



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología.

Trabajo Final de Grado:

Monografía.

Embarazo y maternidad una aproximación desde el psicoanálisis.

Estudiante: María Magdalena Lujambio.

C.I. 4.430.255-5.

Tutora: Mag. Asist. Gabriela Bruno Cámares.

Montevideo, Julio 2016.

Índice

Resumen.....	3
Introducción	4
1.1 Sexualidad femenina y maternidad.	6
2.1 Embarazo, temores y fantasías.	17
3.1 Parto	26
3.1 Perdida perinatal.....	30
Conclusiones	32
Referencias bibliográficas.	35

Resumen

Para el presente Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología, se realizó un recorrido por algunas conceptualizaciones sobre la maternidad, desde la perspectiva de autores psicoanalíticos, que teorizan acerca de la experiencia de la mujer. Se desarrolló a partir de una revisión bibliográfica, que comienza con los pensamientos de autores clásicos desde psicoanálisis referidos a la temática.

El abordaje realizado se centra en los aspectos generales de la temática, con el fin de dar cuenta de las consideraciones más relevantes, debido a la amplitud de la misma. Se plantea primeramente la relación entre la conformación de la sexualidad femenina y la maternidad, desde el marco teórico de la obra de Sigmund Freud, complejizando sus postulados desde autores posteriores.

Se procuró un acercamiento al proceso de embarazo de la mujer, desde su confirmación hasta el término del mismo, y los primeros momentos del vínculo madre-bebé. Intentando abarcar las fantasías, temores y expectativas que son transitadas por la madre, para ello se realizó una búsqueda bibliográfica de autores tales como Marie Langer, Mirta Videla, Raquel Soifer. Articulando sus planteos con los de Denise Defey, referente en psicología perinatal en nuestro medio.

Se ha mencionado sobre las nociones de maternidad desde un enfoque psicoanalítico, con el propósito de interrogarnos sobre su conceptualización, su importancia clínica, reflexionando sobre los aportes teóricos que marcan nuestras intervenciones y modos de posicionarnos.

Palabras Claves: Sexualidad femenina. Maternidad. Psicoanálisis.

Introducción

Para el presente Trabajo Final de Grado, se optó abordar la temática de la maternidad por una cuestión personal, el tránsito académico que permitió llevar a cabo una pasantía del equipo de Cuidados paliativos espaciales neonatales del Centro Hospitalario Pereira Rossell, donde desempeñaba, como voluntaria, el rol de acompañamiento, bajo la supervisión de la aprendiendo Dra. Rita Rufo; nuestro rol como equipo era acompañar a las madres y familias que tenían a un recién nacido ingresado a cuidados intensivos, que tuvieran algún tipo de patología fetal, y hasta se podría decir las circunstancias que pusieran en riesgo o complicaran un embarazo o los primeros tiempo de la vida de un bebé. Esta tarea desato en mí varias interrogantes, por lo cual me propuse pensarlas para mi egreso.

Debido a lo inabarcable de la temática, se priorizó algunos ejes a tratar, haciendo el recorrido bibliográfico, primeramente la inquietud estaba puesta en la movilización que suponía generaba en una mujer el hecho de estar esperando un hijo, así el trabajo fue tomando una perspectiva desde la vivencia de la mujer, y su sentir. Algunas de las preguntas orientadoras fueron ¿Qué influencia tendría el vínculo de una mujer con su madre, en el momento en que esta se enfrentara a su maternidad? ¿Cómo el desarrollo psicosexual y la construcción de su sexualidad inciden en su futura maternidad? ¿La relación entre sexualidad femenina y maternidad? ¿Cuáles son las fantasías y temores que emergen en una mujer embarazada? ¿Qué sucede con una madre que transita por un embarazo complicado o sí luego del parto el recién nacido sufre alguna patología?

Para dar comienzo a la monografía, se decidió tomar las conceptualizaciones de Sigmund Freud en cuanto al desarrollo psicosexual infantil, y así seguir un recorrido hacia la sexualidad adulta, entendiendo que está entramada con la maternidad. Se inicia entonces desde la teoría freudiana por su preponderancia al momento de hablar de sexualidad, reconociendo que los autores posteriores retoman sus planteos para afirmarlos o cuestionarlos, por ende se cree fundamental ir hasta los orígenes de los mismos.

Desde los planteos freudianos se articularon y asociaron con autores posteriores, para reflexionar sobre la relación sexualidad femenina y la maternidad, y así ir desglosando algunas de las interrogantes antes mencionadas.

Más adelante en el trabajo se comprendió el proceso mismo de embarazo, haciendo un punteo de los diferentes momentos que van suscitando variadas fantasías y temores en la mujer. Tomando desde las autoras seleccionadas sus teorizaciones sobre el

porqué de esos síntomas, los significados que ellas les otorgan, sus fundamentos para interpretar las distintas etapas del embarazo.

Al finalizar se incluyó el parto y los primeros momentos compartidos madre-hijo, por haber sido entendidos de suma importancia, para que se instaure el vínculo. Conjuntamente se consideraron los casos donde hay una complicación médica, sean antes del momento de dar a luz o luego. Dándole un lugar dentro de la estructura del trabajo, a esas excepciones que tienen una alta complejidad por lo que requieren ser pensadas y estudiadas para poder responder adecuadamente a la demanda de esa madre, hijo, familia.

Se espera que la búsqueda bibliográfica de cuenta de la pertinencia del tema, ya que el mayor interés de la monografía es dejar registrada la necesidad de cuestionar y pensar los conceptos en torno a la maternidad, desde la posición subjetiva de la mujer. Concluyendo el trabajo final de grado se procuró analizar ciertas concepciones desde el psicoanálisis con las que contamos para entender y trabajar sobre la complejidad del ser madre, compuesta de distintos aspectos que hacen a la vigencia de la temática, esta monografía es un acercamiento pero queda mucho por leer, reflexionar, para poder abarcar con más profundidad, la maternidad.

1.1 Sexualidad femenina y maternidad.

Se realiza un breve recorrido por la sexualidad infantil, entendiéndola como el origen de la sexualidad adulta, reconociendo desde el psicoanálisis el cuerpo sexuado en la relación con el otro, estrechamente relacionado con la maternidad.

Sigmund Freud a fines del siglo XIX y principios del XX realizó dos grandes aportes a la comunidad científica, con el descubrimiento del inconsciente y de la sexualidad infantil. (Strachey, 1972). Siendo de suma importancia los planteos en cuanto a esta última, concibiéndola como constituyente del psiquismo, y principalmente en ella se encuentra las bases de todo desarrollo sexual humano. Se puede rastrear a lo largo de la obra de Freud sus formulaciones y reformulaciones sobre la sexualidad.

En 1905 publica "Tres ensayos de teoría sexual", en su segundo ensayo "La sexualidad infantil" afirma que existen las pulsiones sexuales infantiles, demostrando así que la sexualidad no nace en la pubertad, sino que se presenta desde la infancia, rescatando la riqueza de la prehistoria del propio sujeto. En 1909, la Clark University, de Worcester, Massachusetts, celebró el vigésimo aniversario de su fundación, y su presidente, el doctor G. Stanley Hall, invitó a Freud a participar de esa celebración. En la cual él presentó las reconocidas "Cinco conferencias sobre psicoanálisis" (1910 [1909]), la cuarta de estas la dedica a la sexualidad infantil aseverando que el niño desarrolla sus pulsiones sexuales, las cuales, mediante su proceso en las distintas etapas, dará lugar a la formación de la sexualidad normal adulta.

Freud comienza a preguntarse por el descuido de la infancia, asociando a este la amnesia infantil, es decir que, ese descuido en general implica que no recordemos nuestras experiencias más tempranas. Lo que hace que considere este periodo como un tiempo anterior, prehistórico, que aparta el comienzo de la vida sexual de la conciencia mediante las fuerzas de la represión.

Los primeros tiempos donde las mociones sexuales son sofocadas por la represión, hasta que el desarrollo libidinal del niño alcanza a expresarse hacia los tres, cuatro años donde pueden ser visibles. A las mociones sexuales Freud pasará a llamarlas pulsiones, y las definió como "un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante {Repräsentant} psíquico de los estímulos que viene del interior y alcanzan al alma (...) Freud 1915/ 1992, p. 117.)

Este periodo de sofocamiento de las pulsiones puede ser total o parcial, lo importante en él, es la edificación de los poderes anímicos, que después se presentaron como inhibidores de la pulsión sexual y formaron los diques, el asco, la vergüenza y la moral.

Este mecanismo es la formación reactiva, fuerzas anímicas contrarias, para la eficaz sofocación de este displacer, los mencionados diques psíquicos.

Otro mecanismo es la sublimación, proceso mediante el que la energía sexual es derivada de sus metas y aplicada en otros fines, habitualmente hacia logros culturales, educativos, y en la vida adulta el trabajo, uno de los destinos de la pulsión.

Cabe resaltar que existen quiebres en este periodo, es decir, persisten algún tipo de expresión sexual o en otros casos se mantiene cierta práctica sexual. Las mociones sexuales de estos años infantiles serían inaplicables, porque las funciones de la reproducción están diferidas, lo cual es constituyente del carácter principal del periodo de latencia.

El autor describe ciertas características del desarrollo psicosexual del infante, que son comunes en todas las fases del mismo. Primeramente debemos entender que la pulsión sexual nace apuntalada (apoyada) en una pulsión de autoconservación, es decir, la satisfacción de una necesidad vital del bebé, como es la alimentación deja una huella que produce que quiera repetir el acto para volver a obtener esa satisfacción. Entonces mediante la estimulación de las zonas erógenas se satisface la meta sexual. Existen zonas erógenas privilegiadas, como la boca, el ano, el pene, el clítoris, que gobiernan la meta sexual en distintas etapas, sin embargo todas las partes del cuerpo y los órganos tienen la propiedad de erogeneidad. Las zonas son fuente de la excitabilidad, desde donde se genera el movimiento de la energía de la pulsión sexual, la libido.

Las pulsiones sexuales del niño son parciales, se dirigen hacia una zona erógena, con la meta de alcanzar el placer, desligadas unas de otras. La culminación de la sexualidad infantil debe dar paso a la vida sexual normal adulta, donde las pulsiones sexuales se unifican desde la pubertad, confluyendo todas en las zonas genitales, con la función de la reproducción. Es allí cuando la meta sexual deja de lograr la satisfacción en el cuerpo propio y pasa a ser en el objeto, antes tuvo que haber intervenido la elección de objeto. Durante la infancia se describe la pulsión sexual como autoerótica, podríamos interpretarla así a ojos del observador, ya que en los primeros tiempos de vida no existe la discriminación yo-no-yo, por ende el niño no tiene marcados los límites de su propio cuerpo, por lo que no tiene una imagen unificada de sí mismo. Autoerótica refiere a que el niño se estimula sus propias zonas erógenas, está centrado en sí mismo, es el pródromo para la construcción del narcisismo. (Laplanche y Pontalis, 2004). No obstante Freud agrega que las personas encargadas del cuidado del bebé, se comportan como objetos sexuales.

La sexualidad infantil es perversa polimorfa. Perversa, debido a que las pulsiones sexuales surgen de distintas zonas erógenas, y polimorfa porque adopta muchas formas, es desigual y combinada.

Freud, propone la fase oral como la primera del desarrollo, sus orígenes en el período de lactancia. En este momento la zona erógena rectora son los labios, son estimulados por el pasaje de la leche, en el amamantamiento lo que genera una sensación de placer en el niño y la incorporación del objeto. Durante éste, el sujeto aprende a amar a aquellos que lo cuidan y satisfacen sus necesidades, el objeto que sacia la necesidad de alimento del sujeto es el mismo que el de la actividad sexual (Freud, 1905).

El acto de mamar es el más importante en la vida del bebé y constituye el punto desde el cual parte la vida sexual. “El hecho de mamar el niño del pecho de su madre se vuelve paradigmático para todo vínculo de amor” (Freud, 1905/ 1992 p. 203). El primer objeto de la pulsión sexual es el pecho materno. El encuentro con ese primer objeto es de vital importancia para toda elección objetual posterior y como huella mnémica, dejando las primeras marcas de satisfacción en el psiquismo. Cabe resaltar que

El trato del niño con la otra persona que lo cuida es para él fuente continua de excitación y de satisfacción sexuales a partir de las zonas erógenas y tanto más por el hecho de que esa persona -por regla general, la madre- dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su vida sexual, lo acaricia, lo besa, lo mece, y claramente lo toma como un sustituto de un objeto sexual de pleno derecho. (Freud, 1905/ 1992 p. 203).

Se creesignificativo esclarecer que los cuidados sobre el niño despiertan la pulsión sexual así como la ternura con la que estos se acompañen. Freud establece claramente las demostraciones de ternura; las caricias, besos, sostener al bebe en brazos, mecerlos, mirarlo; también despiertan la libido, así como el exceso del misma puede ser nocivo y apresurar la maduración sexual, entorpeciendo la renuncia a este amor. Ante esto el autor aclara que las madres no deben horrorizarse antes sus planteos, que si ésta entendiera la importancia de las pulsiones en la vida adulta, para sus logros éticos y psicológicos no tendría que reprocharse al enseñar a su hijo a amar. “La madre es en todo sentido activa hacia el hijo, y hasta respecto del acto de mamar puede decirse tanto que ella da de mamar al niño cuanto que lo deja mamar de ella (Freud, 1933 pág. 103). Podemos señalar desde aquí, que Freud asigna un rol activo en la crianza del niño a la madre, al darle de mamar, al darle amor y tomarlo al hijo como objeto de amor.

Posteriormente, el pecho materno se abandona como objeto y pasa de la actividad del mamar al chupeteo, debido a que, en el bebé, tras la experiencia de satisfacción,

comienza a suscitarse una necesidad de volver a sentir el placer que la misma le ha generado. El bebe procura satisfacer su necesidad intercambiando un objeto ajeno por su dedo, en su propio cuerpo, actividad autoerótica, descarga la moción sexual en su propio cuerpo.

A continuación, mediante las funciones excretoras, micción y defecación, el niño comenzará a percibir placer dando lugar a que se establezca la segunda fase del desarrollo sexual infantil, llamada por Freud sádico-anal, a partir de la excitación de las zonas erógenas de la mucosa.

El infante no siente ningún tipo de asco hacia sus heces; las ve como partes de su propio cuerpo de las que le cuesta desprenderse. Al mismo tiempo los utiliza como un “regalo” a sus seres queridos. Estos son los que disponen el momento y el lugar para que el niño elimine su materia, lo que le impide liberarlas cuando tenga ganas. Por otro lado, la retención de las heces genera un cierto placer y su liberación es celebrada y premiada por el entorno. El esfínter comienza a entrenarse y va aumentando la excitación, esta fase relacionada a la retención y la expulsión, se puede asociar a futuros modos de vínculos con el objeto, sí este es apretado, controlado, retenido, expulsado, macar formas de vincularse con el otro.

La tercera fase de la sexualidad infantil es la fálica, comenzará transcurrida la anterior, en torno al tercer año de vida, dice el autor florece la sexualidad infantil. Prima la estimulación y masturbación del pene y el clítoris. Conjuntamente que con este florecimiento, surge la pulsión de saber, dónde comienza la investigación sexual infantil y el niño se anoticia de la diferencia anatómica entre los sexos. El varón consideraba que todos los seres humanos tenían un miembro como el suyo, más adelante, no puede sino descubrir en una niña (ya sea su hermana o su compañera de juegos) la existencia de genitales distintos a los suyos. La mayor de la veces desconfiando de tal descubrimiento creyendo que lo que vio fue un pene pequeño que no tardará en crecer. Otra de sus creencias puede ser que algunas mujeres se lo hayan extirpado como castigo, por un exceso en la estimulación, entonces ellos presuponen una actividad masturbatoria en la niña, al igual que ellos.

De aquí se desprende la angustia de castración, el sentimiento inminente de perder su propio miembro, muchas veces, coincide con amenazas que el muchacho recibió por parte de los adultos que se encargan de sus cuidados de que, si continuaba estimulando su pene con fervor, éste le sería quitado.

En la niña el clítoris tiene la cualidad de erogeneidad, está desconoce su vagina como miembro genital, al igual que desconoce la diferencia anatómica con el varón. Al enterarse se siente gravemente afectada, surgiendo en ella un deseo de ser del sexo masculino, este último fenómeno es llamado por Freud “envidia del pene”.

Seguidamente la niña comprende que las mujeres son quienes carecen de un pene, podríamos decir simbólicamente del falo, incluso su propia madre, desde ahí nacen los sentimientos de hostilidad hacia ella, reprochándole por negarle el objeto tan preciado, separándose de ella para tomar como nuevo objeto de amor al padre y dar inicio al complejo de Edipo Freud (1925).

Estas tres fases son pregenitales, dado que aún no hay una maduración definitiva de los órganos y las pulsiones sexuales buscan su descarga sin confluir a una misma zona erógena. Como última etapa del desarrollo libidinal del niño podemos considerar la latencia, que ira apaciguando las mociones sexuales mediante la sublimación y los diques psíquicos. Hasta llegada la pubertad, donde las pulsiones sexuales confluyen a la zona genital bajo la meta de la reproducción.

Lo significativo de estos fenómenos ocurridos en la infancia, ya sea por la amenaza de la pérdida o por la falta del pene, es que acontece lo que Freud llamó "Complejo de castración". Nasio (1996) en "Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis." define la castración

Designa una experiencia psíquica compleja, vivida inconscientemente por el niño a los cinco años aproximadamente, y que es decisiva para la función de su futura identidad sexual. Lo esencial de esta experiencia radica en el hecho de que el niño reconoce por primera vez -al precio de la angustia- la diferencia anatómica entre los sexos. (p. 15).

El autor aclara que la angustia de castración, es inconsciente, el efecto de ese estado emocional, más la ley de interdicción del padre, el niño renuncia a su madre como pareja sexual para salvar su miembro. Así junto con el final del complejo de castración en el niño, finaliza el complejo de Edipo.

En el varón el primer objeto de amor es la madre, y se mantienen en la formación del complejo de Edipo, su zona erógena pregenital primordial podríamos decir que es el pene, desde la fase fálica se determina y la mantiene en la sexualidad adulta, con la primacía de su zona genital. Sin embargo la niña tiene virajes en su desarrollo psicosexual, donde cambia de zona erógena y de objeto de amor. (Freud, 1933).

El complejo de castración tiene similitudes en ambos sexos, primeramente la universalidad del pene, sin importar la forma en que se presente, la universalidad está dado por lo simbólico, es fundadora del complejo de Edipo. La relevancia del rol materno, como objeto de amor tanto en el varón, como en la niña, y ambos se separan de ella, el primero por la interdicción de la ley del padre, la niña por el odio de asumir que su madre está castrada al igual que ella. En los dos está relacionado con el complejo de Edipo, en el varón se da en tiempos simultáneos, pero la niña el final del

complejo de castración se desliza el amor hacia el padre, por ende cambia de objeto de amor.

Freud (1923) señaló claramente que para comprender lo significativo del complejo de castración, debemos recordar que su origen está en el primado del falo. Un concepto central para el psicoanálisis, y para comprender la complejidad de la organización sexual infantil, la cual el autor define como carácter principal el primado del falo, al decir que el genital masculino es el único que desempeña un papel para ambos sexos. Estrictamente quien da la preponderancia como concepto psicoanalítico al falo, es Jacques Lacan, si bien en Freud podemos rastrear la diferencia entre el pene, como órgano anatómico masculino y su representación, el falo, organizador de la sexualidad. Nasio (1996) tomando los postulados de Lacan establece que esa representación psíquica del pene, la presencia o la ausencia de ese atributo puede ser el falo imaginario o simbólico.

El falo imaginario está determinado por lo anatómico, lo libidinal y lo fantasmático. El primer factor es lo físicamente visible y táctil, que puede estar presente o ausente, el segundo refiere a la libido que erotiza el miembro, el tercero se vincula a la angustia provocada por la posibilidad de pérdida del mismo.

El falo simbólico da cuenta de la posibilidad de intercambiar el objeto que ocupe el lugar de falo, es decir el falo imaginario, la representación psíquica inconsciente del pene es intercambiada por otro objeto.

“El falo simbólico significa y recuerda que todo deseo en el hombre es un deseo sexual, es decir, no un deseo genital sino un deseo tan insatisfecho como el deseo incestuoso al cual el ser humano hubo de renunciar” (Nasio 1996, pág. 49). El falo es la huella que queda de la castración, representa un límite al goce con respecto a la madre. Goce¹ en tanto término psicoanalítico que excede el principio de placer.

El falo es la marca que queda de la castración como corte producido en el vínculo entre la madre y el niño. La madre coloca al niño en lugar de su falo imaginario, y éste al entrar en el complejo de Edipo se identifica con el deseo materno y quiere ocupar ese lugar. Ahora bien, Nasio (1996) señala una diferencia entre el planteo lacaniano de la castración y el de Freud, en este último la castración recae sobre el niño, mientras que Lacan propone que el corte de la castración es en el vínculo madre-hijo. Este acto de separación es oficiado por la palabra paterna, que castra a la madre de tener el falo y al hijo de ser el falo para la madre. El padre representa la ley de prohibición del incesto, la ley simbólica que recae sobre los 3 sujetos, madre, niño y padre, dándoles a cada uno su lugar y poniendo un límite al goce.

Lo anteriormente mencionado, el falo como límite del goce, lo podemos articular con la representación del falo como significante de la ley. “Nos encontramos, entonces, ante

una singular paradoja: el mismo falo es, en tanto imaginario, el objeto al cual apunta la castración y, en tanto simbólico, el corte que opera la castración.”(Nasio, 1996, p 51).

Retomando a Freud, plantea que la salida del complejo de castración en la mujer puede derivar en tres formas, primera lleva a la inhibición sexual o a la neurosis, la segunda la alteración del carácter en el sentido de un complejo de masculinidad, y la tercera, en fin a la feminidad normal.

La inhibición sexual, la retrae de la sexualidad en general, no hay un deseo por poseer aquello que le falta, ni cambio en la zona erógena, se reprimen las aspiraciones sexuales.

Complejo de masculinidad significa con esto que la niña se rehúsa a reconocer el hecho desagradable de la castración, mantiene su erogeneidadclitoidea y busca refugio en las identificaciones con la madre fálica o con el padre. Se evita la oleada de pasividad que impone el giro hacia la feminidad. La operación más extrema de este complejo sería la homosexualidad manifiesta por un influjo en la elección de objeto. Pareciera que estas mujeres se mantienen en el Complejo de Edipo, tomando al padre como objeto, por infaltables desilusiones con él, deben regresar a su anterior complejo de masculinidad.

La reacción normal para Freud (1933) tiene tres cambios importantes: en principio cambia de objeto de amor, éste pasa a ser el padre, y se le dirigen los sentimientos tiernos, así comienza el complejo deEdipo. Se produce una mudanza de la zona erógena, el clítoris le cede lugar a la vagina, el desplazamiento de la libido en el cuerpo de la niña. Una mutación del objeto deseado, el pene se corre para dejarle lugar al hijo, el deseo de gozar del pene en el coito se metaboliza en el deseo de procrear un hijo. Se trueca el deseo de tener el pene por el deseo de ser madre. Podemos ver que el desenlace de la normalidad en la sexualidad femenina, no es lineal, por el contrario está precedida por ciertos preámbulos que desembocan en la maternidad.

Freud (1917 [1916-17]explica que la elección de objeto acontece en dos tiempos, el primero en estos primeros años de edad, y luego en la pubertad. Hacia el objeto amado deben confluir dos corrientes, la ternura y sensual. En la infancia ligada a los objetos de esta etapa y la segunda se da en la pubertad junto con la unión de la meta sexual y la búsqueda de un placer más grande. Que ambas corrientes se unan en un solo objeto es el ideal de la sexualidad adulta.

Lo excepcional de la teoría freudiana sobre la sexualidad infantil, es lograr darle lugar a la sexualidad como algo más abarcativo que lo genital, dando lugar a que el encuentro con ese otro -la madre- quien erotiza a su hijo, mediante el cuidado despierta la sexualidad. Ese despertar dejó una huella inconsciente que marca la

pulsión, el deseo. Esta prehistoria del sujeto es anticipo y origen de la sexualidad adulta. Creo determinante entender estos planteos para comprender lo propuesto por Freud en cuanto a la sexualidad femenina y la maternidad. Ambas están enlazadas, pareciera que el transcurso normal de la sexualidad de una mujer la llevar a ser madre, es lo esperable, el ideal de su sexualidad en la adultez tenga que devenir en su maternidad.

Más adelante en su obra Freud plantea que

Bajo la impresión de la propia maternidad puede revivirse una identificación con la madre propia, identificaciones contra la cual la mujer se habría revelado hasta el matrimonio, y atrae hacia sí todo la libido disponible, de suerte que la compulsión de repetición reproduzca un matrimonio desdichado de los padres. (Freud 1933, pág.123)

La identificación-madre de la mujer permite discernir dos estratos: el preedípico, que consiste en la ligazón tierna, y la toma como arquetipo; y el posterior derivado del complejo de Edipo, que quiere eliminarla para sustituirla al lado del padre. El complejo de Edipo femenino es un secundario y en el hombre es primario, en el sentido del cambio de objeto.

El vínculo madre-hija pasa por distintas etapas, primeramente esa madre que es objeto de amor luego será desplazada con hostilidad, dando cuenta de la ambivalencia de este lazo, que se reedita en el momento que esa mujer, está por atravesar su maternidad. Diría Freud que el odio hacia la madre será por una parte superado y otra permanecerá. Desde este recorrido podemos ir construyendo que la maternidad para una mujer está marcada por su vínculo con su propia madre, con el deseo inconsciente, que tiene una complejidad inmensa y singular en cada mujer.

La psicoanalista Leticia Glocer Fiorini en su libro "Lo Femenino el pensamiento complejo." trabaja con suma claridad sobre la maternidad y el campo de lo femenino. Primeramente destaca que algunas interpretaciones de la línea freudiana, consideran lo femenino en términos de negatividad, la sexualidad primaria de la niña es masculina, basándose en el primado del falo y la envidia del pene. La autora toma de Freud (1933) "este deseo del pene, más bien un deseo femenino por excelencia" (p.119) al interpretarlo y afirmar que el deseo del hijo sería el deseo por excelencia femenino.

Asocia eso al ideal de maternidad, dando desde la naturaleza, un mandato ineludible el estar preparadas para engendrar y dar vida. A su vez desde nuestra cultura latinoamericana hay un reconocimiento y valorización del ser madre.

Desde distintas concepciones culturales y religiosas se asienta esa idealización de la maternidad. La autora recalca el Cristianismo, al unir la virginidad a la maternidad, promovió en conceptualizar la maternidad y lo femenino.

La autora discrimina

(...) la reproducción de maternidad simbólica, considerando que la primera es del orden de lo natural, y la segunda implica una experiencia humana donde se entretajan otros planos: el amor, el deseo, la creatividad. Esta discriminación implica también articulación: hay un soporte corporal, siempre erogeneizado y significado, sobre el que se produce la experiencia maternal (...) Glocer 2001 pág. 106).

El señalamiento de esta distinción, es crucial para entender el entramado sobre la maternidad, y el deseo de ser madre en una mujer. Reconociendo los aspectos biológicos, así como la pregnancy cultural, para poder ir comprendiendo que la idealización de la maternidad necesita ser cuestionada, y más aún las repercusiones de esta en la sexualidad femenina, en el ejercicio de la maternidad, en la elección de ser o no madre.

Glocer se pregunta acerca maternidad y sexualidad femenina, entendiéndola que es inagotable. "La maternidad como construcción simbólica fue siempre ecuacionada con la femineidad" (pág.108) desde distintas categorías y disciplinas, incluida el psicoanálisis, tomando los postulados de la teoría freudiana, como la maternidad la normalidad en la que deviene la vida sexual adulta. Entonces, señala la psicoanalista, ubicamos la femineidad dentro de la maternidad, esto le otorga universalidad a la femineidad, que carece de representación simbólica. Establecer la categoría mujer-madre, aniquila la posibilidad de pensar la femineidad autónoma del ser madre, esta exclusión es determinante para la idealización de la maternidad. Escinde en la mujer lo maternal y lo sexual, dejando por un lado, la idea de una madre carente de erotismo y libido, condiciones que están presentes en la experiencia de la maternidad y por el otro lado, una mujer deseante sexualmente, desligada de lo maternal.

Glocer(2001)para entender, la negación de la femineidad en la madre del varón y la niña, la justifica en la necesidad del ideal materno. En el varón sucede para contrarrestar la angustia de castración, renuncia una mujer sin sexualidad, su madre, que por lo tanto no podría ser su pareja en el encuentro sexual. En la niña la posibilidad de ser madre simbólicamente, la inscribe en la universalidad, es decir, la categoría universal del ser mujer es la de ser madre, quedando muchas veces la hija, como la doble de la madre.

Ahora bien, esta categoría ideal de la maternidad tiene consecuencia para la madre, que en medida que es considerada dentro de lo sagrado, es la principal o la única responsable del futuro del hijo. A su vez conduce a la tentación de retener a ese hijo, que imaginariamente completa su falta y así quedar restaurada. La idealización elimina la ambivalencia del vínculo madre-hijo, desestima los componentes agresivos del mismo, así queda inminente el fracaso del ideal materno, llenando de insatisfacción la vivencia de maternidad.

La psicoanalista recorre los tres caminos del desarrollo psicosexual para la mujer que Freud establece, como resultado de complejo de castración, diciendo que la salida hacia la maternidad, que sería la norma, el deseo de tener el pene por el deseo de tener un hijo, es de orden fálico. Los otros dos caminos restantes, sea la masculinidad o la frigidez, dan cuenta de la imposibilidad de concebir sexualidad independientemente de lo materno, quedando enlazadas la histeria y la femineidad.

Sin embargo, la autora destaca que en el pensamiento freudiano, hay lugar para la madre deseante, siendo esta la primera seductora del niño, marcando ella con su sexualidad, las zonas erógenas en el niño y despertando la libido.

En este sentido Glocer (2001) marca que la diada madre-hijo se despliega el componente narcisista, estructural para el hijo, las identificaciones imaginarias y la dimensión especular, la mirada de la madre es organizador para el niño. El amor materno también tiene componente narcisista, pero no son los únicos. El hijo puede estar en el lugar de ideales incumplidos o ser el destino de los aspectos destructivos. Ahora bien, si la diada se queda en este registro de lo narcisista, la relación se vuelve indestructible quedando madre-hijo unidos.

Para comprender la complejidad del vínculo madre-hijo, la autora señala que se configura una dimensión intersubjetiva, que no es simétrica sino que abarca la trama de la relación. Donde se pueden visualizar las relaciones de poder-domino en la diada, mediatizados por el discurso materno. En esa dimensión se da la distinción inconsciente sobre el género que es enunciada, y transmitida desde lo corporal, que erotiza de un modo distinto al varón y a la niña. Para ésta última influirán las investiduras libidinales del cuerpo propio de la madre.

El hijo tiene un valor fálico para la madre, independientemente del sexo del mismo. No obstante en el caso del hijo varón la separación tiende a ser más intensa por ser del sexo opuesto, hay una diferencia implícita que agudiza la separación. En el caso de la hija habría una cierta aceptación de la ligazón madre-hija, quedando como el doble materno. La discriminación del objeto, lo inscribe en el orden simbólico, reconociendo al otro y asumiéndose incompleto, ésta dependerá de la inscripción de los padres en lo simbólico, este proceso es crucial para la subjetividad del sujeto.

Para finalizar Glocer(2001) despliega al hablar de “una concepción plural de la maternidad debe reconocer diversos planos que coexiste, reconocer que el espacio intersubjetivo madre-hijo no es sólo especular y gozoso, sino que en sí mismo es un espacio tercero.” (p, 113). Añade en la díada madre-hijo una dimensión de intercambio, que sea compartida por ambos pero de ninguno en particular.

Enfatiza que se debereconceptualizar la maternidad, desde donde se pueda originar la independencia, la separación con el hijo, donde se puede establecer una función tercera. Donde las categorías acerca de la maternidad, sean desde esa subjetividad y no únicamente desde la perspectiva del hijo. Estas reconstrucciones también cuestionaríanlo establecido en cuanto a la paternidad, podría decir únicamente pensado como la representación de la ley simbólica.

Este recorrido por los planteos de esta autora, intentan dar cuenta de la complejidad que hay entre la maternidad y la sexualidad femenina, que sin dudas no podría pensarse una sin la otra,para poder así comenzar a dejar de pensarlas como equivalentes.

Poder conceptualizar la maternidad sexuada, amorosa, que narcisista y erotiza, siendo al mismo tiempo tierna y contenedora. Del mismo modo poder concebir la sexualidad femenina no materna.

2.1 Embarazo, temores y fantasías.

El propósito es recorrer las ideas de algunas autoras que me permitan comenzar a entender las implicaciones que trae para la mujer el embarazo, las autoras coinciden en varios puntos de cómo entender y pensar este proceso. Es imprescindible ir formando el concepto del embarazo como un estado en la mujer, un fenómeno normal que tienen distintas características según la cultura en la que se inscriba, así como diferentes presentaciones y vivencias en las mujeres; pretendo recabar las generalidades, de los síntomas, emociones, sentimientos que éstas tienen. Así como acercarme a ciertas particularidades que se contraponen al pensamiento colectivo que idealiza este estado en las mujeres, dificultando la posibilidad de expresar sus sentimientos ambivalentes ante la espera del bebé.

El mayor interés en esta instancia es exponer los planteos de algunas autoras sobre los temores y fantasías que vivencian algunas mujeres al quedar embarazadas y en el transcurso del mismo. Estos son acompañados por sentimientos de ambivalencia por el futuro hijo, que se expresan con síntomas físicos y psicológicos que tendrán un rol importante en la vivencia del embarazo y su desarrollo (Videla, 1990).

El embarazo “es concebido fundamentalmente como una suma de eventos corporales determinados inconscientemente y bastante ajenos a la voluntad consciente de la mujer o los eventos en su entorno concomitante al embarazo” (Defey, sf)

En su libro “Maternidad mito y realidad” Mirta Videla propone que hay dos grupos de referencia psicológica, en los cuales se pueden ubicar a las mujeres que buscan embarazarse consciente o inconscientemente; el primero responde a los elementos de identificación y diferencias en la relación con sus padres. El segundo grupo es el resultado de las implicaciones socioculturales, los modos en que esa sociedad conceptualice las diferencias de género, las relaciones sexuales, la valoración del rol maternal, la influencia de los agentes de socialización como la familia, las instituciones de enseñanza, los vínculos sociales, etc.

Seguido de esto, la autora plantea que alteraciones en la información o los elementos de estos grupos pueden ser la causa de alguna patología en la maternidad, dando así lugar a síntomas que mediante su indagación nos da a conocer el significado que el hijo para esa mujer, la autora lo denomina como el “lenguaje de los órganos” que nos habla de las necesidades de atención y comprensión de la madre.

De estas ideas podemos ir acercándonos al conflicto con la maternidad, que no significa un rechazo por su hijo, sino reconocer que el embarazo como estado en la mujer, muchas veces se considera el ser madre como el alcance de su plenitud femenina, la máxima expresión de su biología, que impide diferenciar que no todos los síntomas tanto físicos como psicológicos son normales y por lo tanto hay un límite para que sean tolerados. Es un fenómeno para el que biológicamente las mujeres están preparadas para gestar y parir, culturalmente tiene implicaciones que llevan a la búsqueda consciente o no del mismo, se prepara para ser madre a las niñas desde sus primeros tiempos, desde los juegos pensados para ellas, dando cuidados a sus hermanos, tareas del ámbito domésticos. Ahora bien, si bien biológica y socialmente las mujeres pueden tener las mismas demandas, motivaciones, la vivencia del embarazo es particular en cada una de ellas, esto lo podemos pensar desde ese conflicto que respecta al ser madre. Por debajo de este encontramos los sentimientos de ambivalencia que generan mal estar y preocupaciones en ellas, y los síntomas que dan cuenta de estas emociones.

Los síntomas tanto físicos como psicológicos son asociados por la autora a la infancia, ella propone que las reacciones ante el embarazo responden a la misma, al tránsito por el complejo de Edipo

Frente al hijo, los padres reeditan los mismos afectos encontrados, los mismos impulsos conflictuales que vivió en una primera edición, durante su infancia, en el curso de la relación con sus padres: es lo que se ha dado en llamar “el complejo de Edipo en espejo”. Puesto que lo que distingue a uno del otro es simplemente diferente posición, el distinto vértice que ocupa en el eterno “triángulo edípico” (el niño se ve a sí mismo en caricatura) (Videla, 1990, Pág94).

Es decir que aunque la mujer sienta el deseo de concebir al hijo, de tener un embarazo equilibrado, y dar a luz a un bebé sano, sus conflictos inconscientes pueden manifestarse en síntomas, que no implican un rechazo inconsciente hacia el hijo. La autora relaciona los primeros síntomas físicos como vómitos, náuseas, diarreas, constipación, oralidad incontrolada, anorexia, falta de apetito, adelgazamiento, astenia, desgano, hiperactividad, a todas las zonas erógenas del desarrollo psicosexual, muestran la contienda ante la ambivalencia y lo no resuelto de los conflictos edípico (Videla, 1990).

A estas ideas podemos agregar el planteo de la Psicoanalista argentina Raquel Soifer en su libro “Psicología del embarazo, parto y puerperio.” (1987), que sostiene que en el primer momento de la gestación la embarazada comienza una regresión, con

síntomas como la hipersomnia, la necesidad de dormir más de lo habitual que corresponde a una identificación fantaseada con el feto.

La regresión es descrita por Soifer, como el revivir de su etapa fetal, en las conductas infantiles, acompañada de un retraimiento hacia sí misma; en primera instancia por la ansiedad de confirmar la ausencia de la menstruación y así su estado, luego por la ansiedad que éste genera en la mujer que puede ser percibida en su entorno, en caso de que ella ya tenga hijos pequeños, éstos pueden presentar ciertos cambios en su conducta, al sentirse amenazador por la llegada de un rival con el cual disputar a su madre. Las parejas también pueden tener sueños relacionados al futuro hijo, con elementos persecutorios hacia el bebé, viéndolo como un rival; dando cuenta de ciertas fantasías se pueden compartir en el entorno familiar.

Los tres primeros meses son de vital importancia para el feto, ya que se desarrollan la mayoría de sus órganos, luego de pasar el primer trimestre estos síntomas y malestares disminuyen entrando ya en un entendimiento entre el feto y la madre.

Las autoras Rosa Gómez Eseban y Susana Amilivia (1985) en su libro “Embaraza, deseo y mujer” sustentan que detrás de la hipersomnia se encuentra el mecanismo de negación, por el cual la mujer se refugia de sus deseos, ideas, sentimientos, para evitar tomar contacto con la ansiedad que genera su estado. Ellas agregan que en la regresión las mujeres adoptan una conducta dependiente de su entorno, demandando comprensión, protección, otras mujeres actúan opuestamente siendo desafiantes e autosuficientes.

Siguiendo el planteo de las últimas autoras mencionadas, estas interpretan los vómitos y náuseas que padecen las mujeres como la expresión del conflicto que trae la maternidad, manifiestan que sería mediante este síntoma atravesado por la fantasía de expulsar lo desagradable o lo que incomoda a las mujeres. También podemos considerar a los síntomas funcionales para comunicar el embarazo, ya que en el pensamiento colectivo se impone la sospecha de un embarazo en las mujeres que durante un tiempo manifiestan sufrir estos síntomas.

La maternidad está ligado a la figura del ser madre representado por la propia madre, da cuenta de las contradicciones puestas en juego en la regresión que sucede, ya que reaparecen los sentimientos de aquella niña que fantasea con ser madre pero para esto debía destruir a la suya. Se generan entonces fantasías de que su hijo sea robado por su madre o perder a su madre por haberle arrebatado su lugar, estas fantasías persecutorias tienen un gran componente de culpa infantil por haberse

convertido en realidad (Soifer, 1987). Podemos inferir que son los deseos edípicos los que se vivencian como realidad, por el vínculo de amor- odio entre madre e hija.

Podemos agregar la posición de Videla (1990) que sostiene que el feto representa el superyó materno y así la relación ambivalente que la mujer tiene con su madre es revivida con su propio hijo, como mencionaba anteriormente este vínculo queda atravesado por la ambivalencia del amor y el odio.

A nivel de las fantasías inconsciente son infinitas las representaciones que el hijo puede tener en su madre, alguna de ellas pueden ser, la fantasía de vaciamiento donde el hijo es robado de ella, o ser el pene del padre que se extrae del vientre, ser un castigo de su madre por sus goces infantiles agresivos, los cuales deberá pagar con su propio hijo, desde estas fantasías de pérdida y de intentar retener al hijo se asocia el vomitar, el comer en demasía.

Gómez y Almeida (1985) plantean que estos síntomas físicos, se relacionan con las fantasías sexuales infantiles de que el embarazo se produce por la boca, se les agrega a éstos la bulimia y anorexia, esta estimulación de la zona oral se relaciona con las fantasías arcaicas y la regresión que sufre la mujer embarazada.

Tanto los síntomas de anorexia y bulimia remiten a carencias infantiles que se expresan con mecanismos distintos, en la anorexia está el rechazo a su hijo, rechazo que alguna vez sintió de su madre, identificándose con su madre manifiesta la negación del embarazo al no comer para evitar alimentar a su hijo. Este síntoma es muy riesgoso ya que pone en peligro la vida de la madre como la del bebé. La bulimia responde a la fantasía de tener dentro un ser voraz que la está comiendo, la madre proyecta en el hijo la hostilidad y voracidad que sentía por su madre cuando era niña, es un síntoma que expone el temor a ser devorada y destruida como ella deseó hacer con su madre. Interpretan por un lado, que el hijo representa los deseos infantiles, por otro lado representa el miedo a la agresividad que les despierta su propio hijo.

Otros de los síntomas físicos que sufren las mujeres en esta primera etapa del embarazo son diarrea y constipación, que expresa la preocupación de la madre al percibir su rechazo que busca mediatizar haciendo un esfuerzo mediante la sintomatología por discriminar lo bueno su hijo, de lo malo que expulsa hacia afuera. Estos síntomas son frecuentemente asociados a una amenaza de aborto en este periodo anterior a los tres meses de embarazo, sería la mayor expresión inconsciente de rechazo hacia el feto que predomina ante el deseo de ser madre, que no logra ser elaborado y se pone en juego esta defensa ante la angustia que genera el feto.

Se acompaña de fantasías de que el hijo este dañado, padezca alguna enfermedad que ponga en riesgo su rol materno o de vaciamiento interno. Estas representaciones psíquicas del hijo fallecido o con alguna patología, son preparatorias ante la posibilidad de que surja alguna complicación en el embarazo.

En el segundo trimestre los órganos ya están formados, la especificidad de los tejidos, y comienzan a formarse los huesos de cráneo, siendo la cabeza la parte más grande del cuerpo, en las próximas semanas el resto del cuerpo se alargará para lograr un balance.

En este tiempo ya se pueden sentir los movimientos fetales, los cuales son la causa de la mayor ansiedad, empiezan siendo muy sutiles, apenas perceptibles para la madre que le cuesta diferenciarlos de la actividad intestinal.

Ahora bien como explica Soifer (1987) en el cuarto mes de embarazo se puede comenzar a sentir los movimientos, ahora bien, no todas las mujeres advierten los movimientos, en algunos casos hasta el quinto mes no toman consciencia y en otros inclusive hasta el sexto o séptimo mes, esta negación suele ser funcional para evitar reconocer su estado hasta que este esté muy avanzado.

La psicoanalista añade que en este tiempo puede suceder una proyección hacia el feto, que lo identifica como agresivo, terrorífico “que da patadas” expresan las madres, impidiendo continuar con sus actividades, con la amenaza de causarle un daño a ella. Ella señala que hay en el imaginario colectivo la fantasía inconsciente de que el bebé quisiera perjudicar a sus padres, en este primer tiempo dañar físicamente a su madre.

Expone que estas fantasías responden al temor por la incertidumbre ante el hijo, que no se conoce sus características y temor a las responsabilidades que contrae el hecho de ser padres. “Este sentimiento de responsabilidad se une a la noción de dar vida, lo cual, si tenemos en cuenta el proceso genético, significa haber cedido parte de la propia vida” (Soifer, 1987. p, 31). Esta autora marca en el parto como un límite de la vida de la mujer, refiriéndose al miedo a morir en el parto ya que tiene que ceder su vida para el nacimiento de su hijo. Es un hecho simbólico en la vida de una mujer, pero donde los riesgos son reales, si bien, en la actualidad están sumamente controlados, en las fantasías de las mujeres, aparece la posibilidad del fallecimiento, que genera varios temores.

Más adelante la autora plantea que hay una ansiedad culposa que predomina en el embarazo, el hecho de tener un vínculo tan estrecho, solo de dos, que al percibir los movimientos fetales se intensifica y reactiva las fantasías incestuosas y masturbadoras

de la infancia (Soifer, 1987). Para las mujeres tiene su dificultad reconocer esos movimientos, diferenciarlos, que implica un trabajo mental que lleva tiempo y es gradual, esto se explica por la negación al percibir esos movimientos, despierta tanta ansiedad y temores que dependerá de cada mujer y la construcción de su sexualidad el poder tolerarlos, el registro corporal que tenga de su propio cuerpo, y como contacte con ese conocimiento será determinante para su sentir, sea esta más angustiante, más relajado, con mayor o menor preocupaciones.

En esta etapa los cambios físicos son innegables e incontrolables, el cuerpo se prepara para dar a luz y eso genera otra fuente de ansiedad, las mujeres comienzan a sentirse feas, baja a libido sexual así se van generando otras fantasías entono a la posibilidad de que el marido sea infiel, por causa de su estado físico o su disminución en el deseo sexual, estos sentimientos pueden ser la causa de una depresión en algunas mujeres. Estos sentimientos sirven para disfrazar la culpa de las fantasías incestuosas.

La psicoanalista plantea que en el quinto mes hay fantasías inconscientes relacionadas a la sexualidad infantil como venía mencionando, y se le agrega el miedo a morir en el parto. Enumera los mecanismos de defensa que ponen en juego el psiquismo, la negación, idealización, proyección, manía, hipocondría, masoquismo. Orgánicamente son acompañados por dolores musculares, calambres, sangrados vaginales, problemas intestinales, hipertensión, hipotensión, lipotimias esporádicas, dolores agudos de cabeza.

Las embarazadas tienen ciertos sueños acerca del parto, desde haber dado a luz sin recordar como fue el nacimiento, o que el bebé nació de unos 6 meses y habla como si tuviera 4 o 5 años, representa la fantasía de que el niño es bueno, ya fue criado sin dificultades, que está lleno de amor para su mamá, una imagen idealizada del hijo tan querido, que al hablar como un niño de 4 o 5 años ya atravesó el complejo de Edipo, este sueño se relaciona con la necesidad de darle una imagen a los movimientos percibidos.

A partir de los 7 meses y medio el bebé se puede ubicar de cabeza abajo hacia el canal de parto, el reconocer estos movimientos genera profundas crisis de ansiedad en algunas mujeres, que provocan síntomas psíquicos y somáticos. La experiencia clínica ha demostrado que cuando el feto queda mal posicionado para salir del vientre materno, sea de nalga, de hombro, etc, es porque previamente las mujeres habían sufrido contractura en los musculo pélvicos, debido a las fantasías de vaciamiento y el alto grado de ansiedad.

A los 9 meses los cambios se acentúan, el feto aumenta de tamaño, siendo más pesado, las contracciones fisiológicas se incrementan, se acerca el parto y con muchas ansiedades, las interrogantes en torno a este crecen, fecha, si sucederá con normalidad, si necesitara anestesia, se presentan incertidumbres como será el bebé, su crianza. El temor a fallecer en el parto se instaura con más fuerza, relaciona esta ansiedad con el narcisismo infantil, que a su entender es a defensa que se pone en marcha para manejar el alto grado de incertidumbre. Soifer, (1987) explica claramente que el pensamiento mágico y la omnipotencia de las ideas no son suficientes para defenderse de esa ansiedad que sigue aumentando. Ahora si la defensa gana puede llegar a ocurrir un parto anticipado, luego de transcurrido los 8 meses, como escapatoria de la incertidumbre y para culminar con la espera.

El ambiente en el cual la embarazada se encuentre puede contribuir o disminuir la ansiedad de estos momentos, debemos tener en cuenta en el caso del su pareja que también es atravesado por miedos, fantasías, como la muerte de su compañera en parto, aumentan los sentimientos de responsabilidad al acercarse el nacimiento del bebé, que puede genera conflictos internos, como la búsqueda de relación extra matrimonial, el refugio en el trabajo. En fin un entorno que se identifique con las ansiedades de la mujer puede que las potencie al punto de que sean intolerables, generando síntomas somáticos, psicológicos.

Este recorrido por alguno de los primeros trabajos clínico surgidos desde el ámbito del psicoanálisis, son los cimientos de lo que hoy en día se llama Psicología Perinatal, estos planteos ameritan ser cuestionados, para lo cual remitiré hacia algunas consideraciones de Denise Defey, presentes en un trabajo realizado para el Plan CAIF, como una herramienta para los técnicos encargados de planes y proyectos que involucraban a mujeres embarazadas.

El primer cuestionamiento a señalar referente las poblaciones sobre las cuales se ha escrito, en los textos psicoanalíticos la maternidad está pensada desde mujeres urbanas de clase media y alta, el pensamiento se centra en el conflicto intrapsíquico, debemos de interrogarnos si es válido para todas las mujeres. Defey apuntando a los sectores de la población más vulnerables, sostiene que para comprender las dificultades para enfrentar la maternidad, se debe complementar con una mirada que basada en la deprivación, afectiva, económica, y cognitiva, y así entender que una madre no puede dar ni transmitir lo que ella misma carece.

Las representaciones mentales maternas corresponden a las ideas que va fundando en la madre de su hijo, es la representación psíquica de éste, la cual influirá en el

futuro vínculo y en el espacio que ocupe ese hijo en la familia. Como personal de la salud nos alerta a la hora de referirnos al bebé, más aun si hubiera alguna complicación médica en el embarazo, es de suma importancia tratar con sutileza y no utilizar adjetivos sobre el futuro hijo que pueden marcar la expectativa de los padres, poniendo en “riesgo” de algún modo el vínculo.

Durante el embarazo tener la representación de un bebé idealizado puede ser protector, haciendo más tolerables las incomodidades del estado de la mujer. Las representaciones múltiples y fugaces preparan a la madre para algo inesperado, sea perderlo o que tenga alguna patología, son ideas efímeras donde las características del bebé varían.

Las representaciones mentales, las podemos asociar con la anticipación de la madre, planteada por Flesler (2007), promueve la espera del sujeto que estar por llegar, generando que la madre comience a representar a su bebé, imaginarlo, hablarle, comprarle ropa, ambientar un espacio del hogar para recibirlo.

La anticipación materna es fundente para él hijo, “la función de esa operación de anticipación materna, esencial para el sostén narcisístico, y todas sus consecuencias, es un tiempo para que el sujeto se dialectizara en una ambivalencia: ser o no ser el falo” (Flesler, 2007, p 46).

Remite a lo mencionado en el capítulo anterior, el niño ocupando el lugar del falo de la madre, cumpliendo las expectativas, colmando el deseo de esa madre, para forjar así sus cuidados y sus narcisismo. Por ende las representaciones, la anticipación de la madre, son constituyentes para el vínculo, entre la madre y el hijo.

El diagnóstico prenatal puede alterar las representaciones de los padres, ya sea porque no es el sexo que deseaban o por la comunicación de una patología fetal, que pueden tener un efecto catastrófico en la relación con el hijo.

Otro punto que cabe resaltar son los estados emocionales o mentales de la madre, no desencadenaran un eminente peligro para el bebé. Desde el pensamiento colectivo reiteradas veces se les dice a las madres que no lloren porque le hace mal al bebé, o una serie de recomendaciones y prohibiciones, que obturan la expresión de la madre imponiendo la amenaza de generarle un daño al feto. Sí bien, si hay conductas como consumir alcohol, o sustancias tóxicas, no hacer el control prenatal correspondiente y no seguir las recomendaciones médicas, que expone a varios riesgos la vida del feto. Las creencias populares de que las emociones de la madre pueden dañar al hijo, están fundamentadas en que el hijo puede sentir, estrictamente se refiere a la

audición. Es imprescindible esclarecer a las embarazadas el sentir del bebé y desmentir la idea de que puede perjudicar a su hijo por sus preocupaciones o angustias cotidianas.

Defey asegura que el único riesgo demostrado es entre el stress y el parto pretérmino, en particular si la mujer transita en los últimos días una situación traumática, que haya aumentado su nivel de stress. Se debe de tener especial cuidados en embarazos de alto riesgo, donde la madre puede tener hipertensión, placenta baja, diabetes, etc. Requieren de un seguimiento cercano, y en caso de sobrepasar su tolerancia al stress son más propensos a adelantar el parto.

Se considera prematuro a un bebé que nace con menos de 37 semanas, entre 32 y 28 semanas muy prematuro y menor a 28 prematuro extremo, teniendo altísimas complicaciones debido a su inmadurez biológica. La prematurez sea directa o indirectamente es la causa principal de la muerte en el primer año de vida. Las causas están estrechamente vinculadas al estilo de vida, debido a acontecimientos traumáticos, por desconocer el riesgo que genera y las grandes posibilidades de que queden secuelas, restando importancia al cuidado del embarazo. Por la falsa creencia de que para el bebé es igual nacer a los siete u ocho meses, pensando que el parto es más sencillo y el embarazo más cortó.

Para concluir este capítulo es crucial resaltar los sentimientos de ambivalencia que aparecen a lo largo del transcurso del embarazo, siendo imprescindible desmitificar que ellos no perjudican al bebé, al mismo tiempo promoviendo el registro de sus emociones a la madre.

3.1 Parto

Marie Langer afirma que en las fantasías de la embarazada en el parto se ve como algo doloroso, que puede cambiar según el ambiente en que esta mujer haya crecido. Si ella convivió con otras generaciones de mujeres que no manifestaban tanta alarma y temor en los relatos del parto o de su sexualidad, es favorable para afrontar los posibles dolores a la hora de dar a luz.

Cuando este momento se va aproximando la llegada del bebé, el parto en tanto la separación de la madre-bebé, quedando el hijo como una persona distinta de su mamá, el vínculo de dependencia y contacto permanente mutará, teniendo él bebé que comenzar a valerse por sí mismo para cumplir con las funciones fisiológicas, la madre seguirá teniendo un rol vital para el niño, pero el contacto será piel a piel.

Para la mujer trascurrir un nuevo proceso que es el dejar atrás el estado de embarazo el cual significó cambios significativos y al que se tuvo que adaptar, para luego vivenciar el estado de puerperio, significa otra etapa cargada de nuevas ansiedades. Para Soifer(1987) inconscientemente revive el trauma de la angustia de su nacimiento.

La autora describe que esta ansiedad ante el cambio tiene dos caras, por un lado, la ansiedad ante la pérdida, por el otro miedo al ataque de lo desconocido. Él bebe llegará para unirse al núcleo familiar siendo tan conocido como desconocido hasta que se alcance el contacto directo con él.

La mujer comenzara con las contracciones uterinas que irán aumentando y comienza a sentir un endurecimiento del vientre en distintos momentos del día. En un primer momento las dudas más frecuentes, son ¿Cómo reconocer que llego el momento? ¿Cómo saber cuándo trasladarse al hospital? Estas interrogantes dependen de la información que tenga la mujer y su entorno, de su estado emocional, si aflora las ansiedades persecutorias, si ha recibido psicoprofilaxis que la ayude a estar concentrada, e ir tomando conocimiento de lo que va sintiendo, esto permite que estén preparadas para lo que va a suceder, así como tener más control sobre el propio cuerpo, teniendo una actitud activa que favorezca el trabajo de parto, pudiendo respirar adecuadamente y relajándose para colaborar con el nacimiento de su hijo. (Gómez y Amilivia, 1985)

Hay distintas manifestaciones de que ha comenzado el trabajo de parto, las contracciones, pueden agregársele un hormigueo, molestias, en otros casos un fuerte dolor lumbar o perineal, la ruptura de membrana; ahora bien, el sentir de estos

síntomas como su intensidad es variable en cada mujer. En caso de que las ansiedades sean persecutorias pueden generar una sensibilidad extrema con la que se pretende controlar al perseguidor, las mujeres sienten fuertes dolores causados desde el interior de su vientre, que son tomados como pinchazos, mordidas, etc. Estos son significados que se le adjudican a los dolores, dependerá de cada mujer y su sentir. En los casos que racionalmente la mujer no puede calmar su ansiedad lo que le genera intensos dolores lumbares o perineales e inconscientemente se adopta una contractura muscular como defensa a los ataques. En caso de que la mamá no logre relajarse y con la medicación correspondiente no se resuelva el cuadro, la angustia y ansiedad serán transmitidas al entorno familiar, en especial el padre del bebé, más si este ha tenido un rol activo y de acompañamiento durante el embarazo.

Existe la posibilidad de que ocurra la detención aparente del trabajo de parto, donde las contracciones continúan pero la mujer no las siente. Se debe a que ésta necesita más tiempo para elaborar la idea de dar a luz, así mientras el cuerpo sigue trabajando el psiquismo procesa, apoyándose en el mecanismo de negación.

Las autoras Gómez y Amilivia (1985) consideran las contracciones como el primer síntoma que la mujer comienza a observar para saber si llegó el momento, cuando comienzan a ser más intensas, regulares, con un intervalo de menor tiempo entre una y otra, se recomienda controlar por reloj para verificar que el proceso vaya avanzando.

Las contracciones son la actividad muscular del útero, comienzan en su interior y se propagan por él, que es el motor del parto. Estas le permiten al útero, durante la dilatación, ensanchar el canal de cuello del útero para que el niño salga con más facilidad, y durante la expulsión el descenso y la salida del bebé por el cuello, vagina y vulva.

Otra señal de que el parto está cerca es el tapón mucoso, suele desprenderse con la dilatación del cuello del útero, puede ser incoloro y a veces sangriento.

Podemos también señalar, siguiendo a Gómez y Amilivia (1985) que existe otro período de ansiedad cuando llega la hora de trasladarse al centro de salud, de algún modo se concretiza el parto, surgen temores que con frecuencia son proyectados hacia el marido, algún familiar, algún profesional de la salud, la habitación, etc. Otra gran preocupación es si está o no el médico tratante o la partera, un profesional de referencia para la madre con el cual ella y la familia hayan entablado un vínculo y este conozcan la situación de la madre y el bebé.

Si se logra calmar la ansiedad se avanza en el proceso, en el caso de las mujeres preparadas genera mayor tranquilidad y estas pueden colaborar con su actitud activa; ahora bien, de lo contrario se puede producir la contractura muscular o una detención.

Luego el procedimiento continúa con el tacto vaginal y el enema, ambos provocan ansiedad, tal vez en mayor medida el primero que es la constatación de que la dilatación sea adecuada, muchas veces es asociado a fantasías de premio y castigo, el premio sería poder seguir con el proceso y el castigo en caso de que fuera una amenaza de parto o que este se demore, haciendo el proceso más tedioso para la madre.

Por otro lado, el enema y la depilación también se ven asociadas a las fantasías de penitencia, por su sexualidad, estas son medidas de higiene que en caso de que la paciente demuestre miedo y se niegue son preferibles no aplicarlas, estos miedos son inconscientes a una imagen punitiva.(Soifer, 1987).

Al confirmar la dilatación afloraran nuevas sensaciones correspondiente a los cambios que viene haciendo el cuerpo para dar a luz, el bebé apoya su cabeza en el suelo perineal, el recto empezara a comprimirse con reflejos evacuativos, que son inesperados y en general muy dolorosos, en eso dependerá de la mujer de enfocarse en la expulsión o se producirá una contractura e intensos dolores.

Soifer (1987) señala que esta estimulación anal es asociada a las fantasías y angustias que causo el aprendizaje del control del esfínter, que en si acompañan todo el embarazo, pero acá predominan debido a la fantasía infantil de que sus heces son bebés, equiparando la evacuación al parto, esto nace de la idea de que en el vientre materno hay bebé o penes a los cuales la madre protege. Se revive esta fantasía a partir de tener dentro ahora si un bebé.

Agrega que a nivel inconsciente la castración se ve representada en el parto, en este momento previo al nacimiento se siente similar a la vivencia de la amenaza de castración, en el caso de algunas mujeres se debe indagar están fantasía porque se han encontrado muy fuertemente marcada en la creencia de haber logrado tener el bebé (pene) tan deseado. Otra posibilidad es que los aspectos orales o anales expulsivos sean más preponderante, manifestándose con las fanáticas de vaciamiento.

Las contracciones durante el trabajo de parto son dolorosas, dependiendo de la mujer, de la preparación que tenga, de lo relajada que puede estar y su ambiente le favorezca a eso o no, y de la respiración; es fundamental que puede acompañar entre

contracción y contracción con una respiración, lenta, profunda, que el aire entre por la nariz y salga por la boca, que sea torácica, durante las contracciones será más superficial y acelerada, esta crecerá proporcionalmente a la frecuencia que haya entre las contracciones, hasta terminar siendo superficial y jadeante. El caminar beneficia el trabajo de parto, solo debe considerarse tener el respaldo de un sillón, una cama, una pared para sostenerse mientras estas transcurren (Gómez, Amilivia, 1985).

Pasados estos momentos llega el periodo expulsivo, las contracciones uterinas se sentirán distintas, el feto ya está rotado y estimula las ganas de pujar de la mamá, que deberá esperar la indicación del médico y ahí comenzar el momento tan anhelado y temido.

Al entrar en la sala de partos aumentan las ansiedades nuevamente, hay temores como sucederá el parto, si va a sufrir mucho dolor, si lograr concentrarse, como será el rostro del bebé.

Se asocia a ciertos temores de exponer la sexualidad al tener que pujar, y expulsar el resultado de la misma, así como exhibir sus genitalidades. Hay fantasías de rivalidad con esa madre que roba a el bebé (pene). Soifer (1987) sostiene que la expulsión es vivida como la situación sexual, por esto entiende que la lucha más grande del parto está en el inconsciente frente a las prohibiciones de sexualidad.

Al tener al hijo en brazos, estas sensaciones, confusiones, y luchas inconscientes son despejadas, las mujeres luego relatan sentirse aliviadas luego de dar a luz, el sostener a su hijo en brazos, el contacto piel a piel despeja la bruma y ayuda a sobre llevar los dolores del parto.

3.1 Perdida perinatal

Puede suceder por distintas vías, sea un aborto espontaneo, prematurez extrema, óbito fetal, es decir, muerte intrauterina.

Muerte intrauterina, debe reconocerse como duelo, anteriormente por tratarse de la muerte de un feto, no se actuaba con cautela y respeto hacia la muerte del bebé. Al día de hoy las circunstancias y manejo obstétrico han mejorado, posibilitando que sea realice un duelo normal. Existen ciertas recomendaciones para el mejor manejo clínico, como llamar por su nombre al feto, desculpabilizar a la madre, asegurarse que en caso de haber hermanos que tomen conocimiento. Lo primordial es favorecer al duelo de la madre y familiar, habilitando que se despidan, que haya una diferenciación entre la madre-hijo, otorgarle el estatus de sujeto.

Realizar un parto y no una cesárea, esta tienen riesgo de infecciones, la mujer debe esperar al menos dos años para volver a embarazarse, y otras indicaciones medicas. A su vez el parto favorece al desprendimiento de la madre de su hijo, puede ser con mayor anestesia de la que se utilizaría en un parto normal para disminuir el dolor. También en éste se seguirá que la madre, padre, vean al hijo, genera sensación de alivio, calmando algunas fantasías que pueden aparecer del feto como mustro. Poder ver al hijo, tocarlo a apaciguar la angustia terrorífica, "le permitirá situarse como una madre que ha perdido un hijo real y ver al hijo muerto como un bebé inofensivo por el que siente dolor pero también amor" (Defey, 1997, p. 53).

Ayudar y guía a los padres en los tramites y registros de su hijo. Estimular correctamente la decisión de hacerle la autopsia, ya que en un tiempo tendrá los motivos precisos del fallecimiento, ayudando en el proceso de duelo, y ante todo a desculpabiliza.

En este sentido señalar que es aconsejable no buscar otro hijo de inmediato, dejar pasar un tiempo pertinente para la pareja, o la madre. Un nuevo embarazo luego de pasar por la pérdida perinatal genera mucha tensión y puede tener un alto costo para la salud mental de la madre y el futuro hijo quedar como sustituto del anterior que se perdió.

Aborto espontaneo, es preciso enfatizar que científicamente no se conoce que exista una causa psicológica que provoque un aborto espontaneo. Las consecuencias serán singulares para cada mujer y pareja y estará estrechamente asociada a sus

expectativas o no de ese futuro hijo. Ahora bien, no debe desestimarse el dolor, la angustia que puede causar.

Para finalizar cabe destacar que en nuestro país las mujeres estaba amparado en la ley N° 17.386, que establece que tienen el derecho de estar acompañadas durante el trabajo de parto y el nacimiento, por una persona de confianza a su elección, con el propósito que está apoyada emocionalmente.

El criterio para esta normativa, está en reconocer el parto como un acontecimiento estresante, donde pueden suscitarse riesgos para la vida del bebé o la madre, además de asegurar que se cumplan sus derechos y evitar la violencia obstétrica.

Conclusiones

El estudio sobre la maternidad abarca distintos aspectos, algunos de ellos fueron tomados en esta monografía, nos acercamos a las respuestas o conclusiones parciales que se desprenden del recorrido realizado. Por la amplitud de la temática y las nuevas interrogantes que surgieron en el transcurso del trabajo, quedaran aspectos para estudiar y profundizar en futuras oportunidades.

La maternidad es una categoría que se ha definido y establecido desde distintos ámbitos y en todas las épocas, siendo el rol social esperado, asignado, predominante para la mujer, la naturaleza nos da la condición biológica y la cultura nos impone el ser madre y como serlo. Teniendo altísimas exigencias para las mujeres que al ganar espacio en otros ámbitos sociales, deben de cumplir con la misma eficacia y dedicación el rol materno, siendo sobre las primeras que recae la responsabilidad del bienestar del hijo, así como la culpabilidad si algo en su crianza o desarrollo tiene complicaciones, inconvenientes, bajo la premisa “madre hay una sola”. Una sola responsable, una sola a quien cuestionar, del mismo modo una sola a quien amar y a quién recurrir. La cuestión no es mover a la madre del lugar de objeto de amor, sino promover cuestionamientos hacia el estatus de la maternidad, sino comprender que no son ni absolutas responsables, ni nacieron para ser madres, ni solo la madre buena es la madre abnegada para el bienestar y confort de sus hijos. Pretendemos discutir estas condiciones implícitas y tan arraigadas culturalmente, con el propósito de comprender la maternidad desde su complejidad, desde la perspectiva de la mujer. Como se menciono en el primer capítulo aspirar a comprender que la maternidad, no es el único destino de la sexualidad femenina. Registrando al mismo tiempo el embarazo con sus complicaciones, ambivalencias, que distan del proceso idealizado culturalmente.

Al mismo tiempo debe interpelar las contribuciones de nuestra disciplina a perpetuar o modificar esta condición de idealización de la maternidad. Algunas interpretaciones de los opositores de Freud lo señalan como feminista, que posiciona la femineidad como secundaria, marcada por la envidia del pene, que determina la subjetividad de la mujer. No es el propósito reivindicar los postulados de la teoría freudiana, sin embargo podría decirse que desde su obra se reconoce la sexualidad femenina en la madre que erotiza al hijo, siendo la primer seductora para el niño.

Freud al describir la sexualidad infantil realizó y dio un giro a como comprender el vínculo madre-hijo, no solo por ser esta quien despierta la erogeneidad en el niño, en el vínculo primario se construye su narcisismo y se organiza. Este primer vínculo paradigmático para los vínculos de amor, y la sexualidad infantil es el comienzo de la sexualidad adulta, por eso podemos interpretar que la construcción de la sexualidad femenina está enraizada con su maternidad. Sí pensamos al hijo como objeto de amor, el que recibirá la ternura maternal y todo su afecto, quedando marcado por cómo fue transmitido el amor. Al mismo tiempo Freud (1933) establece que la mujer al convertirse en madre se identifica con su propia madre, con el amor y odio que atravesó la relación en distintas etapas, ambivalencias que afloraran con respecto a su propio hijo.

Otro punto significativo de la teoría de Freud sobre la sexualidad fue separarla de lo reproductivo y genital, con esto da otro estatus a la sexualidad adulta, reconoce que es más abarcativa, permitiendo ampliar las concepciones de que ser madre es alcanzar la plenitud de la sexualidad femenina. Desde aquí y retomando los planteos de Glocer (2001) vemos la relevancia de comprender la relación de la maternidad y la sexualidad femenina en su complejidad.

La sexualidad infantil puede dejar rastros en las fantasías y temores que vivencia una mujer durante el embarazo, se podría hipotetizar que la prehistoria del sujeto, dejó una marca que la podemos ver en esas fantasías o miedos, cabe resaltar que para hacer interpretaciones sobre estos, necesariamente debe ser en el marco de un trabajo psicoanalítico. Enfatizar que estas sensaciones que puede o no experimentar una embarazada, no deben de generalizarse, ni hacer interpretaciones sin tener un conocimiento previo del caso singular. Justificar un síntoma en estas generalidades podría ser iatrogénico en tanto al sentir de la madre o en su vínculo terapéutico o médico.

La intención de abarcar las generalidades del proceso de embarazo fue para comprender la globalidad del sentir de la mujer, a que remiten las fantasías y temores. Ahora bien, para asociar estas e interpretarlas debe de existir un vínculo previo, donde se privilegie la singularidad de la madre.

Un aspecto que no fue abarcado pero si debemos mencionar es la maternidad, en tanto las nuevas parentalidades, los nuevos usos de la medicina para ser madre, congelamiento de óvulos, tratamiento de fertilización, alquiler de veinte, y cuantas más que puedan surgir para facilitar la realización del deseo materno en esas mujeres.

Siendo un gran desafío para nuestra disciplina acompañar estos cambios, pudiendo pensar el ser madre, ya no desde las concepciones tradicionales.

Referencias bibliográficas.

Defey, D, Diaz Rossello, J L; Friedler, R; Nuñez, M y Terra,C. (2002). *Muerte fetal: vivencias de los padres.*(pp. 49- 66). En *Duelo por un niño que muere antes de nacer.* Montevideo, Uruguay: Prensa Médica Latinoamericana.

Evans, D. (2011). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano.* Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Defey, D. (s,f) Plan Caif. Montevideo, Uruguay. Recuperado de <http://caif.org.uy/documentos-plan-caif/> 20/7/2016.

Flesler, A. Los padres (2007). En *El niño en análisis y el lugar de los padres.* (pp.43-70). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Freud, S. (1992) *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos.* En J.L. Etcheverry (Traduc) Obras completas: Sigmund Freud (Vol. XIX. pp.267-276) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en1925).

Freud, S (1992) *Cinco conferencias sobre psicoanálisis.* En J.L. Etcheverry (Traduc) Obras completas: Sigmund Freud (Vol. XI.) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en (1910 [1909])).

Freud, S. (1992) 21° conferencia. *Desarrollo libidinal y organizaciones sexuales.* En J.L. Etcheverry (Traduc) Obras completas: Sigmund Freud (Vol. XVI. pp.292-308) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en (1917 [1916-17])).

Freud, S. (1992) *La feminidad.* En J.L. Etcheverry (Traduc) Obras completas: Sigmund Freud (Vol. XXI. pp 104- 125) Buenos Aires: Amorrortu. . (Trabajo original publicado en 1933).

Freud, S. (1992) *La organización genital infantil (Una interpolación en la teoría de la sexualidad).* En J.L. Etcheverry (Traduc) Obras completas: Sigmund Freud (Vol. XIX. pp 145- 149) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923).

Freud, S. (1992) *Pulsiones y destinos de pulsión.* En J.L. Etcheverry (Traduc) Obras completas: Sigmund Freud (Vol XIV. pp 113- 134) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915).

Freud, S. (1992) *Tres ensayos de teoría sexual.* . En J.L. Etcheverry (Traduc) Obras completas: Sigmund Freud (Vol VII. pp. 123-221) Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (1905).

Giberti, E. (1984). *Maternidad e ideología obstétrica.* Buenos Aires.

- Glocer, L. (2001). *Lo femenino y el pensamiento complejo*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Gómez, R., Amilivia, S. (1985). *Mujer deseo y embarazo*. Madrid, España: Fundamentos.
- Langre, M. (1985). *Maternidad y sexo*. España: Paidós.
- Laplanche, J. (1980) Autoerotismo. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión. Laplanche, J., Pontalis, J. B. (2004) Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Nasio, J. D. (1996) *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del Psicoanálisis*. Barcelona, España: Editorial Gedisa S.A.
- Strachey, J. (1972) *Nota introductoria (Tres ensayos de teoría sexual)*. En Freud, S. (1992) *Obras Completas*. Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Videla, M. (1990). *Maternidad: Mito y realidad*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.