

EMBARAZO – ANSIIDADES.

Psicología Evolutiva I – Facultad de Psicología - UCSF

Raquel Soifer tras la observación clínica del **embarazo** ha detectado ciertos movimientos específicos de incremento de la ansiedad durante esta etapa vital. Cada uno de estos accesos de ansiedad, que pueden durar días o semanas y llegar a producir sintomatología física propia, o inclusive provocar el aborto o el parto prematuro, se caracteriza por fantasías bien determinadas y específicas, cuyo conocimiento permite al profesional interviniente realizar la psicohigiene adecuada en prevención de una ulterior agravación.

Es necesario tener en cuenta que el embarazo es una situación que involucra no solamente a la mujer en sí sino también a su compañero y al medio social inmediato. En toda su obra Soifer se ocupa del embarazo deseado y aceptado por la madre y el medio que la rodea.

Entre las ansiedades más frecuentes se mencionan:

La situación psicológica en el comienzo de la gestación: la primera sospecha de embarazo recae sobre un síntoma que produce cierta inquietud: la hipersomnia. Este síntoma revela desde el punto de vista psicoanalítico el comienzo de la regresión, que asume las características de una identificación fantaseada con el feto. La regresión en sí es inducida por la percepción inconsciente de los cambios orgánicos y hormonales y la sensación de incógnita.

La percepción, consciente e inconsciente, no logra definir la causa de esos cambios y ante el conflicto planteado por el interrogante, la solución es el intento de apartar los estímulos, tanto internos como externos, por la vía del reposo. Las manifestaciones de regresión y retracción también se observan en un estado de ensimismamiento, un estado de sopor y una cierta desconexión del mundo. Esto sucede ya a partir de la segunda o tercera semana y se une a las ansiedades que despierta la verificación de la falta menstrual. Esta plantea el interrogante: “Estaré embarazada?” o bien: “No, no puede ser un embarazo, seguramente es un atraso”. Cuando la embarazada ya tiene otros hijos la situación es sentida por la criatura, que reacciona con un brusco cambio de conducta: terrores nocturnos, inapetencia, caprichos, alguna enfermedad leve.

Marie Langer sostiene que todo embarazo produce una situación de mayor o menor conflicto entre una tendencia maternal y otra de rechazo (deseo y contradeseo). El rechazo se basa en evidencias persecutorias debidas a la elaboración del conflicto edípico. El mecanismo de defensa más útil para resolver el conflicto es la negación.

Desde el segundo mes suelen presentarse las náuseas y los vómitos que suelen coincidir con la ansiedad determinada por la incertidumbre acerca de la existencia o no del embarazo. A veces persisten hasta el establecimiento del diagnóstico preciso o bien hasta la aparición evidente de las modificaciones corporales o bien ante la percepción de los movimientos fetales. Estos síntomas sirven para evidenciar el embarazo a la vez que dan salida a la ansiedad por la incertidumbre. Esta expresa el conflicto de ambivalencia, debido a la intensificación de las vivencias persecutorias que de por sí existen frente a la maternidad: son el producto de sentimientos de culpa infantil, tanto por los ataques fantaseados con la propia madre como por los deseos de ocupar su lugar. Otro aspecto de las náuseas y vómitos es el temor a no ser capaz de dar a luz y criar un niño, tanto por el temor al hijo en general, como por el desarraigo cultural con respecto a los conocimientos sobre crianza.

Ansiedades del 2º y 3º mes. Formación de la placenta: cuando se establece la circulación a través de las vellosidades cambia el sistema nutritivo del embrión, realizándose este proceso a través de la

placenta. De por sí, la nidación es un acto agresivo por parte del huevo fecundado hacia la mucosa uterina. Se observan en la embarazada sueños que resulta típicos, en los cuales aparecen elementos de sangre en forma directa o simbólica.

Este período es conocido como el período de peligro de aborto. Debe tenerse en cuenta que cuando una mujer se ha embarazado es porque su tendencia a la maternidad ha superado ampliamente el terror a los hijos. Este terror seguirá existiendo en ella, por supuesto, pero con características atenuadas por el deseo de ser madre.

En esta época a la sintomatología de los vómitos y náuseas suele agregarse la de la diarrea o constipación, los cuales son asociados al peligro de aborto. Si bien estos síntomas son expresión del rechazo al hijo, debemos considerar que involucran tan sólo un aspecto de la personalidad, de importancia menor que el otro, el que anhela ser madre.

En los otros hijos de la madre pueden intensificarse los terrores nocturnos: la vivencia del hermano por venir es sentida como terrorífica, percibiendo su llegada como un ataque y como la pérdida de protección de los padres.

La percepción de los movimientos fetales (3 1/2 meses): corresponde con la aparición de la motilidad en la evolución fetal. Junto a esta percepción de los movimientos, se observa el mecanismo inconsciente de la proyección, “el niño que da patadas”, en base a la cual se desplaza sobre el niño una imagen terrorífica, que es identificada en él, la criatura es sentida entonces como un ser peligroso, cuyos movimientos bruscos, agresivos y sádicos amenazan con causar un severo daño a la madre. Lo proyectado son los impulsos hostiles hacia la propia madre embarazada (fantaseada o real). Esta ansiedad de la embarazada se liga al temor al hijo en sí mismo, que aparece como un desconocido, un ser cuyo sexo, forma, características, etc. Son una incógnita. Junto a este temor está el miedo a la responsabilidad asumida de la maternidad. Este sentimiento se une a la noción de dar vida, lo cual significa hacer cedido parte de la propia vida, la cual se condensa con el miedo a morir en el parto. Pueden aparecer mecanismos maníacos como el despliegue de una intensa actividad, aquella embarazada que dice que “no se da cuenta de su estado, ni piensa en él”, siendo su contrapartida, también maníaca, los antojos y la necesidad de tener pendiente, en base a estos a toda la familia. Los mecanismos maníacos exagerados y la expiación masoquista son una defensa frente a la intensificación de un temor natural, que surge de una factibilidad real: el niño deforme. Esta fantasía monstruosa y terrorífica tiene que ver por un lado con el temor de no ser capaz de criar y educar bien al hijo, cuya consecuencia sería una criatura malvada, que sea la pesadilla materna. Aparecen así las nociones del decurso del tiempo y la mayor proximidad de la edad adulta y la vejez en comparación con la nueva vida y los conflictos de envidia, celos y odio emergentes de la elaboración edípica (la maldad).

El experimentar una unión tan íntima y personal con el niño genera una ansiedad culposa porque reactiva en el inconsciente las fantasías incestuosas y masturbatorias infantiles. Los movimientos en un principio son sentidos en forma leve, como una caricia desde adentro, o como burbujas, o un aleteo o un pececito que se desliza. Los testimonios coinciden con lo indefinido de la percepción pero además reflejan contenidos conocidos como fantasías fantasmagóricas de suspenso y contacto fugaz, que representan el retorno de lo reprimido.

La percepción de los movimientos fetales (4 meses de embarazo): en este momento el estado de gravidez es evidente y la ansiedad aparece conscientemente de varias maneras, como temor al hijo deforme, como miedo a morir en el parto, o como la angustia por verse deforme ella misma y quedar

así. Este sentimiento de fealdad es la base de muchas depresiones y de fantasías celosas con respecto al marido y a su posible apartamiento conyugal en una relación extramatrimonial. Es también el momento en que disminuye la libido sexual, dando asidero a estas fantasías. El sentimiento de fealdad encubre el desplazamiento de las vivencias culposas derivadas del horror al incesto y las expresa mediante el mecanismo de apaciguamiento del perseguidor: “soy fea, no me quiere a mí, quiere a otra”. Las fantasías inconscientes determinantes de la crisis de ansiedad del 5° mes se relacionan con el conflicto edípico, las pulsiones incestuosas y masturbatorias infantiles y el temor a la muerte. Los mecanismos de defensa son la negación, la proyección, la idealización y la manía, a los que se suman el masoquismo y la hipocondría.

La sintomatología orgánica va desde los mareos a los dolores musculares, los calambres, las pérdidas ocasionales, las jaquecas, la constipación o diarrea, la hipertensión o hipotensión y las lipotimias transitorias y ocasionales. En el sueño aparecen aquellos que son propios del parto. Es el sueño clásico de que ya se produjo el parto, no se sabe cómo y tienen al hijo al lado y es tan bonito. Otro sueño bastante típico es que ya han tenido al hijo pero se trata de un bebé crecido, como de unos 6 meses y con una característica que asusta: es un bebé que habla como un niño de 4 o 5 años. La representación de un niño de esta edad alude a la imagen idealizada de un ser infinitamente bueno, lleno de amor hacia la mamá, además si ya tiene edad no solamente fue alumbrado con felicidad, sino que su crianza resultó exitosa y fácil, ya está del otro lado y su sobrevivencia se halla asegurada. Este sueño alude también a la necesidad de imaginar al niño cuyos movimientos se perciben y puede verlo ya. Es frecuente que un poco más tarde, en el 5° y 6° mes, la embarazada exprese su deseo de ver al hijo. También sucede que la futura mamá mantenga diálogos imaginarios con el niño.

En relación al marido la comunicación de los movimientos por parte de la esposa y la evidencia del estado de gravidez crean también en el hombre un clima de ansiedad, que puede asumir expresiones conscientes: la sensación de fealdad de la esposa y el consiguiente rechazo, un sentimiento exagerado de necesidad de protección con fantasías intensas de temor al daño que la mujer puede sufrir, la tendencia a someterse a ella, a apaciguarla, a darle todos los gustos, o bien a vivirla como despótica y tiránica.

El hombre puede sentir cierta envidia hacia la mujer expresada como la necesidad de que su esposa le explique cómo son los movimientos, que se los haga percibir a través del vientre. Sobre esta base se va instalando y formando el amor paternal, que no es innato sino adquirido, primero por identificación con el propio padre y luego, en la relación matrimonial.

Cuando no es consciente la envidia se expresa mediante la hostilidad franca, la indiferencia, el rechazo sexual, las aventuras extraconyugales o bien con diversos síntomas psicosomáticos: gripe, asma, úlcera, reumatismo, etc. El embarazo de la compañera reactiva en el hombre la problemática inconsciente en relación con la figura femenina y puede reactualizar viejas situaciones infantiles y de la adolescencia, como la disociación madre—pecho y madre-genital por la cual la compañera es idealizada como pura y el rol sexual es buscado en otra mujer.

Estas imágenes pueden ser proyectadas en el hijo, determinando el temor tan común a las relaciones sexuales, bajo la idea consciente de preocupación por dañar al hijo. Esta idea encubre la ansiedad de castración.

En cuanto a los hijos, al observar el vientre de la madre ya no tienen más dudas de lo que acontece y lo demuestran con conductas conscientes como ser el ataque físico directo, los puntapiés o puñetazos al vientre materno. Otra actitud característica es arrojar objetos por la ventana, que expresan los celos y los deseos de muerte del rival oculto y siniestro.

Ansiedades debidas a la franca instalación de los movimientos fetales (5 meses en adelante): se produce en este momento una mayor percepción de las contracciones uterinas fisiológicas del embarazo. Las mujeres refieren que el vientre se les pone duro de a momentos y después se afloja. Se renuevan las fantasías descritas anteriormente y los mecanismos de defensa, que acentúan la retracción narcicista, si bien el estado de euforia puede continuar.

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

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

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

Los síntomas psicosomáticos de aparición frecuentes en este período son: hipertensión que configura la tendencia maternal en pugna contra la fantasía o como un síntoma transaccional, si bien puede llegar en estados más paranoides, a presentar características graves, lipotimias, cuya base orgánica reside en la hipotensión; desde el punto de vista psíquico se originan en fantasías de vaciamiento y aniquilación. Hiperemesis, donde el mecanismo psíquico es la expulsión del perseguidor. Diarreas, donde el mecanismo que se elige es igual a la hiperemesis pero por vía intestinal. Ambas tienden a desaparecer una vez que se ha completado el proceso y que el cuerpo de la mujer se ha adaptado al cambio. Constipación pertinaz, que constituye la defensa contra la sensación de vaciamiento, su finalidad inconsciente es la fantasía de retención del feto. Edemas y aumento excesivo de peso, la cual constituye una defensa incorporativa y retentiva, contra la ansiedad de vaciamiento. Calambres, los cuales surgen como una combinación de mecanismos fisiológicos conocidos –hipoxia y estasis venosa– y de los cambios posturales obligados por la modificación en la posición del vientre que de abombado y curvo pasa a puntiagudo. En lo psíquico traducen fantasías inconscientes terroríficas de ser atacadas físicamente. Representan tanto el temor al hijo en sí como al parto doloroso o traumático.

Ansiedades del comienzo del 9° mes: surgen varias modificaciones fisiológicas, el feto tiende a desarrollarse más rápidamente, ganando en peso y volumen, las contracciones fisiológicas se acentúan, el cuerpo debe cambiar sus mecanismos posturales para la bipedestación. La proximidad del parto, la incertidumbre en cuanto a la fecha resume y sintetiza todas las otras incertidumbres. El “no sé cuando será el parto” expresa las incógnitas de cómo será, cómo será la criatura, cuál será su sexo, cómo resultará su crianza, etc. El temor a la muerte en el parto cobra características intensas, por lo general inconscientes. Esta ansiedad derivada de la incertidumbre juega un papel preponderante el narcicismo infantil, que es la defensa habitual contra estos estados. Este dispone del pensamiento mágico y de la omnipotencia de las ideas. Pero ambos no logran satisfacer totalmente el requerimiento, ya que el embarazo sigue transcurriendo a pesar de todo. Otras veces, la defensa resulta victoriosa y

es la responsable del parto anticipado, como manera de huir y resolver el estado de espera e incertidumbre.

El ambiente de la embarazada participa acostumbradamente en forma bastante generalizada de esta ansiedad en una identificación masiva con ella. Se suman a la angustia ya existente la preocupación y las predicciones.

En cuanto a las relaciones sexuales la clínica ha demostrado que no solamente no ocasionan perjuicio alguno en el embarazo, sino que además son altamente beneficiosas por muchos motivos: el mantenimiento de la armonía conyugal, al disminuir los celos en ambos, en el marido hacia el hijo, en la esposa hacia las posibles relaciones irregulares de él, conservan la capacidad libidinosa y orgásmica de la mujer, permitiéndole la momentánea tranquilización de sus ansiedades y contribuyen a la elasticidad y flexibilidad de los músculos perineales, que deberán distenderse al máximo en el **parto**. La crisis de ansiedad se puede expresar con el parto anticipado o con distintas somatizaciones: gripes, anginas, cólicos, calambres, lumbalgias, edemas, palpitaciones, insomnio.

Ansiedades de los días previos al parto: en medio de la incertidumbre, como ansiedad predominante, aparece crisis intensas de duración variable, en las que se expresa el temor a la muerte en el parto, al dolor, al parto traumático por fórceps o cesárea, al hijo deforme y a la muerte del hijo. En medio de la crisis puede aparecer la sensación de haber dejado de percibir los movimientos fetales, la cual se vive como angustiante, ya que se asocia con la muerte del niño. Esto tiene un sustento fisiológico (el crecimiento del niño rebasa la capacidad del útero reduciendo el espacio disponible para el movimiento) y psicológica (el embotamiento de la percepción producido por la intensidad de la ansiedad).