, pudimos abordar el peso que van teniendo las prácticas y los saberes, que configuran discursos que subjetivan. Así, teniendo un lugar principal la mirada -lo perceptible-, el cuerpo toma el protagonismo, en tanto objeto de estudio, que permite referirse y conjeturar, respecto a lo que es enfermedad y lo que no lo es. Pudimos ver cómo sin que el embarazo y el parto, y en general, la maternidad, sean una enfermedad, la medicina se ha apoderado de este ámbito, manteniendo una estricta vigilancia de todas las *etapas y procesos corporales* de este período de la vida de muchas mujeres, en pos de *la sanidad*, tanto del cuerpo de la madre como del de su hijo/a. Así, el discurso médico -con su biologismo, concepción teórico-evolucionista heredada del positivismo-, instala desde sus enunciados la idea del “**instinto materno**” como supuesto *atributo femenino biológicamente determinado*. Este “instinto” naturaliza y pone en un nivel

de fluidez y obviedad el proceso -muchas veces complejo y lleno de malestares diversos- que las mujeres viven en su transformación en madres. Este “instinto materno” -de igual forma que el discurso culto-mariano- lleva la maternidad a un ideal transmitido “*transgeneracionalmente*”, por lo que debería estar presente en todas y cada una de las mujeres-madres. La exigencia desde este discurso y sus particularidades, es “ser normal”, es decir, cumplir con las conductas, actitudes y emociones que están dentro de la *normatividad-instintiva-de-las-madres*. La mujer que no cumpla con esto, pasará a ser indicada y rotulada como “*mujer anormal*” o “*madre desnaturalizada*”.

Estas exigencias e imposiciones, de cada uno de estos discursos - constrictores culturales-, en tanto valores sociales, conformarían y estarían presentes, de alguna forma, en el **ideal del yo** de las mujeres. Es decir, estos *deberes maternales*, que además quedan enlazados directamente con lo femenino y el ser mujer, marcarían en el aparato psíquico, el estándar deseado y el norte al que tendrían que aspirar. Recordando la conceptualización de Guyomard (2013) en relación a “La Madre”, podríamos decir que estos constrictores culturales - *determinantes y subjetivantes*- obligan a un sometimiento, el deber de igualar a “La Madre”, aquella figura idealizada y sobre-natural, que en tanto reúne todas las cualidades y virtudes “*sagradas*” y “*naturales*”, es lejana e imposible de alcanzar. Así, trayendo a colación la idea foucaultea de que los discursos subjetivan, podemos pensar sobre la desdicha que puede traer esa posición subjetiva en relación a algo *objetivista* e inalcanzable. Y es acá, donde luego de haberme referido al ideal del yo, es necesario incluir a la instancia psíquica constrictora por excelencia, **el superyó**.

Esta instancia psíquica, que Freud (1930[1929]) definió como la “institución de la autoridad interna” (p.133), funcionaría -según mi entender- al modo del *vigilante del panóptico* (Foucault, 2002), patrullando y castigando todo funcionamiento psíquico que se distancie del ideal del yo, que a su vez contiene los ideales culturales, discursados -según lo trabajado en esta tesis- en el **discurso culto-mariano** y en el **discurso médico**. Tal como lo tratamos

anteriormente, las características del superyó dependerán de la constitución psíquica o “personalidad” de cada una de las mujeres-madres o mujeres que estén en el proceso de transformarse en una. Algunos superyó destacarían por su sadismo.

Es por medio del superyó, y su constante comparación con el ideal del yo - que dentro de su composición integra estos valores colectivos-, la forma en que estos factores culturales -en la modalidad de discursos- **logran constreñir el psiquismo materno**, imponiendo, tal como ha sido indicado más arriba, *modelos idealizados sobre-naturales*. Aunque desde el discurso médico del siglo XVIII haya nacido con fuerza la idea de “instinto materno”, el cual sería de carácter *natural*, se podría plantear la idea de que aquel *instinto-materno-natural* es más bien *sobre-natural*. De esta manera, defiendo la propuesta de que aquel supuesto instinto es una construcción, en tanto enunciado, que es parte de los esquemas de comportamiento e instituciones del discurso médico, que crean y mantienen las prácticas discursivas de este constrictor cultural.

Los discursos vienen a definir, normar, ordenar y priorizar distintos aspectos de la vida de las personas. Y en este sentido, trayendo las ideas de Freud (1930[1929]) respecto a las amenazas que tiene el ser humano, estos discursos recuerdan la amenaza enumerada en la posición tercera, a saber, *las amenazas que nacen desde **la insuficiencia de las normas** que regulan los vínculos recíprocos entre las personas en la familia, el Estado y la sociedad*. Es así como es posible señalar que si bien, el discurso médico intenta “resolver” las amenazas que emergen desde el propio cuerpo, genera un gran riesgo de desdicha, en lo que corresponde a **las normativas con que se vive en sociedad**, y las reglas construidas para interactuar y convivir. En efecto, tal como pudimos desarrollar en el acápite entregado al análisis del discurso médico, habría dos maneras en las que éste atenta contra la dicha o felicidad de las mujeres-madres: una, sería desde la imposición de un ideal en la maternidad, a través del constructo de “instinto materno”; y otra sería, la falta de espacio para una mirada, o mejor dicho *una escucha*, orientada a otros aspectos del ser humano, que según

lo que he podido decir acá, no tienen entrada necesariamente desde una mirada positiva y un esfuerzo pragmático. Me refiero acá a la falta de atención a las necesidades afectivas, ya que en este discurso, encuentran más bien, una alta satisfacción las necesidades instrumentales asociadas a la salud del cuerpo-biológico.

Ahora, hablando desde las conflictivas planteadas por Blum (2007), el discurso médico -como constrictor cultural al psiquismo materno-, influiría mayormente en los conflictos que tienen relación con el manejo de la rabia y la dependencia. Respecto a los primeros -conflictos con el manejo de la rabia-, **el ideal del “instinto maternal” instauraría una sanción superyóica** bastante grande si es que se toma contacto con la ambivalencia -característica propia de las relaciones humanas-, ya que no hay espacio, desde este constrictor, para sentir rabia, ni enojo, ni mucho menos odio por el hijo/a. Asimismo, en el discurso médico, orientado al pragmatismo y al individualismo (Posadas, 2013), con escaso lugar para hablar de las emociones y las necesidades afectivas, no habría prácticas comunicativas con pares -otras mujeres-madres- ni menos con los propios médicos, como para que las mujeres que se enfrentan a estas vicisitudes, puedan desahogarse y/o preguntar sus dudas al respecto.

En relación al conflicto con la dependencia, pasaría algo similar, ya que el “instinto maternal” posiciona a la mujer-madre en un lugar de saber respecto a lo que es la maternidad, *un saber biológico*, por lo que teniendo este *instinto* no necesitaría más nada como para desenvolverse con claridad, fluidez y armonía. Esta constricción cultural al psiquismo materno, obligaría a mantenerse independiente en el *quehacer maternal*. El discurso médico -tal como se dijo anteriormente- no entrega oportunidades para el compartir y el dialogar acerca de la colaboración y la necesidad de apoyo que se requiere, haciéndose notar, especialmente, los rasgo de asocialidad e individualismo nombrados por Posadas (2013).

Siguiendo con el foco en los conflictos intrapsíquicos identificados por Blum (2007) como aspectos presentes comúnmente en las mujeres-madres que

desarrollan una depresión postparto, pero ahora leyendo el impacto **desde el discurso culto-mariano**, vemos lo siguiente. Con respecto a las conflictivas con identificaciones maternas, es posible pensar en **restos remotos de lo femenino contruidos alrededor de la imagen de la Virgen María**, pudiendo ser transmitidos transgeneracionalmente, al modo de aspectos de lo femenino, en estrecha unión con lo materno. Así, se podría hablar de *un modelo identificador materno*, en el cual, podrían analizarse las otras dos conflictivas investigadas por Blum (op.cit.). Por una parte, conflictivas con el manejo de la rabia, donde por el peso de los altos y exigentes atributos cargados a la imagen Santa y Beata de la Virgen María, sólo habría lugar para la paciencia y la misericordia, en su más alto nivel. Y por otra parte, estarían los conflictos con la dependencia, en tanto la transmisión identificada de aquel modelo femenino instalado por el culto mariano, queda identificado con la autosuficiencia, según el ícono mariano-latinoamericano de *madre-sola-presente*.

De acuerdo a lo anterior, es posible decir que, en tanto estos dos constrictores están formalizados en discursos, contienen estructuras y estatutos normativos, que orientan -en general, con un tono poco feliz- hacia una manera de ser -y es en este sentido que subjetivan-, ya que posicionan al sujeto según los propios esquemas del discurso. Van marcando sus ideales, su verdad y juegan en el campo del poder; finalmente la lucha estaría por *La Verdad*.

Aquí valdría la pena recordar que Freud (1930[1929]) comenta que ninguno de los caminos que puede tomar el ser humano, asegura alcanzar todo lo que anhelamos, ya que la infelicidad o la desdicha estarían presentes, desde diferentes fuentes generando posibles malestares. En esta línea, el autor dice que “sobre este punto no existe consejo válido para todos; cada quien tiene que ensayar por sí mismo la manera en que puede alcanzar la bienaventuranza” (p.83). De esta forma, podemos identificar una *falsa promesa* de los discursos estudiados, ya que finalmente, pese a señalar “*las ganancias*” -en el caso del discurso culto-mariano, la promesa de ser una Buena Madre y/o la posibilidad del contacto con lo divino-de-la-maternidad; en el caso del discurso médico, la

identificación del correcto-modo-de-ser-madre a la luz del “instinto maternal”-, no existe un camino o consejo válido para todas las mujeres en su desafío de transformarse en madres. Según esto, y tomando algunas ideas de Pascale Rosfelter (1994), señalo que el proceso que cada mujer vive al transformarse en madre, requiere de la posibilidad de ir creando cada día, una forma particular de acercarse a *su verdad*, y a su manera de *ser-una-madre*, tan diferente a aquello que hemos identificado como “La Madre” y “La Verdad”.

En este sentido, los ideales de la maternidad -insertados en los discursos estudiados- no llevarían a la felicidad de las madres, pues como no hay consejo único, tampoco habría una unidad-materna o un camino-materno que asegurara tan anhelada dicha. Así, puedo proponer acá, dejar de hablar de “La Maternidad”, pues me parece que esta forma de referirse al camino que hace una mujer-madre con su hijo/a, va en la misma serie de “La Madre” y “La Verdad”, pudiendo articular algo así -aunque pudiera ser poco preciso- como un *discurso de la maternidad*. Si con Guyomard (2013) vimos la necesidad de abandonar aquel *lugar simbiótico* con “La Madre”, para poder pasar a construir un propio estilo de ser *una madre*, creo que se hace necesario comenzar a hablar de **“las maternidades”**, distintas y diversas formas de vivir y experimentar *la maternidad*, existiendo *una* maternidad, con *una* verdad, y un estilo de ser *una* madre para cada una de las mujeres que están en el proceso de transformarse en *una*. Desde mi entender, tomando el consejo de Freud (1930[1929]) sobre no poner todo el capital en un solo lugar, considero que en tanto la maternidad es constreñida por discursos normativos y uniformadores, se hace urgente sacar esta idea única y generalista -“La Maternidad”-, para pasar a identificar subjetividades diversas y heterogéneas, distintas maternidades, donde puede existir, conviviendo de variadas formas la agresión, la dependencia y las identificaciones con la propia madre, intentando sacar estas dimensiones de lo estrictamente *“conflictivo”* como *“patológico”*, para pasar a verlas como dimensiones finalmente de lo humano, sin elevar los estándares a posiciones *divinas* y *naturalizadoras*, que en vez de enriquecer al psiquismo materno, más bien lo castigan y constriñen.

Relacionado a lo anterior, me parece fundamental, hacer parte del estudio de las maternidades, tanto el “lado A” -que incluiría la alegría, la plenitud y la satisfacción-, como el “lado B” -compuesto por los sustos, la incertidumbre, la angustia, la pena y la rabia-, ya que pese a que este último, genere incomodidad y resistencias en los discursos imperantes -más bien idealizadores del “lado A” y negadores del “lado B”-, tal como hemos visto, a propósito de los principales conflictos psíquicos identificados en la depresión postparto, el hecho de no entregar espacios culturales para la libre expresión de estos sentimientos menos aceptados y más evitados, facilitarían la generación de estas conflictivas psíquicas. Dicho de otro modo, en la medida que se refuerzan aquellos constrictores culturales -los discursos idealizadores-, impidiendo la elaboración de aspectos del “lado B” de la maternidad, existiría mayor malestar, y por ende, se facilitaría la generación de conflictivas que pueden terminar desarrollando, según los referentes utilizados en esta tesis, una depresión postparto. Un ejemplo de aquello, fue lo presentado en el caso clínico de Sofía, que nos acompañó a lo largo de todo el desarrollo de este trabajo.

En su condición de tesis teórica, este escrito no pretende concluir ni definir de manera categórica y cerrada ninguna idea respecto a la maternidad y sus constrictores culturales, o sobre la depresión posparto y su relación con ciertos facilitadores culturales de conflictivas psíquicas que han sido asociadas a este trastorno afectivo puerperal, sino más bien, todo lo contrario, es decir, ha tenido por objetivo ampliar la mirada respecto a estas temáticas, haciendo una propuesta que integra diferentes elementos, y que entiende las complejidades que están detrás de estos asuntos. De manera especial, y ahí creo que está mi mayor aporte, se ha intentado incorporar en el análisis de ciertas vicisitudes de la maternidad, el poder de la cultura, en este caso, en la modalidad de *discursos que funcionan contribuyendo superyóicamente a la constricción del psiquismo materno*, y que de esta forma, pueden tener una relación con la emergencia de psicopatología afectiva en el puerperio.

Tras haber planteado las propuestas finales de este trabajo, derivadas de las ideas y argumentaciones que fui desarrollando a lo largo de todos los capítulos precedentes, pasaré a referirme a algunos alcances y limitaciones.

En relación a esto, quisiera partir con algunos elementos asociados al estudio que hice del tema de la depresión postparto. Si bien, intenté llevar a cabo una revisión acuciosa y amplia de lo referido a este trastorno puerperal - especialmente desde los aportes de la medicina y la psiquiatría-, en este trabajo, en relación a la aproximación psicoanalítica, tomé la decisión de enfocarme en una propuesta teórica específica, la cual fue la descrita por Lawrence D. Blum (2007). Esto lo hice así, ya que mi foco de trabajo estuvo puesto en los factores culturales y las constricciones realizadas al psiquismo materno, y tomando en cuenta que desde mi lectura del caso clínico de Sofía, encontré muchos elementos útiles para su análisis desde Blum, escogí la propuesta de este autor para abordar las dinámicas de la depresión postparto. Entiendo que este enfoque fue beneficioso para el desarrollo de mis ideas, en tanto posibilitó articular una comprensión que me permitió asociar conflictos intrapsíquicos con factores culturales, a través de la incorporación -entre estos dos elementos- de la instancia psíquica del ideal del yo. Pese a esto, también entiendo, que la mirada de la depresión postparto desde el psicoanálisis, quedó absolutamente reducida a una visión y que los conflictos psíquicos señalados por Blum no son concluyentes. Así, junto con seguir profundizando en este tema, desde estas claves teóricas, me parece fundamental continuar investigando desde otras coordenadas psicoanalíticas, para ampliar el campo de estudio de este trastorno puerperal.

En esta línea, creo posible llevar a cabo nuevas propuestas desde el campo temático que abre la melancolía, al pensar en “*lo depresivo*”, ya que tal como pudimos ver en varios momentos de este recorrido, es posible apreciar elementos estrechamente asociados a ella, a saber: identificación, narcisismo, superyó, autorreproches y ambivalencia, entre otros. Además de considerar los textos clásicos sobre melancolía, como los de Freud y Abraham, me parecería muy

interesante hacer una lectura de la depresión postparto desde algunas ideas planteadas por Marie-Claude Lambotte.

Asimismo, me parecería atrayente y necesario estudiar con más detención el tema de las constituciones psíquicas o “personalidades” que podrían tener mayor riesgo o predisposición a desarrollar psicopatología puerperal, especialmente, una depresión postparto. Con esta información se podrían llevar a cabo, de manera más focalizada, programas de prevención para este cuadro clínico.

Desde otro lugar, me parece también, que puede ser importante el estudio de la depresión postparto, llevando a cabo otras relaciones interdisciplinarias, que si bien, me parecen relevantes, no pude efectuar en esta ocasión. Aquí, me refiero especialmente a un trabajo extendido y en conjunto con la antropología, ya que sin duda, se requiere ampliar el conocimiento respecto a otras culturas, y sus relaciones con la maternidad, lo femenino, “la mujer”, y los trastornos afectivos puerperales.

Asociado a lo anterior, claramente es otra limitación de este trabajo, el hecho de haberme enfocado en el estudio del culto mariano específicamente latinoamericano. Si bien, comprendo que la decisión de hacerlo, fue por el lado de profundizar en el contexto más próximo, lo cual podía traer reflexiones más ajustadas al entorno cultural propio e inmediato, también entiendo que queda abierta la puerta para nuevas investigaciones sobre la imagen de la Virgen María en otras culturas, y además, la posible existencia de “otras Vírgenes Marías”, en otras religiones, con otros rasgos, nombres e historias, pero con simbolismos - quizás- comunes. De esta forma, me parece que es necesario abrirse a considerar datos de investigaciones transculturales, que entreguen elementos que permitan comparar distintos factores que pudieran operar como constrictores culturales, dependiendo de las particularidades puntuales de cada grupo social.

Otra limitación identificada en el presente trabajo, tiene relación con el hecho de no haber desarrollado con más profundidad temas que implicaban y

quedaban muy próximos a la Teoría de Género. Creo que el lector, puede haber percibido en varias ocasiones, posturas personales del autor cercanas a ciertas líneas del feminismo, sin embargo, dado que los objetivos en esta ocasión iban por otro lado, no me aboqué al desarrollo de líneas de pensamiento y argumentación desde aquellas claves teóricas. Dado que, tal como pudimos darnos cuenta, especialmente con el estudio de la noción de discurso desde Foucault, el lugar del poder y la implantación de La Verdad son parte constituyente de, por lo menos, los constrictores culturales aquí tratados, me parecería un desarrollo interesante y enriquecedor, mirar estas problemáticas desde algunas conceptualizaciones de la Teoría de Género. Recomendaría llevar a cabo desarrollos teóricos de problemáticas como la conformación de la identidad femenina en relación a la maternidad, y el poder masculino -y machista- en el discurso médico desde los trabajos de Julieta Kirkwood y Judith Butler, entre otras/os.

Finalmente, desde el punto de vista de la rigurosidad conceptual, creo que puede ser identificado como una debilidad de este trabajo -específicamente en el capítulo 3-, el uso indistinto que se le dio al concepto de “rabia” -como afecto- y a la conceptualización de “pulsión agresiva”. Estoy consciente de que se ubican en la teoría psicoanalítica en diferentes niveles conceptuales, y que las relaciones existentes entre ambos, dependen de los autores que se tomen como referencia, pero preferí en aquel momento, simplificar el desarrollo de las ideas en torno a estas temáticas, ya que si bien era relevante hacer algunas precisiones, no representaban el “corazón” de la tesis. Espero que esto haya facilitado la lectura de aquellos párrafos, y no lo contrario.

BIBLIOGRAFÍA

- ACEITUNO, R. (2006). Los retornos de Freud. Santiago: Palinodia.
- ACEITUNO, R., Bornhauser, N. (2005). Discurso psicopatológico y subjetividad contemporánea. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. Vol. XIV (2): 111-122. Santiago, Chile.
- ALVARADO, R., Perucca, E., Rojas, M., Neves, E., Monardes, J. Y Olea, E. (1992). Cuadro clínico de la depresión postparto. *Revista Actual Ginecología y Obstetricia*. 5 (4): 271-276. Santiago, Chile.
- ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4^a ed.). Barcelona: Masson S.A.
- BELDA, C., Martín, J., Morales, J., Rodríguez, A., Sebastián, S., Tovar, V., Valdivieso, E. (1997). Los siglos del barroco. Madrid: Ediciones Akal.
- BLEICHMAR, H. (2008). La depresión: un estudio psicoanalítico. (1^a ed., 12^a reimp.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- BLOS, P. (1979). La transición adolescente. Buenos Aires: Amorrortu.
- BLUM, L.D. (2007). Psychodynamics of Postpartum Depression. *Psychoanalytic Psychology*. [versión electrónica]. 24:45-62.
- CASTILLO, D. (2008). *Descripción de los patrones de apego de madres con depresión postparto y sus hijos lactantes de entre 12 y 15 meses*. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Mención Psicología Clínica Infanto - Juvenil. Departamento de Psicología. Universidad de Chile, Santiago, Chile.

- CASTRO, E. (2004). El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores. Buenos Aires: Prometeo Libros y Universidad Nacional de Quilmes.
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (2003). El ideal del yo: ensayo psicoanalítico sobre la enfermedad de idealidad. Buenos Aires: Amorrortu.
- CHATEL, M. (1996). El malestar en la procreación. Las mujeres y la medicina del alumbramiento. Buenos Aires: Nueva Visión.
- CHEMAMA, R., Vandermersch, B. (2004). Diccionario de Psicoanálisis. (2ª ed.). Amorrortu: Buenos Aires.
- COLOMA, J. (2011). El oficio en lo invisible: Los derechos del paciente en la práctica psicoanalítica. Santiago: Ocho Libros.
- DIO BLEICHMAR, E. (2001). La depresión en la mujer. (5ª ed.). Madrid: Temas de hoy.
- DOLTO, F. (2001). Sexualidad femenina. La libido genital y su destino femenino. Barcelona: Paidós.
- ESTEBAN, M.L. (2000). La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna y cuidado infantil. En Perdiguero, E. y Comelles, J. (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. (pp.207-226). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- EVANS, G., Vicuña, M., Marín, R. (2003). Depresión Postparto Realidad en el Sistema Público de Atención de Salud. *Rev. Chilena Obstetricia y Ginecología*. [versión electrónica]. 68 (6): 491-494.

- FARÍAS, M. (2007). *Adaptación y validación de la Escala “Highs” para la detección de sintomatología hipomaniaca en el puerperio*. Tesis para optar al Título de Psicólogo. Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- FOUCAULT, M. (1988). *Enfermedad mental y personalidad*. (2ª reimp.). Barcelona: Paidós.
- FOUCAULT, M. (1992). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- FOUCAULT, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. (1ª ed.). Buenos Aires: Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (2004). *Nietzsche, la genealogía, la historia*. (5ª ed.). Valencia: Pre-textos.
- FOUCAULT, M. (2009a). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. (22ª reimp.). México D.F.: Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (2009b). *Historia de la locura en la época clásica, I*. (2ª ed.; 11ª reimp.). México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- FEDERICO, G. (2001). *El Embarazo Musical*. Buenos Aires: editorial Kier.
- FREUD, S. (1892-93). *Un caso de curación por hipnosis*. Vol.I. Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1914). *Introducción del narcisismo*. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

- FREUD, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1917[1915]). Duelo y melancolía. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1923). El yo y el ello. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1930[1929]). El malestar en la cultura. Vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1932). 33ª conferencia: La feminidad. En *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras. (1932-1936). Obras Completas. Vol. XXII. (pp. 104-125). Buenos Aires: Amorrortu.*
- GUYOMARD, D. (2013). Nace una madre. Del vínculo a la relación. Santiago: Catalonia (en colaboración con Ediciones del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, Colección Praxis Psicológica, Serie Psicoanálisis y cultura).
- GREEN, A. (2005). Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Buenos Aires: Amorrortu.
- JADRESIC, E., Jara, C., Miranda, M., Arrau, B., Araya, R. (1992). Trastornos emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio prospectivo de 108 mujeres. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 30: 99-106.
- JADRESIC, E. (1994). Hormonas y ánimo depresivo postparto. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 32: 231-234.

- JADRESIC, E. (2005). Trastornos depresivos postparto. En E. Correa y E. Jadresic (Eds.), *Psicopatología de la mujer* (2ª ed., pp. 159-176). Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- LANGER, M. (1976). Maternidad y sexo. (41ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J-B. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- LÓPEZ, J. (1968). El libro de la vida sexual. Barcelona: Ediciones Danae.
- MANNONI, M. (1998). Ellas no saben lo que dicen. Virginia Woolf y la femineidad. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- MIRANDA, G. (s.a.). El caso en psicoanálisis: Apuntes para empezar a conversar. Apuntes Magister Psicología Clínica de Adultos mención Psicoanálisis. Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- MONTECINO, S. (2007). Madres y huachos. Alegorías del mestizaje chileno. (4ª ed.). Santiago: Catalonia.
- MOSQUERA, O. (2011). El Superyó: La elaboración freudiana. Buenos Aires: Letra Viva.
- NASH, M. (2010). Maternidad y construcción identitaria: debates del siglo XX. En G. Franco (Ed.), *Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica (Siglos XVI-XX)* (pp.23-49). Barcelona: Icaria Editorial.
- NIETZSCHE, F. (2011). La gaya ciencia. (1ª ed.). Buenos Aires: Libertador.

- PENDER, V. (2006). El sadismo materno y el instinto materno asesino. En C.R. Zelaya, J. Mendoza, E. Soto (Ed.), *La maternidad y sus vicisitudes hoy* (pp.225-239). Lima: Siklos.
- POSADAS, R. (2013). La práctica médica como dominio de saber (22 de Abril de 2013, Ciudad de México). Recuperado el 20 de Diciembre de 2013, de <http://www.voltairenet.org/article178230.html> 22 de abril 2013
- RETAMAL, P. (1999). Depresión. Santiago: Editorial Universitaria.
- RODRÍGUEZ, M. (2005). *La Construcción de la Identidad Femenina Adolescente: una encrucijada entre el culto mariano y el mundo público*. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura Latinoamericana. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Postgrado. Centro Interdisciplinario de Estudios de Género. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- ROJAS, G., Fritsch, R., Guajardo V., Rojas, F., Barroilhet, S., Jadresic, E. (2010). Caracterización de madres deprimidas en el postparto [versión electrónica]. *Revista Médica de Chile*, 138 (5): 536-542.
- ROSFELTER, P. (1994). El nacimiento de una madre. Buenos Aires: Nueva Visión.
- SAU, V. (1995). El vacío de la maternidad. Barcelona: Icaria.
- SECKEL, P. (2012). *La maternidad como una opción: nuevas construcciones discursivas*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica Adultos. Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

- URETA, M. (2006). La maternidad. Afectos que convoca. En C.R. Zelaya, J. Mendoza, E. Soto (Ed.), *La maternidad y sus vicisitudes hoy* (pp.55-63). Lima: Siklos.
- WINNICOTT, D. (1998). Los bebés y sus madres. Barcelona: Paidós.
- WINNICOTT, D. (2008). Realidad y juego. (11ª reimp). Barcelona: Ed. Gedisa.
- WINNICOTT, D. (2011). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós.
- WINOGRAD, B. (2007). Depresión, ¿enfermedad o crisis?: una perspectiva psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós.
- ZELAYA, C. R. (2003). *La Depresión Post-parto desde la Pulsión de Muerte*. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios Teóricos del Psicoanálisis. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.