



*Universidad Nacional de La Matanza*

---

***Secretaría de Posgrado***

**Tesis de Especialización en Psicoanálisis con Orientación Clínica en Adultos**

***Un nacer prematuro***

**“Necesidad de atención psicoanalítica a la mujer-madre cuando su parto fue prematuro y el bebé es de alto riesgo”**

**Autor: Lic. Inés Pelayo**

**Tutor: Dr. Alberto Miguel Gadea**

**Co-tutora: Lic. Perla Albaya**

**Buenos Aires, Diciembre 2003**

## *Un nacer prematuro*

“Necesidad de atención psicoanalítica a la mujer-madre cuando su parto fue prematuro y el bebé es de alto riesgo”



## Índice

<b>I . Elección del tema de tesis</b> .....	3
<b>II . Introducción</b> .....	7
<b>III . Maternidad. Amor Maternal. Orígenes e implicancias</b> .....	13
<b>IV . Sexualidad femenina. Feminidad</b> .....	23
<b>V . Superyó – Ideal del yo en la mujer</b> .....	33
<b>VI . Embarazo. Parto. Puerperio</b> .....	49
1. Apreciaciones generales sobre el embarazo y el parto .....	49
2. Puerperio. Características normales y alteraciones .....	53
<b>VII . Acerca de un nacer prematuro</b> .. .....	61
1. Duelo. Trauma. Angustia .....	61
2. Clínica. Función y abordaje psicoterapéutico .....	68
<b>VIII. Conclusiones</b> .....	87
<b>Bibliografía</b> .....	91

## **I. Elección del tema de tesis**

El objetivo de este trabajo es desarrollar y profundizar ciertos interrogantes que surgieron en mi práctica clínica durante una concurrencia de tres años (1999 – 2001) en el Departamento Materno Infantil – Servicio de Pediatría – Consultorio “Niño y Familia” del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Circunscribiré la indagación al tema que se presenta en la clínica cuando la mujer es madre en un parto prematuro y el recién nacido de “alto riesgo” requiere la internación en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), para su cuidado. En ese tiempo, entre otras actividades propias del Servicio, me desempeñé profesionalmente asistiendo a estas madres, en forma grupal o personalizada, según fuera la particularidad de la situación vital que sus hijos atravesaban. Las mismas provenían de familias de un medio socio-económico carenciado.

En la Unidad se aplicaba el sistema de internación madre-hijo, lo que permitía a la madre tener acceso a ciertos cuidados y tareas en el cumplimiento de su función cuando el desarrollo biológico del bebé lo admitía, por ejemplo: amamantar. El período de internación tenía una media aproximada a un mes, aunque con frecuencia podía ser mayor, llegar a los tres meses u ocurrir la re-internación después de un alta.

Es muy importante, para considerar lo que sucede en el vínculo madre-hijo tener en cuenta que la atención médica del prematuro no siempre accede al éxito de un pasaje lineal de la Unidad de máximos cuidados, a la intermedia y finalmente a la sala de recuperación definitiva. Es, en esta última, donde la madre tiene la oportunidad de suplir algo de la atención profesional y comenzar a ejercer su función, ya que en ella se espera que el bebé cumpla un mínimo de condiciones, por ejemplo un determinado peso que se considere apropiado.

O sea, en ese espacio se observan que estén dadas las variables que posibiliten la inserción del niño en la vida cotidiana del hogar que lo va a alojar. Pero ocurre que diversas y frecuentes vicisitudes, propias de la inmadurez del recién nacido pre-término, pueden alterar el devenir esperado y entonces afectar su desarrollo en el camino de la maduración y de la salud física, siendo necesaria otra vez la internación en la Unidad de Terapia Intensiva.

La demanda de atención de las madres tenía su origen en el equipo médico, generalmente en algunas de las siguientes circunstancias: cuando se detectaba una anomalía en el vínculo materno-filial; ante la presunción de dificultades en la mujer-madre para ejercer el maternaje; por situaciones de angustia desbordante; por reacciones conflictivas de los miembros de la pareja de progenitores, entre ellos o con la institución; ante expectativas no objetivas frente a la incertidumbre de un diagnóstico y, en aquellos momentos singulares en los cuales, los neonatólogos, consideraban oportuna la intervención psicoterapéutica.

En una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal los recursos médicos están sujetos a la inmediatez, a la presión de que una dilación puede ser riesgosa, la celeridad en la decisión de la acción a seguir pone constantemente a prueba la pericia del equipo médico y sus recursos humanos. Es una labor exigida también desde lo afectivo por todo lo que en ella se pone en juego: la vida y la muerte.

Desde el lugar del psicoterapeuta, se contrapone a la celeridad frente al impacto de la amenaza, un tiempo de espera. Esto significa una actitud expectante, o sea una decisión de no actuar en una posición compensadora, que tienda a regular el difícil equilibrio entre el mundo interno y los estímulos del mundo externo al que está sometida la mujer-madre en esa



situación. Allí donde lo fáctico irrumpe sobre el psiquismo, adoptar una posición terapéutica puede ser entonces, posibilitar que lo acaecido y vivenciado llegue a ser metabolizado progresivamente o, que una información crítica se integre desde lo cognitivo y lo emocional, para que no caiga en un hueco de amenaza y angustia. El objetivo será facilitar el propio proceso reparador en la paciente.

## II. Introducción

*"Tal como se la veía en los espejos, mi imagen siempre andaba en brazos de mi alma..."*

*Libro del desasosiego – Fernando Pessoa*

Un nacimiento prematuro es un nacer que irrumpe como testimonio del quiebre de un tiempo, en el pre-término de la gestación humana, antes del límite expectable. Como si una abertura brusca de la primer morada suspendiera la causa y entonces fuera muy difícil discernir el linde de la vida, aquello que sigue luego de la ruptura de lo que se aguarda en el origen. Ante el mismo es pertinente que nos interroguemos sobre:

¿Cuál es el borde subjetivo en el que impacta en la mujer-madre en la inmediatez de la vida del hijo, el temor a la muerte?

¿Cómo representarse esta paradoja que se encarna en el recién nacido prematuro, aquél que lo es justamente ahora por estar expulsado del amparo de su cuerpo?

La amenaza al ser que acusan todos aquellos profesionales de la salud participantes de este acontecimiento, da testimonio de una íntima vacilación que es consustancial con la parental. El impacto del desencadenamiento del parto, generalmente imprevisto, reanima e intensifica lo ominoso de la paradoja implícita en el nacer: salir a la luz, a la vida, teniendo como invisible partenaire la muerte.

¿Cómo es ser madre, entonces, cuando se precipita un nacimiento prematuro y el bebé requiere internación en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal?

Una respuesta puede ser el progresivo y pleno reconocimiento de ese hijo que no concuerda con la imagen esperada, que sorprende y atemoriza ante su nacer inacabado. Otra es la dificultad para enfrentar el dolor psíquico que se genera por desplazamiento en el reproche de "ser la que no pudo", "la que algo hizo mal para"... que esto suceda... para que este pasaje, del adentro del cuerpo materno a su afuera, esté impregnado del peligro de enfermedad, del riesgo de discapacidad y también del temor a un desenlace fatal.

Más allá de lo que sepa y reconozca, las fantasías de la protagonista acusan una maternidad herida, las ficciones oscilan entre los polos de la esperanza y el desasosiego. Los sentimientos de la madre quedaron atravesados por las imágenes y sueños entretejidos mientras duró la gestación, ahora caídos. Nada responde a lo esperado y esto excede la singularidad de cada concepción. Aún frente al no deseo de hijo hay una expectativa mortífera que espanta.

La vulnerabilidad del recién nacido a causa de un insuficiente desarrollo fetal provoca el requerimiento de cuidados neonatales especiales que sólo pueden ser brindados en una Unidad de Terapia Intensiva. Allí se persigue el objetivo de posibilitar su decurso fuera luego del desalojo del vientre materno, brindándole el resguardo necesario para que alcance el desarrollo de ciertas funciones en autonomía. Esta realidad se impone por su valor y trascendencia impugnando toda fantasía parental que pretenda ser fijada para negar el peligro que acecha. A la vez que en la madre, sin descanso, se exhuma del olvido junto a las primeras impresiones una suerte de duelo, a veces inconsolable, que puede ser escondido tras la máscara de una excitación maniaca.

¿Cómo se construye el encuentro con el cuerpo de un hijo que resguardada su indefensión en una incubadora es manipulado por otros (médicos, enfermeras)



y violentado por la tecnología (sondas, respirador) para suplir lo que no está cumplido, lo que está fuera de término?

Se puede observar a estas madres ansiosas aguardando y aferrándose a una espera que está por "imposible" no acotada en un tiempo cronológico. Espera que acompaña el tiempo biológico del niño; transcurrir que a veces por largos días toca sólo con la mirada la apariencia desvalida; tímida caricia, palabra amorosa que da cuerpo desde la propia subjetividad a la presencia del hijo que aún se espera. El asumir el deseo de maternar tiene en estas circunstancias un alto costo psíquico, ya que se enfrenta al horror que provoca la ambivalencia de sentimientos ante la ruptura de "lo que debe ser" y se esperaba.

¿Cuánto de engaño, de juego del deseo, convoca la ilusión con la que se intenta sostener el precario equilibrio entre la esperanza y la realidad?

El deseo traza su propia línea de fuga y se detiene en una región donde se machaca la esperanza y se interroga al destino. La ilusión habita allí donde la angustia puede irrumpir en cualquier momento y, donde siempre se puede tropezar con lo imposible de representar: la muerte.

El intento de aproximar ciertas respuestas a estas preguntas nos llevan a afirmar que el nacimiento prematuro se introduce como una situación disruptiva. ¿Qué queremos significar con ello? Una circunstancia en la que lo fáctico invade con violencia al psiquismo, lo desborda. En él la amenaza se cierne sobre la vida y el devenir de los protagonistas.

Ante lo real que excede a cualquier representación, la aproximación a la función materna sólo encontrará entonces cabida desde la singularidad de la propia subjetividad, de lo que cada mujer piensa y siente. Cada una,

adolescente o añosa, primeriza o múltipara, con su propia historia de mujer significará este proceso y, en su acción sustantiva como madre, enfrentará el conflicto que puede surgir ante la respuesta que los otros esperan de ella. Es justo en ese punto de inflexión, donde se sanciona una determinada acción supuesta como propia de toda mujer que es madre. Acción que como tal es valorada cual un imperativo desde lo institucional, el entorno familiar y social.

Lo expuesto anteriormente nos lleva a considerar que, aún hoy en nuestra sociedad, el concepto de lo femenino se encuentra atravesado por el mito de la maternidad. Y es así como el modelo instaurado del “deber ser - ideal de lo femenino” participa de los conflictos que la mujer enfrenta con su propia identidad.

En la experiencia de un parto pre-término, la ya mencionada frustración que siente la mujer ante *lo que debía haber sido y se esperaba* se enlaza a la angustia de castración. La extrema tensión, postergación y exigencias a las que se ven sometidas estas pacientes, propician que se agudicen en ellas conflictos internos relativos al narcisismo y a la relación yo-superyó. Además, cuando perciben las prácticas profesionales a las que está sometido el hijo recién nacido se exagera su sentimiento de culpa. Ante el impacto, no languidece un profundo penar que conjuga tristeza y castigo, condenando al yo femenino a interrogarse a sí mismo ansiosamente, sin descanso, acerca de “por qué a mí”.

Consideramos necesario distinguir, para el abordaje teórico-clínico de estas pacientes, la posición de mujer de la posición de madre. La madre es exigida en el cumplimiento de la función esperada y necesaria para el hijo. La mujer puede escindirse ante su propio desvalimiento y quedar inmersa en estados regresivos de dependencia y fragmentación. Podemos observar que la resolución del conflicto que se suscita entre ambas posiciones, ante la irrupción



de un parto prematuro, estará íntimamente ligada a la integridad psíquica de la mujer. Esta última será la que permitirá o no la asunción de la función materna, aún a costa del dolor que la misma ocasione, de la herida narcisista y de la frustración que la acompañen. La dificultad en el establecimiento del vínculo materno-filial, será una variable propiciada en gran medida por las condiciones particulares en las que se desenvuelve dicha relación.

Ahora bien, ante la indefensión que siente esa mujer, ahora madre en una situación límite, propugnamos brindarle un espacio y un tiempo para que pueda desplegar su angustia, para que algo pueda emerger libremente del gesto, del llanto y esto tome la forma de las palabras. Un lugar donde algo que sosiegue pueda ser dicho ante el reconocimiento del propio límite; poder hablar para bordear el vacío que deja el dolor y la impotencia ante lo temido. Intentamos con ello "alojar", en el sentido de estar junto a ella, acompañarla y paradójicamente favorecer su estar "sola" en el sentido de consigo misma, conectándose íntimamente con lo que siente ante lo que le sucede. Consideramos que sin este proceso no es factible la elaboración, la simbolización, elementos indispensables en el tránsito de todo duelo. En la prosecución de este fin, al brindar la asistencia, procuraremos establecer la relación entre el potencial traumático de cada situación particular y la singularidad de la mujer protagonista, su conexión con la realidad objetiva, su capacidad y/o posibilidad de reacción ante el dolor y su tolerancia ante la incertidumbre del devenir de los acontecimientos.

También es importante el reconocimiento de la presencia de un padre que acompañe y de la situación familiar general en la que emergió el suceso que nos convoca.

Así es como, en función de la prevención, con el objetivo de optimizar el futuro devenir de la díada madre-hijo o para posibilitar la elaboración del

extremo dolor psíquico ante la pérdida afectiva que se sufre por la muerte de un hijo, es que consideramos clínicamente conveniente propiciar la asistencia a la mujer. La indefensión ante lo que las circunstancias le exigen y la impotencia frente a los avatares biológicos que debe atravesar su vástago, ensombrecerán las variables expectables en la depresión post-parto del puerperio normal, pudiendo ponerse en riesgo la salud mental de la mujer-madre al incrementarse las tensiones que afectan a su aparato psíquico.

Las variables teóricas de alta incidencia en esta clínica particular, dentro del marco del Psicoanálisis son: la sexualidad femenina, la feminidad, el narcisismo, la relación yo-superyó, la angustia, el trauma, el proceso de duelo. Indagar en estos conceptos nos permitirá una mejor comprensión de la mujer que atraviesa esta particular circunstancia y así sostener cómo puede ser beneficiada por una asistencia psicoterapéutica psicoanalítica que, intente despejar la conflictiva en la que está inmersa la díada madre-hijo.

### III. Maternidad Amor maternal Orígenes e implicancias

*"La luna de hoy tiene una luz de antaño...La luz suave y la noche, mezcladas, reconciliadas, velan sobre el jardín que sueña."*

*El derecho de soñar - Gastón Bachelard*

¿Qué entendemos por maternidad?

El diccionario nos responde que maternidad define la circunstancia de ser madre. Madre es un sustantivo con el que se nombra a toda hembra de cualquier animal respecto a sus crías; en los humanos a la mujer que tiene o ha tenido uno o más hijos. Por lo tanto, la palabra maternidad incumbe el ser madre y liga a la mujer con el hecho natural de la procreación de la especie.

Ahora bien, cuando decimos madre, ¿esta palabra nos trae sólo la significación antedicha o nos remite a otras representaciones? No dudamos en responder que connota otros significados, evoca representaciones en cadena desde lo propio y subjetivo y más allá de ello. En el imaginario colectivo de nuestra cultura el término madre tiene tal eficacia simbólica que se nos hace imprescindible, en este trabajo, intentar aproximarnos a develar su causa.

Encontramos que la representación madre espeja a la mujer en el fenómeno de una función biológica socialmente sancionada como primordial para ella, para su "ser", a la vez que suma en ese destino un conjunto de valores afectivos indubitables. Así, el lugar de la madre es entronizado y la mujer que la encarna es consecuentemente idealizada, atribuyéndosele características casi extraordinarias que convocan en cada individuo a lo sagrado y lo ominoso.



Nuestra sociedad presta total asentimiento y conformidad a este lugar de lo materno, de manera tal que todo lo que abarca la representación madre se expresa en una creencia básica de nuestra cultura. En esta creencia ocupa, todavía hoy, un lugar de privilegio el mito acerca de lo que es ser madre.

¿Qué aducimos en este caso con el término creencia?

La creencia como certeza. Ésta compromete la acción del deseo que, a través de un pensamiento, da auto de fe frente a un hecho, frente a un misterio, o sea es una respuesta a aquello que resiste el develamiento por la razón. Da cuenta de algo todopoderoso que ejercerá la acción que no puede alcanzar el sujeto sólo por sí mismo o bien justificará por su obra lo que acontezca. La imposibilidad de su cuestionamiento llevará, en caso de ser necesario, a falsear el registro perceptual que pueda desmentirla. La ilusión de omnipotencia que sostiene a la creencia resiste lo que deriva del desvalimiento, aquello que es inherente a lo humano en sí mismo, en su origen. Si bien la creencia liga libidinalmente a los que la comparten excluye con una actitud hostil, previa a cualquier experiencia, a lo foráneo a la misma. En su corpus hay mitos que sitúan al hombre en el tiempo, que unen simbólicamente el pasado y el futuro, lo imaginado y la realidad, "dan razón de". A su vez el mito, como un relato, sitúa sus personajes en una gramática con un sentido. Para encontrar a este último tenemos que cotejar al mito con los otros mitos vigentes en el contexto cultural al que pertenecen, ya que nacen de un mismo código compartido por la sociedad que los genera. Lacan nos dice que el discurso funda el lazo social o sea que el lenguaje que precede a los individuos, sustenta su comunidad. Por lo tanto, las instituciones se mantienen en tanto y en cuanto mantengan el lazo simbólico que las funda y cohesiona, o sea en su sistema significante es donde se aloja el sentido.

La razón de efectuar este desarrollo está en que consideramos que es en el sistema significativo de nuestra sociedad occidental, en sus creencias, donde hallamos la complejidad del símbolo de la maternidad. Parece ser que la sociedad pretende al igual que el hijo que la maternidad ocupe vitalmente el centro de interés femenino, que ésta sea el objeto de deseo de la mujer. Si así fuera, el amor materno sería la garantía de aquello que nuestras madres "hubieron de" sentir hacia cada uno de nosotros y que tanto anhelamos. En algunos casos, cabe la pregunta ¿no es falseada la percepción de este amor por su creencia en él?

Coincidimos con las psicoanalistas abocadas al estudio de género que sostienen que en la maternidad se subsume figurativamente en una razón biológica el "ser" de la mujer, siendo esto fructífero para la eficacia de la ideología imperante. Ya que la ideología es un sistema de representaciones - ideas, conceptos, mitos - que reflejan en un nivel subjetivo la organización objetiva de la sociedad en un momento histórico.

Eva Giberti (1992, pág. 279) sostiene que: "Las ideologías funcionan con objetos ausentes que transforman en presentes: ausente "la mujer", aparece *la madre* en tanto objeto sustituto que opaca la posibilidad de pensar en mujer-persona; *lo que aparece libidinizado es la función materna, privilegiándola por encima del ser.*"

No nos cabe duda que funciones tales como la menstruación, concepción, fertilidad, lactancia, todas ellas relacionadas a la procreación hacen a la esencia biológica del cuerpo femenino pero esto difiere de definir a la mujer desde su maternidad. Si bien el nombre madre deriva de matriz, esto no implica que la palabra maternidad funcione como matriz del ser mujer y que esta última, a su vez, quede instalada como una matriz ideológica que generalice las bondades de la madre en acto.



El discurso social da por descontado que la mujer a partir del momento en que se convierte en madre posee determinadas virtudes que están universalizadas: ternura; paciencia; responsabilidad; tolerancia al tedio y la rutina; capacidad de asistir a otros, de contener emocionalmente, de abnegación, resignación y postergación. Como un mandato todo ello queda incorporado en la subjetividad femenina, por lo cual no hay lugar para el reconocimiento de la ambivalencia afectiva o de una conducta electiva que lo transgreda, sin el consecuente sentimiento de culpa "por ser mala madre" o sin el temor a la descalificación y censura a devenir desde el contexto. "En ese discurso falta el reconocimiento de la mujer sujeto de enunciación, sujeto de deseo y sujeto de derecho con múltiples alternativas de realización personal." (E. Giberti, 1992, pág. 276)

En la misma línea de análisis de este tema, A. M. Fernández (1994, pág. 164/165) expresa: "Desde la multiplicidad discursiva – discursos populares, científicos, políticos, ideológicos, etc., sobre la mujer – se organiza un real Mujer=Madre, que no es la realidad, pero que se constituye como si lo fuera. Su pertenencia al orden simbólico hace posible su capacidad ordenadora de relaciones objetivas, intersubjetivas, subjetivas. Puede rastrearse dicha pertenencia en el conjunto de los discursos por los que una sociedad habla: científico, legal, ideológico, político, creencias populares, y más aún en los discursos de la vida privada, afectiva, que creemos que no son políticos ... En ese sentido podría hablarse aquí de eficacia simbólica de las significaciones imaginarias sociales, herederas seguramente de los antiguos mitos."

Lo expuesto anteriormente se relaciona con la concepción del instinto materno que desarrollan otros autores, como por ejemplo M. Langer (1985, pág. 15). La misma afirma que "... en la mujer existe una interrelación constante entre procesos biológicos y psicológicos. Desde la menarquía hasta la

menopausia, es decir durante la parte más importante de su vida, se desarrollan en ella procesos biológicos destinados a la maternidad." Así, a partir de las capacidades específicas de la anatomía y fisiología femenina, que se extienden naturalmente al cuidado maternal, se señala un destino forzosamente gratificante para la mujer: ser madre. El ideal de la maternidad queda entonces en concordancia con sus impulsos instintivos.

Nuestra posición es pensar la maternidad desmitificada para poder reconocer en la asistencia psicoterapéutica a una madre que no abarque toda la mujer. A ello ceñimos el criterio de que para ser mujer y sentir como tal no es imprescindible haber atravesado por la experiencia de alumbramiento y maternaje de un hijo. El ideal de la maternidad puede ser sustituido por múltiples ideales que variarán acorde al nivel cultural y posición social. De esta manera, entonces, puede pensarse a una mujer alcanzando su realización personal aún cuando se frustra en su maternidad, sublimando este deseo si así fuera necesario, efectuando otras elecciones de vida ajenas al hecho de ser madre.

M. Langer reconoce que a partir de la segunda mitad del siglo XX, en nuestra civilización, la mujer adquirió una libertad sexual y una participación en la sociedad impensables antaño, cuando se le imponían severas restricciones y sólo se favorecía el desarrollo de sus funciones y actividades relacionadas al maternaje. Señala: "En nuestra época, tanto por factores internos como sociales, los deseos maternos de la mujer chocan más que nunca con sus necesidades, deseos y ambiciones personales, con la realización plena de sus facultades psicobiológicas como individuo y como mujer." (op. cit., pág.131).

Sin embargo, destacamos como un hecho incuestionable que nos brinda la clínica psicoanalítica que, hoy al igual que antes, innumerables mujeres tienen a la maternidad como su ideal y que a través de ella encausan su deseo.



A la par, sabemos acerca de muchas otras para las cuales el hecho de ser madres es displacentero, es fuente de conflictos, el embarazo es no deseado y sólo es admitido como algo inevitable.

Consideramos necesario reparar en que el ser madre como acto procreativo no implica el amor materno, ni determinados valores, ni un supuesto "saber hacer" acorde a un instinto. Maternidad incluye también el seguir diferentes alternativas de maternaje, elegir entre modelos diversos. Reproducirse y parir una criatura no involucra que se la haya incorporado como sujeto; sujeto que a su vez tendrá que ser reinsertado como un objeto amado en el propio mundo interno, como hijo. No existe una garantía de amor en la mujer hacia el producto resultante del ejercicio de su sexualidad. Se lo reconoce y convierte en hijo recorriendo la compleja vía que va desde la subjetividad de la mujer que se siente madre hacia el otro, aquél que ahora está afuera del cuerpo que una vez compartieran. La función que juega el amor materno es sostener la vida del niño que es adoptado como hijo. Se comprometen en ella momentos de alegría y juego, dolor y esperanza, reciprocidades amorosas y desencuentros, sosiego e impaciencia. Es una ardua tarea en la cual no queda ajena la figura paterna continente. Es un camino que se construye desde el abrazo lactante hasta que el sujeto pueda, incorporado en el mundo, progresivamente prescindir de la tutela adulta de los padres.

Ubicándonos dentro de la teoría psicoanalítica sostenemos que es el discurso anticipatorio de la madre o sea de quien cumple la función materna, el que impregnado de afanes, significaciones y sueños actúa como condición de estructuración de la psique del niño. Éste es el rol de portavoz que cumple la función materna, "...portavoz también, en el sentido de delegado, de representante de un orden exterior cuyas leyes y exigencias ese discurso enuncia." Piera Aulagnier (1977). Dicha autora formula el papel de prótesis que



cumple la psique materna. Asimismo, si tomamos el aporte de la teoría de Lacan encontramos que: la prematurización de la cría humana requiere no sólo de la satisfacción de una serie de necesidades biológicas, sino de una imago constituyente de la actividad psíquica del infans; tanto que el mismo podrá asumir una identidad sólo si el discurso de la madre le ha otorgado un sentido.

El amor materno entonces es una forma de amor posible que cada mujer construye desde la propia subjetividad en un determinado momento de su vida. Con relación a este tema Ester Martínez (1992, pág. 199) nos dice: "...el amor a la madre que profesa el niño y el amor maternal son de muy diferente calidad e intensidad." Por lo cual sería una utopía sostener a priori la "ilusión de simetría", de completud en un vínculo narcisista que colmara a ambos por identidad de deseos e intereses. La misma autora menciona que existe cierto consenso entre algunas corrientes psicoanalíticas en suponer que la madre trata a su hijo generalmente como una verdadera prolongación de ella misma (por identificación regresiva entiende y satisface necesidades) lo que conduce a tomar la relación madre-hijo como única y por añadidura natural e inevitable. Sin embargo, encontramos que Piera Aulagnier (1977) sostiene que, en todos los casos, el análisis del deseo inconsciente de la madre por el niño mostraría un grado de ambivalencia inevitable en relación con el objeto, coexistiendo deseos de muerte y sentimientos de culpa simultáneamente. El esbozo de los conflictos suscitados por la asimetría de este vínculo primordial nos lleva a la presunción de que los mismos se encubren en el ideal social, cuando la cultura coloca a la maternidad y al amor que ésta de por sí "debe" conllevar como un hecho propio de la naturaleza de la mujer.

El amor materno existió en todas las épocas pero pasó a ser considerado como un hecho de advenimiento obligatorio, de existencia indiscutible a partir de una determinada organización de la sociedad: la de la burguesía y el patriarcado de los últimos siglos. Fue debido a teólogos,

médicos y filósofos; a la acción de aquellos hombres de la cultura que descubrieron que dándole éste valor era funcional al ordenamiento propugnado por el capitalismo.

En las crónicas de la Antigüedad y el Medioevo, desde el siglo XIV al XVIII, si bien se reconoce el amor parental, el cuidado de los niños respondía a determinadas costumbres donde la miseria, la promiscuidad y los valores propios de esas épocas incidían. Pueden ubicarse, por ejemplo, referencias al infanticidio. Las familias dominantes de la casa feudal entregaban los recién nacidos a nodrizas para su crianza, con el consiguiente alejamiento de la madre, lo cual quita hoy sustento a la tesis del instinto materno como un universal.

Si la sociedad de la Edad Media consideraba a la castidad un valor y la misma era sostenida por los hombres del clero entonces es dable pensar a la mujer como un objeto de tentación demoníaca encarnado en su sexualidad. La desconfianza y aún la persecución por herejía de la que fue víctima se expresaron en la caza de brujas. Este hecho podemos pensarlo hoy acorde a los cuadros de histeria, como expresión de los conflictos entre el deseo y la defensa en la sexualidad femenina. Sus varios síntomas corporales (anestias, parálisis, diversas sensaciones), su teatralidad y paroxismo despertaron la fantasmática del sexo en la imaginación popular, con lo cual se controvertía la imagen sostenida desde la Biblia, la Virgen Madre.

En esa época la medicina no tenía como pacientes a la mujer y al niño; los partos eran asistidos por las comadronas. Los matrimonios funcionaban como la norma para establecer alianzas, para asegurar la transmisión de la herencia con el reconocimiento del hombre de su prole. Así las elecciones conyugales no eran comandadas por el amor sino por otro tipo de intereses a



los cuales servían. Esa imagen de la mujer y de la familia perdura todavía en el Renacimiento.

Es en 1650, cuando el médico inglés William Harvey demuestra con argumentos experimentales el axioma *Omne vivum ex ovo* (*Todo ser vivo procede de un huevo*) o sea que el huevo de la mujer es fecundado por el semen masculino, que se abre la posibilidad al sexo femenino de ser ubicado, en un lugar de complementariedad indispensable. Este suceso despierta no poca conmoción y resistencia entre los estudiosos y luego en el medio popular. En esos tiempos se dudaba de la contribución femenina en la concepción, por lo que es a partir de estos acontecimientos que se inicia el proceso histórico de veneración de la madre, un lugar de reconocimiento de la mujer como individuo en tanto su ser dé cuenta de la maternidad.

En el siglo XVIII, la procreación y con ella la maternidad entra finalmente en el campo médico. El cuerpo de la mujer es tocado en los partos; se realizan operaciones cesáreas; disminuye la mortandad de la parturienta y del niño y, a su vez se efectivizan profundos cambios históricos en la constitución de la familia. Cambios en las funciones y costumbres cuyo origen se remonta al Concilio de Trento (siglo XVI), cuando la Iglesia Católica promulga el importante decreto *Tametsi* relativo al matrimonio, donde ubica la sexualidad en la unión conyugal reproductora. Así es como se llega a la familia nuclear de la sociedad industrial incipiente, donde la mujer queda como responsable del hogar siendo su función principal la crianza de los hijos a los que deberá dedicar su vida. Esto es acompañado por la consideración del pudor y la obediencia al sexo masculino como virtudes morales femeninas sobresalientes.

Creemos oportuno mencionar, en este punto, el pensamiento de M. Foucault, quien dice respecto a la histerización del cuerpo de la mujer, que éste fue calificado y descalificado, como un cuerpo saturado de sexualidad, que

sufre una patología a cargo del saber médico, que debe asegurar la fecundidad regulada del cuerpo social, que debe ser funcional y sustancial en el espacio familiar y debe garantizar la vida y educación de los niños que produce, por una responsabilidad biológica-moral que dura todo el tiempo. "La Madre con su imagen negativa que es la 'mujer nerviosa', constituye la forma más visible de esta histerización." (1)

Hemos desarrollado sucintamente algunos de los antecedentes que en nuestra cultura dan razón de la estrategia simbólica que contiene a la mujer y su sexualidad. De ella surgirá una feminidad concebida como más pasiva que activa; una mujer que asume una posición de objeto más que sujeto de deseo, posición ésta que queda así facilitada para el género masculino.

(1) Comentario sobre la cita de A. M. Fernández, 1994, pág. 85/86 de: M. Foucault, *Historia de la sexualidad*, México, Siglo XXI, 1978



## IV. Sexualidad Femenina Feminidad

*"Como una niña de tiza rosada en un muro muy viejo  
súbitamente borrada por la lluvia."*

*Caminos del espejo (Fragmentos) Alejandra Pizarnik*

Para acercarnos desde el psicoanálisis a la problemática teórica a la que nos remite la singularidad del objeto de nuestra tesis: "Necesidad de atención psicoanalítica a la mujer-madre cuando su parto fue prematuro y el bebé es de alto riesgo", creímos conveniente cierto corrimiento de los velos que encubren nuestra realidad actual con relación al tema de la maternidad y que son fruto de un devenir socio-histórico y por ende cultural.

El ideal de la maternidad que sustenta el imaginario colectivo de nuestra sociedad es transmitido de madres a hijas, a través de las generaciones, con algunas variantes importantes que se comienzan a gestar en nuestro siglo, pero en el cual aún perdura todo lo anterior con los desniveles propios de todo proceso de cambio. Hoy con menos ímpetu que antaño se prepara a la niña para el matrimonio, para la maternidad y para el erotismo dentro de la monogamia, donde el amor romántico consolida este modelo mistificado. Invisible detrás de estas ilusiones está subyacente un reconocimiento social inferior y la dominación por el control de las subjetividades, garantizadas por formas sutiles y actualizadas de valimiento. A.M. Fernández, (1994, pág. 29), escribe: "Los discursos y mitos sociales ordenan, legitiman, disciplinan, definen los lugares de los actores de las desigualdades y su subordinación en los espacios sociales y subjetivos, que la violencia – visible o invisible – en tanto acto de fuerza – físico o simbólico – instituye."

Ahora bien, consideramos a la familia como una institución vital de nuestra sociedad ya que hace a su organización y desarrollo. En su núcleo, donde lo material es inseparable de lo ideal, encargada de preservar ese espacio donde se gesta lo imaginario, encontramos ubicada a la mujer-madre portando los mandatos que, a menester, fueron sancionados por nuestra cultura. Pensamos que este escenario de encuentros y conflictos está afectado por el universo de significaciones socio-históricas donde se dirimen las categorías de lo femenino y lo masculino, la relación entre los sexos y la adecuación de sus funciones.

Freud escribe en 1921 "Psicología de las masas y análisis del yo", obra en la que desarrolla que la psicología individual no está separada de la psicología social; el individuo necesita del otro para la satisfacción de las mociones pulsionales de su vida anímica. Por lo tanto, el otro cuenta "...con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo..." (op.cit., pág. 67). Si los vínculos son hechos sociales y, en cuanto tales dicen acerca de un individuo que es miembro de un grupo humano organizado, entonces, éste se encuentra atravesado por las creencias y los ideales colectivos. Respecto a esto último, en 1923 cuando Freud teoriza la segunda tópica del aparato psíquico, ubica estos valores dentro de la instancia del superyó junto a la idealización del yo (narcisismo), las identificaciones con los padres y sus subrogados. De allí la importancia que le hemos dado al tema del mito de la maternidad en este trabajo, pues no dudamos de la acción eficaz que subyace en lo heredado a través del vínculo parental, en la conciencia moral y en el particular sentimiento de culpa que recae sobre el yo femenino cuando la maternidad es amenazada o se frustra.

Por lo expuesto, la feminidad no puede ser pensada separada de los valores, ideales y mitos que imperan en nuestra cultura ya que, es ésta



misma la que sanciona la ley que recae sobre el desarrollo humano de la mujer. Es ese marco simbólico el que define la feminidad, la que preexiste a la sexualidad de la niña y que, por lo tanto, no es ajeno a la inscripción del deseo femenino.

En el psicoanálisis el desarrollo de la sexualidad infantil es conceptualizado para ambos sexos a partir de una homologación del suceder sexual observable en el niño. Esta primacía del modelo masculino, aplicable como hipótesis a la niña, ha llevado a diversos autores a plantear que ese enigma sobre la mujer que trata de dilucidar Freud, es consecuencia de pensar la diferencia sexual desde el a priori de *lo mismo* (A.M. Fernández, 1993).

Vincent Descombes (1998, pág. 105) nos dice que la "lógica de la identidad" es una ilusión filosófica por excelencia, definida por los filósofos de la época estructuralista como "...la forma del pensamiento que no puede representarse lo otro sin reducirlo a lo mismo, que subordina la diferencia a la identidad."

De aquí que se utilicen analogías, comparaciones jerarquizadas y oposiciones dicotómicas para sostener una *ilusión de simetría* (L. Irigaray, 1974) que deja como un invisible de la teoría, como zona oscura, aquello de la sexualidad de la mujer que queda por fuera de lo especular, de lo que puede ser pensado desde parámetros masculinos. La consecuencia de concebir, desde el mundo antiguo, a la mujer como un hombre inacabado, fallado, incompleto, con algo de menos que la ha hecho "imperfecta y mutilada", es la feminidad con signo negativo, la que así pierde su especificidad. Al respecto Emilce Dio Bleichmar (1997, pág. 51) sostiene la necesidad de un minucioso análisis de las tesis que inciden en la cura psicoanalítica sobre la niña y la mujer, pues encuentra que: "La teoría psicoanalítica sobre la sexualidad y la

subjetividad femeninas no se aparta de las nociones imperantes en las instituciones de lo simbólico.”

El psicoanálisis como campo disciplinario no puede quedar por fuera, plenamente, del momento histórico en el que está inmerso su creador, el discurso teórico que funda sobre la sexualidad humana participa del mismo en sus representaciones de lo femenino y masculino. Freud nació en Austria a mediados del siglo XIX y fue educado en esa sociedad patriarcal con ideales imperialistas, donde el protagonismo en la cultura y el poder era ocupado por el hombre. De esta manera, era indubitable la supremacía del sexo masculino que tenía expedito el camino hacia una alta sofisticación intelectual, quedando claramente delimitado el papel de la mujer en el hogar.

En 1885 siendo ya médico neurólogo, Freud concurre becado al Hospital La Salpêtrière. Allí, estaba Charcot abocado a diferenciar las parálisis histéricas de las orgánicas, lo que hace a su interés y lo interioriza de los desarrollos producidos en torno a la histeria como enfermedad mental. Estos hechos fueron el punto de clivaje que signó su futuro como médico y los que pusieron el germen de sus geniales investigaciones y teorizaciones posteriores. Diez años después de esta experiencia, publica con Breuer “Estudios sobre la Histeria” (1893-95) y es a partir de este artículo desde donde puede rastrearse el origen del psicoanálisis. Origen paradójico quizás, pues fluye de una preocupación por una enfermedad que se creía afectaba sólo a la mujer. Es la disposición de estas enfermas a hablar de sus problemas íntimos, de sus sueños, lo que lo lleva a adoptar finalmente, como decía Ana O. la “talking cure”, o sea la cura por la palabra. Son las fantasías eróticas, las resistencias, la transferencia, la agresividad de sus primeras pacientes, entre otras Isabel de R., Emmy, Dora, lo que lo desafía a un intento renovado de conceptualización. Asimismo, la necesidad de articular una teoría que dé cuenta de estos fenómenos para intervenir desde allí produciendo



transformaciones, lo lleva a desarrollar su gran preocupación: la búsqueda de una explicación sobre el funcionamiento de la mente.

Si bien Freud considera en 1894 en su trabajo "Las neuropsicosis de defensa", tres tipos de histeria: hipnoide, de retención y de defensa, es esta última la que va a nuclear su teoría. En todas se plantea el conflicto entre el Yo y una idea intolerable, penosa, vinculada a un trauma sexual sobrevenido en la temprana infancia. Este tema va a ser desplegado por Freud, en años posteriores, en la articulación de los conceptos de deseo, fantasía y realidad psíquica. Es en esta última donde finalmente ubica las experiencias sexuales infantiles que, ordenadas en forma de fantasías, escenificarán el deseo según el guión imaginario al que se fijó la pulsión.

En el paradigmático caso Dora - "Fragmento de análisis de un caso de histeria" (1901/05) - Freud dilucida como la histérica no aborda su objeto de deseo, su dificultad para determinarlo y como busca procurárselo, a veces infructuosamente, por la mediación de un tercero. Tarda en comprender la triangularidad en que se sumerge esta neurosis; el problema de Dora no es sólo con el padre o con el Sr. K sino también y simultáneamente con la Sra. K, a la cual iba dirigida una poderosa corriente homosexual. La libido de la joven atraviesa la relación de pareja, y sólo se interesa en cada uno de los K desde la perspectiva del interés del otro, los que juegan también como subrogados paterno y materno. Así, la Sra. K ofrece el develamiento para Dora del enigma de la feminidad y puede ser al mismo tiempo objeto de identificación y objeto de deseo. En última instancia en esta relación, está subyacente la conflictiva relación preedípica con la figura materna.

Después de 1920, cuando Freud conceptualiza el devenir de la sexualidad femenina afirma que es en la relación de la niña con el objeto madre

originario, fase preedípica, adonde debe ser remitida la génesis de la neurosis, dadas las fijaciones y represiones que en ella ocurren. La posterior dependencia al padre, fase positiva en el devenir del Complejo de Edipo en la niña, es heredera de la intensidad de estas primeras ligazones afectivas que han sido desplazadas de un objeto de amor, de deseo, al otro. Los síntomas histéricos derivan de los recuerdos, inconscientemente activos, de éstas primeras experiencias infantiles.

El psicoanálisis en su búsqueda de una causalidad primaria, arcaica, nos lleva desde la clínica o la teoría a la figura de la madre, desde su función en la seducción originaria como en la inscripción de las matrices simbólicas en el psiquismo del infans.

Para abordar a la sexualidad femenina debemos remitirnos a la teoría del desarrollo de la sexualidad infantil. Cabe aclarar que Freud amplía el concepto de sexualidad en su época indiferenciado de lo genital, lo cual lo habilita a estudiar las relaciones existentes entre la genitalidad y otras zonas erógenas y, a establecer la existencia, el devenir de la sexualidad infantil. En esta última ubica diferentes fases de organización de la libido - energía de la pulsión sexual - según sea el predominio de una determinada zona erógena y con una característica relación de objeto. Las fases son: la oral, anal, fálica; luego de esta última seguirá un período de latencia comprendido entre la declinación de la sexualidad infantil y el comienzo de la pubertad, en el cual se construyen las formaciones reactivas de la repugnancia, el pudor, la moral. Con este período se completa el desarrollo psicosexual de los niños adviniendo entonces la fase genital en la cual, finalmente, las pulsiones parciales se unifican en pos de un nuevo fin sexual al servicio de la función de reproducción y, las zonas erógenas se subordinan a la primacía de la zona genital.



Según Freud hasta la fase fálica no existe diferencia alguna en la evolución psicosexual de ambos sexos. En consonancia con la predilección pulsional de esta fase libidinal, tiene su base la teoría sexual infantil de "la premisa universal del pene", por la cual los niños atribuyen a todos los seres humanos, aún a las mujeres, un pene. De esta manera, el complejo de castración queda subordinado a esta teoría infantil. Cuando el niño, que ya ha percibido la diferencia anatómica de los sexos, concibe a la mujer como castrada comienza a considerarse a sí mismo como pasible de igual destino. La angustia ante la posible pérdida del órgano tanpreciado lo induce a abandonar el complejo de Edipo. La niña, en cambio, aceptaría como completa una constitución sexual anatómica como la del varón, aquélla que la visión de su cuerpo desmiente; su clítoris, si bien puede proporcionarle placenteras sensaciones, es muy pequeño frente al órgano masculino. Todo ello la llevaría no sólo a rehusar su inferioridad sino también a menospreciar a su sexo, surgiendo así la envidia del pene. Además, a esto se añade que, en esa etapa, la niña tampoco tiene representación de su propia especificidad sexual: vagina, útero y ovarios. La afrenta a su narcisismo la lleva a culpabilizar a la madre por su falta, lo que sumado a los celos incide en el aflojamiento del vínculo entre ambas. En este caso, el efecto del complejo de castración provoca que, progresivamente, la niña se dirija al padre como objeto de amor en sustitución de la madre, e inicia con esta actitud femenina su complejo de Edipo.

Freud, en "El sepultamiento del complejo de Edipo" (1924), nos dice: "La renuncia al pene no se soportará sin un intento de resarcimiento. La muchacha se desliza – a lo largo de una ecuación simbólica, diríamos – del pene al hijo; su complejo de Edipo culmina en el deseo, alimentado por mucho tiempo, de recibir, como regalo un hijo del padre, parirle un hijo. Se tiene la impresión de que el complejo de Edipo es abandonado después poco a poco porque este deseo no se cumple nunca. Ambos deseos, el de poseer un pene y el de recibir

un hijo, permanecen en lo inconsciente, donde se conservan con fuerte investidura y contribuyen a preparar al ser femenino para su posterior papel sexual." (A.E. XIX, pág. 186).

En su conferencia 33ra., "La feminidad" (1933), señala que la niña debe trocar a diferencia del varón, zona erógena: clítoris por vagina, y objeto: madre por padre, lo que es de esperar para que alcance su destino de mujer. Nos dice: "El descubrimiento de su castración es un punto de viraje en el desarrollo de la niña. De ahí parten tres orientaciones del desarrollo: una lleva a la inhibición sexual o a la neurosis; la siguiente, a la alteración del carácter en el sentido de un complejo de masculinidad, y la tercera, en fin, a la feminidad normal." (A.E.XXII, pág. 117). El complejo de masculinidad que puede operar porque perdure el deseo de la niña de poseer un pene, deparará serias dificultades en el futuro desarrollo de su feminidad; también se expresará en el rasgo de carácter de los celos y en la remoción de la sexualidad clitorídea.

En esta disertación Freud hace hincapié, en la importancia de considerar para una comprensión de la mujer su fase preedípica, la de la ligazón-madre que culmina en franca hostilidad. Este sentimiento negativo que toma el tinte del odio puede permanecer en el futuro o ser en parte compensado. El odio desempeña en este caso un rol estructurante al separar a la niña de la madre; separación que es imposible se produzca sin frustración y desidealización de la figura materna. A su vez la madre tendrá que tolerar estas circunstancias para habilitar el camino futuro de su hija hacia el hombre pues, en caso contrario, la poderosa corriente libidinal que las une permanecerá obstaculizando la posición femenina.

"El endoso de ligazones afectivas del objeto-madre al objeto-padre constituye, en efecto, el contenido principal del desarrollo que lleva hasta la feminidad.", escribe Freud en "Sobre la sexualidad femenina" (1931, A.E. XXI,



pág. 232). En este trabajo también menciona la actividad sexual de la niña hacia la madre; la ubica, por ejemplo, en el contexto del juego a las muñecas por el que tiene predilección. Lo considera un ejercicio activo de la feminidad ya que en él, la niña toma el rol de la madre poderosa y expresa activamente lo que vive en forma pasiva; o sea a través de la ficción, de la fantasía, ejecuta uno de los aspectos esenciales de lo femenino: la maternidad; en un principio con total prescindencia del objeto-padre. Al tomarla como arquetipo, en su identidad femenina queda el ser madre como un ideal narcisizado, valorizado.

En 1931, op.cit., destaca con relación a la elección de objeto amoroso y sus vicisitudes dados los conflictos de ambivalencia propios de la ligazón madre-hija, que: "Otra mudanza en el ser de la mujer, para la cual los amantes no están preparados, puede sobrevenir luego del nacimiento del primer hijo ...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 sobre sí toda la libido disponible..." (pág. 123). También menciona, a continuación, que "...la falta de pene no siempre ha perdido su fuerza..." lo que se atestigua por la calidad diferente en que la madre inviste libidinal y narcisísticamente al recién nacido según sea su sexo, pues éste influye en el modo en que se experimentará el vínculo. Freud afirma que la relación con el hijo varón sería la más exenta de ambivalencia ya que le posibilitaría a la mujer satisfacer aquello que quedó como residuo de su complejo de masculinidad. El vínculo con la hija sería más conflictivo; entre otras dificultades puede estar que sea sentida como un doble igualmente castrado y por ende rechazado (ambivalencia), sujeta a un destino no aceptado. La niña por su parte manifestará en su problemática el temor a la fusión y a la pérdida de límites, a la vez de desear mantenerse unida a su madre.

Ahora bien, es de notar que la conceptualización acerca de la feminidad que teoriza Freud en 1931 y 1933 nos remite al lugar de la mujer en la reproducción. La madre es el modelo de la identificación primaria y secundaria para la niña, o sea que si alcanza la feminización de la pulsión, esperar recibir un hijo del padre, ecuación pene = niño, será en mucho a su semejanza. Sin embargo, creemos que no es el único destino del ser mujer la maternidad ni que ésta sea indispensable para su realización como ser humano. La mujer puede vivir a lo largo de su existencia relaciones y actividades sublimatorias que no están signadas por la maternidad y que también son expresión de una feminidad legítima, la que así se presentifica en otros ideales y metas.

Finalmente citamos a Freud: "...el psicoanálisis, por su particular naturaleza, no pretende describir qué es la mujer – una tarea de solución casi imposible para él –, sino indagar cómo deviene, cómo se desarrolla la mujer a partir del niño de disposición bisexual." (A.E. XXII, pág. 108)



## V. Superyó - Ideal del yo en la mujer

*"Y yo como una proa de navío pirata,  
península raída llevando un continente de saqueos."  
Continente vampiro - Olga Orozco.*

Si el devenir del complejo de Edipo en la niña y el niño está signado por la diferencia anatómica entre los sexos está implícito también, según la hipótesis sustentada por Freud acerca del Superyó como heredero del decurso edípico, un diverso desarrollo en su constitución.

Freud postula que, es por la irrupción del complejo de castración que en el varón puede advenir el sepultamiento de la conflictiva edípica y, es esta renuncia a los deseos amorosos y hostiles de la infancia la que da origen en él a la formación del Superyó. Pero, entonces, cabe preguntarse qué sucede en el caso de la niña, ya que la diferencia radical se encuentra en que ella luego de reconocerse castrada, lo que se traduce en su envidia al pene, ingresa al complejo de Edipo. Y es respecto al destino de este último, que Freud señala en "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos" (1925): "...puede ser abandonado poco a poco, tramitado por represión, o sus efectos penetrar mucho en la vida anímica que es normal para la mujer." (A.E. XIX, pág. 276).

Por lo expuesto, en el destino de ser mujer parecería que la causa que se vincula a la instauración plena del Superyó es endeble. Si así fuera se debería adscribir a lo dicho por Freud "...que el nivel de lo éticamente normal es otro en el caso de la mujer. El superyó nunca deviene tan implacable, tan independiente de sus orígenes afectivos como lo exigimos en el caso del varón." (op. cit., pág. 276).

Consideramos importante, previo a retomar la indagación del Superyó femenino, realizar un breve recorrido por los antecedentes teóricos correspondientes a la formulación freudiana de esta instancia psíquica, en cuyo borde se instala cierta dimensión de la clínica que nos ocupa en este trabajo. A continuación desarrollaremos en forma sucinta el advenimiento de lo que llamamos en psicoanálisis la 2da. Tópica.

En los años subsiguientes a la Primera Guerra Mundial (1914 – 1918), Freud escribe entre otros, tres artículos: “Más allá del principio de placer”, en 1920; “Psicología de las masas y análisis del yo”, en 1921, y “El yo y el ello”, en 1923. Es en estos textos donde expone un nuevo sistema estructural de la mente, el cual va a sostener durante el resto de su vida. Este modelo conceptual se conoce como segunda tópica y responde a la necesidad freudiana de reubicar metapsicológicamente desarrollos teóricos anteriores que, si bien tienen numerosas conexiones y afinidades con su pensamiento actual, generan ciertas cuestiones que exceden la primera concepción tópica del aparato psíquico. En la misma, distinguía tres sistemas: Inconsciente, Preconsciente y Consciente. O sea, el proceso y las funciones de estos sistemas, como modelo teórico, le son insuficientes para explicar aquello que acontece en su experiencia clínica. Es por ello que Freud evalúa nuevamente los polos del conflicto defensivo, su dinámica. Su objetivo también está en integrar los descubrimientos del narcisismo y la importancia de las identificaciones en la constitución de la mente humana, cuya expresión observa en los ideales, en la instancia crítica y en la imagen de sí mismo.

Se aboca, entonces, a estructurar una segunda teoría donde diferencia tres instancias: Ello, Yo y Superyó. En ellas, como formaciones específicas constitutivas del aparato psíquico, armoniza su primera concepción (inconsciente, preconsciente-consciente), estableciendo entre las mismas,



relaciones de dependencia y también una dinámica intersistémica e intrasistémica. De los tres textos anteriormente mencionados, es en su obra "El yo y el ello" (1923) donde culmina la conceptualización que signa toda su obra posterior. De allí que su estudio sea indispensable para la comprensión de los últimos desarrollos que aporta Freud a la teoría psicoanalítica y, por lo tanto, fundamental en ella.

¿Cómo define, el creador del psicoanálisis, a las tres instancias con las que cimienta este nuevo modelo teórico de la psique?

Denomina: "...yo a la esencia que parte del sistema P y que es primero Pcc, y 'ello'...a lo otro psíquico en que aquél se continúa y que se comporta como lcc."(op. cit., A.E. XIX, pág. 25). Entonces, en un sentido tópico, el Yo se asienta sobre el Ello; es la parte del mismo que fue alterada por el influjo del mundo exterior.

¿Cómo se revela la dinámica entre estas dos instancias?

La percepción interna brinda al Yo las sensaciones, originarias y elementales, que provienen de los estratos más profundos de la psique, del Ello reservorio de las pulsiones, cuyo paradigma es la serie placer-displacer. Sin embargo, estos contenidos no advenirán conscientes si les es bloqueado su camino hacia adelante, o sea hacia la superficie del aparato, en cuyo caso, afirma Freud: "...permanece idéntico eso otro que les corresponde en el curso de la excitación..." (op. cit., A.E. XIX, pág. 24). El nexo entre ambas instancias es lo que determina que, aquello que fue desalojado del Yo por el proceso de la defensa, o sea reprimido, pueda llegar a acceder a la conciencia luego de ser vencidas las resistencias. De esta forma, se reafirma en la teoría que: todo lo que podemos llegar a saber se liga a la conciencia, la que está

ubicada en la superficie del aparato anímico, y cuya función es tanto el registro de las percepciones que nos vienen del mundo exterior (percepciones sensoriales), como así también, el de las sensaciones y sentimientos que provienen de nuestro interior.

Entonces, ¿cómo refiere Freud que acontece este proceso?

Sostiene que es por la conexión de la representación inconsciente con la correspondiente representación-palabra del preconsciente que los procesos de pensamiento que se consuman en el interior de la mente, adquieren la cualidad de conscientes. De esta manera, alude a que las huellas o restos mnémicos (acústicos, ópticos, motrices) pueden hacerse presentes por su cercanía al sistema P-Cc

Asimismo, es la génesis del Yo, como superficie que forma el sistema P asentado sobre el Ello, lo que da cuenta de que pueda tomar prestadas las fuerzas de esta otra instancia y que, en algunas circunstancias, aún alcance a trasponer la voluntad de la misma como si fuera la suya propia, a pesar de que él comande el acceso a la motilidad. Freud señala, además, que hay otro factor que incide en esta separación entre Yo y Ello. La misma es consecuencia de que el Yo esté encarnado en un cuerpo del que parten percepciones internas y externas que lo afectan. De allí que afirme: "El yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no es sólo una esencia-superficie, sino, él mismo, la proyección de una superficie." (op. cit., A.E. XIX, pág. 27)

Ahora bien, la tercera instancia que Freud conceptualiza en esta segunda tópica es el Ideal del Yo o Superyó. La misma emerge como una diferenciación en el interior del Yo, que alude a aquella parte del mismo que mantiene con la conciencia un vínculo sutil, débil, y que como una instancia



separada lo juzga y censura. Con esta noción intenta dilucidar ciertas complejidades observables en su experiencia clínica que ya abordara en otros textos, y a la que vincula con la función de la auto-observación, la formación de ideales, la conciencia moral, el sentimiento de culpa y, la angustia ante la muerte.

En la obra freudiana, pueden ser considerados como algunos de los antecedentes de esta noción, los siguientes escritos:

“Acciones obsesivas y prácticas religiosas” (1907), en este texto, Freud alude a una conciencia de culpa que tiene su fuente en los procesos anímicos tempranos; en las acciones placenteras de la sexualidad infantil, a las que posteriormente se anudará un reproche inconsciente. De allí que, cuando en el devenir de la vida de un individuo, una situación presentifique la tentación de la recurrencia de aquel accionar de la infancia, se genere una expectativa de angustia; esto es: “...una expectativa de desgracia que, por medio del concepto del *castigo*, se anuda a la percepción interna de la tentación.” (op. cit., A.E. IX, pág. 106). En este escrito su intento es inteligir la problemática de la compulsión y la prohibición en quienes padecen neurosis obsesiva y, es en ese análisis donde encuentra el imperio de una conciencia inconsciente de culpa.

Esta conflictiva, por otra parte, ya había sido abordada en “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa” (1896), donde menciona la escrupulosidad de la conciencia moral, la vergüenza y la desconfianza de sí mismo, como síntomas resultantes de la defensa lograda en el período de salud aparente de la neurosis obsesiva; o sea como “...*formaciones de compromiso* entre las representaciones reprimidas y las represoras.” (A.E. III, pág. 170).

Es en "Introducción del narcisismo" (1914), donde se encuentra un primer esbozo de la definición del superyó como instancia. En él dice: "No nos asombraría que nos estuviera deparado hallar una instancia psíquica particular cuyo cometido fuese velar por el aseguramiento de la satisfacción narcisista proveniente del ideal del yo, y con ese propósito observase de manera continua al yo actual midiéndolo con el ideal." (A.E. XIV, pág. 92). Desarrolla entonces que el ideal del yo está bajo la tutela de la conciencia moral y que es lícito suponer un tal poder en todos los individuos dentro de la vida normal. El mismo es efecto de la influencia crítica de los padres, a la que se sumará en el transcurso del crecimiento, la de todos aquellos otros significativos o sea, los que sumaron su importancia en el devenir de la formación del niño: los educadores, los prójimos, la sociedad y la cultura a la que pertenece.

Las "Conferencias de introducción al psicoanálisis" (1916-17), fueron dictadas por Freud en la Universidad de Viena durante la conflagración bélica mundial. Pueden considerarse como un testimonio de la posición del psicoanálisis en esa época pero también dan cuenta de las nuevas ideas creativas que se estaban gestando en el disertante, las que más tarde, en las obras mencionadas al comienzo de este trabajo salen a la luz como nuevas teorizaciones. En la 26ta. Conferencia: "La teoría de la libido y el narcisismo", dice que mediante el análisis de las afecciones narcisistas, sobre todo en el caso de la melancolía y de la manía, se puede "...llegar a conocer la composición de nuestro yo y su edificio de instancias." (A.E. XVI, pág. 389). Freud ubica, nuevamente, en el interior del yo una instancia que de continuo observa, critica y compara, contraponiéndose de esta manera a la otra parte del yo. Emplea aún el término *yo ideal* en forma indistinta con *ideal del yo*, para nombrar esta instancia con la que se mide el yo actual, y que también ha sido creada en el curso de su desarrollo. Expone, agregando una nueva reflexión, que en su génesis estuvo el propósito de reparar el contenido de sí que iba



ligado al narcisismo infantil primario, pero que desde entonces hubo de experimentar múltiples perturbaciones y afrentas. Como si fuera un "censor yoico", tales son sus palabras, esta instancia de observación de sí se expresa en la conciencia moral, la que también "...ejerce la censura sobre los sueños, y de la que parten las represiones de las mociones de deseo no permitidas." (op. cit., pág. 390). Cita que, es en el caso del delirio de observación donde se puede explorar su origen, ya que en él se descompone esta instancia. Se revela de esta forma, la influencia que tuvieron las identificaciones con las personas que fueron tomadas como modelo para la creación del ideal del yo, en el curso del desarrollo. Sólo que ahora, el enfermo las siente como ajenas de sí; las mismas han sido proyectadas hacia afuera del aparato, por lo tanto el poder que lo somete proviene del exterior.

Las reflexiones freudianas acerca del concepto de narcisismo y la concomitante introducción del concepto de un ideal del yo, lo llevan al análisis de este tema en su escrito de 1917, "Duelo y melancolía". Freud busca develar lo que se presenta clínicamente como algo intrincado. Esto es, observa la desmesura existente entre los autorreproches y el arrepentimiento que manifiesta el enfermo de melancolía, y la justificación diversa que de los mismos puede dar un observador externo. Entonces, efectúa una analogía con el proceso de duelo que se desencadena cuando la persona se enfrenta ante la pérdida del objeto de amor e infiere que, si bien el enfermo ha sufrido una pérdida en el objeto de sus declaraciones surge una pérdida en el yo. Concluye que una porción del yo es ese objeto resignado, de aquí entonces que los reproches se dirijan hacia él desde una instancia crítica escindida del mismo; por lo tanto el conflicto se dirime entre el yo crítico y el alterado por identificación con el objeto perdido. Y es esta instancia crítica, la que también puede probar su autonomía en otras situaciones, más allá de aquella que sucede en un particular estado de duelo patológico. Pero, aún en esta obra, refiere el conocimiento que se tiene de la instancia crítica a partir de la

conciencia moral y ésta, junto con la censura de la conciencia y el examen de realidad son figuradas, también aquí, como instituciones del yo. En esta conceptualización no se alude al yo como instancia sino como "self", el sí mismo.

El material anterior, lleva a Freud, consecuente científicamente en la ilación de sus hallazgos, a considerar la "instancia crítica" en "Psicología de las masas y análisis del yo" (1921). En el Punto VII, "La identificación", sintetiza lo elaborado anteriormente y llama a esta instancia, que se separa del resto del yo y que puede entrar en conflicto con el mismo, como: ideal del yo. Ahora sí, quedan de su lado: "...las funciones de la observación de sí, la conciencia moral, la censura onírica y el ejercicio de la principal influencia en la represión." (op. cit., A.E. XVIII, pág. 103). Postula que tiene su génesis a partir del narcisismo originario del yo infantil, el que sufre los avatares del medio y que fundamentalmente es heredero de la influencia de las autoridades de los padres. Esto alude a las vicisitudes del complejo de Edipo y al proceso de identificaciones que tiene lugar en el desarrollo del ser humano. Acerca de la identificación, Freud declara que, para el psicoanálisis, es "...la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona." (op.cit., pág. 99) y que posteriormente, la misma reemplaza a la elección de objeto. Aunque también, como en la melancolía, puede suceder que, por acción de los mecanismos del inconsciente sea sustituida la ligazón libidinosa del objeto en el yo y que éste, por vía regresiva, lo introyecte, alterándose. Otra forma de identificación que sintetiza en el Punto VII es, el proceso que tiene lugar con el semejante con el cual se tiene cierta paridad, comunidad, a pesar de que no sea aquél objeto de las pulsiones sexuales; a ésta la considera como una identificación parcial (op. cit., pág. 101).

Son estos algunos de los desarrollos que conducen a Freud a la elaboración final de la hipótesis del Superyó - Ideal del yo establecida en "El yo



y el ello" (1923). En esta obra dice: las primeras identificaciones, aquéllas acaecidas a más temprana edad, tienen efectos universales y duraderos. La de mayor valencia en la génesis del Ideal del Yo, es la identificación primera: la identificación con el padre de la prehistoria personal (op.cit., A.E. XIX, pág. 33). Ésta es directa, no mediada y anterior a cualquier investidura de objeto. Las elecciones de objeto de madre y padre producidas durante las fases de la sexualidad infantil, si el ciclo es normal, reforzarán esta identificación primaria. Entonces a la concepción del Superyó se adscribirán los complejos nexos que se generan por la dinámica que se relaciona con: la disposición triangular de la constelación del Edipo y la bisexualidad constitucional del individuo. *"Así, como resultado más universal de la fase sexual gobernada por el complejo de Edipo, se puede suponer una sedimentación en el yo, que consiste en el establecimiento de estas dos identificaciones, unificadas de alguna manera entre sí. Esta alteración del yo recibe su posición especial: se enfrenta al otro contenido del yo como ideal del yo o superyó."* (op. cit., pág. 35, 36). Sobre estas identificaciones parentales se depositarán las que advienen en el transcurrir de la vida del ser humano. Éste proceso identificatorio ya fue ubicado por Freud en la teoría cuando introduce y desarrolla el concepto de narcisismo.

Por otra parte, el concepto de Superyó implica algo más que ser el resto de las elecciones de objeto del Ello, en sí mismo es una enérgica formación reactiva frente a ellas. De aquí que, con el carácter de un imperativo categórico prevenga y reprima al Yo, y que por estar su génesis en la represión del complejo de Edipo, su mandamiento se desdoble en: "Así (como el padre) *debes ser*" (...) "Así (como el padre) *no te es lícito ser*." (op. cit., pág. 36) El obstáculo que, esta operación represiva conlleva para la satisfacción de los deseos incestuosos infantiles, permite al Yo erigir dentro de sí la prohibición, a partir de lo cual debe emerger fortalecido. "En cierta medida toma

prestada del padre la fuerza para lograrlo, y este empréstito es un acto extraordinariamente grávido de consecuencias.” (op. cit., pág. 36).

Las instancias del Ello, Yo y Superyó que Freud articula en la esencia del alma permiten una intelección de la dinámica de la vida psíquica. Así, las percepciones son al Yo como las pulsiones al Ello; pero también el Yo recibe la acción de las pulsiones por su estrecho vínculo con el Ello, ya que es un sector del mismo modificado. En pág. 54/5 de la op. cit., dice: “El ello es totalmente amoral, el yo se empeña por ser moral, el superyó puede ser hipermoral y, entonces, volverse tan cruel como únicamente puede serlo el ello.”

¿Cuál es el origen del incremento del sadismo en el Superyó?

En el Punto IV de “El yo y el ello”, Freud distingue dos tipos de pulsiones, con las que conforma su 2da. teoría pulsional, cuyo antecedente se encuentra en su obra “Más allá del principio del Placer” (1920). En ella, a partir de observar clínicamente el fenómeno de la “compulsión de repetición” que da cuenta de lo que se sustrae al Principio del Placer plantea la dicotomía entre Eros y las pulsiones de muerte. O sea, lo que ahora conceptualiza de esta manera:

- Pulsiones de Vida (Eros) las que comprenden a las pulsiones sexuales genuinas y sus derivadas: las mociones pulsionales sublimadas y las de meta inhibida, y las pulsiones de autoconservación que deben ser atribuídas al Yo. La finalidad de las mismas es procurar desde el comienzo de la vida, la cohesión, la síntesis, la complejización de la sustancia viva; se caracterizan por su naturaleza libidinosa.
- Pulsiones de Muerte (Thanatos), que se expresan en las mociones destructivas, el odio y el sadismo. Su finalidad es la vuelta del ser vivo al estado inorgánico, a la inercia del origen.



La vida misma sería un compromiso entre ambas, la resultante de que se encuentren ligadas entre sí, entremezcladas de manera desigual. Sin embargo, es factible que se pueda producir una desmezcla, más o menos completa de ellas y en ese caso el odio liberado, la inclinación a la agresión, tenga como destino incrementar la Pulsión de Muerte. Uno de los casos en que esto sucede es en la sublimación y desexualización producidas por mediación del Yo en el proceso identificatorio. En el mismo, el componente erótico ya no tiene la fuerza necesaria para ligar la destrucción con la que antes se encontraba fusionado.

Entonces, cuando Freud expone que "El superyó se ha engendrado, sin duda por una identificación con el arquetipo paterno." (op. cit. pág. 55), se puede inferir que, el sadismo disponible por la desmezcla pulsional a partir de la identificación, es el que se deposita en el Superyó, como un puro cultivo de la Pulsión de Muerte. De lo expuesto es entonces "... de donde el ideal extrae todo el sesgo duro y cruel del imperioso deber-ser." (op. cit., pág. 55) y es también a partir de esto que nace la concepción de un ser superior que castiga inexorablemente.

Ahora bien, la tensión que genera la dinámica entre las dos instancias: Yo y Superyó, se expresa en el sentimiento de culpa. El cual aparece como el efecto resultante de las acciones y aspiraciones del primero y las exigencias de la conciencia moral que comanda el segundo.

Es en las neurosis donde el sentimiento de culpa da cuenta del desarrollo de angustia por un refuerzo pulsional que proviene del conflicto entre el Yo y el Superyó. Lo que es harto factible de observar en la clínica.

Si éste es el efecto ¿dónde se sitúa la causa?

Freud afirma que esta instancia, el Superyó, "... conserva a lo largo de la vida su carácter de origen, proveniente del complejo paterno: la facultad de contraponerse al yo y dominarlo." (op. cit. pág. 49). Las raíces del Superyó abrevan en el Ello, al que puede subrogar y del que puede proveerse de energía. De aquí que esta instancia esté más alejada de la conciencia y de la realidad cuyo representante es el Yo. Ésta es la razón por la cual si el Yo, en su acontecer, no logró dominar bien el complejo de Edipo, la acción del Superyó será eficazmente sádica.

En una carta dirigida a Fliess, de fines de 1896, Freud comenta a su amigo que era su intención utilizar como lema del apartado sobre la formación de síntomas, en un libro que estaba proyectando acerca de la psicología de la histeria, la siguiente frase: "Flectere si nequeo Superos, Acheronta movebo" (Si no puedo dominar los poderes superiores, moveré las regiones infernales) del Libro 7º, de la Eneida de Virgilio.

¿No se podría escuchar así una voz del Superyó en todo ser humano más allá de la diferencia de los sexos?

Estas palabras resumían su tesis fundamental acerca de que los deseos rechazados por la instancia superior del yo, insistían por alcanzar su meta desde el inconsciente. Éste es el ámbito de aquellos impulsos que en épocas anteriores se vincularon al Averno y que no son otros que los que provienen de la vida sexual de los neuróticos. El psicoanálisis prueba que desde el sueño o desde el síntoma se llega indefectiblemente al terreno de la vida sexual, que el discurso de la histérica muestra esas regiones infernales donde el deseo emerge de su laberinto para ser deseo por siempre insatisfecho. El deseo de falo, sostén de un goce sexual y amoroso con la madre, podría ubicar en la fantasmática femenina ese plus que no se hace recuerdo pero que sin embargo emite alguna señal.



¿Será éste parte del enigma femenino? ¿Serán el sádico Superyó o los ideales, los valores éticos, tan lábiles en la mujer?

Quizás la feminidad sea un misterio, al que como espectador de los ropajes en la teatralidad histérica se puede interrogar pero que no se agota en ella. Contiene en su seno una forzosa diferencia advertida en la teoría freudiana, a pesar de lo cual deja tras de sí una sombra detrás del velo, algo más profundo y singular, la "roca de base" freudiana.

Si la niña arriba al complejo de Edipo después de la tormentosa etapa final de la ligazón madre preedípica, intensa y por demás duradera, es posible pensar que, la voz de esta figura materna vivida como seductora, arbitraria y además responsable de la falta, resuena en la conciencia moral cobrando un carácter implacable y cruel. Así tendríamos dos vertientes del Superyó femenino: débil como heredero de la conflictiva edípica y despiadado como portavoz materno, el mismo que descarga todo su rigor ante aquello que la revele castrada.

La envidia fálica como contenido implícito del complejo de castración en la mujer, herida narcisista, la llevará a buscar la satisfacción vía el Ideal, donde el "ser mirada" será un punto importante de la sexualidad femenina. Además, todo lo relativo a lo escópico: el mirar, la auto-observación, pasos previos a enjuiciar, castigar, serán una función privilegiada del Superyó.

La endeblez del Superyó, que Freud atribuye en la mujer, podríamos encontrarlo por el compromiso que provoca la no renuncia al objeto de amor edípico sino que éste es resignado. La niña resigna la satisfacción pulsional directa a cambio del amor del objeto. Esto conforma un ideal narcisista que, ubicará el ser amada como meta y modo de satisfacción pasivo de la pulsión; aquello que en la clínica es factible observar derivado en posiciones de

agresión sobre sí misma; padecimiento, masoquismo. La conciencia moral, cuya voz no podemos negar en las mujeres, colabora también en la satisfacción narcisista proveniente del Ideal del yo.

En la problemática expuesta por la clínica que nos ocupa, se detecta la acción superyoica y los trastornos del narcisismo, debido a las particulares situaciones por las que debe atravesar la mujer en los primeros tiempos de su maternidad. Relativo a esto último, la mujer-madre afectada en su ser anímica y físicamente retira su interés de aquello ajeno a la causa de su sufrimiento. Al decir de Freud: "Libido e interés yoico tienen aquí el mismo destino y se vuelven otra vez indiscernibles." (op. cit. 1914, A.E. XIV, pág. 79) La estasis de la libido yoica, detenida en el propio penar, encuentra dificultada su vía como libido objetal ya que la mujer-madre tiene impedido el acceso al hijo recién nacido, su producto. Está obstaculizado el contacto con ese cuerpecito que fuera parte del suyo propio, favoreciendo el incremento de la situación de extrañamiento inaugural. Es éste uno de los más frecuentes procesos patológicos que pueden desencadenarse, cuyo observable es la perturbación afectiva en la mujer, la que imposibilita parcial o totalmente la consolidación de las funciones inherentes a la díada madre-hijo; perturbación en el establecimiento del vínculo, en la capacidad de maternaje.

En otros cuadros, la libido liberada por la frustración toma como destino los objetos de la fantasía, pudiendo éstas contener en su espectro un tinte ominoso u omnipotente. También puede darse un empobrecimiento yoico tal, que lleva a la mujer a casi un abandono de sí, de sus necesidades vitales en pos del objeto. Este caso, que al observador externo le anuncia un profundo amor y abnegación, oculta, la más de las veces, la ambivalencia afectiva, el sentimiento de culpa y una profunda herida narcisista detrás de esa sobrestimación. El Ideal del yo no puede velar por la satisfacción narcisista, dadas las dolorosas circunstancias de la pérdida probable del bebé idealizado



en la imaginación materna. El Superyó alza su voz airada a través del sentimiento de culpa sabedor de las intenciones ambivalentes que emergen en la mujer. Si nos internamos más en el yo materno vemos que la percepción de la impotencia, ante los avatares vitales imprevisibles que pueden afectar al recién nacido, aumenta la angustia y puede subsumirlo en una posición pasiva de sometimiento frente a la institución, más allá de que se vea impelido a aceptar las decisiones profesionales de las que ambos, madre e hijo, dependen. Entonces, esta percepción de incapacidad deteriora aún más a la mujer y la perturbación anímica se expresa en un sentimiento de inferioridad, el no tener derecho a "ser". La rebaja de la autoestima, ante la amenaza de pérdida del hijo amado en la espera de la cual la mujer se culpabiliza y la frustración de una maternidad como era expectable, "como las otras", se une al dolor y la angustia ante la muerte.

Freud (1914), también nos dice respecto al Ideal del yo, que: "Además de su componente individual, este ideal tiene un componente social; es también el ideal común de una familia, de un estamento, de una nación. Ha ligado, además de la libido narcisista, un monto grande de la libido homosexual de una persona, monto que, por ese camino, es devuelto al yo. La insatisfacción por el incumplimiento de ese ideal libera libido homosexual, que se muda en conciencia de culpa..." (op. cit., A.E. XIV, pág. 98). Recordemos, entonces en este punto que: la libido homosexual se satisfizo en la ligazón madre preedípica y ahora está disponible en el área de influencia del Superyó, favoreciendo la regresión. Asimismo que, para dominar las excitaciones que pueden provocar sensaciones penosas o efectos patógenos, "La elaboración psíquica presta un extraordinario servicio al desvío interno de excitaciones no susceptibles de descarga directa al exterior, o bien cuya descarga directa sería indeseable por el momento." (op.cit., A.E. XIV, pág. 82).

## **VI. Embarazo Parto Puerperio**

*"Y el cuerpo reformula en sí mismo  
la realidad primordial."  
Poesía Vertical – Roberto Juarroz*

### **1. Apreciaciones generales sobre el embarazo y el parto.**

El embarazo, parto y puerperio constituyen sucesos trascendentales en la vida de toda mujer. La función de la reproducción, dentro del ciclo vital femenino, tiene consecuencias fundamentales y duraderas que afectan no sólo el cuerpo femenino y su fisiología, sino que también inciden en la dinámica intrapsíquica e intersubjetiva de la mujer. Las complicaciones que suelen acaecer en el proceso de la gestación, el alumbramiento y en el período inmediato posterior evidencian que en ellos intervienen factores orgánicos, psíquicos e influencias culturales. De los mismos dan cuenta las prescripciones, reglas y tabúes que las distintas civilizaciones han creado para enmarcar y controlar esta función.

Henry Ey (1978) afirma que el estudio de la mujer en estas circunstancias se ubica en el punto de encuentro de las siguientes variables:

- *Su pasado*, entendiendo por tal: herencia, antecedentes patológicos, constitución biológica, formación de la personalidad, estructura neurótica o prepsicótica.
- *Posiciones actuales*, las que incluyen lo conyugal, social y económico



- *Accidentes gravidopuerperales*
- *Perspectivas que la maternidad abre en cada mujer en particular.*

Pensamos a los procesos biológicos predeterminados que se inician en la concepción y que se suceden hasta finalizar el puerperio, como una revolución física que produce fenómenos psíquicos particulares en la mujer. Ellos mismos son los que, a su vez, tienen la capacidad de influenciar el desarrollo de este acontecer, de manera tal que subyacen a alteraciones como interrupción, aceleramiento o inhibición de los sucesos normalmente expectables.

Si bien, en este trabajo, no vamos a profundizar en el estudio de la problemática anímica que se suscita en la mujer en el período propio del embarazo, deseamos subrayar que en la misma participa la importancia psicosocial de su acontecimiento; cómo este hecho real de ser madre modifica todas las condiciones y las perspectivas de la mujer. Al abocarnos a la caracterización del concepto de la maternidad en nuestra cultura hemos señalado, en capítulos anteriores, algunos aspectos que pensamos relevantes con relación al mismo.

Ahora bien, la maternidad remueve la conflictiva psicosexual y la trae al presente de la mujer. Desde el embarazo se hacen notorias, las más de las veces, ciertas modificaciones psíquicas leves las cuales se ligan a los modos neuróticos de defensa frente a un hecho que, no por deseado deja de ser temido y, por lo tanto, genera estados de ansiedad y de ambigüedad afectiva. Esto mismo se ve incrementado en el caso de que el embarazo no provenga de una elección consciente de la mujer; o sea cuando la misma rehúsa la aceptación de su estado por diferentes razones, como pueden ser su situación actual, conyugal, económica o profesional. Así también es dable observar

que una mujer que se encuentra en condiciones desfavorables según la apreciación de un observador externo, puede encontrar en éste, su nuevo estado, un hecho que la valore o la integre a su grupo de pertenencia. De aquí que acordemos con aquellos autores que sostienen: la actitud de la mujer frente a su maternidad, tiene una incidencia fundamental en el determinismo de los accidentes que pueden presentarse en la secuencia concepción – embarazo – parto – puerperio – lactancia.

Es sabido que temores clásicos se presentan en la mujer embarazada, tanto en los meses anteriores al parto como en ese momento crucial de su vida. Entre ellos señalamos: malformaciones del bebé, daño en el propio cuerpo, miedo a un dolor desconocido, la muerte del hijo o la de sí misma. Todos ellos son fantasmas que se agitan en la vida anímica femenina, cuya presencia es habitual en este estado pero que, asimismo, bordean la zona de riesgo de núcleos neuróticos inconscientes que pueden actuar y expresarse en descontroles emocionales y en ciertas distocias, entendiéndose por estas últimas lo que en la obstetricia se describe como: las emergencias de partos difíciles o muy dolorosos, de origen materno o fetal.

La mujer percibe, ante la inminencia del parto, un peligro que proviene del interior del propio cuerpo, de esa cavidad que durante los meses de embarazo ha sido erotizada. La misma que proporcionara sensaciones placenteras y displacenteras es la que ahora brinda excitaciones ligadas a una percepción de peligro. Así es como la libido narcisista que, en la historia de este acontecimiento, invistiera en una unidad el organismo del feto y el materno, junto a la fantasía emotiva de la relación futura madre-hijo, se encuentra aliada a una vivencia de riesgo y de ataque al cuerpo, los que a su vez fueron antecedentes en la dinámica del temor.



Toda vez que la mujer percibe al feto como un cuerpo extraño, como aquello que puede dañarla, desgarrarla, se suscita un conflicto psíquico entre el deseo de retener y el deseo de expulsar. Podemos pensar que el deseo de retener predomina cuando impera la autosuficiencia narcisista, la misma que no dispone la renuncia a la unidad, y que se manifiesta en la identificación de la madre con el hijo oponiéndose a las tendencias expulsivas. Cuando estas últimas tienen preponderancia sobre las otras, pueden ser una de las variables a contemplar en los partos prematuros.

Helene Deutsch (1977) nos dice que, en todas las mujeres está presente el temor al parto, oculto detrás de dudas, ansiedades, expectativas que se intensifican ante su emergencia o en la proximidad del cumplimiento del período gestacional. El acto del nacimiento de un nuevo ser con el que simbolizamos la vida, remite encubierto bajo la máscara del temor al parto, paradójicamente, al temor a la muerte. Temor ancestral de la especie humana, signo de su inermidad e impotencia frente a ésta. Temor primitivo que acompaña a un otro más consciente, vivenciado como una situación de peligro real. Por otra parte, en la mujer-madre se expresa también el temor a la separación. Separación que produce la ruptura de un estado de dicha y completud, que se inscribe no sólo en "lo estoy perdiendo" sino también en "él me pierde a mí"; esto se debe a la identificación con el hijo, el que así es concebido como una prolongación del propio yo de la mujer. Esta ansiedad elemental está figurada en el proceso del parto desde su comienzo hasta el final; la misma es agudizada y objetiva cuando el parto se da en condiciones patológicas. Según sean las condiciones singulares de este devenir, el mismo puede llevar a la conmoción psíquica de la paciente por múltiples factores. Entre ellos priorizamos desde lo psíquico que, el nivel de la ansiedad puede ser intensificado por sentimientos de culpa hacia la propia madre, por la regresión a primitivas angustias infantiles o por el incremento del sentimiento de sumisión frente a lo inminente, desconocido e inevitable, lo que es

significado como fatal y por lo tanto semejante a la muerte.

La autora citada anteriormente, señala: "...debemos aceptar que el parto constituye una grave y a veces específica ordalía de la vida emotiva, que puede llegar a ser el punto de partida de procesos neuróticos crónicos y de psicopatías." A lo que nosotros agregamos que, el tipo de parto incide profundamente en el trastorno afectivo. Tal es el caso del parto prematuro, sea su emergencia por curso normal vaginal o por la operación cesárea. Insistimos en ello, una vez más, porque a los avatares del campo de lo orgánico se le suma lo inexpectable desde lo afectivo. Así es como, la mayoría de las veces en esa circunstancia, el dinamismo de la relación madre-hijo se ve perturbada no sólo porque el niño no coincide con lo soñado dado su bajo peso y/o a veces anomalías, sino porque después de la inmediata separación por el corte del cordón umbilical, está obstaculizado el reencuentro de ambos por las prácticas médicas de emergencia, operativa por demás imprescindible.

A la desilusión de no haber vivido la experiencia tantas veces imaginada y esperada por todas las mujeres, se le suelen agregar sentimientos y conductas que expresan la defensa, como ser: angustiosa desilusión, apatía, expresión de ajenidad e indiferencia y/o de extrañamiento, "...éste *no es mi hijo...*". Porqué no pensar que la castración se escenifica. No hay logro, algo falta...no ha sido alcanzado..."eso en sí" está perdido...no hay posibilidad inmediata de reparación.

## **2. Puerperio. Características normales y alteraciones.**

Puerperio: en obstetricia se denomina así, al período transcurrido desde el momento del parto hasta que los órganos genitales de la mujer, sus funciones y estado general, vuelven a su estado ordinario anterior al parto.



Es en el puerperio, donde situamos la clínica que nos ocupa, de aquí que intentaremos caracterizar primero los aspectos asumidos dentro de la normalidad en este período subsiguiente a la separación del niño de la mujer-madre que le ha dado a luz, para luego centrarnos en las reacciones que nos llevan a considerar necesaria la atención psicoterapéutica de la mujer cuando ha sido protagonista de un parto prematuro y el recién nacido es de alto riesgo.

En esta faz preliminar del vínculo madre-hijo que se da en el puerperio, la parturienta después de un parto normal a término, efectúa el pasaje desde la preocupación por su estado, propia del embarazo, a la construcción y organización de su mundo en torno a la nueva presencia encarnada en el bebé, restableciendo así las relaciones con el entorno. Podemos observar que la mujer tiene, aún en estos casos, una insuficiente apercepción de todo aquello acaecido que estuvo descentrado del acto de parir; lo vivenciado en aquel momento es inconscientemente falsificado o bien cae en la amnesia. Sin embargo, los elementos psíquicos puestos en juego durante todo el proceso iniciado a partir de la concepción, están latentes. Ahora, los mismos pueden variar en intensidad dentro de límites normales o bien alcanzar un grado patológico.

Es en este tiempo del puerperio que adviene el momento inaugural del descubrimiento del hijo, el cual compensa en la mujer-madre, en un primer momento, la separación orgánica de ambos y le brinda la inmensa satisfacción de acoger entre los brazos el producto anhelado, aunque a veces emerjan ciertas sensaciones de desilusión, fruto de la disparidad entre lo imaginado y la realidad. Decimos *producto* porque el polo de la mujer es aún fuertemente narcisista. Junto a la alegría que la presencia del hijo despierta siente haber sido protagonista de una hazaña y necesita de la atención amorosa del ambiente. Los estados afectivos son muy lábiles; la más mínima circunstancia puede provocar la alternancia de la alegría y el orgullo con el temor, la angustia

y el desaliento. Es esto un observable aún en aquellas mujeres que demuestran fuertes tendencias maternas. Respecto a estas últimas, debemos tener en cuenta, que las mismas son las que nos evidencian cómo el niño real comienza a ser alojado en la psiquis de la mujer y cómo en ello está el germen del amor maternal, de desarrollo gradual y progresivo.

El elemento narcisista de la mujer que aún no ha llegado a ligarse al amor hacia el hijo se manifiesta en nuestra cultura en el mostrarse y mostrarlo, en la búsqueda de la admiración y envidia que suscita en sus pares. Es normal observar en el transcurso de los primeros días de la relación madre-hijo, que la tendencia maternal inscripta en la ternura y el dar todo lo posible de sí, encuentre su compensación en la existencia y el bienestar del niño. Este afecto preludia la aparición del amor materno que a su vez tiene como antecedente un estado de indiferenciación yo-no yo. Actos y proceso que se ven obstaculizados cuando el niño es prematuro y necesita asistencia intensiva neonatal, ya que la madre no puede tomar bajo su responsabilidad ni la alimentación por la lactancia ni los primeros cuidados e higiene del mismo. Tampoco puede llegar a darse, por lo tanto, el reparador, placentero para ambos y estructurante en el reconocimiento, contacto cuerpo a cuerpo.

A la par que se desarrolla este movimiento psíquico en la mujer-madre, otro tiene lugar, esto es: la tendencia regresiva que busca el restablecimiento de la unidad prenatal, la que se expresa en las más diversas reacciones, como ser: indiferencia momentánea la que tiene su raíz en la ambivalencia afectiva; sensación de vacío, de pérdida, hiperemotividad, inhibiciones, sentimiento de soledad, de incapacidad, reacción dramática ante problemas cotidianos menores, necesidad de ser cuidada y considerada. Éstos y otros estados similares a los descriptos, son observables en este período intermedio entre la preñez y la vida normal de toda mujer que ha dado a luz.



A pesar de la temprana identificación con el hijo, el yo de la mujer-madre puede sentirse en peligro y empobrecido por las exigencias que sobre él recaen y no satisfacerse plenamente en la función reproductora y en la relación con el bebé. Y así, sobrevienen reacciones ante lo que se vivencia como pérdida, tal el caso de la belleza física, de la libertad de movimientos, o bien ante aquello otro que se siente rivaliza con la maternidad y sus deberes, como ser, el erotismo y las aspiraciones intelectuales. Además, el yo femenino puede sentirse obligado a asumir un estado adulto aún no alcanzado renunciando así a sus propios lazos infantiles o, en forma inversa, temer la vuelta a una dependencia primitiva que se creía superada. La maternidad reactiva en la mujer la relación con su propia madre lo que favorece la emergencia de lo pre-*edípico* no resuelto, junto a propiciar la identificación con la misma y sus mandatos.

Por todo lo expuesto pueden hacer su aparición conflictos diversos y de distinta magnitud, los que en la mayoría de los casos encuentran resolución a medida que se avanza en el vínculo con el hijo y, la mujer ahora madre reacomoda sus tiempos y expectativas. Es diferente si estamos ante un yo débil, donde se perturban los mecanismos de defensa y sus sublimaciones ante la experiencia de la maternidad. Surgen entonces, reacciones ante lo que se vive como una grave amenaza. Esto da lugar a la expresión de distintos temores, los cuales remiten en última instancia al temor a la pérdida que simboliza la castración y la muerte y/o a intentos de huida frente al conflicto ambivalente de emociones, ante una incapacidad de sentir aquello que suponen debería ser sentido frente al recién nacido. Cuando con el hijo no se despierta la alegría maternal es de esperar que se produzcan graves desórdenes afectivos, que van a ser acompañados con sensaciones de vacío, decaimiento y anulación del propio yo.

En su Tratado de Psiquiatría, Ey – Bernard – Brisset (1978), describen bajo el título “Patología psiquiátrica de la maternidad” accidentes que tienen lugar en el embarazo, puerperio y aborto. Nos dicen que los mismos revisten los más diversos aspectos, desde la reacción neurótica ligera a la psicosis de largo curso. Señalan en su determinismo no sólo factores genéticos, hormonales y toxi-infecciosos sino la maternidad en sí, con todo lo que la misma implica respecto a lo biológico y psicosocial y, a las relaciones inaugurales entre esta situación actual en la mujer y su personalidad. Ubican en el puerperio la ocasión para verificar, de una manera más clara que en los otros casos, las múltiples variables en juego en la etiología de las afecciones psiquiátricas y la concomitante ausencia de especificidad de las respuestas clínicas a una situación compleja, como es un estado psicopuerperal.

Los citados autores reconocen que en el parto puede sobrevenir una crisis emocional, con sensación de muerte inminente. A lo que nosotros agregamos que, ésta se ve seriamente agravada si es acompañada por una situación real o imaginada de peligro de supervivencia del recién nacido. El parto pre-término por sus propias características, es una ocasión de riesgo de la emergencia de este avatar en la mujer, quien así expresa su angustia en reacción frente a un gran peligro, las más de las veces, real.

Esta crisis aguda de angustia se abate como una tempestad sobre el organismo; la paciente puede quedar como paralizada frente al acontecimiento, su expresión vacía denota su bloqueo y la activación de procesos inconscientes ante el fallo de los mecanismos de defensa. Ya sea que repliegue su contacto social o bien quede presa de una agitación incoercible, acompañada de gritos y sollozos, no puede tomar distancia consciente del suceso en el que está inmersa. Síntomas funcionales orgánicos pueden acompañar con su expresión el descrito estado de crisis, de manera tal que es probable la aparición de: disnea, espasmos digestivos o urinarios, dolor



torácico, incremento de los dolores consecuentes al alumbramiento, etc.. Éste cuadro puede ser el punto de partida de una psicosis puerperal, cuya ocasión es inmediata al postparto y suele expresarse de las siguientes formas:

- *Estado confusional*: discreto o grave, que puede llevar al estupor.
- *Melancolía puerperal*: la paciente queda instalada en el seno de la angustia habilitando la aparición de un estado melancólico o, en caso contrario, como reacción intensa frente a ella, dar curso a un estado excitomaníaco o de sintomatología mixta.

También, es dable observar:

- *Reacciones depresivas*: las que pueden corresponder a una depresión de índole neurótica, con estado angustioso más o menos profundo, donde se manifiesta el desinterés de la mujer-madre por el niño. Es característico en ellas la aparición de trastornos tímicos con preponderancia de un estado de tristeza permanente y sentimientos de impotencia e incapacidad, que revelan contenidos inconscientes latentes de una condición neurótica que la maternidad revela. Los estados de inadaptación a la maternidad o a las circunstancias y consecuencias de la misma, pueden tomar todas las formas del estado de angustia hasta la de la depresión.
- *Agotamiento puerperal*: caracterizado por astenia, ansiedad, enlentecimiento intelectual, trastornos del sueño y del apetito.

Existen eventos específicos que han sido considerados a lo largo de este trabajo, que por su importancia vital para la mujer en la experiencia de su maternidad, son causantes de la desestabilización de su equilibrio psicológico.

Creemos que es de suma importancia la magnitud del acontecimiento, el momento en que hace su aparición o sea: edad de la mujer-madre, su estructura psíquica, si es primeriza o multípara y otros antecedentes relativos a su función reproductiva, como ser abortos previos, hijos fallecidos. Pensamos el proceso psíquico del puerperio dependiendo también, del ambiente que rodea a la mujer-madre, de su situación económica y social real, de la existencia o no del sostén afectivo de su pareja y familia, de la cultura en la que está inmersa.



## VII. Acerca de un nacer prematuro...

*"Todos los grandes vértigos del alma nacen del otro lado de las piedras."  
Relámpagos de lo invisible – Olga Orozco*

### 1. Duelo Trauma Angustia

Un nacer prematuro nos remite a un embarazo donde no se han cumplido los nueve meses de gestación. Las causas por las cuales esto sucede no van a ser encaradas en esta tesis. Sin embargo, vamos a mencionar que más allá de que el parto pre-término pueda ser la resultante de un proceso fisiológico irreversible, hay además circunstancias que, desde el campo de la medicina, señalan la necesidad de producir el parto sin que esté la amenaza de su desencadenamiento, ya que la prolongación del embarazo puede poner en peligro la vida del feto por nacer y/o la de la madre. Por lo tanto, la prematuridad contiene en sí misma un sentido azaroso que convoca a la enfermedad, a la pérdida y a la muerte.

La interrupción de un embarazo despliega una situación de impacto, de riesgo, de tiempo suspendido, cuando no de impreparación y sorpresa. De aquí que, nos referimos al mismo como *situación disruptiva*. ¿Qué queremos significar con ello? Una circunstancia en la que lo fáctico invade con violencia al psiquismo, lo desborda. Ahora bien, nos interesa señalar lo que dice el Dr. M. Benyakar (1997) al respecto, cuando distingue entre *situación* y *vivencia*: "Toda situación, por más terrible o destructiva que sea, puede o no, provocar una vivencia traumática."

En coincidencia con ello, llamamos a la emergencia de este nacimiento situación disruptiva ya que opinamos, siguiendo los desarrollos de este autor, que su cualidad amenazante podrá generar una vivencia de agotamiento físico, mental y afectivo como reacción del psiquismo de la mujer-madre protagonista, o bien esta experiencia, dentro del orden de lo traumatogénico, provocar, como respuesta al impacto, el colapso de las relaciones entre lo psíquico, social, temporal y espacial, quedando entonces como una vivencia a-verbal. Si bien ambas reacciones pueden tener una sintomatología similar, su dinámica es diferente y por lo tanto también lo será el tratamiento psicoterapéutico con el que deberán ser encaradas.

En este punto, es ineludible que acudamos al texto "Duelo y Melancolía", donde Freud (1917 [1915]) conceptualiza el estado depresivo, realizando una comparación entre el duelo normal y la melancolía, o sea cómo se significa la adversidad. Con relación al proceso de duelo advierte que "...es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces...un ideal...A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía..." (op. cit., A.E. XIV, pág. 241). Si bien el duelo trae desviaciones de la conducta normal no es considerado un estado patológico ya que con el transcurrir del tiempo culmina su procesamiento. Los rasgos que lo caracterizan son similares a los de la melancolía: dolor anímico, desinterés por el mundo externo, disminución en la capacidad de amar y trabajar, pero en él están ausentes los autorreproches, el exacerbado sentimiento de culpa y la expectativa de castigo. En el duelo el yo se inhibe pero no se altera la percepción del sí mismo, el desasimiento de la libido del objeto es progresiva en un paulatino acatamiento a lo que dicta la realidad.



Calificamos de trauma a un parto prematuro cuando su acontecimiento acaece como una circunstancia que el psiquismo de la mujer vive sin poder dar una respuesta adecuada ante su devenir y cuyas consecuencias afectan a ambos, madre e hijo. Este nacimiento, que como señaláramos es en muchos casos inesperado, aparece entonces como un avatar funesto del destino y proporciona un cúmulo de emociones, específicamente un incremento de la angustia que afecta a la parturienta de manera tal que puede dejar efectos patógenos y duraderos en su organización psíquica. La maternidad, así desarticulada de la trama de lo expectable, es factible de ser alojada en una cadena de repeticiones por imposibilidad de elaboración significativa. O sea cuando no se puede conformar una trama de representaciones que otorgue cualidad psíquica al quantum de excitación; un proceso de pensamiento, representación palabra, que posibilite la relación presencia - ausencia. Estamos en ese caso, entonces, frente a lo impensable por irrupción traumática, ante aquello que nos remite a lo siniestro; angustia automática ligada a lo innombrable, a lo no sabido, a la muerte. Así ante el trauma se produce una disminución de la capacidad simbólica del yo y se inicia una vía regresiva que puede alcanzar puntos de desvalimiento e inermidad, a un estado que está más allá del principio de placer.

En 1926 Freud publica su ensayo "Inhibición, síntoma y angustia", en el mismo señala la presencia de la angustia como el punto de articulación que vincula la inhibición con el síntoma.

Desde el comienzo de sus investigaciones, en sus primeros artículos sobre la histeria y la neurosis de angustia, piensa a la angustia como un fenómeno importante que merece su consideración clínica y teórica. En aquella época, no le había pasado desapercibido que los neuróticos desarrollan múltiples síntomas de angustia, por lo cual coherente con su tesis de que

las neurosis tienen su origen en desórdenes de la sexualidad, busca en ella la génesis de la angustia. Así, en una primera hipótesis la considera producto de una excitación sexual no descargada (estasis libidinal); queda entonces la angustia como resultante de un proceso tóxico por acumulación de libido. Sin embargo, ya en esta conceptualización Freud excede, lo que podría haber sido atribuible a un puro proceso fisiológico, haciendo aparecer en la dinámica de la angustia a los mecanismos psicológicos. Es en ese momento de su teoría que afirma: la represión causa angustia. En la obra citada revisa esta primera explicación acerca de la génesis de la angustia e invierte la relación de los dos términos; sostiene entonces que, la angustia crea a la represión.

Es así como, a partir del examen del problema de la angustia, Freud redefine el proceso defensivo que implementa el yo en los diferentes cuadros neuróticos. Ubica a la represión como uno más de los mecanismos de defensa; princeps en la neurosis, entre aquellos otros diversos que utiliza la defensa para impedir el acceso a la conciencia de cierto material psíquico.

¿Cómo teoriza Freud, finalmente en este escrito, el íntimo vínculo entre neurosis y angustia?

La irrupción de la angustia en el yo es la señal a partir de la cual éste pone en marcha el proceso defensivo que da como resultante al síntoma. Éste surge como consecuencia del intento de huida del yo frente a la angustia y, tiene además el propósito de evitar que la misma se incremente. Este proceso es análogo al intento de huida ante un peligro externo; es la sustitución de ella expresada en el síntoma. El beneficio primario que otorga la enfermedad es lo que evidencia que la angustia está en la esencia de la neurosis.

Ahora bien, esta concepción de la angustia *señal* introduce una nueva complejización del tema porque la misma alude a una *situación de peligro* para



el yo. Freud afirma aquí: "La angustia es la reacción frente al peligro." (op. cit., A.E. XX, pág. 141). Al establecer esta relación entre angustia y peligro involucra en la definición de angustia algo más que excede, en el ámbito del psicoanálisis, la de ser sólo un afecto, un sentimiento penoso acompañado por sensaciones físicas específicas. Entonces, para que una percepción externa consista en una amenaza para el yo ésta debe enlazarse a un contenido endopsíquico. De aquí que, la respuesta que da el yo es, en última instancia, una reacción ante una moción pulsional amenazante proveniente del ello que, de esta forma, intenta ser desplazada al exterior. Lo pulsional, interno, puede ser percibido también como un peligro externo porque su satisfacción, su propósito, expone al yo a la pérdida de amor del objeto y a la amenaza de castración.

En el proceso de la defensa, el yo perturba sus funciones produciendo una limitación o varias de su accionar, y esto es lo que expresa Freud conceptualmente cuando se refiere al término de *inhibición*. La misma, puede tener como fin menoscabar u obstaculizar un acto, como también contener el desarrollo de angustia. Así, en una dinámica que comanda el yo la inhibición puede aparecer bajo la forma de una limitación que responde a la precaución, o como resultado de un empobrecimiento libidinal. Es por esto último que también puede estar al servicio de la autopunición, como una renuncia del yo para no entrar en conflicto con el superyó. De esta manera pueden ser pensadas algunas de las conductas que evidencian trastornos o dificultades de la mujer en su función materna, en los primeros acercamientos afectivos y de cuidado hacia el hijo, en el inicio del vínculo entre ambos.

A partir de lo expuesto, es factible deducir que, una inhibición tenga un nexo con un síntoma, que pueda estar subyaciéndolo. Si bien, la diferencia entre ambos no es de fácil detección clínica, Freud señala en este texto algo básico a tener en cuenta: como inhibición queda en el campo de la relación del

yo con la realidad externa, como expresión sintomática alude a una dinámica que implica a todo el aparato psíquico.

Ya en algunos de sus primeros artículos, al intentar diferenciar el motivo, las características propias de la angustia, se le presenta a Freud la complejidad del tema abordado. La considera un afecto y la denomina *realista* cuando aparece como reacción ante un peligro proveniente del exterior (excitación exógena) y define como *neurótica* a aquella que sería el efecto que causa una excitación endógena pulsional (peligro interno). La íntima relación entre ambas estaría dada porque están anudadas, en un fin último, que es la respuesta a un peligro pulsional no discernido.

Es esta clasificación la que abandona en la presente obra y releva por la conceptualización final de la angustia *señal* y la angustia *automática*. La angustia *automática* es la que surge como respuesta ante una situación traumática para el yo, ante aquello que lo excede; o sea, éste vivencia su desvalimiento ante una acumulación de excitación (endógena o exógena) que es incapaz de procesar y que por lo tanto desborda el aparato psíquico. Esto da cuenta, también, que es por su nexa con la naturaleza del peligro que este afecto tiene un lugar de excepción dentro de la economía anímica. "...son relaciones *cuantitativas* (...) las que deciden si se retendrán las antiguas situaciones de peligro, si se conservarán las represiones del yo, si las neurosis de la infancia tendrán o no continuación." (op. cit., pág. 145). Entonces, se puede pensar que hay un factor económico que afecta tanto a la angustia como al estímulo en la dinámica de las fuerzas psíquicas. Por lo tanto, con relación a ellas, no podrán quedar exentos de consideración los puntos de fijación y la regresión puestas en juego. Y es, esto último también, lo que dimensiona el plus que emerge en el padecimiento neurótico.



En la presente obra de 1926 afirma: "El proceso del nacimiento es la primera situación de peligro, y la subversión económica que produce se convierte en el arquetipo de la reacción de angustia." (op. cit., pág. 142). Aquí, Freud, nuevamente relaciona con la angustia el factor económico: la intensidad y la cantidad de excitación que en el momento del nacimiento irrumpe en el aparato. Angustia como resultante de un efecto subvirtiente de un estado anterior; desvalimiento ante un montante de estímulo. Afecto que surge con un inequívoco vínculo a algo indeterminado, con ausencia de objeto, que queda como impronta psíquica de una expectativa que será la primera situación de peligro. Esta huella mnémica, consecuencia de la separación biológica de la madre, será el arquetipo al que serán remitidas todas las angustias posteriores del desarrollo humano: angustia de separación del objeto (pecho, heces), seguida por la que se corresponde ante la posibilidad de pérdida de amor del objeto; la angustia de castración; la angustia ante el Superyó - Ideal del Yo, o sea la conciencia moral y el sentimiento de culpa y, la angustia ante la muerte. Su experiencia con los pacientes le indica que todo esto persiste en el inconsciente en el transcurso de la vida y puede ser reactivado en cualquier momento ante una situación de peligro percibida por el yo.

Ya en 1923, en su obra "El yo y el ello", Freud dice que la angustia de muerte como así también la angustia de la conciencia moral pueden ser concebidas como un procesamiento de la angustia de castración. Y que, en las neurosis, el sentimiento de culpa daría cuenta del desarrollo de angustia por un refuerzo pulsional que proviene del conflicto entre el yo y el superyó, donde este último ocupa la función protectora y salvadora que le cupo al padre, a la providencia o el destino. Así es como, si el yo se enfrenta a su propio desvalimiento, abandonado por el poder protector, puede llegar a dejarse morir.

Este recorrido por el concepto de angustia en el psicoanálisis freudiano tuvo como fin demostrar la necesidad de contemplar la magnitud de la

presencia y desarrollo de la angustia desde la singularidad de cada mujer-madre protagonista de un parto pre-término, con serio riesgo de vida del niño recién nacido, dado que la elaboración psíquica de la misma estará en íntima relación a cómo cada una signifique los acontecimientos de acuerdo a su propia historia, al impacto y a las vicisitudes singulares que caractericen ésta, su íntima experiencia. Lo que no invalida que, en sí misma, esta experiencia contenga potencialmente aspectos de violencia, pérdida, desubjetivización y amenaza desde lo fáctico.

Es labor de la clínica psicoanalítica evaluar en cada caso, cuánto de lo vivido por la mujer en esta situación especial de acceder a su maternidad, genera o puede generar efectos patógenos. Si su aparato psíquico ha sido superado en la capacidad de ligadura, difícilmente podrá acceder al proceso de transformación en representaciones que inscriban el sentimiento de la falta, sin una presencia que ofrezca la posibilidad de hacer lazos verbales. Propugnamos que este sea el lugar de la asistencia psicoanalítica para con estas pacientes, en la búsqueda de que puedan arribar al propio sentido de su experiencia y vivencias. Y así facilitar la expresión de la angustia, aquella que a veces sólo aparece por la vía del cuerpo: mareos, náuseas, confusión témporo-espacial, etc., trocada en la descarga por el llanto y en el dolor en la palabra ante una escucha que las signifique.

## **2. Clínica**

### **Función y abordaje psicoterapéutico**

#### **Casuística**

La práctica de la asistencia psicoanalítica que es propuesta en este trabajo como necesidad en la mujer ahora madre de un bebé prematuro de alto riesgo, tiene lugar en el ámbito de la internación. O sea ofertar una escucha



cuando la mujer puérpera queda internada en sala mientras su hijo requiere un cuidado neonatal especial e intensivo. Cuidado que cumple el equipo médico y auxiliar de enfermería, en forma directa o supervisando y guiando la tarea materna, generalmente por un período que oscila entre las dos y las doce semanas.

La práctica interdisciplinaria que propugnamos está atravesada por la observación y el aporte de los integrantes del equipo médico, ya que son ellos los que debido a su accionar registran las primeras alteraciones del vínculo del bebé y su madre; la no aparición de las tendencias maternas en la mujer; la conflictiva relación entre los progenitores; el desplazamiento de la agresividad a la institución; la ausencia de red de apoyo familiar; la angustia y el desborde emocional en la mujer-madre u otros momentos singulares de esta clínica en los cuales creemos oportuna y necesaria la intervención psicoterapéutica.

No desconocemos que los integrantes del equipo de salud están a su vez afectados, en su propio campo de acción, por las vicisitudes del bebé y su madre. Desempeñarse en uno de estos equipos que enfrentan la alta complejidad neonatal, es ubicarse en el delicado borde que separa la vida y la muerte. Lugar donde la reacción más adecuada a circunstancias particulares de riesgo, lleva impreso un sesgo de perentoriedad que no puede ser obviado. De aquí que sea comprensible la resistencia, cuando ésta de vez en cuando hace su aparición en médicos y enfermeras, la que puede expresarse en cierta reticencia a dar información o en conductas defensivas ante lo que puede ser vivido como reclamo proveniente del psicoterapeuta. Esta resistencia expresa la más de las veces, el desagrado por salir de la protección que el aislamiento en sus funciones les provee; como así también el desplazamiento, en esta convocatoria, del temor a ser observado, juzgada su praxis o bien interferida su eficacia. Se debe tener en cuenta que, estos profesionales en su lucha por la vida, tratan de resguardar los propios afectos y emociones conmovidos por la

dinámica intersubjetiva que se genera en torno del recién nacido. Es función del psicoterapeuta ofrecer un espacio para el intercambio verbal y además ubicar su quehacer donde éste sea pertinente, en la resolución o la quita de tensión a la problemática de la mujer-madre o de la familia del recién nacido. Su objetivo no estará ajeno a brindar una distancia óptima al equipo de salud interviniente respecto a excesivas demandas y reclamos que provengan de conflictos afectivos de la familia, evitando así su sobrecarga y el riesgo de disminución de las defensas necesarias puestas en juego durante el acto médico de alto riesgo.

La tarea del psicoanalista dentro del área de cuidados intensivos neonatales es compleja. Su práctica sale del marco del consultorio y está también sujeta al imperativo de la urgencia, pero puede introducir en ella un tiempo posible de espera y una estrategia de abordaje para la comunicación o para sortear obstáculos que interfieran en la función y el bienestar de los intervinientes. El impacto de las situaciones pueden exponer al psicoterapeuta a la activación de todo lo propio. La respuesta en este punto es la abstención, por la cual se evitan acciones impulsivas y compulsivas resultado de las propias ansiedades no elaboradas. Esta abstención es requerida ante todo por el respeto hacia los pacientes y hacia aquellos profesionales que convocan su tarea.

Durante una internación neonatal, ambos madre e hijo, quedan separados transitoriamente de la cotidianeidad familiar alterada de por sí por este suceso, lo que se suma al impacto de la intempestiva presencia del parto pre-término. El padre, en los casos en que afortunadamente puede contarse con su presencia y participación, es la figura intermediaria entre los dos espacios, el de la institución de salud y el del hogar. En este punto consideramos necesario destacar que aunque, en esta clínica, parece inevitable quedar capturado por la interacción madre-hijo, es preciso no perder



de vista que la función del padre será la que, al decir de Lacan, permitirá al sujeto el acceso a la estructura, a un orden con relación a la función de la castración. Por lo cual, las intervenciones también tienen que tener en cuenta la posición de mujer que puede quedar subsumida en la "madre" ya que el niño divide en madre y mujer a todo sujeto femenino que accede a la función materna. Es a partir de la posición de mujer que se puede evitar que el niño sature la falta en la que se sostiene el deseo materno y así la madre no se vea disuadida de encontrar el significante de su deseo en el cuerpo de un hombre. Si la madre no puede desear más allá del hijo y éste encarna el único valor de ser un sustituto fálico, entonces como objeto quedará en una relación dual patologizante, o bien caerá como resto de la pareja de progenitores. De allí la importancia de promover la presencia del padre, como partícipe responsable en su función y como hombre que debe brindar el sostén y apoyo que la mujer en estas circunstancias demanda.

"Cuanto más colma el hijo a la madre, más la angustia, de acuerdo con la fórmula según la cual lo que angustia es la falta de la falta. La madre angustiada es, de entrada, la que no desea – o desea poco, o mal – como mujer." (J-A. Miller, 1998)

La irrupción de este nacimiento tiene también sus consecuencias sobre la estabilidad de las rutinas que le son propias a la vida de los otros hermanos si los hubiera, además de los aspectos inherentes que influyen en su vida afectiva. Los niños suelen quedar al cuidado de otros integrantes de la familia, de amigos o vecinos, por lo cual pasan a ser un motivo más de preocupación para la madre internada; preocupación en algunos casos extrema por la sabida desprotección que los amenaza. Los miembros restantes de la familia, como abuelos, tíos y primos suelen tener un importante protagonismo y reciben, como es obvio según sean las características de los vínculos, las alternancias que el estado del recién nacido difunde sobre las expectativas de todos

aquellos que están a la espera de su maduración, desarrollo y superación de la problemática orgánica.

El hecho de que la madre resida en la institución donde se aloja al recién nacido, para prestarle su cercanía, nos ofrece una cantidad de variables a tener en cuenta en la práctica clínica. Algunas de ellas son observables y por todas compartidas, como ser:

- Alteración de la posibilidad de contacto corporal entre madre e hijo.
- Dificultades relacionadas a la lactancia.
- Trastornos propios del puerperio.
- Molestias y dolores en el proceso de recuperación por una episiotomía o en el caso de una operación cesárea.
- Estado de agotamiento físico y/o psíquico dadas las exigencias que las anómalas circunstancias le imponen.
- Estado de ansiedad que fluctúa de acuerdo a los avatares infantiles.

Otras variables hacen a la singularidad de cada caso; emergen según sea la problemática individual de vida de la mujer; entre las mismas podemos citar:

- Preocupaciones y/o reclamos provenientes de la presencia de otros hijos.
- Conflictiva conyugal.
- Riesgos por la situación familiar y/o socio-económica.
- Vínculos parentales problemáticos, en particular con la madre.
- Red de apoyo y sostén deficiente o ausente.
- Pertenencia cultural que sufre discriminación o con pautas, costumbres culturales extrañas al medio de internación.



Así es como la realidad de la mujer-madre, respecto a lo interno y lo externo del Servicio Médico Neonatal se hace presente y en algunas oportunidades frente al exceso de tensiones en juego, contamina su praxis. La expectativa de la madre, en ese lugar donde en cada momento puede acechar la muerte, se cruza con el no molestar al equipo de salud porque se siente y se sabe que lo atinente al niño es prioridad. Es desde este último término donde se van a reflejar los conflictos con los profesionales; angustia, celos, envidias, proyectados, enviados en el conflicto hacia el afuera vivido como hostil, persecutorio, aunque en la realidad objetiva éste no lo sea.

Lo anteriormente expuesto, señala la importancia que la oportunidad de la internación conjunta de la mujer-madre con su bebé tiene para la observación, intervención temprana, asistencia y prevención de cuadros psicopatológicos. Asimismo nos enfrenta a la pérdida de la ilusión de una supuesta completud en la armonía del vínculo entre una mujer que ha dado a luz y su recién nacido; la relación amorosa en esta diada es una realidad a construirse que puede ser interferida por múltiples factores.

Es muy importante tener en cuenta que, recién al pasar el bebé prematuro de la unidad de máximos cuidados a la de atención intermedia la madre puede comenzar a ejercer su función, generalmente con el manipuleo directo y libre del cuerpo infantil y satisfaciendo sus demandas de alimentación, sus necesidades afectivas y de higiene. La participación en la crianza del lactante ayuda a mantener el equilibrio psíquico de la puérpera, por lo tanto un lugar psicoterapéutico consiste en favorecer este encuentro entre ambos, el que pudo haber estado obstaculizado por los avatares del pasado inmediato. Las condiciones de angustia que a menudo se produjeron en ese tiempo, con bastante frecuencia dan lugar a estados depresivos que producen trastornos o llevan al fracaso de los procesos psíquicos de la maternidad en la mujer.

Jadresic, Jara y Araya, (1992) en su trabajo "Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo", en el que utilizaron metodología de investigación cuantitativa y cualitativa, asociaron a la depresión los siguientes factores: mayor exposición a acontecimientos vitales; problemas emocionales previos al parto; en las puérperas haber dado a luz una criatura de muy bajo peso y/o dificultades en la lactancia; separación de personas significativas en la vida de la mujer. Dificultades en la relación con la pareja y/o con la propia madre son acontecimientos que también se asocian de modo significativo con la depresión en ambos períodos, el de pre y post-parto. Asimismo, se relaciona la desestabilización del equilibrio psicológico materno con la importancia del momento en que la depresión irrumpe y los atributos de la personalidad de la mujer que la experimenta. En el caso específico de puérperas deprimidas consignan la trascendencia de los sucesos directamente relacionados con el parto y el período postnatal. En coincidencia con lo por ellos expuesto, recalamos la importancia que para el trabajo psicoterapéutico tiene contemplar no sólo las relaciones actuales de la díada, sino también el vínculo de la mujer con su propia madre y con todo lo vivido en su propia vida. Es de destacar que concluyen en que los factores de riesgo de deprimirse durante el embarazo y/o el puerperio son, en nuestro medio, concordantes en general con los encontrados en países más desarrollados.

El tipo de parto incide en el trastorno afectivo, como lo señaláramos oportunamente. Si lo que sucedió desilusiona o llena de horror a la mujer, esto obstaculizará la emergencia del cariño hacia el recién nacido pues éste puede quedar asociado a lo que se rechaza, a esas intensas sensaciones de dolor psíquico. Las mismas vivencias que se verán incrementadas si se suman complicaciones en el cuidado neonatal. El sentimiento de vacío en la mujer por la ausencia de aquello que esperó como un logro: "Haber tenido la experiencia esperada por todas las mujeres", suele expresarse a través de conductas de



indiferencia y desconocimiento del tipo "éste no es mi hijo" que perturban los albores de la relación.

¿Qué sucede cuando ocurre la muerte del hijo?

El temor a la pérdida que continúa al temor a la separación, está en esta clínica exacerbado, muchas veces con una base real y objetiva que no merece ser desvalorizada ni minimizada. Si la muerte del hijo acaece en las proximidades del momento del parto, en los días inmediatos posteriores, cuando la mujer sólo ha podido vislumbrar la presencia de ese hijo a través de la intermediación de una incubadora y con escaso o nulo contacto corporal, la reacción afectiva ante la pérdida, el dolor y la desolación parecen responder más al duelo de un deseo-fantasía no cumplido aunque profundamente añorado que, a la pérdida de un objeto intensamente amado, como puede ser un hijo. En la escucha psicoanalítica se reconoce, en esas tristes circunstancias, la movilización de sentimientos de culpa agudizados, a veces encubiertos tras los reproches y acusaciones contra otras personas. Tampoco debe sorprender que en algunos casos, la mujer exprese su búsqueda de consuelo en la idea de un próximo embarazo.

La situación difiere de lo anteriormente descrito si la pérdida del hijo tiene lugar luego de que la mujer pudo cumplir su función materna durante un intervalo, si tuvo posibilidad de disfrutar de un período de amamantamiento y cuidados directos del bebé. En estos casos la aflicción parece ser inconmensurable y lejos está de ser mencionado un nuevo embarazo, concepción que si tiene lugar será después del proceso de duelo. Asistir a los padres en este encuentro con lo imposible de representar, la muerte, es acompañarlos en su enfrentamiento con la realidad renunciando a la omnipotencia infantil y haciendo de soporte al dolor. Posicionarnos en la clínica frente al sufrimiento del otro es un desafío que genera preguntas y que desde

lo singular apela a nuestra comprensión y capacidad de ligadura en lo a ser restituido. En este momento tan complejo nuestra intervención es "alojar" lo que resulta insoslayable, sabiendo que ellos, los padres comienzan a transitar el tiempo del duelo.

Las dos reacciones ante la pérdida de un hijo explicitadas, dan cuenta de lo sostenido acerca de la diferencia entre la aparición de las tendencias maternas y el desarrollo gradual y profundo del amor maternal. Sin embargo, no desconocemos que esa muerte, la del hijo, arrasa en el imaginario femenino con una parte de sí. Queda el hueco del regazo maternal velado; a la sombra irrepresentable de un no ser el duelo del objeto perdido insistirá en un rastro infinito... una búsqueda insustituible.

### ***Testimonios de la presencia de la mujer ahora madre en espera***

#### **Atención personalizada**

##### **Caso 1**

Se solicita entrevista por estado angustioso de la puérpera.

Ante su bebé, nacido prematuro de alto riesgo, de una semana de vida, S. (25 a., primeriza) en la UTIN, dice:

*"Eso" todo entubado es mi hijo... (llora frente a la incubadora)*

*No lo podía creer...era el parto y me faltaban casi dos meses. Cuando "me lo sacaron", me dijeron: "mami...tiene un problemita, bajo peso, lo tenemos que poner en la incubadora". Algo me tenían que decir...Después cuando lo pude ver es "eso" que no se puede tocar... me horroriza, no puedo creer que sea mi*



bebé... (Luego a solas con la terapeuta, en otro ámbito más privado)... No, no es mi bebé... me siento culpable porque no lo quiero... no puedo pensarlo con un nombre... Además me dicen y yo lo sé, que en cualquier momento se puede morir... no lo puedo decir (llora con desconsuelo)... no se lo puedo decir a nadie pero yo siento... es horrible... ¿Qué sentís S.?... Que si se va a morir que sea ya... no soporto el dolor de esperar... es de ellos, es una "cosa" de ellos no mía si ni siquiera puedo tenerlo en brazos. No quiero que nadie me venga a ver, mi mamá menos... ¿para qué? si no se lo puedo mostrar... G. (su pareja) y yo lo miramos pero tenemos miedo de tocarlo, nos dicen que los piecitos sí... yo no puedo mirarlo a los ojitos... ¿Por qué? ..... Ahora pienso que por miedo... ¿A qué?... a lo mejor a que se dé cuenta... de mi bronca."

## Caso 2

El proceso de la lactancia se ve interferido en un comienzo en la gran mayoría de los casos. El bebé está en condiciones de recibir, a veces, la leche materna por medio de una sonda nasogástrica. Es recién cuando se efectiviza su pase a la Sala de Cuidados Intermedios, que la madre tiene permitido iniciar el amamantamiento. A continuación se transcribe parte de una entrevista solicitada por serias dificultades para sostener el bebé al pecho y dar curso al amamantamiento.

D. (30 a., primeriza) dice: "Hace un mes que me ordeño como una vaca... antes me dolía más... ¿para qué me saqué leche para después tirarla?... ni siquiera sabía si ella algún día podría tomarla de mi teta... encima de todo es tan chiquita... El médico me dijo que yo no reaccioné con alegría cuando me la mostraron... todo era tan distinto... yo ni sabía lo que era una operación y... estaba ahí... no podía reaccionar... no me acordaba ni del nombre que había pensado ponerle... No sé... no me salía... ¿Cómo se llama?... Milagros... Yo escucho las boludeces que hablan, para ellos (los médicos) es fácil ser

*mamá...él me dejó cuando se enteró que estaba embarazada (hace esfuerzos para que no se note su deseo de llorar)...¿cómo una madre puede sufrir más por su dolor que por el de la hija?... Es terrible, no la puedo tener en brazos...se me cae...y yo pienso en mí y no en ella que es tan chiquita...que le pasan, que le hacen tantas cosas...(llora) ...¿por qué me tocó a mí?¿qué hice?...y si queda enferma, mal...¿qué voy a hacer sola? Mi mamá no viene pero me dijo que me va a ayudar, me reta porque dice que no la sé cuidar porque sabe lo de la leche...Creo que "lo odio"...¿Lo odiás, a quién?...al padre...se borró...Al final es ser como una enfermera...No quiero serlo...¿Ser qué?...enfermera, mamá,...estoy mal...por momentos no sé quien soy..."*

### **Caso 3**

La entrevista se realiza por observarse serias dificultades en la mujer-madre para realizar las rutinas de higiene del bebé prematuro en Sala de Cuidados Intermedios, actúa acompañada de una actitud indiferente, desafectivizada.

M. (18 a., R. es su segundo hijo, tiene malformaciones intestinales)

*Me siento mala...no puedo ser mamá...mientras estuvo en mi panza era como yo lo soñaba, ahora...¿está mal, no, lo que siento?...las operaciones por la bolsita me dieron mucho miedo...tengo miedo a que se le salga...no sé como tomarlo...ya me pasó que me llené de caca...me siento igual llena de caca. Es tan diferente a cuando tuve la nena...¿cómo es posible que me sienta así si soy la mamá?...Yo veo a otras que pueden y yo no...tengo miedo...todo es feo, horrible...no puedo quererlo como a Rocío...la extraño...a veces me imagino que esto es una pesadilla que no me pasa a mí...y no se lo puedo decir a nadie...¿A quién se lo querrías decir?... A mi mamá menos y a M.(pareja). No sé lo que piensa, a lo mejor lo mismo que yo...no quiero preocuparlo."*



#### Caso 4

El equipo médico solicita que se entreviste a la paciente por actitudes de negación de la gravedad del estado de salud del recién nacido y por adoptar "una posición de distancia con los profesionales; se la observa que va arreglada y pintada como si nada pasara". Viene espontáneamente al lugar de atención, porque sabía que el jueves anterior se la había esperado. C. (33 a., P. es su 3er. hijo), dice:

*"Ese día (el jueves, de la 1ra. cita) me fui asustada no sabía qué era una psicóloga, pensé ¿para qué?...seguro que me quieren preparar para darme una mala noticia. ¿Sabés? Ese día habían muerto dos bebés en la sala y las mamás no pudimos ver a los nuestros. ¿querés venir conmigo a verlo a Pablito?, ahora puedo entrar. Observo que lo acaricia y le habla de irse juntos; manifiesta tener un buen vínculo con el bebé. En otro ámbito, posteriormente, dice: "me costó tanto tenerlo, lo busqué cinco años" y continúa hablando como si todo estuviera bien en ella y mal en las otras. Comenta que éstas se hacen amigas porque el dolor las lleva a acercarse, viven juntas y pasan situaciones parecidas, pero que ella es diferente, que se siente acompañada y apoyada por su familia; diariamente ve al marido y a su otros hijos: Julieta de 8 y Lucas de 6 años. Expresa lo difícil que le resulta no poder cuidar ella de su bebé. Se le explicita la fragilidad de los bebés prematuros de alto riesgo, a lo que ella responde: "Y...sí...riesgo de muerte... Pero no me importa lo que se ponga en el medio. Sé que es muy difícil. No me importa cuánto me tenga que quedar pero me lo voy a llevar a casa." Lloro, cuando se calma dice: "Me queda poco tiempo antes del pase para verlo." Interpreto que se acabó el encuentro y la despido, entonces dice: "Ahora que sé, que la conozco, ¿ la puedo ver el próximo jueves?, yo seguro todavía voy a estar acá."*

**Caso 5**

Se realizan con M. (27 a. primeriza) entrevistas por observarse estado depresivo y agresividad fluctuante. Protagonizó escenas de enojo con los profesionales en reclamo de una mejor atención para su hijo. Está en una reinternación a cuatro días después del alta dada al mes de nacido A., su bebé.

*“...del alta a neonatología otra vez...lo más doloroso es la vuelta atrás. Yo lo veo mal y me dicen que no. Antes también me decían cosas feas con palabras dulces, ellos se creen que uno es estúpida...Mi marido viene a la noche y se va, para él es distinto. Una vez me dijeron: No te quedés sola en esto...y entonces se quedó. Desde que esto empezó tengo miedo a todo y no quiero volver a casa...¿Por qué?... Yo traje el dolor a mi casa, ahora no quiero jorobarlos más, me siento culpable...Sabés, yo vivo con mis padres, quería tener un hijo porque mi papá tiene 75 años y ahora tengo un bebé enfermo...¿Cómo se llama?...Ah, no te dije el nombre...Alejandro. Yo siempre pensé que puedo sola y que no necesito del hombre. Al hijo yo lo programé, era mi vida...Mi marido se sintió afuera de todo, no participó mucho, al médico iba con mi mamá. Ahora, ellos me mataron...¿Quiénes?... Quiénes van a ser: los médicos...tienen a mi bebé...cuando entré a la cesárea de emergencia estaba entregada, se terminaba todo...no entendía nada. Me siento muy sola, mi mamá no puede demostrarme afecto, yo la necesito pero en mi familia las cosas dolorosas y difíciles se tapan...Lo más fácil es consolar, yo antes también lo podía hacer...la gente se quiere congregar conmigo, me dicen que si se muere es lo mejor porque ya no sufre más...¿y yo? Estoy muy cansada...”*



**Caso 6**

Entrevista ante solicitud de externación de la madre. E. (24 a., 5 hijos, el menor de 1 año y medio).

*“Acá el tiempo es muy largo...hace ya dos meses que estoy. Les pedí que me dejen ir porque estoy preocupada por los otros. Perdí mi trabajo con lo que me pasó con Estrella...(Llora)...No sé que voy a hacer. Mi marido que es desocupado los cuida, me dice que están bien cuando viene de vez en cuando, porque no tiene plata para el viaje...vivimos lejos. Con Estrella ahora estoy más tranquila, va progresando, aumentó de peso y parece que no hay consecuencias, así me dicen...Extraño a mis chicos. Les junté las mermeladas que me dan para llevárselas de regalo...Me siento presa...no tengo leche...¿Qué va a ser de nosotros?...Si no puedo volver con ella quiero ir por lo menos a ver a mis chicos y después volver...más tranquila...porque si me quedo ¿hasta cuando?...No es que ella no me importe. ¿Usted me entiende?...”*

**Caso 7**

Se la acompaña en el pasillo donde permanece sentada, como ausente, desde hace una hora, cuando le informaron la muerte de su beba de dos semanas.

S. (35 a., pérdida de un embarazo anterior)

*Después de unos minutos me mira y dice:”Yo no la necesito a Ud., no necesito nada...se acabó...esperar...¿esperar qué?...me decían que espere... y nadie está preparado para morir...basta, basta, basta!!! (susurra y entre sollozos continúa) ... basta, ya basta ... perdí a mi Sofía Milagros ... me decían ...*

*consecuencias, derrames y la seguí esperando. Es muy difícil de este lado...si por lo menos me la hubiera llevado antes...antes de morir..."*

### **Atención en reuniones grupales de frecuencia semanal**

En la experiencia que se invoca como base de este trabajo, según fuera la situación por la que sus hijos atravesaban, las madres eran convocadas a concurrir a una reunión semanal, coordinada por dos psicólogas, cuya duración era una hora y media. En este espacio tenían la posibilidad de hablar, con absoluta libertad, de todo lo que sentían, les preocupaba o era de su interés saber con relación a esas circunstancias tan particulares que les tocaba vivir. Nos referimos a las que emergen cuando la mujer-madre acompaña con su internación el desarrollo, la maduración y/o la cura de un hijo recién nacido prematuro, de muy bajo peso.

La tarea a la que nos abocábamos las psicólogas, dos por reunión, fue escuchar e intervenir en situaciones problemáticas con: el equipo de neonatología, entre las mismas madres, con la institución hospitalaria. También la función cubrió: detectar y derivar conflictivas singulares en prevención del agravamiento de cuadros psicopatológicos o sociales.

Las temáticas propuestas, en forma espontánea, por el grupo de madres en este espacio, corresponden principalmente a:

1. Preocupación por la clínica del recién nacido y el momento del alta de internación.



Esto incluye todas las variantes propias que se dan según sea el área de la UTIN: cuidados intensivos, cuidados intermedios o el sector donde se espera el alta, llamados por ellas, generalmente en privado, de "engorde". Este último lugar, donde esperan que el bebé alcance el peso necesario para no requerir cuidados especiales, es el lugar de la esperanza, aquello que da cuenta que está próximo el cierre de un capítulo vital temido. El peso es un indicador de los aspectos clínicos del bebé que las madres prontamente aprenden a manejar y que toman, además, como respuesta a la lactancia y a sus cuidados personales. La preocupación por una mínima diferencia de gramos puede alcanzar, en algunos casos, niveles de obsesión. Entre las prácticas clínicas, las eritro-transfusiones, tan frecuentes en estos recién nacidos, son vividas como situaciones de peligro que las angustian y consecuentemente desestabilizan sus rutinas diarias.

Es de tener en cuenta, cómo muchas mujeres aprenden y manejan el léxico médico; un dato, la variación de una cifra de la cual llegan a conocer el standard como es el caso de la bilirrubina, parece darles un reaseguro de que *"todo está bien"*, como si este mínimo pseudocontrol las hiciera partícipes activos de los cuidados y, de esa manera, estuvieran a salvo del (presunto) engaño. Engaño que, como fantasma traidor, siempre proviene del equipo de salud, al que así se identifica también con el culpable de lo ocurrido: Obstetricia, Neonatología.

La proximidad del alta las inquieta; comienzan a sentirse inseguras, a temer no ser capaces de responder con eficacia a las demandas del bebé y detectar los peligros a los que podría estar expuesto. Comienzan a perfilarse las problemáticas familiares y de pareja; algunas expresan la necesidad del acompañamiento de la propia madre; otras su deseo de estar a solas con el hijo del que paradójicamente se asustan; las más quieren mostrarse y

y mostrarlo a otros. En todas, aún en aquellas que esperan el alta de manera inminente, el pensamiento sobre el riesgo de muerte se hace presente y testimonia cómo el mismo dificulta el vínculo de estas madres con sus hijos. Muchas veces es observable cómo el miedo a perderlo puede obstaculizar la posibilidad y expresión de la aceptación y el cariño.

2. Necesidad del contacto físico con el hijo y rechazo de la tecnología médica (incubadora, respirador, sondas, monitores, etc.)

La tecnología aparece en los discursos simbolizando la ineficacia e inutilidad de la madre para la sobrevivencia del hijo, además de que a la visión de la mujer-madre se presente testimoniando prácticas que se ligan al riesgo y al sufrimiento. Su presencia genera ansiedad y dolor psíquico, es la que afirma la imposibilidad del contacto cuerpo a cuerpo tan ansiado, la que aparece por la intermediación de otro que sabe, aquél del que ahora depende el recién nacido y que ha desplazado a la madre.

3. Preocupación acerca de la normalidad de las conductas del prematuro.

El proceso de reconocimiento mutuo, entre la madre y el bebé está interferido desde el momento del nacimiento, por lo que las madres expresan su inquietud por aquello de lo cual no se han podido apropiarse: conocer y reconocer las diferentes reacciones de su niño y poder ligarlas a un código de interpretación para asistirlo y/o intuir su demanda. Además las desconcierta que el prematuro prácticamente no reaccione a los estímulos externos, duerma mucho tiempo o mantenga los ojitos cerrados, llore débilmente y se mueva poco. Es notorio como atribuyen a ser reconocidas por un gemido, una sonrisa, o una mirada del hijo. No sin sorpresa puede observarse cómo, el pequeño en muchos casos reacciona de una manera particular cuando la



presencia de su madre lo acompaña, aunque la intimidad entre ambos sea incipiente.

4. Temores para manipularlo.

Los mismos evidencian los obstáculos para apropiarse del vínculo y la vivencia de fragilidad de la vida del niño que percibe la madre, además de su propia desautorización para la capacidad materna (*"es muy chiquito, tengo miedo de que se me caiga"*).

5. Dificultades en la lactancia.

Las mismas incluyen las dificultades de la madre para la extracción de la leche; su satisfacción por brindar el alimento y/o su desagrado ante la frialdad de la bomba extractora (*"como ser ordeñada"*) y las dificultades del bebé cuando debe succionar, por ejemplo: por debilidad, por alguna patología orgánica, etc.

6. Incertidumbre sobre la "normalidad" futura del hijo.

Se hace presente la incertidumbre acerca del futuro desarrollo del bebé; si va a responder o no a lo que está pautado; a los logros y a su salud en lo por venir (*"¿va a ser normal?"*).

7. Sucesos de regocijo y entusiasmo.

Alegría ante la próxima externación; por haber logrado establecer un vínculo que las satisface y que progresivamente compensa sus expectativas como mujeres y madres; o bien por noticias que sustentan una actitud esperanzada y optimista.

8. Impacto en la familia, protagonismo de los distintos miembros, en particular de la abuela materna.
9. Temas relacionados al equipo asistencial y a la institución.

Como ser: necesidad de establecer un vínculo estable y confiable con el médico; diferentes constelaciones vinculares con las enfermeras; desagrado por las rotaciones del equipo; halagos o culpabilidades frente a diferentes sucesos; desagrado por restricciones horarias o de admisión de visitas; quejas o agradecimientos por lo que la institución brinda.

10. Conflictos en el grupo de madres.

Es notorio el rechazo y censura a la mujer, cuando el grupo vislumbra que su conducta como madre no responde a lo sancionado social e institucionalmente.

La experiencia clínica psicoanalítica con las madres de los bebés prematuros de alto riesgo internados en la UTIN, experiencia que nos ha brindado los ejemplos citados y a cuya representatividad invocamos para justificar la conveniencia de atención psicoterapéutica de estas pacientes, ha sido también el eje de los desarrollos teóricos y de las hipótesis planteadas.



## **VIII. Conclusiones**

Después del recorrido realizado por la obra de diferentes autores, en la indagación de cómo pensar el desafío que esta práctica clínica ofrece al proceder profesional, tomando como referente teórico el psicoanálisis para el análisis de las variables que afectan a la mujer-madre como sujeto de un particular recorte de la realidad, acordamos en la afirmación de la hipótesis que nos planteáramos al encarar el proyecto de investigación: "La irrupción de un parto prematuro suscita un conflicto entre la posición de mujer y la posición de madre, con prevalencia de la primera."

De allí que ante este acontecimiento tan importante en la vida femenina, si el aparato psíquico de la mujer tiene los recursos necesarios para elaborar, progresivamente, los conflictos que se suman en una maternidad con las características propias ya descritas, será esperable la superación del sentimiento de frustración y de la angustia concomitante. La mujer entonces, podrá ejecutar el sostenimiento de sí misma frente a situaciones de amenaza, de riesgo, de aquél reconocido como hijo, acompañándolo amorosamente en las diferentes situaciones a las que su precario desarrollo lo enfrente. Así, la participación comprometida de la mujer en su función madre irá configurando con su accionar el vínculo intersubjetivo, imprescindible para una favorable estructuración del psiquismo infantil.

En el caso en que la problemática singular de la mujer se exacerbe en este contexto de privación y desposeimiento al que la enfrenta la emergencia disruptiva de un parto pre-término, existirá una alta probabilidad de que curse el proceso de un duelo patológico con un alto componente narcisista, donde el dolor psíquico podrá ser incrementado por el sentimiento de culpa, así como la vivencia de pérdida, de aniquilación ante las exigencias superyoicas.

Es por lo expuesto que, ubicamos la asistencia terapéutica psicoanalítica de la mujer-madre en el período inmediato posterior a un parto prematuro, mientras el recién nacido está internado en las UTIN; como un abordaje en acto o en un dispositivo que favorezca la resolución del impacto de la situación disruptiva en ambos términos de la díada madre-hijo, a fin de colaborar en la asunción de la mujer de su posición materna. Encontramos totalmente operativo brindar un espacio donde no se obstaculice la emergencia de la angustia, donde las palabras signifiquen la experiencia por la que se transita y así la paciente pueda iniciar su propio proceso de reparación.

La importancia de esta práctica clínica radica también en lo atinente a la prevención ya que, favorecer la salud mental en la mujer que es madre es intervenir en la provisión materna primaria indispensable en la vida del bebé y en su futuro desarrollo psíquico-emocional.

Acordamos en afirmar, siguiendo el pensamiento de Winnicott, que la función madre ocupa la posición de ese otro esencial para la constitución psíquica del recién nacido, por lo que no podemos pensar psicoanalíticamente el proceso de advenimiento de un ser humano por fuera de esta función. Entonces, es imposible no tomar en consideración que, la alteración en uno de los elementos de la díada, por ejemplo la mujer-madre, afecta profundamente al otro, al recién nacido. En el desarrollo emocional precoz están las claves de severas patologías; el trauma temprano que puede acaecer por el factor ambiental y sus fallas, signa a partir del padecimiento primitivo la emergencia de una organización psíquica defensiva como la que encontramos en la psicosis. Si un nacimiento prematuro es una situación disruptiva que amenaza el ser padres, es de esperar que este impacto en la mujer-madre deje al bebé expuesto, en ciertos casos extremos, al hambre y sed maternos, a un amor carente.



No debemos dejar de tener en cuenta que, las fantasías de la mujer protagonista de este maternaje oscilan entre la esperanza y el desasosiego, entre la vida y la muerte... el amor y el odio. Si durante el tiempo de gestación la mujer, en sus ficciones imaginarias, ponía el nacimiento como término de su espera para ejercer el maternaje, ahora la realidad del parto prematuro le impone una espera no mediatizada por un tiempo cronológico y acechada de peligros, que obstaculiza su deseo de materner. El carácter traumático de esta situación es por la impreparación o insuficiencia de la estructura psíquica para facilitar la elaboración, el tratamiento discursivo que invista la experiencia y dé a la misma un espacio mental significado. Así ante una realidad que se resiste a ser representada, la mujer se apropiará de su función de madre siguiendo el recorrido laberíntico que le marquen ambas realidades, la interna y la externa. Más allá de la singularidad de su respuesta, no podrá abstraerse al mandato que, desde el mito del ser madre, proviene de lo socio-cultural y por ende de lo institucional. El sentimiento de indefensión ante estas situaciones así como la impotencia frente a la inmadurez biológica del hijo recién nacido, favorecen el incremento de la angustia de castración y agudizan las alteraciones anímicas expectables en un puerperio normal.

La práctica clínica nos da elementos para pensar junto con la teoría que el destino de ser madre no es forzosamente gratificante para la mujer, cae entonces este imperativo que sostiene un ideal ligado a lo instintivo, como propio de la naturaleza de lo femenino. Dar a luz un niño no implica que se lo haya incorporado en el propio mundo interno como hijo. Consideramos necesario desmitificar la maternidad para que sea factible en la asistencia psicoterapéutica el reconocimiento de la mujer, mujer que puede sentirse o no madre, más allá de la acción eficaz de la conciencia moral y del sentimiento de culpa como portavoces de lo heredado proveniente de nuestra sociedad y nuestra cultura. A partir de ello, entonces, consideramos que el abordaje de todo aquello que involucre la femineidad no puede ser pensado prescindiendo

de los valores, ideales y mitos que inciden sobre el desarrollo humano de la mujer. Es ese marco simbólico el que define la feminidad, la que preexiste a la sexualidad de la niña y que, por lo tanto, no es ajeno a la inscripción del deseo femenino.

La conflictiva de la relación preedípica con la madre, la acción superyoica exacerbada, el desencadenamiento de procesos regresivos y los trastornos del narcisismo son algunas de las temáticas analizadas con relación a las variables que hemos encontrado en los casos citados para desarrollar nuestro fundamento teórico-clínico.

Exhumar las voces, los rostros esfumados de esas mujeres a las que acompañamos con nuestra profesión en esa experiencia singular de ser madres, fue uno de los vértices de este trabajo. Ellas merodearon con su presencia velada nuestro pensamiento para ahondar en su desolación y en un dolor encarnado, en su gratitud y entusiasmo para continuar el rastro de la vida.

Aún así ... lo que produjo y trata de demostrar esta tesis no puede ser una constancia definitiva, constituye más bien un horizonte de búsqueda.



## Bibliografía

- Abadi, Gloria; Alkolombre Patricia: "Lo femenino maternal. Una figura posible de lo traumático", *Publicación de la AEAPG, XXIV Encuentro de Discusión y XIX Symposium: Figuras de lo Traumático*, Buenos Aires, 2001.
- Antón Sara; Iriart Nora: "El silencio... una enunciación posible", *Publicación de la AEAPG, XXIV Encuentro de Discusión y XI Symposium: Figuras de lo Traumático*, Buenos Aires, 2001.
- Aulagnier, Piera (1977): *La violencia de la interpretación*, Bs. As., A.E., 1988.
- Benyakar, Mordechai (1997): "Trauma y estrés, perspectivas clínicas", Cap. XVI. *Conceptos fundamentales en Psicopatología*, Tomo II, de H. Fisher y colab., Buenos Aires, Centro Editor Argentino, 1997.
- Benyakar, Mordechai/Onik de Benyakar, Irene (1997): "Del consultorio y el diván a la cama del enfermo. Intervención clínica psicoanalítica en un hospital general", Cap. III. *Conceptos fundamentales en Psicopatología*, Tomo III, H. Fisher y colab., Buenos Aires, Centro Editor Argentino, 1997.
- Burin Mabel/Meler Irene (1998): *Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*, Buenos Aires, Paidós, 1998.
- Cassin, Alejandra/Scharf, Silvina: "La violencia de lo irrepresentable: duelo por la muerte de un hijo antes de nacer", *Publicación de la AEAPG, XXIV Encuentro de Discusión y XIX Symposium: Figuras de lo Traumático*, Buenos Aires, 2001.
- Descombes, Vincent (1979): *Lo mismo y lo otro. Cuarenta y cinco años de filosofía francesa*, Madrid, Ediciones Cátedra, 1998.
- Deutsch, Hélène: *La Psicología de la mujer*. Buenos Aires, Losada, 1960.
- Dio Bleichmar, Emilce (1997): *La sexualidad femenina de la niña a la mujer*, Buenos Aires, Paidós, 1997.

Dunayevich, Mariano: "Lo irrepresentable en el trauma", *Publicación de la AEAPG, XXIV Encuentro de Discusión y XIX Symposium: Figuras de lo Traumático*, Buenos Aires, 2001.

Ey, Henry; Bernard, P.; Brisset, Ch.: *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Toray Mason, 1990.

Fernandez, Ana María(compiladora): *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*, Buenos Aires, Paidós, 1992.

Cap. 9: Martínez, Ester "Hacia una crítica de la maternidad como eje de construcción de la subjetividad femenina en psicoanálisis".

Cap. 11: Giberti, Eva "Parto sin temor; el poder que perdemos".

Fernandez, Ana María (1992): *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*, Buenos Aires, Paidós, 1994.

Freud, Sigmund (1896): "Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa", A.E., III.

Freud, Sigmund (1905 [1901]): "Fragmento de análisis de un caso de histeria", A.E., VII.

Freud, Sigmund (1905): *Tres ensayos de teoría sexual*, A.E., VII.

Freud, Sigmund (1907): "Acciones obsesivas y prácticas religiosas", A.E., IX.

Freud, Sigmund (1911): "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico", A.E., XII.

Freud, Sigmund (1914): "Introducción del narcisismo", A.E., XIV.

Freud, Sigmund (1915): "Pulsiones y destinos de pulsión", A.E., XIV.

Freud, Sigmund (1916-17): *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, A.E., XVI.

Freud, Sigmund (1917): "Duelo y melancolía", A.E., XIV.

Freud, Sigmund (1919): "Lo ominoso", A.E., XVII.

Freud, Sigmund (1920): *Más allá del principio del placer*, A.E., XVIII.



- Freud, Sigmund (1921): *Psicología de las masas y análisis del yo*, A.E., XVIII.
- Freud, Sigmund (1923): "La organización genital infantil (Una interpolación en la teoría de la sexualidad)", A.E., XIX.
- Freud, Sigmund (1923): *El yo y el ello*, A.E., XIX.
- Freud, Sigmund (1924): "El sepultamiento del Complejo de Edipo", A.E., XIX.
- Freud, Sigmund (1924): "El problema económico del masoquismo", A.E., XIX.
- Freud, Sigmund (1926): *Inhibición, síntoma y angustia*, A.E., XX.
- Freud, Sigmund (1925): "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos", AE, XIX.
- Freud, Sigmund (1931): "Sobre la sexualidad femenina", A.E., XXI.
- Freud, Sigmund (1933[1932]): *Nuevas conferencias de introducción al Psicoanálisis*, 33ª. Conferencia "La feminidad", A.E., XXII.
- Freud, Sigmund (1937): "Análisis terminable e interminable", A.E., XXIII.
- Freud, Sigmund (1940[1938]): "La escisión del yo en el proceso defensivo", A.E., XXIII.
- Helman, V.; Villavella, M.: *Niños prematuros*. Buenos Aires, Lugar Ed., 2000.
- Jaroslavsky, S. Vignolo de (1988): "Un abordaje de frontera/Un porvenir del Psicoanálisis", *Revista AEAPG*, N° 15, 1988, Buenos Aires.
- Jadresic, E.; Jara, C.; Araya, R.: "Depresión en el embarazo y el puerperio: estudio de factores de riesgo", *Revista Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. Buenos Aires, Fundación Acta, 1993.
- Lacan, Jacques (1949): *Escritos I*. "El estadio del espejo como formador de la función del yo", Buenos Aires, Siglo XXI, 1991.

Lacan, Jacques (1957-1958): *El Seminario. Libro 5: Las formaciones del Inconsciente*. Clase IX: "La metáfora paterna", Buenos Aires, Paidós, 1999.

Langer, Marie (1951): *Maternidad y Sexo*, Barcelona, Paidós, 1985.

Miller, Jacques-Alain (1998): "El niño, entre la mujer y la madre", *Revista Carretel*, N° 1, julio 1998, Barcelona.

Winnicott, D. W.(1974): "El temor al derrumbe", *Revista de Psicoanálisis*, APA, N° 2, 1982.

Winnicott, D. W.(1980): *La familia y el desarrollo del individuo*, Buenos Aires, Hormé-Paidós, 1980.

Winnicott, D. W.(1960): *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*, Buenos Aires, Paidós, 1993.

Winnicott, D. W.(1971): *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 2002.

- . -

Laplanche, J.; Pontalis, J.B.: *Diccionario de Psicoanálisis*, Barcelona, Labor, 1993.

Corominas, Joan (1961): *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana*, Madrid, Gredos, 1998.

*Diccionario Enciclopédico Planeta*, Barcelona, Planeta, 1985.