



Knobel, Mauricio



BIBHUMA

Psicoterapia preventiva en el embarazo

Revista de Psicología

1967, vol. 5, p. 87-95.

Este documento está disponible para su consulta y descarga en [Memoria Académica](#), el repositorio institucional de la **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata**, que procura la reunión, el registro, la difusión y la preservación de la producción científico-académica editada e inédita de los miembros de su comunidad académica. Para más información, visite el sitio

www.memoria.fahce.unlp.edu.ar

Esta iniciativa está a cargo de BIBHUMA, la Biblioteca de la Facultad, que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados. Para más información, visite el sitio

www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar

Cita sugerida

Knobel, M. (1967) *Psicoterapia preventiva en el embarazo*. [En línea] *Revista de Psicología*, 5, p. 87-95. Disponible en: http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.888/pr.888.pdf

Licenciamiento

Esta obra está bajo una licencia Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5 Argentina de Creative Commons.

Para ver una copia breve de esta licencia, visite

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>.

Para ver la licencia completa en código legal, visite

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/legalcode>.

O envíe una carta a Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

PSICOTERAPIA PREVENTIVA EN EL EMBARAZO (*)

Mauricio Knobel (°)

Deseo presentar una experiencia realizada con mujeres embarazadas que evidenciaron durante el embarazo una actitud de ansiedad, rechazo o temor muy intensos en forma manifiesta, o que revelaron, a través del examen psicológico, especialmente mediante pruebas diseñadas al efecto, los mismos conflictos, pero reprimidos.

Partí de la hipótesis de que estos conflictos pueden ser determinantes de diversas complicaciones, no solo durante el embarazo, sino también durante el parto y el post-parto. Dado que estas situaciones son básicamente psíquicas, postulé la necesidad de un tratamiento psicoterápico, de duración limitada y objetivos concretos, para ayudar a solucionar estas manifestaciones patológicas y permitir la expresión de una maternidad normal, o lo más cercano a lo normal posible.

MATERIAL Y TECNICA UTILIZADA PARA LA SELECCION DE CASOS

Con la colaboración de varios obstetras, psicólogos y médicos psiquiatras hemos seleccionado grupos de madres que presentaban conflictos con respecto a su maternidad.

La determinación de la situación conflictiva se hizo mediante entrevistas orientadas a detectar el grado de aceptación del embarazo o su rechazo, los temores de &liar al bebé (Ferreira: 1960), las expectativas con respecto al rol familiar que tendrán la madre y el hijo, la integración de la pareja parental, el grado de ansiedad indeterminada y los diversos temores que podrían evidenciarse, así como las manifestaciones positivas francas como, por ejemplo, las de autorrealización, amor conyugal, aceptación de la niñez, integración familiar y valoración de la feminidad (Langer: 1964) .

También se realizaron pruebas proyectivas. Se pidió a la embarazada que dibujara una figura humana y que relatara las historias que se le ocurrían frente a una situación estímulo configurada por un test proyectivo que he diseñado en colaboración con M. Videla de Vignau.

Este test tiene todas las características de un test proyectivo típico y está en su proceso de valoración (Albarracin, Iuliano, Knobel, Mosca, Pereyra: 1966). Consta de ocho láminas, que representan en forma de dibujo, diversas situaciones en las que puede encontrarse una mujer embarazada. La lámina 1 muestra esencialmente la relación de pareja y representa a un hombre y una mujer embarazada que caminan por la vereda de una ciudad, teniendo por fondo edificios. La lamina 2 es la que tiende a facilitar la proyección de lo que siente la mujer frente a si misma, su identidad, y consiste en un

dibujo de una mujer embarazada frente a un escaparate comercial, donde se refleja su imagen, al fondo se ven varias personas caminando, pero a la distancia. La lamina 3 es la que permite ver como se percibe la mujer embarazada en sus tareas, representa una mujer embarazada con un brazo en alto, manipulando en una instalación que tiene aspecto indefinido de telar, laboratorio o industria, y da la sensación de una situación de trabajo. La lamina 4 está diseñada para poder ver la situación de la mujer embarazada frente a la percepción que ella puede tener de lo que los hombres pueden sentir hacia ella, y representa a una mujer con dos hombres en una calle, con uno de ellos en actitud de dirigirse hacia la calzada donde se encuentra un automóvil. La lámina 5 nos sirve para comprobar la situación inconsciente de la mujer frente a la niñez, y nos da una medida del grado de aceptación o rechazo de un hijo y la actitud que la mujer embarazada puede tener en la futura relación madre-hijo, y muestra un dibujo en el que se ve a una mujer embarazada frente a un niño en una plaza pública, donde también se ven otros niños jugando y por fondo, unos árboles. La lamina 6 nos muestra como se ve la mujer embarazada ante su grupo familiar interno y primario, ya que representa a una joven embarazada, con una mujer y un hombre de edad en torno a una mesa, o sea, una escena familiar de la joven frente a sus figuras parentales en el hogar. La lamina 7 fue diseñada para obtener la proyección de lo que siente la mujer embarazada frente a otras mujeres o como se siente percibida por otras mujeres, y representa una escena de interior con cuatro mujeres, una de ellas embarazada, paradas ante mesas o mostradores donde hay elementos de costura. La lamina 8 permitiría ver como se siente la mujer embarazada frente a las distintas generaciones, ya que representa una escena en una calle, que es cruzada por una mujer embarazada, mientras es observada por un anciano, un hombre joven y un niño.

También se completó el estudio mediante los rigurosos exámenes obstétricos y clínicos correspondientes.

De esta manera pude seleccionar 20 casos de mujeres embarazadas que evidenciaron conflictos y que fueron sometidas a psicoterapia, y 20 casos en condiciones similares, pero que no fueron sometidas a tratamientos psicoterápicos. Debo destacar que la selección de casos y los tratamientos psicoterápicos fueron efectuados en clientela hospitalaria y privada, no pudiéndose establecer diferencias significativas en cuanto a status socio-económico. Solo se tomaron, para esta experiencia, mujeres casadas y hemos evitado los casos que presentaban anomalías orgánicas obstétricas, procesos psicóticos y oligofrenias.

CONFLICTOS BASICOS QUE PUDIERON SER DETECTADOS

Combinando lo encontrado en la entrevista, el dibujo de la figura humana y el test

proyectivo de actitudes frente al embarazo, pudimos detectar, con mis colaboradores, algunos conflictos típicos, indicadores de rechazos graves.

Par ejemplo, hay varios aspectos de modificación conflictiva de la imagen corporal. Se suele *negar* el embarazo. Las mujeres embarazadas que en el test proyectivo de actitudes *no mencionan* que se ven en los dibujos "mujeres embarazadas", están ya indicando un rechazo que pudimos interpretar como una vivencia de pérdida del esquema corporal pre-embarazo, experimentada como definitiva y muy peligrosa. Otra expresión de este conflicto se ve en los dibujos de la figura humana, que suelen aparecer con una disociación cabeza-cuerpo, dibujando solo la cabeza de una mujer o dibujando la mujer sin brazos, sin cabello, sin manos o sin piernas (castración femenina) También pueden aparecer dibujos tipo esquemas lineales, sin volumen corporal, o dibujos de hombres con rasgos castratorios (sin nariz, sin brazos) (Knobel, Gadea, Videla de Vignau, Gutkin: 1967).

El temor al ataque y el temor a la pérdida de la madre, que describen algunos autores como "ansiedades básicas de la embarazada" (Soifer, Mandelbaum: 1963) , se ve muy marcado en los casos que denomino "Conflictuados"; mientras que en los "Normales" se ven mas Bien ansiedades esquizoparanoides circunstanciales aumentadas, pero con capacidad de reparación, lo que puede comprobarse con el test proyectivo, ya que los elementos persecutorios atenuados, alternan con actitudes francamente positivas.

Pude si verificar la doble identificación de la mujer embarazada con su propia madre, y su superyó materno, y también con el feto, con todas las características de ambivalencia que ello entraña (Deutsch: 1951). La fantasía de que el feto también representa algo robado a la propia madre de la embarazada, se suele observar como causa de trastornos somáticos durante el embarazo (Langer: 1964), pero su acentuación, como por ejemplo cuando en la lámina 2 dice: "Estoy viendo si sacaron algo de la vidriera", o en la 5: "Todos los niños son de otras mujeres", y en la 6: "La familia le reprende por lo que hizo", es un índice pronóstico de complicaciones, ya que el producto robado, hijo de la madre, o pene paterno contenido en el vientre de la madre, debe ser fuente de castigos severos. La amenaza psicológica se somatiza en el parto que puede hacerse distócico por la intensidad de la culpa persecutoria que viven estas mujeres.

"El miedo de dar a luz un monstruo proviene también del terror a los propios sentimientos destructivos contra el hijo, representante del marido, de uno de los padres o de un hermano, pero siempre de algo que para el inconsciente pertenece a la propia madre" (Langer: 1964). Además en el test proyectivo de actitudes podemos ver la acentuación de estos fenómenos a través de historias llenas de terror por el curso del embarazo que va a sufrir la embarazada de la lámina. Cuando estas historias se repiten en varias láminas, ya representan un mal pronóstico, por cuando nos indica que la destrucción puede llegar a

ser ejecutada inconscientemente, mediante un aborto, un peligroso parto prematuro o una complicada distocia.

Las fantasías de destrucción de comienzos del embarazo que expresa por la idea de tener hijos deformes, cuando se observa en el curso más avanzado del embarazo como, por ejemplo, después del 5^o mes, son anuncios de perturbaciones serias. Habría aquí un proceso de identificación proyectiva con las capacidades destructivas del feto, que lo convierten en una verdadera amenaza que debe ser eliminada. La mujer entonces se vive a sí misma también como al feto destructor y debe ser objeto de todo tipo de persecuciones y malos tratos (p.e. en la lámina 8: "Todos la miran y el viejo le va a pegar y el chico se le va encima con sus juegos", y en la 4: "A esa mujer le han pegado o algo así y se la van a llevar en el automóvil a un hospital"). Creo que en estos casos es donde se observan interrupciones del embarazo precoces (en nuestros casos, dos de las mujeres con este tipo de respuestas presentaban, en sus historias, interrupciones del embarazo al 6^o mes, en embarazos previos al que estudiamos), y es aquí donde debe verse una causal para el tratamiento preventivo del aborto repetido.

Pude constatar, no solo por las historias y diagnósticos realizados, sino mediante la reconstrucción de las situaciones terapéuticas, que hasta los tres meses de embarazo, parece haber una continuidad materno-embrionaria, viviéndose al embrión como una parte del Yo. Creo que después de los tres meses de embarazo el feto se percibe como un objeto simbiótico que comienza a diferenciarse y a separarse del Yo. Esto se hace más notable entre el 5^o y el 7^o mes del embarazo, con los movimientos del feto, que son percibidos por la madre, y ayudan a diferenciar el feto del Yo materno. En el 7^o mes, y con la posibilidad de nacimiento, por la realidad de la viabilidad fetal, que es percibida perfectamente por la madre en forma inconsciente, la separación madre-hijo se acentúa. El feto es entonces percibido ya como algo separado de la madre, pero que mantiene con la misma una relación de dependencia. Esta situación es la predominante en estos dos últimos meses de embarazo y el conflicto se manifiesta en fantasías de si se podrá satisfacer la dependencia del hijo que se va a separar, y en los casos más complicados, acerca de si la madre misma va a poder conservar el cariño del marido, de sus propios padres, o si va a tener que pasar por situaciones de desamparo y abandono (que se expresan en casi todas las láminas del test proyectivo de actitudes)

La situación social conflictiva de la mujer frente al hombre se ve intensificada durante el embarazo. La clásica envidia a la masculinidad, al pene, se suele observar en el embarazo (Langer: 1964), pero su acentuación, que suele detectarse en el test proyectivo a veces tan directamente como con frases como: "Esta mujer quisiera haber sido hombre para no estar embarazada", o "Se encuentra muy triste por ser mujer", son un índice pronóstico muy serio, ya que la femineidad se vive como algo pernicioso que

debe perderse, y entonces la distocia aparece como un intento castratorio que puede destruir al hijo logrado por la femineidad, o más directamente como una somatización traumatizante que lleva a verdaderas destrucciones del aparato genital o la zona perineal de la mujer.

La mujer embarazada necesita tener la seguridad de la pareja internalizada para poder llevar a buen término su cometido. Sabemos que, a pesar de todas las situaciones conflictivas que se dan en el embarazo, existe una necesidad biológica que se satisface con la maternidad (Langer: 1964), que coloca a la mujer en una verdadera "Superioridad natural", en los niveles creativos (Montagu: 1962) que es realmente envidiada por el hombre, y que en última instancia representa la parte del Yo a la que podrá siempre apelarse para favorecer a aquellas mujeres que, amenazadas por sus conflictos psicológicos, pueden fracasar en está, su más trascendente realización.

LAS POSIBILIDADES PSICOTERAPICAS

Detectados los conflictos psíquicos, no hay duda de que el mejor enfoque es el psicoterápico. Se han señalado los efectos que la ansiedad excesiva de la embarazada puede tener sobre el recién nacido (Ferreira: 1960), (Davids, De Vault, Talmadge: 1961), produciendo complicaciones indeseables para la buena evolución del hijo; cuando no verdaderos rechazos muy profundos que pueden llevar hasta la destrucción del feto como ya lo indicáramos, y cuya solución puede obtenerse mediante un adecuado enfoque psicoterápico que permita a esas mujeres llegar a cumplir con su función maternal, que tan perturbada se encuentra en estos casos (Salerno: 1948), (Santoro, Langer: 1956).

Con un grupo de colaboradores he encarado el tratamiento psicoterápico de embarazadas con conflictos, pudiendo obtener, mediante la combinación de técnicas psicoterápicas en mujeres embarazadas que al mismo tiempo realizaban una preparación psicoprofiláctica para su parto, modificaciones significativas en cuanto a los conflictos previamente detectados (Gadea, Knobel, Videla de Vignau, Gutkin: 1967).

En el presente estudio mis colaboradores trabajaron psicoterápicamente con 20 embarazadas que presentaban básicamente los conflictos que hemos mencionado anteriormente, y que podemos sintetizar de la siguiente manera: a) Ansiedad con vivencias melancólicas frente al cuerpo o esquema corporal pre-embarazo perdido; b) identificación con una madre castradora y prohibidora de la genitalidad y del embarazo; c) Ansiedad persecutoria por vivir al feto como algo robado a la madre (hijos, padres, pene paterno) ; d) Fantasías destructivas por identificación con un feto que destruye el vientre de la madre (abortos, hijos monstruosos, amenaza de muerte) ; e) Fantasías de destrucción de la pareja —de base edípica— con vivencias de desamparo y abandono; f) Envidia a la masculinidad, que se vive como agresiva y maniacamente inmune a la

destrucción; g) Fantasías de relación simbiótica con el feto que no se modifican en el curso del embarazo.

Estos mismos conflictos pudieron ser detectados en otras 20 embarazadas que estudiamos y a las que *no sometimos* al tratamiento psicoterápico, siguiendo la conducta habitual en los servicios de maternidad y en los consultorios privados de los obstetras, y que por lo tanto nos sirvieron de control.

Los resultados nos mostraron la eficacia preventiva que la psicoterapia tiene en estos casos, ya que de los 20 casos no tratados, 14 presentaron complicaciones, manifestadas por: 2 abortos al 5^º mes de embarazo, 3 nacimientos prematuros (7^º y 8^º mes), 2 fórceps por anomalías de presentación y 7 distocias diversas (trastornos de la dilatación, trastornos de la contracción, laceraciones perineales y vaginales, descompensación materna). De los 20 casos tratados solo 5 presentaron trastornos del tipo indicado: un parto fue excesivamente prolongado, con signos de sufrimiento fetal, un caso fue de fórceps por anomalía de presentación y 3 fueron las distocias que se presentaron (de dilatación, laceración perineal y vaginal y descompensación materna) .

Al realizar la correlación de Yule entre los casos tratados por psicoterapia y los trastornos del embarazo y parto indicados, se halla una correlación positiva ($Q = 0,75$) lo cual al verificar con una prueba de significación de χ^2 nos da un valor de 7,8 que indica una probabilidad de obtener estos resultados por azar menor del 1%, y por lo tanto el resultado es estadísticamente significativo sin lugar a dudas.

Podemos pues *concluir que la psicoterapia aplicada a los casos de mujeres embarazadas que manifiesten serios conflictos psicológicos con relación a este estado, es de gran, utilidad en la prevención de alteraciones graves del embarazo y del parto.*

Debo destacar que consideramos solamente trastornos graves en estos casos, no incluyendo aquí los vómitos de los primeros meses del embarazo y que incluso pueden prolongarse a lo largo del mismo, diversas somatizaciones fácilmente controlables como algunos trastornos neurovegetativos o de la alimentación y las episiotomias, que a veces se efectúan con gran generosidad.

EL ENFOQUE PSICOTERAPICO

Las mismas condiciones del estado que estamos considerando deben imponernos su realidad. La psicoterapia es forzosamente de tiempo y objetivos limitados. Estará basada en los conflictos que se hayan detectado en el proceso diagnóstico, especialmente en los siete ítems que hemos descrito anteriormente, o en los que con mayor intensidad se revelen en el estudio, o puedan surgir claramente en el curso de la terapia misma.

Pocas son las interpretaciones transferenciales que pueden hacerse sin provocar vínculos terapéuticos que lleven a movilización de ansiedades psicóticas que no creo

conveniente encarar en estos casos. Las posibilidades de ayuda que el terapeuta como figura parental, aislada de padre o madre, o combinada, puede representar, si deben incluirse en la interpretación. Lo mismo ocurre con las ansiedades persecutorias, que cuando están incrementadas, deben encararse transferencialmente, a clarando los roles proyectados en el terapeuta.

Confrontaciones con el mundo externo real y el interno fantaseado deben hacerse, así como el sometimiento a los objetos internos castradores o destructivos, deben ser señalados.

Los ítems conflictivos básicos, que una vez aparecidos en el material manifiesto en forma indirecta (aunque no pocas veces aparecen muy directamente) deben interpretarse en base a su verdadero significado inconsciente. Las conductas sadomasoquistas y envidiosas deben esclarecerse ofreciendo la posibilidad de reparaciones mediante confrontaciones depresivas con la realidad.

Si en el tratamiento psicoanalítico debe siempre interpretarse la transferencia positiva tanto como la negativa, aquí debe acentuarse todo lo de positivo que tiene la paciente. Los vínculos objetales normales, la identificación con los aspectos genitales y creadores de la madre y los positivos protectores del padre, así como las posibilidades de integración de la pareja y el significado vital y trascendente que la maternidad tiene, deben ser constantemente tenidos en cuenta para integrarlos en la interpretación, cada vez que el material lo permita.

Dado que el conflicto no es siempre total y absoluto, y hay en toda mujer hechos positivos y núcleos yoicos sanos, que configuran una actitud ambivalente frente al embarazo, éstos deben ser permanentemente utilizados, destacando la ambivalencia. Así se logra sacar a la mujer de una situación esquizo-paranoide con predominio persecutorio, y llevarla a una posición depresiva, elaboradora de conflictos y fundamentalmente reparadora.

Algunos casos requerirán tratamiento psicoanalítico o psicoterapico o aun psicobiológico más intenso y específico; otros deberán iniciarlo después que el parto se haya realizado y algunos no podrán ser modificados. El psicoterapeuta no tiene la solución mágica del problema, solo contribuye con el obstetra a que la función de la maternidad se lleve a cabo con la mayor aceptación, la mejor salud y un verdadero bienestar para la madre y su hijo.

Notas

(*) El presente trabajo fue presentado en el VII' Congreso Internacional de Psicoterapia, Wiesbaden, Alemania, 1967.

(°) Profesor titular de las cátedras Psicología de la Niñez y de la Adolescencia e Higiene Mental de

la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. Profesor regular ad junto de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Director del Instituto de Psicología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata.

Bibliografía

- ALBARRACIN, M. D. DE; IULIANO, A. G. DE; KNOBEL, M.; MOSCA, E. O. DE; y PEREYRA, M. C. E. DE: *Actitudes de la mujer ante el embarazo*. Revista de Psicología (Universidad Nacional de La Plata, Argentina) (3): 95-100 (1966).
- DAVIDS, A.; DE VAULT, S.; and TALMADGE, M.: *Anxiety, Pregnancy and Childbirth abnormalities*. J. Cons. Psychol. 25: 74-77 (1961).
- DEUTSCH, H.: *La psicología de la mujer*. Segunda parte (Losada, S. A., Buenos Aires, 1951).
- FERREIRA, A. J.: The pregnant woman's emotional attitude and its reflection on the newborn. *Amer. J. Orthopsychiat.* 30: 553-561, (1960).
- GADEA, R.; KNOBEL, M.; VIDELA DE VIGNAU, M. y GUTKIN, B.: *Modificaciones psicológicas de las embarazadas en tratamiento psicoterapéutico durante la gestación*. Orientación Médica (Buenos Aires) 16: 40-41 (1967).
- KNOBEL, M.; GADEA, R.; VIDELA DE VIGNAU, M. y GUTKIN, B.: *Evolución de la imagen corporal a través del tratamiento psicoterapéutico durante la gestación*. Orientación Médica (Buenos Aires) 16: 29-30 (1967).
- LANGER, M.: *Maternidad y sexo*, 2³ edición (Paidós, Buenos Aires, 1964).
- MONTAGU, A.: *La superioridad natural de las mujeres* (Libros Básicos, Buenos Aires, 1962).
- SALERNO, E. V.: El aborto espontáneo emocional; en Rascovsky, A. et al. *Patología psicosomática*, pp. 491-508 (El Ateneo, Buenos Aires, 1948).
- SANTORO, G. C. y LANGER, M.: *Dos casos de abortos habituales tratados con psicoterapia*. Jornada Médica, 13: 523-525 (1956).
- SOIFER, R. y MANDELBAUM, E.: *El test de proyección corpórea de psicoprofilaxis*. Obstet. Ginec. Lat. Amer., 21: 78-84 (1963).