



DESEO DE HIJO...¿BEBE IDEAL?

Alicia González Rugna de Connolly*

Resumen

El deseo de hijo en una mujer, y el "bebé ideal" en una mujer embarazada, fueron y son temas desarrollados profundamente por diversos autores psicoanalistas dedicados al Vínculo Temprano (0-3 años), construcción subjetiva del bebé, como Winnicott, F. Dolto, Piera Aulagnier, por citar sólo algunos.

El quehacer clínico e investigaciones con la observación in-situ de bebés, permitió, no sólo comprobar la validez de dichas teorías, sino también intervenir tempranamente en prevención en salud mental.

La presentación en este escrito, de dos casos clínicos y dos casos recorte de una investigación clínica, intenta recorrer el mismo camino, con la observación in-situ de madres embarazadas, para, una vez más, comprobar la validez de dichas teorías y poder intervenir, aún más tempranamente, en prevención en salud mental.

Palabras clave

Deseo de hijo; bebé ideal; clínica, investigación, embarazada, prevención, Salud Mental.

Abstract

The wish of having a baby in a woman and the "ideal baby" in a pregnant woman are two topics which Winnicott, F. Dolto, Piera Aulagnier, among others have deeply worked on. These psychoanalists authors dedicated thier studies to the strong relationship there is between the child and the mother at its early age (0-3 years) and the breeding of the child as a human being.

The clinical work and research observing babies in-situ has allowed us not only to prove that these theories are correct but also to intervene prematurely in the prevention of mental health.

So as to prove once again that these theories are valid and to intervene in the pre-

* Maestranda en Problemas y Patologías del Desvalimiento. UCES. E-mail: casaazul@ba.net



vention of mental health at an even earlier stage, I will here write about two clinical cases and two cases which are part of a clinical investigation that intent to follow the same path of the in-situ observation of pregnant mothers.

Key words

Mental health; Prevention; Pregnancy; Research; Clinical; The ideal baby; The wish of having a baby.

Introducción

Es mi objetivo en esta presentación volver y centrar la mirada en un campo, hasta hoy, privilegiadamente médico: OBSTETRICIA; que se ocupa de la asistencia, prevención y seguimiento de la mujer embarazada, parto y nacimiento del bebe.

Ciertos avances tecnológicos, como el monitoreo y la ecografía; y múltiples avances científicos, permiten un mejor seguimiento a la mujer embarazada y su bebé, en prevención y asistencia “en salud”.

Pero no se hicieron los mismos avances en prevención y asistencia en salud mental. En prevención, desde el campo de la obstetricia se realizaron los “cursos de profilaxis para el parto”, desde hace ya muchos años. Liderados por obstétricas y obstetras y con algunas intervenciones psicológicas y Psicólogos, en algunos equipos, desarrollan sólo la temática biológica acerca del embarazo, parto, cesárea, fórceps.... Y los ejercicios correspondientes a relajación y pujos...

Si bien esto fue un avance en la asistencia de la embarazada, no se es totalmente consciente, en el ámbito médico, del cuidado de la salud mental de la embarazada, los innumerables cambios psíquicos que conlleva un embarazo normal, y la necesidad de derivación temprana que requieren algunos casos.

La experiencia necesaria de la ecografía, la escucha atenta de sus estados anímicos, sus temores o sus miedos a la discapacidad o malformaciones del bebé y al parto, todavía no tienen un lugar privilegiado en la escucha médica. Siendo el embarazo un “estado natural”, se naturaliza, no dando un real valor a lo anímico-afectivo de su estado de desvalimiento. Por lo tanto, crear equipos interdisciplinarios de asistencia médico psicológica, se convirtió en un desafío.

Desafío como lo fue, en otros tiempos, el ingreso de psicólogos a la Sala de Cuidados Intensivos Neonatológicos, a los Jardines Maternales, a los Consultorios del niño sano en pediatría hospitalaria, a equipos de Estimulación Temprana y a tantos otros campos interdisciplinarios, vedados en su momento.

Esta experiencia fue enriquecedora. Se desplegaron infinidad de trabajos que, en un



compartir día a día la atención de pacientes bebés/niños, permitió describir, conceptualizar, acuñar conocimientos y prácticas a favor de un único destinatario: “el paciente y su familia”. Estos trabajos que se convirtieron, dada la corta edad de los pacientes (bebés – niños) en prospectivos, a futuro, en prevención en salud mental.

Comenzando a trabajar en investigación y en clínica en un equipo interdisciplinario de asistencia y prevención de la mujer embarazada en compañía de obstetras (Dra. Mirta Vega; obstetra y ecografista: Dr. Luis Abrales) y Psicólogas (Lic. Marta Quarleri y Lic. Lorena Labollita), se plantearon un sinnúmero de interrogantes. Algunos están presentes en este escrito.

I. La Teoría

Desde un encuadre psicoanalítico, me remitiré a exponer aspectos teóricos referidos exclusivamente a: deseo de hijo – bebé ideal, motivo del trabajo.

I.1. Deseo de hijo

Comenzaré por referirme al ser madre y el deseo de hijo. El deseo de un hijo es deseo de trascender. Deseo de todo ser humano de prolongarse y tener continuidad entre los vivos, aún cuando ya no esté. El deseo de hijo, la maternidad, ¿es instinto: perpetuar la especie?, ¿es cultural?, ¿es subjetivo?

Fattori y Leicach hablan de la “pulsión reproductiva”, a partir de sus trabajos con parejas estériles; parejas que sufren un profundo ataque a su narcisismo y desean “tener un hijo” aún a riesgo de su propia vida. Dicen: “El deseo de hijo lo podemos considerar como proveniente de una pulsión (empuje), que está anclado entre lo somático y lo psíquico, transmitido filogenéticamente y reactualizado en la ontogenia. Se la podría conceptualizar como pulsión reproductiva. Es así como el concepto tan discutido de instinto materno, puede ser traducido en un empuje de la pulsión hacia la reproducción, presente tanto en el hombre como en la mujer”. (pag.135/135)

Según Freud, el deseo de tener un hijo en una niña es heredero de la aspiración fálica de tener un pene. Emilce Dio de Bleichmar, en “La Sexualidad Femenina” (1997), dice: “Parece que en la teoría psicoanalítica no hay un lugar para una feminidad que obtenga fundamento y legitimidad en nada que no sea la genitalidad y la procreación” (pag.148). Hablando de la desigualdad de los géneros, en el mismo texto, dice: “Desde esta perspectiva es necesario sustituir la envidia del pene por la envidia del falo, en tanto símbolo no del pene erecto, sino de lo que el pene erecto pasa a ser símbolo: del apoderamiento masculino de las instituciones de lo simbólico” (pag.199). “Es a la figura de la madre, en sus aspectos generadores de apego, cuidados, vitalidad, o sea en términos de amor maternal a quien la niña se identifica como otra igual e ideal, haciendo suya a la madre, en forma del propio yo de la niña. Este componen-



te del yo que incluye la figura maternal de madre, configura un primer tiempo del yo de género femenino” (pag.325). “En este sentido la sexualidad humana es cultural: se trata de un sistema múltiplemente determinado y normatizado que denominamos sistema sexo – género, fórmula que encierra un giro copernicano que configura y normaliza a la sexualidad” (pag.25).

Bastan estos planteos de Emilce Dio de Bleichmar para asegurar que la feminidad - maternidad tiene, sin duda, una impronta subjetiva, cultural y de género.

Deseo de ser madre y deseo de un hijo, ¿son equiparables? Silvia Tubert, en su libro “Mujeres sin sombra” (1991), los diferencia. El deseo de ser madre es narcisista, se apoya en la capacidad de embarazarse, parir y amamantar, y en la conformación del rol social materno, en concordancia con la modernidad que idealiza la maternidad. Dice Silvia Tubert: “Por el contrato, el deseo de maternidad correspondería a la exigencia de fusión con el Yo Ideal formado a partir de las identificaciones primarias, fusión que conduciría a restituir la posición narcisista de la niña, en la que aún no se reconocía como diferenciada de la madre. De manera esquemática podemos decir que el deseo de hijo, puesto que supone el reconocimiento de la castración se despliega predominantemente en una dimensión simbólica, en tanto que el deseo de maternidad corresponde fundamentalmente a una dimensión imaginaria” (pag.117).

El deseo de un hijo no se refiere al proceso orgánico de la reproducción, sino que implica la capacidad de donación, reparar los propios traumas infantiles, desplegar logros, transmitiéndoles a la próxima generación, la transcendencia y con ella elaborar lo posible de lo imposible de la muerte.

La ambivalencia frente a la gesta de un hijo, deseo – rechazo, aparece en todas las madres como fantasía.

La fantasía de bebe devorador, alien o parásito, que destruye la vida; hijo monstruoso, es correlato de situaciones edípicas no elaboradas donde el hijo imaginado es visto como el producto de la unión prohibida con el padre. Fantasías y temor, también, de que su madre la castigue por sus deseos, dañando el interior del cuerpo y su capacidad reproductiva que son originarias del Vínculo Temprano de ella con su propia madre.

Pero no sólo una mujer desea un hijo. El hombre, también. Así, en pareja, deben renunciar a un vínculo exclusivo de a dos, para crear un lugar de tercero: sólo tres con un hijo producto de ambos, como consumación de su amor.

Haciendo una síntesis de lo que Daniel Stern señala en su libro, “El nacimiento de una madre” (1999): El bebé imaginado satisface la necesidad de la madre de amor incondicional, puede ser colocado como sustituto ante la pérdida de



una persona amada o puede servir, también como antidepresivo.

Con respecto a la pareja puede ser colocado en el lugar de unir a la pareja o de amenazar a la pareja si es puesto en el lugar de disputa.

En lo familiar, el bebé es el depositario de la tradición familiar y se le atribuye un cierto rol en los mitos familiares. Puede ocupar el lugar de oveja negra, ser el héroe o el reivindicador.

I.2 Bebé Ideal

“His majesty the baby”, su majestad el bebé, como plantea Freud en “Introducción al narcisismo” (1914) : “deberá realizar los deseos incumplidos de sus progenitores y llegar a ser un gran hombre o un héroe en el lugar de su padre y, si es hembra a casarse con un príncipe para tardía compensación de su madre” (pag 1091). En el mismo texto Freud dice: “se atribuyen al niño todas las percepciones, cosa para lo cual no hallaría quejas, motivo alguno, una observación más severa y se niegan o se olvidan los defectos...” “El amor parental tan conmovedor y tan infantil en el fondo no es más que una resurrección del narcisismo de los padres, que revela evidentemente su antigua naturaleza en esta su transformación en amor objetivado”. (pag.1091)

Bebé ideal es, entonces, un bebé gestado en el embarazo, con los atributos enunciados por Freud, heredero del narcisismo.

Desde otra perspectiva, Lebovici, en “El lactante, su madre y el psicoanalista” (1983) asegura que la madre mantiene relaciones reales e imaginarias con el bebé. El bebé se mueve, patea, esta quieto y su madre relaciona e interpreta estos movimientos con sucesos de su vida cotidiana y estados de ánimo. A su vez, los comenta con su marido, amigas, abriendo así una circulación infinita de comunicaciones afectivas-sociales. Lebovici, en la obra citada, afirma: “El deseo de maternidad y procreación se apoya en esta ensambladura de Eros con Tánatos y da origen al hijo imaginario en el cual piensa y al cual se dirige la futura madre” (pag.315). Verdadero diálogo imaginado y verbalizado. Este hijo imaginado se construye, según Lebovici, a partir: a) del deseo de maternidad y sus fantasmas, b) de la situación real de la madre, y c) un trabajo de representación activo análogo a las ensoñaciones diurnas o fantasmas concientes.

I.3. Síntesis

Deseo de hijo–Bebé Ideal son, entonces, uno consecuencia del otro. Unidad narcisista primaria madre–bebé, pareja fusional. Es sabida la importancia que reviste el deseo materno de hijo–bebé ideal en la construcción subjetiva del bebé en el Vínculo Temprano (0 a 3 años). Numerosos trabajos en discapacidad muestran el trauma-



–duelo, que la madre debe hacer frente a su hijo real discapacitado, no deseado, no ideal. Agregaría aquí, que el deseo materno de hijo–bebé ideal, tiene la misma importancia fundamental para la gestación de un hijo, que la prosecución física y psíquica del embarazo y el parto.

II. La Práctica

II. 1. La Clínica

La presentación de dos casos clínicos tiene por objeto mostrar: 1) La importancia de las intervenciones interdisciplinarias médico–psicológicas, en prevención en salud mental de las madres embarazadas y sus bebés. 2) La importancia del deseo de hijo materno, bebé ideal, para la prosecución del embarazo; y 3) La importancia que reviste la posibilidad de la intervención interdisciplinaria cuando un bebé “no es ideal” (diagnóstico de malformación del bebé durante el embarazo).

Caso A: Hijo no deseado

Historia

A, de 38 años, consulta derivada por su obstetra. Cursa la octava semana de su embarazo “no deseado” y presenta “contracciones, amenaza de aborto”.

Había concurrido a dos sesiones con una psicóloga (individual). Al decir de su pareja, había aumentado en ella la frustración y el enojo, culpabilizándolo a él por el embarazo. Por esto, decía, habían aparecido y aumentado las contracciones. Advertimos una proyección inconciente de la culpa, no tramitada en la pareja, y la pareja en el terapeuta. Ante lo dicho, tomo la decisión que las entrevistas fueran en pareja.

A, dice: “no lo quiero, tengo miedo de abortar, la culpa la tiene él, no me cuida”. Lloraba angustiada.

Esta ambivalencia evidente (no quiere el hijo/teme abortar) muestra un conflicto inconciente que se devela en su discurso. Su pareja deseaba un hijo desde hacia cierto tiempo, por lo que acepta y desea a este bebé.

Dice A.: “a los 18 años, por rebeldía, había tenido relaciones sexuales, quedando embarazada”. Su padre no convivía con su madre y dice: “no estaba mientras mi madre me hacía la vida imposible”. Por este embarazo no buscado ella, adolescente, finalizó en un casamiento forzado. Dice: “me casé sola, sentía que nadie me quería, rechacé a J (su hija), no la quería, además quería varón y fue mujer, no le di más pecho, no me tomaba. Tuvo sarampión, varicela, a los 4 años la operé de la nariz y el oído. Me casé sola y me separé sola, mi madre no soportaba a mi marido; me casé porque tuve relaciones, me separé al año de vida de J...” “Antes yo era la única para mamá,



ella era la única que me entendía. Ella (la madre) me tuvo porque me quiso tener ella, fui de ella”.

El historial muestra el fuerte vínculo de la paciente con su madre y la ausencia del padre. La paciente quedó en una posición de dependencia de su madre (vínculo pre-édipico). Historia sin hombres, que ella repite en su propia historia, con hombres de los que se separa sin desear hijos de ellos. Atravesamiento Edípico conflictivo, dado que muestra su dificultad de realizar la ecuación simbólica pene-niño y de desear y obtener del padre, como regalo, un niño, y de darle al padre un hijo. Tuvo otra pareja con la que se mudó a otra localidad, quedando embarazada en dos oportunidades, practicándose dos abortos.

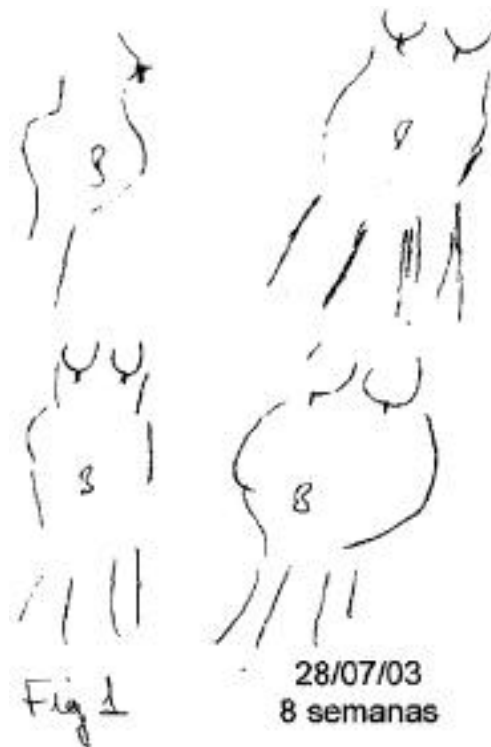
Conoce a B (su pareja actual) hace 9 años estando ella en pareja y él casado con dos hijos. Salieron durante 3 años hasta que ambos se separaron. B se quedaba a dormir en su casa, primero una vez por semana, para luego convivir. Al convivir, comenzaron los problemas “de pareja” o de una pareja “de amantes” que todavía no era pareja. Las continuas peleas eran por sus padres, por sus hijos, por el lugar de residencia, pues B vivía alejado y tenía que recorrer kilómetros para regresar del trabajo a la casa “de ella” y deseaba mudarse.

Se enfrentaban así: “tus” hijos, “tus” padres, “tu casa” y “mi casa”, “mi hija”, “mi madre”, sin poder poner límites y configurar un “nosotros” o “nuestra casa”.

Un hijo gestado en esta escena ponía en cuestión y acrecentaba esta dificultad de constituir una pareja, convirtiéndose en un síntoma. Al mismo tiempo la situación vivida por A de: embarazo no deseado, casarse, separarse y quedarse “sola” en la crianza de su primera hija J, configuró una situación dramática con destino tanático de compulsión a la repetición. Se presentaba como terror (¿deseo?) de repetir en la actualidad la misma historia con este “embarazo no deseado”, que terminaría como profecía autocumplida, en una nueva separación y crianza en soledad. Decía: “no tengo la fuerza que tenía a los 18 años; por lo tanto, quiero abortarlo”.

Dibujo: Consigna: “que se dibuje ella y su bebé, ahora”.

(Dibujo 1 ver pág. 76) El dibujo, representación gráfica de las 8 semanas, muestra en su crudeza la imposibilidad, manifestada verbalmente, de aceptar y gestar este bebé. Dice: “Soy un cuerpo con un embrión, no tengo cabeza”. Parecía como si su cuerpo en lucha por las contracciones, hubiera gestado solo un embrión (ni siquiera un bebé) en su panza. No podía imaginarlo. Este camino tendría que hacerse en análisis descubriendo su deseo inconciente. La noticia del embarazo no deseado había sido una “nueva situación traumática”, produciéndole insomnio, angustia desbordante, llanto, agresión hacia su pareja, adelgazamiento y... contracciones. La situación trau-



mática, como aclaré, reavivó la anterior situación traumática con su primer hija. B; su pareja, la contiene. Se trabaja con ambos este significado inconciente y B realiza una tarea de holding fundamental. Aclaro que B realiza análisis individual y se siente sostenido, a su vez, por su terapeuta. Le habla de su deseo de hijo y comienza una operación psíquica de separación de su propio padre y de sus hijos, se liga a A, sostiene y soporta la agresión y exclusión de A, poniendo a su vez, límites a la hija y a la madre de A, aprovechando la necesidad que A tiene de reposo absoluto. Se realiza un estudio genético que da normal y, a la vez, descubren el sexo: es nena. Ambos deseaban una nena como sexo del bebé. Dice A.: “cuando la vi enterita en la ecografía, me sentí una hija de puta”.

Aún así, declara que el bebé le chupa toda la fuerza. “Bebé devorador”, Verdadero diálogo feto-placentario (como lo denomina Lebovici) que expresa los fantasmas de la madre; proyecciones de los deseos inconcientes de la madre sobre el bebé. Esta hija imaginaria “la devora”, le chupa la fuerza; la debilita, poniendo una vez más, en evidencia su conflictiva maternidad. No es una hija fuente de completud sino de ansiedad.



Transcurridas las sesiones

A calma su angustia y no “devora” la comida, pues había engordado desproporcionadamente, concurre al trabajo y duerme bien.

(Dibujo 2) Un dibujo de las doce semanas muestra un bebé en la cuna. Su verbalización es: “ya nació, lo parí”.



Le ponen nombre a su beba, el primero, M, se lo pone ella; y el segundo, B, se lo pone su pareja, es su propio nombre. A las diecisiete semanas de embarazo trae como preocupación su gordura. Se le interpreta que no es gordura, que es “la panza”. Nuevamente se angustia y llora desconsoladamente.

Esto muestra que, a pesar de haberla “visto” en la ecografía, a pesar de saber su sexo y haberle puesto el nombre, todo transcurrió “afuera”, como lo muestra su dibujo.

(Dibujo 3) Ella “sin panza”, con una nena hamacándose afuera. Mejora la expresión gráfica. Su cara esta sonriente. Hay sol, nubes, flores y árboles.



Aproximadamente en este tiempo (17 semanas), de embarazo se ve “la panza”, pues el útero invade la cavidad abdominal y se “sienten” los movimientos del bebé: pateo.

Ver y sentir el cuerpo de su bebé dentro de su cuerpo lo hace presente, real, y A “toma conciencia”. Esto le produce una nueva situación traumática, que se anuncia con el llanto desconsolado. Repite, nuevamente, “por qué me pasa esto a mí”. La situación culmina a los 15 días con una internación de 10, por contracciones, y una nueva “amenaza de aborto”, abortada, pues B no se mueve de su lado, y la apoya, nuevamente.

(Dibujo 4 ver pág. 79) A las 23 semanas. Repite en el dibujo el trauma verbalizado. Hasta aquí la Historia.

La pregunta es: ¿qué deseaba A cuando gestó su hijo...? ¿Era un hijo?

Concientemente, declara no desearlo. ¿Pero qué recorrido inconciente de hijo hace que se geste, a pesar de dos amenazas de aborto?. ¿Qué lugar viene a ocupar ese hijo en ella y en esta pareja? Un lugar de tercero a inaugurar con su presencia. A partir de la elaboración y aceptación de su hija, prosiguiendo el embarazo, acepta a su pareja y a un hijo de él. Re-elaboración edípica. Su hija tiene un lugar simbólico de unión de esta pareja que, a su vez, da lugar a la inauguración, por primera vez para



ella, de una familia. Dice B, apoyándola: “una verdadera familia de cuatro: A, él, su primera hija, J, y M, su bebé”. Palabras que pronuncia él, tercero, pareja, en calidad de hombre, con su deseo de hijo, de esta mujer, su mujer, su pareja.

¿Qué hubiera ocurrido de no haber podido realizar esta consulta psicológica en pareja? En el destino traumático que refería, probablemente hubiera culminado en un aborto espontáneo y en una ruptura de pareja, como A verbalizaba. En este caso, es evidente lo dicho por Lebovici: “el hijo imaginario se construye a partir del deseo de maternidad y sus fantasmas”.

Caso B

B: Embarazo de un bebé anencefálico.

Presento este caso porque aquí, no se trata de un bebé no deseado, sino de un bebé



deseado, imaginado, ideal, que debido a su malformación: anencefalia, no resultó... ideal.

Entonces, ¿qué ocurre cuando no es un bebé sano, normal, con un diagnóstico precoz intrauterino de malformación fetal? Instintivamente la respuesta es: un trauma. Psicoanalíticamente, también la situación puede ser definida como trauma. Arrasa al Yo, es un golpe. Se renuevan las preguntas: ¿porqué a mí? ¿porqué yo? Esta situación traumática vivenciada por la madre produce una ruptura y arrasa la imagen del bebé ideal, hasta allí constituida por su madre, durante el embarazo. Ya no lo puede imaginar tal como lo venía haciendo, ya no es el que era idealizado, es otro, es extraño. El impacto deviene no reconocimiento como propio. Esta malla de sostén se fractura.

Requiere ser reparada en un proceso de elaboración de su duelo por ese bebé idealizado, perdido para siempre, para catectizar este otro bebé malformado y que requiere ser reconocido como propio. Es un verdadero trabajo psíquico materno, al que en la actualidad no se le da la importancia que tiene, y no se efectúan las consultas psicológicas interdisciplinarias en obstetricia.

El diagnóstico es violento para el médico ecografista, para el médico obstetra, dado que el médico ecografista espera también “ver un bebé normal”. Según ellos mismos dicen, un diagnóstico así es “portador de muerte”, “no hay nada para hacer”, sujetos y a la vez desbordados desde su ciencia biológica de la que dan cuenta en estudios, pronósticos y alternativas de tratamiento, en el puro campo médico, se encuentran desvalidos ante la inminente muerte del bebé.

Una pregunta más... ¿y si esa malformación es signada por la muerte, como lo es la anencefalia?

Anencefálico quiere decir sin cerebro. Por lo tanto, incapaz de regular la respiración, el bebé muere a las horas de nacido.

El caso

Una pareja consulta en el sexto mes de embarazo. A los cinco meses de embarazo le diagnostican, por ecografía, anencefalia de su bebé.

Dice la madre: “Hace un mes y medio nos dijeron. Fue un embarazo buscado, pero no pudimos “abortar” el embarazo”. Agrega “El primer mes que me lo dijeron lloraba por los rincones, hay días que estoy bien y otros mal. No dormía bien, tenía sueños y pensamientos espantosos. Soñaba que el bebé estaba afuera, yo le abría la cabeza y le ponía el cerebro, me agarraba la mano y se movía. Me agarra la angustia y lloro desconsoladamente”. Más adelante dice:



“Hay gente que siente lástima por mí y me hace mal. Sufren por mí, no saben qué decirme. Primero sentí rechazo, sentía que no estaba embarazada, pero sentía al bebé y no le pude dar vida”.

Este texto habla del trauma en la madre, de su angustia, de su tristeza, de su ambivalencia. Cuando dice “sentía rechazo”, “sentía que no estaba embarazada”, desaparece la conexión con el bebé, que se le hace presente en los movimientos fetales. En los sueños intenta: ¿negarla?, ¿repararla? Le pone un cerebro al bebé para, finalmente, decir que no le puede dar vida, y la muerte se hace presente, cuando también dice “abortar el embarazo”.

Se produce el parto: ¿Es un aborto de un embarazo, una interrupción de un embarazo, como dicen en los diarios y en los tribunales, o es un parto prematuro de un bebé? Dice el padre, hablando en plural, por los dos, él y la esposa: “Sabemos que es varón, le pusimos nombre, es Santiago, tratamos de anotarlo como hijo hasta que esté”. Agrega: “Yo soy hombre, no lo tengo en la panza, me preocupo por ella”.

Durante la intervención clínica que duró un mes, lo inscriben como hijo y se preguntan por el cuerpo. ¿Cremarlo o donarlo? Finalmente enterrarlo e inscribirlo como muerto.

Dice la madre hablando por los dos, en plural: “Nos hizo bien ver al bebé, era relindo, chiquito, lo taparon, nos dio paz verlo. No pudo vivir por el azar. Lo quisimos. Se terminó, algún día buscaremos otro, en cuanto pueda lo voy a intentar, tengo que dejar pasar el tiempo. Verlo para mí fue cortar esta historia, hice lo que podía y se terminó”. El hablar en plural muestra en plenitud el vínculo de unión que se gestó en esta pareja a partir de la situación traumática vivida, pudiendo escucharse y tomar decisiones de común acuerdo.

Pienso que haber recorrido este camino en análisis permitió dar sentido a su vida, a su muerte y dejar un lugar de hijo posible futuro para otro diferente a este hijo que se inscribió simbólicamente, que nació vivo y que murió por azar.

Dos años después, por otra paciente que conocía a esta pareja, que fue quien la derivó, supe que habían tenido, al año, otro bebé, varón, normal, y que estaban bien.

Pienso que haber podido ambos padres, y sobre todo la madre, salir de la situación traumática, elaborando el duelo por el bebé ideal, habiendo aceptado e inscripto como hijo y duelo por su muerte al enterrarlo, permitió que su segundo hijo, pudiera ser otro diferente y único, no cargando con esta historia traumática en su prehistoria.



II. La Investigación: dos casos

Madres embarazadas portadoras de H.I.V.

Este es un recorte y avance de una investigación acerca de las representaciones bebé en madres embarazadas, portadoras de H.I.V. (UCES 2002). Presento estos casos por ser la inversa del caso B. En estos casos el bebé es sano mientras que las madres son portadoras de H.I.V.:

Nos preguntábamos qué ocurre con el deseo de hijo en estas madres portadoras de H.I.V. El virus deprime su sistema inmunológico y las coloca en riesgo de “enfermarse” de SIDA. Enfermedad que, en la actualidad, requiere de tratamientos costosos y largos, con drogas, y que, tarde o temprano de acuerdo al tratamiento y al cuidado de infecciones, culmina con la muerte.

Nos preguntamos también, cómo transcurriría el embarazo, sabiendo que debe gestarse madre de este hijo en el vientre (primer trimestre de embarazo) diferente a otros hijos y, gestarse el hijo (segundo trimestre de embarazo). Intuitivamente pensábamos que no sería en normalidad, hecho que motivó el trabajo. A partir de realizar un seguimiento desde el cuarto al séptimo mes de embarazo, de las representaciones mamá bebé intraútero, pudiendo registrar las verbalizaciones de las embarazadas frente a las imágenes de su bebé (bebé ideal) y los gráficos (dibujos) de ella y su bebé, obtuvimos un registro que nos permitió observar la gesta de madre y la gesta de hijo mencionadas.

Presento dos casos: K y C Siendo ambas portadoras de H.I.V., sus historias diferentes me permiten mostrar en C: el efecto traumático a partir de la “noticia”, simultánea, de que estaba embarazada y de que era portadora de H.I.V.

El caso de K, ya conocedora de su padecimiento, me permite mostrar cómo se gesta a partir de su deseo de hijo, este hijo (rastreado a partir de las representaciones verbales y gráficas del bebé intraútero –bebé ideal–), en todo su esplendor, a pesar de ser ella portadora de H.I.V.

C estaba divorciada de su primera pareja con una hija de cinco años. Se separaron porque él tenía “otra mujer”. Su primer pareja, tenía HIV positivo, ella se realiza un estudio al tener él, una neumonía, por la que fue internado, dando resultado negativo.

Su segunda pareja, la actual, la conocía porque trabajaban juntos. Cuando ella se separa, él la busca y constituyen una pareja estable desde hace 3 años.

En el control obstétrico, el estudio de H.I.V le da positivo, siendo portadora. Se enteró, al mismo tiempo, de la confirmación de su embarazo, y que es portadora de



H.I.V. Buscaron este bebé. Es un deseo de pareja genuino.

Estas “noticias” producen en C un trauma que arrasa las representaciones bebé intraútero. Dice: “Ahora no me lo puedo imaginar”. “Antes era morochito, con rulitos. Ahora no me importa qué es, sólo quiero que salga sano”. Le dicen los obstetras, además, que como en todas las madres portadoras de H.I.V., el parto es por cesárea hemostática, para que no se contagie el bebé; y no lo puede amamantar por la misma razón.

Dice C: “Se me vino el alma al piso cuando me dijeron que era cesárea, yo tuve a mi hija con parto normal; esto no lo entiendo, no sé cómo es la cesárea”.

Con respecto al amamantamiento, dice: “no le voy a poder dar y, por eso, no voy dejar de ser mamá”. Agrega: “Si no me quedaba embarazada no sabía de la enfermedad. Así me voy a poder cuidar”.

(Dibujo 5) A las 20.3 semanas de embarazo. Dice: “sueño que le doy de mamar pero no le veo la cara. Estoy asumiendo que tengo que convivir con esto. Lo tomo como un duelo, como si hubiera fallecido un familiar”. La representación gráfica coincide con su discurso, cuando relata el sueño en el que no le ve la cara al bebé. Aparece un vientre donde no se ve al bebé. Figura “al desnudo”, sin ropa.





A esta en proceso de duelo y así lo verbaliza, “como si se hubiera muerto un familiar” (el bebé ideal), ese que aparece en las primeras representaciones verbales. Ese bebé está muerto. Construye una pareja (madre) donde aloja otro bebé, todavía invisible e inimaginable. El sueño de amamantarlo muestra el vínculo con él, su construcción de madre “que da leche” pero, todavía, no sabe a quién, debido a la angustia y miedo de que sea un bebé con H.I. V., diferente al bebe ideal, sano.

(Dibujo 6) A las 23.3 semanas: Lo imagina varón y dice estar mejor y que lo asumió. Declara que “no soportaba que naciera infectado, que en la actualidad lo acepta”. Ya no piensa en el parto ni en el amamantamiento. Esta más tranquila.



No le cuentan a nadie sobre su diagnóstico de H.I.V.: Sólo lo saben su madre y su esposo. Teme a la discriminación social y familiar.

En la representación gráfica aparece una figura más deformada que la anterior, casi sin una clara delimitación del pecho y la panza. Representación que muestra, a pesar de su verbalización, que todavía esta en proceso de duelo por el bebé, por el amamantamiento y la cesárea.



(Dibujo 7) A las 31 semanas. Sabe que es varón, se llama Facundo. Dice que trata de imaginarlo pero que está muy angustiada por la cesárea. No puede dormir pensando en la fecha de la intervención, pues, al ser programada, debe ser quince días antes de la fecha de parto.

La representación gráfica muestra la evolución de su gesta de madre y de hijo, pues su figura se embellece, dibuja un vientre visible.



Nace su bebé en el tiempo acordado. Realiza tratamiento riguroso de drogas para el H.I.V., cumpliendo con todos los controles y análisis. Su bebé es H.I.V. negativo. Verdadero avance médico en prevención del contagio vertical madre-bebé. En este recorrido se evidencia una vez más (como en el caso B: del bebé con anencefalia) una situación traumática que arrasa las representaciones bebé intraútero, por lo cual debe procesarse un duelo. Duelo por un bebé y por una madre ideal perdida, pues el diagnóstico simultáneo, de portadora de H.I.V. y de embarazo, produce una ruptura-trauma, en ella como portadora de una enfermedad, dejando de ser una madre ideal, y del embarazo, poniendo en riesgo, por la misma enfermedad y por el contagio posible, la vida del bebé que deja de ser el bebé ideal.

K: Su primer pareja de la cual tiene un hijo sano de 6 años, era H.I.V. positivo y falleció por toxoplasmosis. Vivían en Corrientes, era adicto y violento. Es ahí donde



ella se hace el estudio de H.I.V y le da positivo. K con su hijo viene a Buenos Aires, a vivir a la casa de sus padres, ambos alcohólicos y golpeadores. Ella, a su vez, fue adicta, antes de su primer embarazo (marihuana y cocaína) dice haber dejado de consumir después de saber que estaba embarazada de su primer hijo.

Con su segunda pareja convive hace dos años. Él, a toda costa, quiere un hijo. Es adicto, alcohólico, se emborracha y le pega. Él, aparentemente, es H.I.V. negativo pero no se cuidan (preservativos) y en la actualidad, tampoco se hizo un estudio.

Después de cinco abortos espontáneos esta embarazada y dice desear a este hijo por el que esta muy contenta. Soñó que era varón pero desea cualquier cosa mientras salga bien.

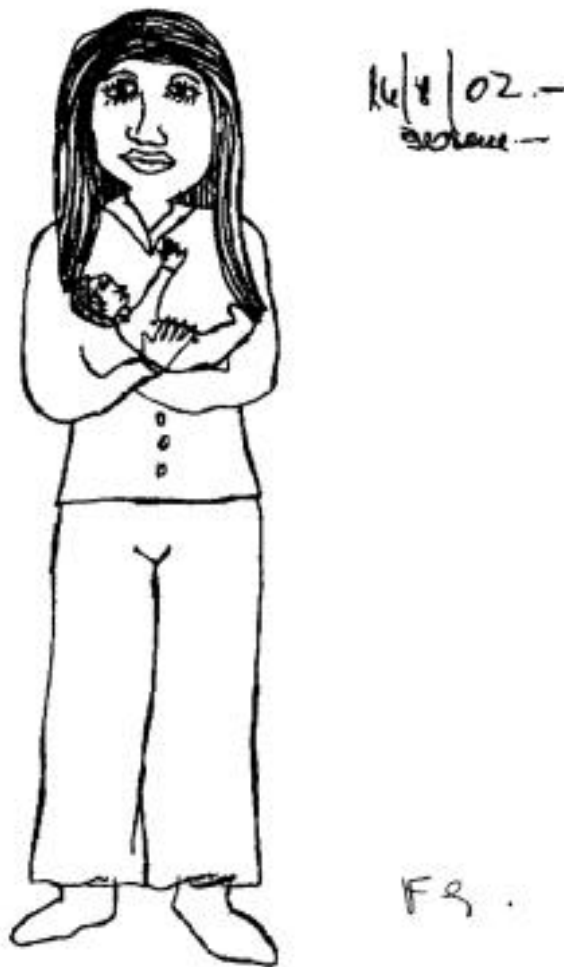
Este discurso pertenece a las 27 semanas de embarazo.

(Dibujo 8) La representación gráfica la muestra a ella embarazada pensando en su bebé (acostado en su cuna) pero llorando, único detalle que muestra su dolor como madre de un hijo con posibilidad de contagio de H.I.V. Además dolor, el maltrato por su pareja y los permanentes conflictos y peleas con separaciones y reconciliaciones de sus padres.





(Dibujo 9) A las 30 semanas. Dice no poder imaginarlo porque quiere que nazca, preocupada por la cesárea y el amamantamiento que se avecinan. Además, la van a desalojar de la casa, sus padres están a punto de separarse, su pareja que desaparece y que no sabe si existe otra mujer. Por sobre todo, tiene mucho miedo de tener su bebe sola. El dibujo muestra, a pesar de todo, una imagen de ella con el bebe en brazos, al que sostiene.

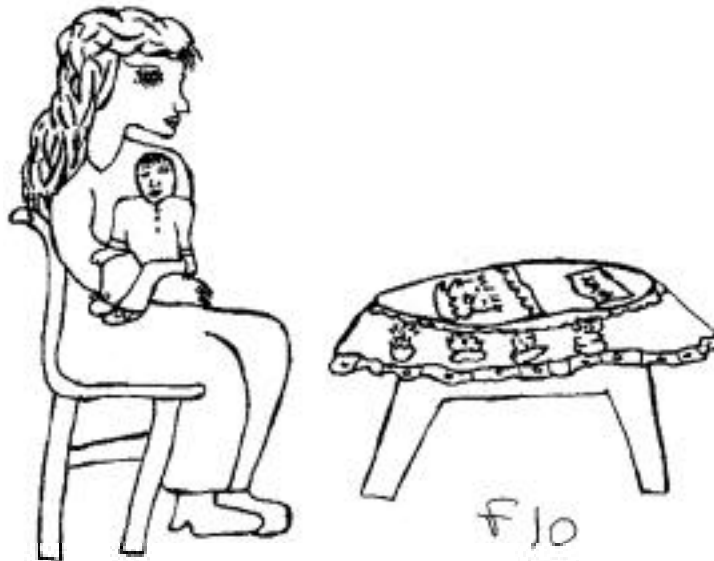


(Dibujo 10) A las 33 semanas. La sueña morocha. Se angustia porque este entera, Esta mejor con su pareja finalmente no se muda y sus padres no se separaron, lo que



permite que esté más tranquila y que pueda pensar más en su beba. Se dibuja con un bebé en la falda al que sostiene y con una cuna a su lado que demuestra que ya está pensando en la separación/parto y en un lugar de hijo real, fuera de su vientre.

Anne Laura 6/4/02 33cm.



Lo que muestra este caso es que, a pesar de las condiciones familiares, de su pareja, sociales, y económicas adversas, siendo, además portadora de H.I.V., el deseo de hijo, por ella declarado y confirmado a través de las verbalizaciones y representaciones gráficas, la conduce a armar la gesta de madre y de hijo en su vientre y en su cabeza imaginando a su bebé. Anticipa además en sus verbalizaciones, que se confirman en el gráfico, la separación y lo que Winnicott dio en llamar la “preocupación materna primaria”, que se construye en el tercer trimestre del embarazo, a partir de las representaciones parto y amamantamiento.

Cumplió con la medicación y los controles y tuvo un bebe H.I.V. negativo.

III. Conclusiones

A través del estudio de los casos presentados podemos extraer algunas conclusiones:



1) El deseo de hijo, bebe ideal, es la piedra fundamental narcisizante, para dar paso y lugar a la construcción subjetiva de madre y de ese hijo en el vientre, actual, presente y real, permitiendo la prosecución de un embarazo y parto en normalidad, como lo muestra el caso K.. Si no hay deseo de hijo, como lo muestra el caso A, los avatares son múltiples, pudiendo transcurrir en una aceptación tardía o en una situación traumática/atascada, que necesita asistencia psicológica precoz, durante el embarazo para poder tamitar el duelo.

2) Cuando el bebe ideal... no es ideal, como en el caso de malformaciones fetales y discapacidad, o la simple diferencia en el sexo deseado, se atraviesa una situación traumática – duelo que debe procesarse en prevención en salud mental, como lo muestran los casos B y C.

3) Es necesario crear y constituir equipos interdisciplinarios de asistencia médico – psicológica para las madres embarazadas en prevención en salud mental de la madre y el bebé.

Bibliografía

Dio de Bleichmar, E.(1997), *La sexualidad femenina*, Paidós.

Fattori, M. y Leicach, R.(2003), “La clínica psicoanalítica en trastornos de la reproducción”, Trabajo presentado en el XXVI encuentro de discusión y XXI Simposium de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados.

Freud, S.(1914), “Introducción del narcisismo”, O.C., Tomo I, Biblioteca Nueva, 1968.

González Rugna de Connolly, A.(2000), “Relación mamá–feto”, trabajo de investigación.

González Rugna de Connolly, A. y otros (2001), “Relación mamá-bebé intraútero en embarazadas portadoras de H.I.V.”, trabajo de investigación, Año 2002.

Lebovici, S.(1983), *El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1988.

Stern, D.(1999), *El nacimiento de una madre*, Paidós.

Tubert, S. (1991), *Mujeres sin sombra*, Siglo XXI.

