

# Psicoprofilaxis en el embarazo

Rosa GOMEZ ESTEBAN (\*)  
Susana AMILIVIA (\*\*)

## 1. INTRODUCCION

Nuestro trabajo con mujeres embarazadas comienza hace algo más de tres años en un Centro Social, dependiente del Ministerio de Cultura.

La Tarea del Centro, situado en un barrio periférico de Madrid de muy bajo nivel económico, es desarrollar y fomentar las actividades sociales y culturales.

El objetivo central en el trabajo con mujeres embarazadas es ayudar a elaborar las ansiedades que se movilizan durante el embarazo, el parto y, en especial, ante la próxima maternidad.

Para lograr este objetivo elegimos el trabajo grupal porque entendemos que el grupo es el lugar donde se articula lo social y lo individual, y la concepción operativa de grupo porque da cuenta tanto del proceso grupal como de su articulación con lo individual.

Organizamos el servicio de la siguiente forma:

1. *Información:* sobre el embarazo, parto y puerperio, que se enfoca no

solamente desde un punto de vista anatomofisiológico sino también psicológico.

2. *Grupo Operativo:* su tarea es la elaboración de la información y de los temores y fantasías movilizadas durante este proceso.

3. *Gimnasia:* a cargo de un especialista en la materia, en la que aprenden ejercicios de respiración, relajación y corporales.

Estas actividades se llevan a cabo durante dos días a la semana: la Información y el Grupo Operativo en un mismo día formando una unidad de trabajo, y en otro día diferente la Gimnasia.

Se hace una reunión semanal de dos horas de duración, la primera media hora dedicada a la Información y, a continuación, hora y media de grupo coordinado con técnica operativa.

Los grupos son abiertos, las mujeres que los integran están embarazadas con un tiempo diferente de gestación. La duración se establece al comienzo de cada grupo y es, en general, de tres meses, con unas doce reuniones grupales.

También se hace una reunión grupal post-parto, una vez que todo el

\* Psiquiatra.

\*\* Psicólogo.

grupo ha dado a luz. En esta reunión la tarea es hablar sobre la experiencia de parto que han vivido, así como de su reciente maternidad.

## 2. APROXIMACION AL PROCESO DEL EMBARAZO

Hemos observado en nuestro trabajo que un alto porcentaje de mujeres embarazadas no eligen su embarazo, es decir, no toman la decisión de ser madres. Esta falta de elección aparece, en principio, motivada por la carencia de información en métodos anticonceptivos y de planificación familiar; pero, esto no es más que otra consecuencia, de la causa fundamental que es el lugar y el rol instituido para la mujer en nuestra sociedad. De ella se espera que sea madre.

El embarazo es un proceso donde se pone en juego lo biológico, lo psicológico y lo social. Lo psicológico a través de la singularidad de la mujer y lo social mediante lo que representa el embarazo y el parto en nuestra sociedad.

Para la mujer el embarazo es una situación crítica en la que se van a producir importantes cambios en el desarrollo de su personalidad, que están ligados a los que se producen asimismo en su función social.

El rol de la maternidad, prescrito socialmente, es controvertido y contradictorio; por una parte, es idealizado mientras que por otra se desvaloriza. En la frase, de todos conocida, «Parirás a los hijos con dolor», el ser madre aparece como un castigo por una infracción cometida. La mujer para ser madre ha de sufrir y este sufrimiento será la medida del cariño

que tiene a sus hijos: «un hijo tiene que doler».

Estos mitos y prejuicios sociales alrededor del embarazo, internalizados por la mujer, dan lugar a síntomas que, en general, se consideran como naturales en sí y que no son sino expresión de la represión social en torno al proceso del embarazo y parto.

La sociedad favorece la regresión en la mujer embarazada, adoptando una actitud de sobreprotección que aparece manifestada en la aceptación y estímulo del llamado «antojo». Hay que tener en cuenta que la sobreprotección lleva implícita un grado de agresividad, así es comprensible que desde el momento del parto la actitud social varíe radicalmente y se le exija a la mujer que asuma determinadas responsabilidades para las que no está preparada. Las conductas infantiles, permitidas socialmente durante el embarazo, son reprobadas a partir del parto siendo sólo aceptado un comportamiento adulto. Este cambio tan brusco es conflictivo para la mujer, ya que los sentimientos contradictorios hacia ella la confunden y la hacen más difícil discriminar *su lugar* y el de *su hijo*.

El embarazo moviliza intensas ansiedades debido a una serie de *cambios* a los que se tiene que enfrentar la mujer en esta etapa: sociales, familiares, corporales y personales. Ya hemos reseñado anteriormente lo que hace referencia a lo social.

En relación a lo familiar, la mujer de hija pasará a ser madre, de una situación de dependencia a una de responsabilidad en la que un hijo dependerá de ella. También en la relación de pareja habrá replanteamientos del vínculo

lo por la inclusión de un tercero en una relación que hasta ese momento había sido de dos.

En lo que respecta a lo corporal la mujer ha de elaborar la pérdida de su propia imagen, ya que en el embarazo a menudo se vivencia una deformación progresiva del cuerpo, con sentimientos de fealdad y falta de atractivo sexual.

En lo personal, el embarazo actúa como desencadenante de la problemática alrededor de la identidad sexual. La falta de deseo sexual en algunas mujeres, que antes podían justificar por el miedo a quedarse embarazadas, ahora tiene que buscar nuevos canales, como son el miedo a dañar el niño, el sentirse muy pesadas, los malestares generales y el miedo a las infecciones como nuevas formas de rechazo sexual.

Es interesante señalar una cierta analogía entre el discurso del parto y el sexual en las mujeres embarazadas, ya que en ambos está excluido el placer y aparece sólo el dolor.

También para la mujer los movimientos del feto constatan la presencia de algo que está creciendo en su interior, lo que origina intensos sentimientos ambivalentes, ya que, por una parte, satisfacen su deseo de crear y producir y, por otra, el feto puede sentirse como un parásito que le chupa lo mejor que tiene y la puede destruir.

Las *ansiedades* frente al embarazo y parto están en relación con las pérdidas tanto reales como fantaseadas que la mujer siente frente a su lugar familiar, laboral y social y frente a la pérdida de su imagen corporal entre otras.

Si estas pérdidas no son elaboradas se genera agresividad que si se reprime puede manifestarse en fantasías en las que no es capaz de cuidar y alimentar al niño, así como fantasías de subnormalidad y muerte del feto. Pero también puede proyectarse en el hijo, y se expresa a través de sueños en los que el niño al nacer se burla y sonríe irónicamente o bien nace con dientes o con tan gran tamaño que puede destrozarla en el parto.

Estas fantasías aparecen en casi todas las embarazadas y se apoyan, a nivel consciente, en el hecho remoto pero real de subnormalidad y muerte del feto. Sin embargo, su frecuencia se basa sobre todo en lo anterior y en el pensamiento mágico-omnipotente que tiene la mujer en esta situación regresiva.

Las ansiedades frente al parto que se manifiestan por el miedo al dolor dejan paso al miedo a la episiotomía, al desgarro y a su propia muerte.

El miedo al corte de la episiotomía, además de ser real, tiene que ver con lo que significa el parto como corte o ruptura en la vida de la mujer. Rupturas a las que hemos hecho referencia anteriormente, tanto en lo individual como en lo social.

El desgarro es un momento posterior, es el miedo a la pérdida de ese hijo que ha estado dentro durante nueve meses, en el vínculo más estrecho y simbiótico que pueda existir.

El miedo a la muerte que, en principio, aparece referido a la muerte real en el parto corresponde básicamente a un desplazamiento de otras pérdidas imaginarias, simbólicas o reales, que la mujer vive.

Después del parto las ansiedades

aparecen en relación con el sentimiento de vacío tan grande que experimenta la madre al salir el hijo de su cuerpo. Si estas ansiedades se intensifican y no son elaboradas pueden originar depresiones importantes e, incluso, psicosis puerperales, con los riesgos y peligros que esto supone tanto para la madre como para el niño.

Los mecanismos defensivos más importantes que puede utilizar la mujer frente a estas ansiedades son el pensamiento mágico-omnipotente, la negación, la regresión, la proyección y la represión.

Los síntomas del embarazo, además de por cuestiones hormonales, en su mayor parte se deberían a ansiedades intensas que, como hemos visto, se movilizan durante este proceso. Esta situación será vivida por cada mujer de un modo diferente, que depende de su estructura de personalidad, pero que también está en relación con el momento histórico, la situación de clase, lo económico, la relación con la pareja, el número de hijos, etcétera.

El deseo de tener un hijo, con frecuencia, es ambivalente, lo que por una parte se desea por otra se rechaza; cuando esta ambivalencia se reprime, puede ser el origen de formación de síntomas, que serían los signos de un retorno de lo reprimido.

Cuando la mujer no ha deseado ese hijo, los mecanismos defensivos frente al mismo serán mayores. Esto es importante a la hora de considerar la diferente sintomatología, que se manifiesta, entre otras formas, con dolores de cabeza, náuseas, mareos, anorexia o bulimia, vómitos, estreñimiento o diarrea, dificultades en la digestión o insomnio.

La sintomatología más frecuente en la embarazada, en general, corresponde al aparato digestivo; habría que pensar la posible relación entre esta sintomatología y la dificultad que tiene la mujer para «digerir» y «metabolizar» la situación nueva que implica tener un hijo.

En la medida en que la mujer pueda expresar sus ansiedades frente al hijo (enfermedad y muerte), a la pareja (celos), al trabajo (pérdida del mismo y/o fracaso profesional), frente al cambio corporal y a su propia muerte, etc., es como estos síntomas irán desapareciendo, ya que no será necesario expresarlos a través del cuerpo.

### 3. CONCLUSIONES

1. El embarazo es un proceso histórico-natural, vivenciado singularmente por la mujer. La experiencia de parto, en la que se condensan además todas las vivencias del embarazo, condiciona experiencias futuras por lo que es fundamental que la mujer tenga instrumentos para manejar la situación.

2. La psicoprofilaxis no es completa si consta sólo de información teórica y gimnasia, ya que así se deja de lado la posibilidad de verbalizar y simbolizar contenidos que al quedar reprimidos dan origen a diferentes síntomas.

3. La demanda manifiesta que trae la mujer embarazada es el miedo a sufrir dolor en el parto, la cual se transforma a lo largo del trabajo grupal y se articula alrededor de la próxima maternidad.

4. Hemos observado en estos grupos de embarazadas un alto grado

de aprendizaje y elaboración, que permite que mujeres que nunca habían pensado en la relación de lo psicológico con sus síntomas puedan llegar a establecer dicha asociación y pensar estos síntomas en función de sus temores, deseos y fantasías.

5. A través del seguimiento de estas mujeres hemos constatado un alto porcentaje de buenas experiencias de parto. Por ello pensamos que es necesario hacer psicoprofilaxis para disminuir la sintomatología en el embarazo, el dolor en el parto y posibilitar al mismo tiempo una mejor elaboración de la maternidad.

6. Mediante la psicoprofilaxis se puede detectar embarazos de mayor

riesgo, lo que disminuiría el número de intervenciones tocológicas, así como la aparición de cuadros depresivos y psicóticos tanto en el embarazo como después del parto.

7. La psicoprofilaxis del embarazo permite trabajar el deseo de la madre y el vínculo madre-hijo, en el que el lugar del padre es determinante. Sabemos que las primeras experiencias del niño son fundamentales para el desarrollo de su personalidad, por lo que la elaboración de los vínculos familiares posibilitará un mejor nivel de salud, tanto individual como familiar y comunitario.

**Septiembre 1982**