

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA
FACULTAT DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENT DE PSICOLOGÍA DE LA SALUT i PSICOLOGÍA SOCIAL
DOCTORAT EN PSICOPATOLOGÍA INFANTOJUVENIL

TESIS DOCTORAL

Estudio comparativo de las representaciones maternas durante el tercer trimestre de la gestación e incidencia de la ecografía en su establecimiento: Embarazos únicos normales, gemelares normales y únicos patológicos.

Doctorando: Mauricio Arteaga Manieu
Directoras: Dra. Mercè Mitjavila García y Dra. María Teresa Pi-Sunyer Peyrí
Barcelona. Noviembre, 2002.

Agradecimientos.

Nuestros más sinceros agradecimientos a las directoras de esta investigación, la Doctora en Psicología, Sra. Mercè Mitjavila García, Docente del Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona, y la Doctora en Psicología, Sra. María Teresa Pi-Sunyer i Peyrí, miembro del Programa de Salud Materno Fetal del Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona. A ambas por su constante apoyo, guía, y completa disponibilidad.

También al Doctor Àngel Martínez de la Riva, Director del Programa de Salud Materno Fetal del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona por permitirnos acceder al servicio y realizar nuestro estudio.

A los doctores, Dr. Eduard Gratacós, Jefe de la Unidad de Medicina Fetal y Dra. María Elena Carreras, Encargada de la Unidad de Ecografía Obstétrica, ambos miembros del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona, por ayudarnos a estructurar este estudio e introducirnos en el mundo del diagnóstico prenatal y la exploración ecográfica.

A la Sra. Luisa López, auxiliar de enfermería de la Unidad de Ecografías, porque sin su colaboración no habiéramos podido terminar a tiempo este trabajo.

Finalmente a todas las mujeres embarazadas que participaron voluntaria y generosamente en esta investigación, por permitirnos explorar y entrometernos en sus vivencias íntimas en un momento de tanta importancia para sus vidas. A estas alturas, probablemente todas ellas ya se han estrenado como madres. A todas ellas, gracias por su generosidad y suerte en la crianza.

Ps. Mauricio Arteaga Manieu.

Barcelona, noviembre de 2002.

Indice

Agradecimientos

Introducción.....	p. 5
Objetivos.....	p. 8
Representaciones	p. 10
Controversias	p. 11
Representaciones maternas	p. 24
Sobre el bebé (feto).....	p. 27
Sobre sí misma	p. 28
Sobre la pareja.....	p. 31
Sobre la propia madre	p. 33
Sobre el propio padre	p. 36
Sobre figuras parentales sustitutorias	p. 38
Sobre el parto	p. 40
Representaciones y ecografía	p. 43
Aspectos generales.....	p. 43
Malentendido fundamental	p. 47
Aspectos psicológicos.....	p. 49
Diagnóstico prenatal	p. 53
Aspectos generales.....	p. 53
Anuncio de una anomalía	p. 56
Gemelos	p. 63
Aspectos generales.....	p. 63
Riesgos obstétricos	p. 65
Aspectos psicológicos.....	p. 67

Metodología.....	p. 71
Instrumento	p. 72
Descripción del instrumento	p. 74
Procedimiento	p. 81
Selección de sujetos	p. 81
Aplicación del instrumento	p. 86
El entrevistador	p. 88
Tratamiento de datos obtenidos	p. 89
Resultados.....	p. 92
Descripción de los grupos.....	p. 92
Grupo A: Embarazo único normal.....	p. 92
Síntesis Grupo A	p.120
Casos especiales	p.123
Caso n°1.....	p.123
Caso n°2.....	p.124
Caso n°3.....	p.125
Grupo B: Embarazo único patológico.....	p.127
Síntesis Grupo B	p.138
Casos	p.141
Caso n°4.....	p.141
Caso n°5.....	p.144
Caso n°6.....	p.147
Caso n°7.....	p.149
Grupo C: Embarazo gemelar normal	p.151
Síntesis Grupo C	p.174
Casos especiales	p.176
Caso n°8.....	p.176
Comparaciones entre los grupos.....	p.178
Discusión	p. 222
Conclusiones.....	p. 252

Anexos	p.259
ERMG y formatos.....	p.260
Versión embarazo único normal	p.260
Versión embarazo único patológico.....	p.271
Versión embarazo gemelar normal	p.283
Versión para gestantes	p.295
Lista descriptores	p.308
Carta informativa	p.309
Discursos gestantes	p.310
Grupo A: Embarazo único normal.....	p.310
Grupo B: Embarazo único patológico.....	p.313
Grupo C: Embarazo gemelar normal	p.316
Cuadro resumen diferencias halladas	p.319
Referencias	p.321

Introducción.

El interés por los temas y situaciones que se abordan en este trabajo, vienen desde hace un tiempo, en especial el interés por el modo en que una madre logra lidiar, en lo real y en lo fantaseado, con sus bebés en el caso de que sean gemelos. En una investigación anterior (Arteaga y Mitjavila, 2001), también en el marco del Doctorado en Psicopatología Infantojuvenil del Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona, donde se inscribe el presente estudio, abordamos el tema de la interacción comunicativa precoz entre una madre y sus bebés gemelos, desde los 4 meses de edad de los niños, hasta casi el año cumplido. Dentro de los resultados y conclusiones que logramos extraer de las observaciones que realizamos, hubo una que nos llamó mucho la atención. Se trataba de que las diferenciaciones interactivas que detectamos entre la madre y cada uno de sus bebés gemelos, no sólo se debían a las características temperamentales y/o preferencias de cada bebé, sino que también, a que la madre mantenía claras representaciones sobre el temperamento de cada uno de ellos desde el período prenatal. Así, la madre diferenciaba a cada gemelo desde que comenzaron a moverse dentro del útero, calificando a uno de ellos como el activo ('el atlético') y al otro como el pasivo ('el intelectual'), diferenciación que se mantuvo al menos hasta el año cumplido de los bebés (período que duró la observación), tanto a nivel representacional como interactivo. A partir de estos hallazgos nos interesamos por explorar los estadios tempranos del proceso en que una mujer embarazada comienza a representar a su futuro bebé, o bebés en el caso particular de la experiencia gemelar.

Paralelamente, a propósito de la lectura de la obra de la Dra. Alessandra Piontelli (2002), que se ha dedicado al estudio sistemático del proceso de formación del vínculo entre una futura madre y el futuro bebé (feto), desde el período prenatal, a partir de la observación directa de las exploraciones ecográficas rutinarias a las que es sometida la gestante, nos interesamos por el papel e incidencia que esta técnica exploratoria podría tener en el proceso mediante el cual una mujer deviene madre.

Por otro lado, desde que comenzamos a reunirnos con el equipo profesional del Programa de Salud Materno Fetal del Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona, para planear la presente investigación, nos fuimos introduciendo en el fascinante mundo del diagnóstico prenatal, las anomalías fetales y las exploraciones ecográficas. Constatamos el drama que implica para una gestante el anuncio de una anomalía en el desarrollo del feto que crece en su interior, así como el problema de decidir si continuar o no con el embarazo, y las implicaciones de tal decisión para la gestante y su familia, así

como para el equipo médico que la asiste. Nos percatamos de que la ecografía, como imagen en vivo del feto, futuro bebé, no se trataba sólo de un examen médico para la gestante, sino que de un ‘proto-encuentro’ entre la futura madre y su bebé. Allí se concentraba una cantidad enorme de ilusiones, deseos, expectativas y temores que debíamos explorar, tanto en el caso de que todo fuera bien, como en el caso de que se haya descubierto alguna anomalía: alguna patología fetal o la presencia de más de un embrión implantado en el útero.

Por último, ya inmersos en la revisión de la literatura especializada relacionada con los temas de nuestro interés, encontramos antecedentes y experiencias contundentes que indicaban claramente que las vicisitudes de la interacción y vínculo temprano entre una madre y su bebé, dependen en alto grado del vínculo que se haya logrado establecer durante el período prenatal. De aquí la relevancia del tema de estudio, es decir, que a partir de la observación de la formación del vínculo entre una mujer embarazada y su futuro bebé, se podría prever la calidad del vínculo entre la díada después del parto. Así lo atestiguan una cantidad importante de investigaciones que citamos más adelante.

Por otro lado, la novedad del estudio que planteamos, estaría en la posibilidad de diferenciar tempranamente un perfil representacional en cada gestante que se enfrenta a una situación particular en la gestación, una patología en el feto, dos fetos implantados, o una gestación normal y única.

Es así como decidimos dedicar esta investigación al intento de determinar las diferencias en los patrones representacionales de tres grupos distintos de mujeres embarazadas según ciertas condiciones de la gestación, a saber, las condiciones de salud del feto, y el número de fetos (dos). Comparamos las representaciones mentales que mantiene cada gestante durante el tercer trimestre del embarazo sobre el futuro bebé, sobre sí misma como futura madre, sobre la pareja de la gestante como padre, sobre el parto, sobre la futura crianza, sobre las ecografías practicadas, y la experiencia global del embarazo en curso. La finalidad de tal comparación es demostrar que las condiciones de la gestación afectan y moldean el mundo representacional de la mujer embarazada, fundamentalmente en el caso de que se haya detectado una anomalía en el feto y en el caso de que se esté gestando un embarazo gemelar, en comparación a una gestación única y normal.

Para desarrollar nuestra investigación, hemos estructurado el siguiente esquema:

Primero exponemos nuestra hipótesis de investigación y objetivos, para luego presentar el marco teórico que sustenta nuestras ideas a través de una revisión de la

literatura especializada en el tema. Seguidamente exponemos la metodología que seleccionamos para alcanzar nuestro objetivos, la descripción del instrumento que utilizamos, el modo en que seleccionamos las muestras y el procedimiento general de la investigación.

Para finalizar exponemos los resultados obtenidos, seguidos con la discusión y conclusiones que hemos sido capaces de extraer de las exploraciones realizadas.

Objetivos.

Los objetivos del presente estudio han sido en cierto modo ‘negociados’ entre el autor de este trabajo, junto a sus directoras de investigación (Dra. Mitjavila y Dra. Pi-Sunyer), y los miembros del equipo profesional del Programa de Salud Materno Fetal del Hospital Universitario Vall d’Hebrón de Barcelona (Dr. Martínez de la Riva, Dr. Gratacós y Dra. Carreras) donde se llevaría a cabo la recolección de la muestra. El autor de este trabajo venía con la intención de investigar fundamentalmente las representaciones maternas en un tipo particular de embarazo, a saber, embarazos gemelares, y además, la incidencia de las exploraciones ecográficas en el proceso de establecimiento de tales representaciones. Estos intereses correspondían a la línea de investigación previa que había estado desarrollando el autor de este estudio (Arteaga y Mitjavila, 2001). El equipo profesional del Hospital, en cambio, se interesaba fundamentalmente en la exploración de otros tipos de embarazo, aquellos en que se detectaba alguna anomalía en el feto, pero que llegarían a término, y el papel de la ecografía en el proceso de representar al bebé imaginario en tales condiciones, también guiados por su línea de investigación en ese momento (Ridaura et al., 2002). En este contexto se decidió ‘pactar’ una vía de investigación que satisficiera los intereses de cada parte.

Así, decidimos en conjunto explorar las representaciones maternas en tres grupos de gestantes:

- (Grupo A) mujeres con embarazos únicos normales, a modo de grupo de referencia,
- (Grupo B) mujeres con embarazos únicos a los que se les hubiese diagnosticado alguna anomalía en el desarrollo del feto, y,
- (Grupo C) mujeres con embarazos gemelares normales.

En base a estos tres grupos de mujeres embarazadas, realizaríamos una exploración sistemática de sus representaciones mentales durante el embarazo, concretamente en el tercer trimestre de la gestación, utilizando un instrumento adecuado para ello, con el fin de establecer los patrones representacionales de cada grupo de gestantes, realizar las comparaciones posibles entre ellos, y poner a prueba nuestra hipótesis.

En síntesis, nos planteamos la siguiente hipótesis a comprobar:

1. Los perfiles o patrones representacionales de cada grupo de mujeres embarazadas serían específicos y diferenciables, según las condiciones particulares de la gestación en curso: embarazo único normal; embarazo con patología fetal; y embarazo gemelar normal.

Secundariamente, también decidimos incluir como objetivo, un interés común tanto del autor de este trabajo, como del equipo profesional del Hospital:

1. Reconocer la incidencia de las exploraciones ecográficas rutinarias que se practican a las mujeres embarazadas de los tres grupos en el establecimiento y construcción de sus representaciones durante la gestación.

Para alcanzar estos objetivos y verificar nuestra hipótesis de trabajo, tuvimos que planear detalladamente una metodología, un instrumento adecuado para recoger las representaciones maternas durante la gestación, determinar las características y requisitos para cada grupo de gestantes, un procedimiento a seguir, y un modo de manejar los datos obtenidos con el fin de lograr las comparaciones que nos interesaban. Todos estos elementos los detallaremos más adelante en el apartado correspondiente a la metodología.

A continuación exponemos el marco teórico que sustenta nuestras ideas.

Representaciones.

Dentro de todas las transformaciones y fenómenos que se producen en el proceso mediante el cual una *mujer deviene madre*¹, desde el deseo de concebir un bebé con su compañero, su gestación, hasta el parto y crianza, las vicisitudes que se observan en su mundo representacional, mental e interno, son al menos igual o más dramáticas y sorprendentes que aquellas transformaciones que sufre su cuerpo, rol social, estatus laboral, relación de pareja, y todos los cambios que habitualmente podemos observar directamente en una mujer que decide tener un hijo. En su interior no sólo se gesta otra vida, sino que también se gesta una reestructuración de su identidad como mujer, como futura madre de su bebé, como pareja de su compañero, como trabajadora, como hija de sus padres cuando era una niña, como hija de sus padres que ahora también será madre de su propio hijo/a y como un miembro más de la cadena trans e intergeneracional de su familia extensa y de la especie. También en paralelo a la gestación y desarrollo físico del feto en el vientre de una mujer embarazada, se desarrollarán en su mente variadas imágenes, esperanzas, temores y deseos sobre su futuro bebé, como hijo de ella y de su pareja, como nieto de sus propios padres, como individuo con su propio temperamento, carácter y apariencia, su porvenir en general, etc. Todos estos elementos, que en general podemos denominar como representaciones maternas, conjugados y combinados entre sí y con otros elementos (socioculturales) del proceso de ‘maternización’ (*‘mothering’* en inglés y *‘maternalité’* en francés) parecen constituir un fuerte predictor del tipo y calidad del vínculo que una madre tendrá con su bebé después del nacimiento. De aquí la relevancia de las representaciones maternas como tema de estudio, tanto para fines descriptivos como clínicos y preventivos, de las vicisitudes normales y patológicas de la interacción y vínculo temprano entre una madre y su bebé.

En términos generales utilizaremos la definición de representación mental propuesta por Sandler y Rosenblatt en 1991. “Por una parte, retomando el carácter más abstracto...la representación constituye una especie de esquema u organización construida sobre la base de múltiples impresiones y, por lo tanto, una estructura en el campo de la no-experiencia. Por otra parte, ella se refiere a los contenidos del campo de la experiencia, las imágenes y los demás fenómenos subjetivos, incluidos los sentimientos. De esta forma, los aspectos representacionales de la experiencia constituyen una red de conceptos e imágenes

¹ Aclaremos desde el principio que para efectos de este trabajo, cuando señalamos que una *mujer deviene madre*, nos referimos a sólo un aspecto de la identidad femenina. Para encontrar una excelente

durables del ‘yo’ y del otro, un mundo representacional que proporciona a la experiencia personal un esquema básico de referencia”. (Pola, 1999, p. 15).

Para abarcar tan extenso tema, proponemos en este apartado general, el siguiente esquema. Primero revisaremos las controversias teóricas que existen en la literatura en relación al tema general de las representaciones en el proceso de ‘maternización’. En segundo lugar revisamos las características particulares de las representaciones maternas, para terminar con la exposición de algunos factores específicos que influirían en la construcción y establecimiento de las representaciones maternas durante la gestación y que son de especial interés para este estudio, a saber, la incidencia de las pruebas ecográficas y las condiciones de salud del feto durante el embarazo.

Controversias.

El modo en que influyen las representaciones maternas sobre la conducta interactiva y vínculo futuro con el bebé que se está gestando, o viceversa, cómo medirlas o captarlas, en qué momento y en quién, cómo se originan, de qué están compuestas, cuál es su utilidad terapéutica y explicativa, etc., han sido algunas de las temáticas que se han abordado al respecto, no sin provocar cierta controversia y desencuentro teórico.

Una de las primeras cuestiones que históricamente han ocupado el interés de clínicos e investigadores en cuanto a las representaciones, es si es necesario o no abordarlas para comprender mejor el fenómeno de la interacción y vínculo temprano entre una madre y su bebé. Tradicionalmente el enfoque psicodinámico ha centrado su interés casi exclusivamente en los aspectos intrapsíquicos o mentales (representaciones) como determinantes fundamentales de cualquier intercambio humano, específicamente aquellos que se producen entre los progenitores (especialmente la madre) y futuro bebé, incluso desconsiderando en cierta medida los aspectos conductuales y observables de dichas interacciones. Paralelamente, desde el conductismo y la etología, se ha otorgado capital importancia a los aspectos conductuales y observables de la interacción, sin considerar mayormente ningún evento mental que transcurriera en los participantes. Afortunadamente tales divergencias, en general de origen epistemológico, se han ido abandonando desde hace varias décadas, en cuanto existe acuerdo general de que tanto los aspectos representacionales, así como los conductuales, son elementos indiscernibles del fenómeno de la interacción y vínculo temprano, como lo demuestran un gran cúmulo de

revisión de los aspectos socio-económico-religioso-culturales que determinan la identidad femenina como futura madre, remitirse a la obra de Joan Raphael-Leff (1995) o a Berbel y Pi-Sunyer (2001).

investigaciones (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; Ainsworth, 1979; Bowlby, 1983, 1985, 1986; Mitjavila, 1999, 1992, 1998; Brazelton y Cramer, 1993; Fonagy et al. 1993; Fonagy, 1996; Bennett et al., 1994; Negri, 1995; Maury et al., 1996; Bruschiweiler-Stern, 1997; Hinde, 1997; Stern, 1997; Fava Vizziello, Antonioli, Invernizzi y Calvo, 1998; Fonagy y Target, 1999; Nachman, 1998; Piontelli, 2002).

Una vez aceptada la importancia de los elementos intersubjetivos y fantaseados de la experiencia interactiva, paralelos a los eventos conductuales que pueden ser aprehendidos directamente por la observación, surgen otras preguntas y temáticas:

- *Cuál es el origen ontogenético de las representaciones.* La pregunta es básica e incluye posiciones aún controvertidas, que nos remiten al origen del mundo representacional de un ser humano desde su nacimiento. Por un lado, autores psicoanalíticos freudianos, aunque especialmente kleinianos, han postulado la existencia de *fantasías primarias* en todo ser humano, previas a cualquier experiencia, que de algún modo articulan todo el mundo representativo del bebé desde su nacimiento, y que determinarían el modo permanente de establecer relaciones con el mundo exterior en el futuro, partiendo de la relación prototípica con la madre. Estas fantasías originarias serían el resabio psíquico de toda la evolución de la especie, e incluyen la escena primitiva (coito fantaseado entre los progenitores), la seducción y la castración como temas fundamentales, en general toda la temática Edípica (amor, celos y exclusión) (Freud, 1995a; Klein, 1996). Con algunas elaboraciones adicionales, Bion (1967) propone también la existencia de *preconcepciones* en la mente del bebé, es decir, la expectativa innata de un objeto adecuado para la satisfacción de las pulsiones básicas (el pecho). Las preconcepciones serían elementos primitivos de la psique del lactante, y constituirían el sustrato básico de la capacidad del bebé para organizar mentalmente la experiencia con su madre, a través de los sucesivos encuentros con ella (placenteros o no). Por otro lado, diametralmente opuesto como lo señala y avala Stern (1997), existe la posición de que cualquier modelo mental en el bebé se origina secundariamente a la experiencia interactiva real o imaginada de estar con otra persona. En esta dirección, las representaciones mentales se consideran como una construcción psíquica derivada de la experiencia vivida y real, o imaginada y deseada, entre progenitor y bebé. El bebé no poseería ninguna fantasía primaria, sólo tendencias innatas dirigidas a vincularse con sus progenitores primarios, tendencias que no tendrían por qué estar representadas previamente a la experiencia interactiva real o imaginada. Tal perspectiva también ha sido recogida por algunos autores psicoanalíticos, especialmente

Fairbain, Balint, Kohut y Kernberg (en Kernberg, 1979) a través de sus ideas sobre la internalización de las relaciones objetales, donde destacan el valor determinante de la experiencia real con otro (la madre) en la estructuración intrapsíquica del bebé.

Dentro de esta misma controversia sobre el origen de las representaciones, también surge el problema de conceptualizar el modo en que se incorpora la experiencia. Siguiendo a Stern (1997), la experiencia subjetiva de estar con otra persona, no se incorporaría en un movimiento desde fuera hacia adentro, como tradicionalmente lo ha pensado el psicoanálisis, sino que más bien, se construiría un modelo desde dentro a partir de algunas propiedades innatas de la mente. Esto significa, que la mente del bebé posee la capacidad de representar el momento exacto, o el lapso de tiempo, en que ocurre una experiencia determinada, incluyendo no sólo todos los elementos aislados que la componen (afectos, actos, esquemas, etc.), sino que también todos sus elementos en forma integrada a la vez, como una unidad ('momento emergente'). La posibilidad de representar la experiencia como una unidad coherente, según el autor, es fruto de las 'propiedades emergentes de la mente'. Es decir, la mente del bebé es capaz de representar los elementos constitutivos de la experiencia y al mismo tiempo otorgarles cohesión, representándose a sí misma captando la experiencia. Esta última capacidad, la posibilidad de que la mente se represente a sí misma en un momento determinado junto con la experiencia real (por así decirlo, externa), favorecería que la experiencia quedara codificada, representada, en unidades coherentes, y no como un cúmulo de elementos aislados. Contrariamente, el modelo psicodinámico clásico plantea las cosas de manera diferente, en cuanto la experiencia se asimilaría a través de mecanismos introyectivos para incorporarse al sí-mismo ('self'). En este sentido el bebé iría incorporando la experiencia real con su madre, o mejor dicho, aspectos de su madre, imágenes de sí mismo y un afecto que los une, según el carácter placentero o displacentero del evento, consolidando paulatinamente su identidad (Kernberg, 1975; 1979).

- *Qué se representa o cuáles son los referentes básicos de las representaciones.* Como señalábamos arriba, para el psicoanálisis, o parte de este enfoque, lo que se incorpora vía introyección es el vínculo primario que se establece con la madre, integrándose paulatinamente en la propia estructura psíquica, principalmente en el 'yo', para finalmente constituir la identidad y el modelo de todo vínculo posterior. Hay autores que señalan que el vínculo temprano se va incorporando por partes, es decir, parcialmente, recogiendo solo aspectos de los objetos (personas), del sí-mismo y del tono afectivo

dominante al momento de la interacción, para ir integrándose en representaciones más completas y complejas en el transcurso del desarrollo (Kernberg, 1975; 1979). Otros autores plantean que el bebé internaliza no sólo momentos interactivos con su madre según su carácter placentero o displacentero, es decir, una madre ‘buena’ y una ‘mala’, sino que la capacidad misma de la madre para tramitar la experiencia. Esto último significa, en términos de Bion (1967), que el bebé incorpora tanto el ‘contenido’ como el ‘continente’, a saber, su experiencia, placentera o no, dotada de sentido por la elaboración mental de la madre. En este proceso, el bebé no sólo recibe la experiencia ya elaborada, sino que además va adquiriendo su propia capacidad para elaborar la experiencia (‘aparato para pensar’). Algo similar propone Fonagy (1996; 1999) cuando aborda el tema de la transmisión transgeneracional del vínculo afectivo, al referirse a la ‘función reflexiva’ o ‘mentalización’, es decir, al intercambio entre progenitores y bebé no sólo de un tipo de vínculo histórico relatado, sino de una función para estructurar la historia del vínculo en un estilo narrativo coherente.

Por otra parte, Stern (1997), propone que el referente básico de la representación, es el ‘momento emergente’, es decir “...una parte de experiencia subjetiva construida por la mente a medida que es vivida” (p. 121), y que estaría compuesto por sensaciones, afectos, acciones, estimulaciones, motivaciones, etc., provenientes de los sentidos, para dar lugar a diferentes modelos internos de la experiencia representada, a saber, modelos *sensoriomotores, perceptivos, conceptuales, guiones, figuras de sentimiento y envolturas protonarrativas*. Todos estos modelos particulares corresponden a los aspectos dispersos y aislados de la experiencia de estar con una persona, que además se integran simultáneamente en una red de modelos de orden superior ‘*de-estar-con*’. Ambos elementos, los aislados y las redes, constituirían en definitiva la experiencia representada global, una serie de microsucesos reales y cotidianos integrados en modelos mentales internos.

Donde sí existe cierto acuerdo entre los investigadores sobre los elementos constitutivos de las representaciones, es que por regla general, en su origen pertenecerían a la esfera de lo pre-verbal. Esto implica que sea cual fuese la naturaleza de lo representado, sus elementos básicos estarían organizados bajo una estructura pre-verbal, para ir integrándose con la aparición del lenguaje hablado en organizaciones superiores.

- *Cómo se articulan las representaciones y conducta interactiva.* Existen varios postulados al respecto provenientes del psicoanálisis y desde el contexto de la teoría del apego.

Autores como Winnicott (1975; 1981; 1988; Davis y Wallbridge, 1988) proponen que entre la unidad básica conformada por ‘madre-ambiente’ y bebé, se produce un intercambio intrapsíquico constante y paulatino, a través de los cuidados cotidianos que la madre otorga al lactante, que promueven el desarrollo gradual de la consciencia del bebé, es decir, de su capacidad para distinguir su propio ‘yo’ del ‘yo’ de otro. Este proceso, denominado personalización, transcurre desde la dependencia absoluta del bebé con su ambiente (período de omnipotencia), donde no existe diferenciación yo y ‘no-yo’, hasta una relativa independencia del bebé respecto de su madre donde ya existe tal diferenciación, pasando por fases intermedias (período de ilusión, fenómenos y objetos transicionales). Durante estas fases tempranas de relación, la madre ‘suficientemente buena’ es capaz de aceptar y promover la omnipotencia del lactante, para gradualmente presentarle el mundo externo a partir de una gradual frustración de la omnipotencia original, proceso que concluye, al menos teóricamente, cuando el bebé es capaz de distinguir su propio yo del yo de la madre como entidades diferentes con sus propios deseos y necesidades. Gracias a la ‘preocupación materna primaria’, una especie de estado psíquico en la madre que precede al alumbramiento y perdura unas pocas semanas después de este, madre y bebé se entrelazan en un vínculo intenso, donde la madre es capaz de comprender los estados y necesidades de su bebé promoviendo su desarrollo como individuo. Esta comunicación temprana estaría vehiculizada por el contacto cotidiano entre madre y bebé, y resultaría imprescindible para que el bebé vaya construyendo su propia identidad diferente a la de la madre. En concreto, la madre a partir de su particular estado psíquico y total devoción es capaz de proveer los cuidados adecuados a su bebé, contribuyendo en el camino a consolidar las primeras ‘posesiones no-yo’ del lactante, es decir, su propio mundo representacional diferente al de la madre.

Bion (1967) también propone un modelo para conceptualizar el modo en que se articulan las representaciones con la conducta interactiva. Supone que la madre, también en un estado psíquico particular que denomina ‘rêverie’ (ensoñación), es capaz de captar las necesidades y ansiedades del bebé, quien las transmite precisamente a través de su comportamiento, vehiculizadas por el fenómeno de la ‘identificación proyectiva’. Contrariamente a lo que señala Stern (1997), la identificación proyectiva no sería ningún proceso mágico, sino que un modo primario de comunicación entre madre y bebé, donde

ambos son capaces de intercambiar elementos psíquicos con clara función comunicativa. El bebé transmite sus estados internos, particularmente aquellos que no logra procesar y que sobrepasan su tolerancia, a través de comportamientos bien concretos, a saber, llanto, inquietud psicomotora, etc., que la madre recibe en un estado de ensoñación para procesarlos, pensarlos y nombrarlos, devolviéndolos como experiencia tolerable vía contención. En el proceso no sólo se transmiten contenidos psíquicos sino que también la propia función materna para pensar la experiencia (nombrarla). Así, el bebé va adquiriendo y construyendo su propio ‘aparato para pensar los pensamientos’, función esencial para constituir un mundo psíquico diferente del de su madre, y para ‘aprender de la experiencia’.

Otros autores, seguidores de la teoría del apego de Bowlby (Ammaniti, 1991; Fonagy et al., 1993; Fonagy, 1996; Halfon, Pierrehumbert, Chouchena y Bader, 1997; Crandell, Fitzgerald y Whipple, 1997; Fonagy y Target, 1999; Fonagy, 1999), proponen que el proceso mediante el cual la madre transmite un tipo de vínculo (representado y actuado) al bebé, se basa fundamentalmente en la posibilidad de haber experimentado un vínculo ‘seguro’ con sus progenitores, y sólo en esa medida, proveer al propio bebé de un vínculo del mismo tipo. Estas hipótesis se han demostrado contundentemente en múltiples investigaciones, que tienen en común la utilización de la ‘Entrevista para el Apego Adulto’ (Adult Attachment Interview) que evalúa la calidad del vínculo vivido por adultos (sean padres o no) con sus propios padres a través de la estructura narrativa que pueden organizar sobre sus progenitores; y la utilización del paradigma experimental de la ‘Situación Extraña’ para evaluar los modelos mentales del bebé respecto a su madre en términos de la teoría del apego. Bajo estas valoraciones, se ha llegado a establecer una fuerte asociación entre la calidad del vínculo narrado por los adultos con sus progenitores y su capacidad para proveer a su bebé de un vínculo de la misma calidad al año de vida. De manera más especulativa se plantea que los padres transmiten al bebé una función para captar las representaciones propias y las de los otros, es decir, una capacidad para considerar que el propio yo, y el de los demás, posee intenciones, deseos y expectativas. Esta función, que Fonagy y colaboradores (Fonagy et al., 1993; 1996; 1999) denominan ‘*reflexiva*’, se transmitiría de generación en generación a través del establecimiento del vínculo entre padres y bebé. Contrariamente, en ciertas situaciones, en concreto cuando los adultos han establecido mentalmente un vínculo deficiente con sus propios progenitores, que se manifiesta en una estructura narrativa particular (por ejemplo desorganizada o incoherente) son incapaces de proveer a su bebé de un vínculo seguro. Esto implicaría, en

términos de los autores, que los padres a través de la interacción cotidiana con su bebé, le reflejarían, por ejemplo, que sus estados mentales serían inexistentes, peligrosos o exagerados. En definitiva, el vínculo entre padres y bebé estaría vehiculizado no sólo por las interacciones cotidianas y reales, sino que además, por el reflejo (en términos especulares) que la madre debe aportar a las conductas del bebé. En este sentido la madre actuaría como un espejo para su bebé, no sólo en términos de sintonizar su conducta con la del bebé, sino que fundamentalmente, reflejándole que sus estados mentales están cargados de intencionalidad, deseos y expectativas. Esto será posible solamente si los progenitores han logrado elaborar e integrar mentalmente (representativamente) un vínculo seguro con sus propios padres, y en esta medida, desarrollado una función reflexiva para transmitir a su propio bebé. Este modelo para abordar el tema de las representaciones mentales y su influencia en la interacción temprana ha sido clasificado por Stern (1991; 1997) como el ‘modelo de la coherencia narrativa’, y en general ha sido utilizado como una de las puertas de entrada para realizar intervenciones terapéuticas a nivel de la díada.

Para Stern (1991; 1997), las representaciones, especialmente las de la madre, tienen gran influencia sobre las interacciones reales que establecen madre y bebé. La vía de tal influencia según el autor es primaria y fundamentalmente la interacción misma, es decir, sólo a través de un comportamiento interactivo es posible que el bebé capte los elementos representacionales de la madre, y al mismo tiempo, solamente a partir de la conducta manifiesta será posible discernir que modelo mental está activo durante la interacción en un momento dado. En esta dirección, Stern postula que las conductas que la madre despliega durante un momento de interacción están gobernadas por un modelo ‘de-estar-con’, es decir, una red interna de modelos cuyos referentes son diferentes experiencias interactivas pasadas de la madre con su hijo, con sus padres, especialmente con su propia madre, consigo misma como madre y como mujer, de su marido como esposo y hombre, etc. Estos modelos se activarían selectivamente de acuerdo al momento particular de la interacción, o activarían un tipo específico de contacto. Esto significa que la conducta misma en determinado momento puede activar ciertos modelos de-estar-con, o viceversa, es decir, algún modelo mental podría activar o desactivar un tipo particular de interacción. El autor también plantea que tanto conducta como representación pueden activarse o desactivarse recíprocamente a nivel consciente y/o inconsciente, siendo sumamente difícil para el observador determinar cómo se establece su dinámica en un momento particular. Lo único que podría establecerse con mayor seguridad es que tanto conducta como modelo mental se interrelacionarían de acuerdo al contexto presente de la interacción, y no sólo a

partir de los posibles complejos o temas conflictivos dominantes en la mente de la madre como lo ha postulado clásicamente el psicoanálisis.

- *Cómo es posible evaluar las representaciones.* Existen varias alternativas que han surgido de los diferentes enfoques teórico-técnicos que intentan abordar este problema en particular. Tradicionalmente el psicoanálisis ha utilizado como método para captar y aprehender cualquier proceso y contenido psíquico la técnica de la ‘asociación libre’ (Freud, 1988c), que consiste en ir encadenando contenidos psíquicos, ya sean representaciones, recuerdos, o fantasías, desde una situación vital concreta (acontecimiento vivido, un sueño, un recuerdo, un afecto presente) hasta su origen histórico, sea real o fantaseado. El proceso abarca y requiere de que el sujeto exponga verbalmente todas las asociaciones que le vengan a la mente, incluidos los recuerdos, los afectos, los acontecimientos, etc., independientemente que se asocien directamente con el suceso que las ha generado. En este sentido, el sujeto es estimulado (la madre), casi siempre dentro del encuadre psicoanalítico, a expresar todas las cadenas asociativas que se le pasen por la mente, por muy remotas o desconectadas que parezcan, bajo la suposición de que emergerán los temas conflictivos centrales que estarían determinando la relación actual entre madre y bebé (feto).

En el contexto que nos interesa, es decir, las representaciones durante el tercer trimestre de la gestación, el método propuesto por el psicoanálisis es el mismo, es decir, entrevistar a la madre para que exprese todos los contenidos mentales que le sean accesibles según el tipo de interacción que mantiene con su bebé. Así lo han implementado algunos autores psicoanalíticos como S. Fraiberg (1980 en Stern, 1997), B. Cramer (1988 en Stern, 1997; Brazelton y Cramer, 1993), J. Raphael-Leff (1995) y M. Bydlowski (1998) en su intento de discernir las representaciones maternas durante la situación analítica en sí, o en grupos de discusión.

También son destacables las aportaciones de E. Bick (en Tizón, 1991) en relación a la observación de bebés, y de las representaciones parentales. La técnica desarrollada por la autora consiste en una observación directa, semanal, del bebé en su ambiente cotidiano durante un período más o menos prolongado de tiempo (desde el primer al segundo año de vida del lactante). La observación se realiza en contexto natural, con escasa participación del observador, bajo un encuadre de neutralidad, similar al psicoanalítico propio de la cura clásica. Posteriormente a la recogida de datos, el observador asiste a unas sesiones de supervisión grupal, también de frecuencia semanal, donde se discute lo observado con los

demás participantes y con el supervisor, con el objetivo de profundizar las observaciones bajo el punto de vista psicoanalítico. Secundariamente, se ayuda al observador a tramitar las ansiedades generadas por la situación de observación. En este contexto, el material que aporta la observación incluye todos los elementos vivenciales y observables de las relaciones entre el bebé y sus padres (o sustitutos), a saber, ansiedades, fantasías y defensas. De este modo, a través de este tipo de observación, es posible captar el mundo representacional de todos los miembros de la situación, incluido el observador, con variados fines, a saber, terapéuticos, docentes, y de investigación.

Una de las derivaciones más estructuradas del método de la asociación libre, específicamente diseñado para captar las representaciones maternas respecto a la interacción con el bebé, desarrollado por Stern y colaboradores (Stern et al., 1989) denominado ‘Entrevista R’, consiste en una exploración guiada de las representaciones de la madre en relación a varios temas, a saber: pasado y presente del bebé, de ella misma como madre, de su propia madre, semejanzas del bebé con el resto de la familia, la valoración que hace la madre de su historia y del su presente en relación con la maternidad, los afectos ligados a las representaciones, deseos y temores respecto al bebé y a sí misma, autoestima y otros. Este método supone que todo el pasado relacional de la madre influiría en el modo en que establece las interacciones presentes con su bebé, por tanto al consignarlas de un modo estructurado sería posible captarlas para posteriormente modificarlas con fines terapéuticos. Se diferencia del método tradicional de la asociación libre porque puede aplicarse en diversos contextos, no sólo en situación analítica, además de ser susceptible de codificación y sistematización cuantitativa con fines de investigación. Este método para evaluar las representaciones maternas sobre el bebé, es clasificada por Stern (1991; 1997) dentro del modelo de los ‘temas dominantes’.

A partir del trabajo de Daniel Stern, Arietta Slade y Charles Zeanah se desarrolló la “Entrevista para las representaciones maternas durante la gestación” (IRMAG), cuyo principal objetivo es la exploración de las representaciones maternas en una mujer que se enfrenta a la maternidad, como persona y futura madre, pero también respecto de su pareja y familia de origen. Se trata de una entrevista semi-estructurada (41 ítems), que se administraría preferiblemente entre la 28 y la 32 semanas de gestación, aproximadamente al séptimo mes del embarazo. La entrevista intenta explorar los siguientes dominios: (a) el deseo de ser madre dentro de la historia personal de la mujer y dentro de su historia de pareja; (b) las emociones personales, de la pareja y de la familia respecto al anuncio del embarazo; (c) las emociones y los cambios en el curso del embarazo dentro de la vida

personal, de pareja y dentro de la relación con su propia madre; (d) las percepciones, emociones y las fantasías relativas al ‘bebé interno’; (e) las expectativas futuras a propósito de las características del ‘yo’ en tanto que futura madre y de las características del bebé; y, (f) la perspectiva histórica de la futura madre en relación a su rol presente y pasado como hija (Candelori, 1999).

También dentro del contexto psicoanalítico se encuentran los métodos para evaluar las representaciones de la madre sobre su propia madre-como-madre cuando era una niña pequeña. La ‘Entrevista para el Apego Adulto’ (Adult Attachment Interview) desarrollada por Main y Goldwyn (1984-1996) ha sido una de las técnicas más utilizadas en esta dirección, y consiste básicamente en evaluar la coherencia narrativa del relato que es capaz de organizar la madre (o futura madre) sobre su propia madre cuando ella era una niña. La “...coherencia (del relato), su comprensibilidad, su continuidad, su congruencia, su plausibilidad y equilibrio afectivo...” (Stern, 1997, p. 50) poseerían un valor predictivo sobre la capacidad de la madre para proveer un vínculo seguro a su propio hijo al año de edad, más que la ‘verdad histórica’, es decir, de lo realmente vivido con su propia madre. Esto implicaría que por sobre la experiencia vivida en la infancia por la madre, sea traumática, deficitaria o no, existiría la posibilidad de organizar un relato coherente sobre su pasado vincular, lo que le permitiría aportar a su propio bebé un apego seguro. A partir de estos hallazgos otros autores, como señalábamos arriba, han postulado que la capacidad para organizar una estructura narrativa coherente sería lo que se transmitiría de generación en generación entre padres e hijos, más que un pasado conflictivo o deficitario. La transmisión de esta capacidad sólo sería posible en el marco de un vínculo seguro.

Por último, Stern colaboradores (Bennett et al., 1994; Stern, 1997; Nachman, 1998) también han propuesto un método para evaluar las representaciones maternas en un momento dado de interacción. Se denomina ‘Entrevista microanalítica’, y consiste en explorar las representaciones maternas que están activas en un momento emergente de interacción. Intenta discernir entre las representaciones activadas por la interacción de aquellas activadas por la entrevista misma, así como la cercanía de tales representaciones respecto al yo de la madre o del bebé. La exploración de las representaciones se realiza en una entrevista personal, poco estructurada, pero con la explícita intención de abordar principalmente las representaciones ligadas al momento presente, intentando no estimular las cadenas asociativas con otros aspectos pasados ni futuros de la interacción. Para ello, la interacción presente entre madre y bebé es descompuesta por la madre, con ayuda del entrevistador, en las escenas más irreductibles posibles para posteriormente ir detallando lo

que la madre pensaba y sentía en cada una de ellas. Como resultado es posible obtener una serie de representaciones activadas, o modelos de-estar-con, ligadas a momentos muy precisos de una interacción determinada, a la vez que puede apreciarse cómo éstas cambian y se entrelazan con la conducta manifiesta en períodos muy breves de tiempo. Este método, según uno de sus creadores (Stern, 1997), además de la posibilidad que nos brinda para estudiar las representaciones maternas, posee gran utilidad psicoterapéutica en cuanto es posible observar *in situ* la dinámica particular entre representaciones y conducta interactiva de en una díada determinada.

- *Cuándo evaluar las representaciones y cómo evolucionan en el tiempo.* Existe un cierto acuerdo, avalado por investigación sistemática, que sugiere que las representaciones, específicamente las maternas, presentan una evolución determinada desde el embarazo, pasando por el parto, hasta el primer año después del alumbramiento. Según parte de la investigación sobre el tema (Stern, 1997; Gauthier, 1998; García-Dié, 1999) las representaciones de la madre sufrirían algunas variaciones en cuanto riqueza y especificidad en el transcurso del embarazo y a los meses después de este. Por ejemplo, hasta el cuarto mes de embarazo parece producirse un vacío en las representaciones maternas respecto al futuro hijo, que rápidamente se reactivan con el inicio de la actividad fetal intrauterina hasta el séptimo mes ganando en riqueza y especificidad, en un proceso creciente de morfogénesis del bebé representado (Ammaniti, 1991; Fava Vizziello, Antonioli, Cocci y Invernizzi, 1992; Fava Vizziello, Bianchi y Maestro, 1994; Piontelli, 2002). También existe acuerdo general de que aproximadamente a partir del séptimo mes de embarazo hasta el noveno, se produce un descenso relativo en la calidad y cantidad de representaciones maternas sobre el futuro bebé. Al parecer, en este período, “...las madres protegen intuitivamente al futuro bebé, y a sí mismas, de una discordancia potencial entre el bebé real y un bebé representado con demasiada especificidad” (Stern, 1997, p. 33). Así, la madre se prepara para encontrarse con su bebé real en el parto y todas sus características más o menos objetivas. A partir del alumbramiento, la madre construirá representaciones basadas en las características temperamentales y propias del género de su bebé, relativizando las que ya había construido durante todo el embarazo. Incluso, hay autores, como Bydlowski y Soulé, (en Dayan, 1997; Rosenblum, 1997; Bydlowski, 2000) que señalan que en este momento, la recién estrenada madre deberá hacer una especie de duelo por la pérdida de su ‘hijo imaginario y fantaseado’ para dar paso al hijo real. Cursos similares siguen las representaciones de la madre respecto a su propia madre, a sí misma

como madre y mujer, y a su pareja como esposo y hombre. El establecimiento de las curvas evolutivas que experimentan las representaciones maternas durante el embarazo y después del parto serán de gran utilidad para poder efectuar diagnósticos sobre el estado de la interacción real o imaginada entre madre y bebé en un momento del desarrollo (o gestación) determinado, así como para comparar lo que ocurre en casos excepcionales, como en la eventualidad de un parto prematuro, o como en el caso de bebés que nacen con anomalías físicas o trastornos neurológicos, y el correlato en las representaciones maternas activas en tal situación. La discordancia que se pueda establecer entre las representaciones relativamente pobres e inespecíficas que presenta la madre al octavo o noveno mes de embarazo respecto a su futuro hijo, en el caso de que su bebé sea prematuro (que nazca al octavo mes, por ejemplo), explicarían la dificultad que experimentan madre y bebé para sincronizar sus comportamientos interactivos (Stern, 1997).

Encontramos algunos trabajos (Raphael-Leff, 1995; Manzano, 1996; Palacio-Espasa, 1996; Bydlowski, 1998, 2000; Gauthier, 1998) que describen un estado emocional global de las mujeres encinta, que haría posible la indagación de contenidos mentales inconscientes que habitualmente estarían sometidos a estricto control y censura. Estos estados, denominados ‘transparencia psíquica’, ‘permeabilidad del inconsciente’ y/o ‘inconsciente a flor de piel’ se observarían exclusivamente en mujeres embarazadas y estarían más o menos activos desde el conocimiento del embarazo hasta varias semanas después del nacimiento del bebé. Según Bydlowski, en este estado, que equipara a la ‘crisis madurativa del desarrollo en la adolescencia’, la mujer encinta es capaz de reportar contenidos que habitualmente serían inconscientes, fundamentalmente relacionados con las temáticas de su propia identidad femenina y especialmente aquellos relacionados con su propia historia de haber sido y ser (en caso de que la madre aún esté viva) hija de su madre, es decir, concernientes a la temática edípica. En palabras de Joan Raphael-Leff, la permeabilidad del inconsciente de una mujer embarazada permitiría explorar no sólo todo su historial relacional cuando ella era hija de sus padres, sino que además, todo su mundo fantasmático en relación al lugar en que se ubicará su futuro bebé dentro de su proyecto de madre y familia. Para ambas autoras, este período es de especial fecundidad para detectar posibles complicaciones en el vínculo futuro que cada madre establecerá con su bebé, tiempo para prevenir y curar.

Interesante parece la conceptualización del período de gestación de una mujer como una crisis del desarrollo (Manzano, 1996). Esto implica, que como en toda crisis maduracional, se esperarían una reelaboración de la identidad para dar paso a una nueva,

momento de especial susceptibilidad como para abordar conflictivas y ansiedades secretamente guardadas que podrían perturbar el desarrollo armonioso de la relación entre una madre y su bebé.

Por otro lado, aunque en esta misma dirección, existen varios postulados que señalan que la madre desde unas semanas antes del parto, hasta otras pocas después, entra en un estado psíquico particular, que pareciera promover su ajuste casi total al nuevo bebé. Desde diversas epistemologías y marcos conceptuales, estos estados han sido denominados como ‘preocupación materna primaria’ (Winnicott, 1981), ‘rêverie’ (Bion, 1967), o ‘constelación maternal’ (Stern, 1997), denotando un particular estado psíquico de la madre que la capacita para dedicarse exclusivamente a su bebé, y que debe considerarse al momento de intentar evaluar sus representaciones y su estado mental en general, porque en apariencia aparecerían como un estado emocional patológico.

Como se puede apreciar, el tema de las representaciones maternas durante la gestación, como terreno predictor de la futura interacción y vínculo temprano entre una madre y su bebé, aparece como un ámbito sumamente amplio y lleno de controversias científicas. Para alcanzar los objetivos de esta investigación tomaremos todos aquellos aspectos que nos resulten útiles sin considerar mayormente sus orígenes epistemológicos, centrándonos exclusivamente en el mundo representacional de la madre, dejando pendiente para otra ocasión el abordaje también fascinante del mundo representacional del padre y del bebé, así como también los aspectos representacionales y fantasmáticos presentes en la interacción precoz entre una madre y su bebé después del nacimiento.

Representaciones maternas.

Revisando la literatura que aborda directamente el tema de las representaciones maternas, como ya hemos vislumbrado arriba, nos encontramos con multitud de modelos para conceptualizarlas, describirlas, en definitiva definir las y acotarlas conceptualmente para poder estudiarlas.

Lebovici (en Gauthier, 1998), uno de los autores más prolíficos en cuanto al estudio de la vida fantasmática de la madre y de los primeros vínculos en la díada primordial, propone una diferenciación básica para comprender mejor tales fenómenos: el ‘hijo imaginario’ como todas las fantasías pre-conscientes que la madre elabora en torno a su futuro bebé durante períodos de ensoñación diurna; el ‘hijo fantasmático’, es decir, el bebé del deseo propiamente inconsciente de origen pre-edípico; el ‘hijo narcisístico’ como el representante carnal del narcisismo de los padres; y el ‘hijo mítico’, aquel que representaría todo el acervo cultural de la familia y de la sociedad en general, aquel que portará el mandato transgeneracional. A partir de estos conjuntos de fantasías, se podría discernir el tipo de ‘interacción fantasmática’ que guiará el vínculo futuro de una madre y su bebé, ya desde las primeras semanas de gestación y que se transmitirá de generación en generación dentro de esa familia en particular.

Otros autores, fundamentalmente de círculos franco-parlantes y fuerte tradición psicoanalítica, consideran que lo central del tema de las representaciones maternas giraría especialmente y casi exclusivamente en torno a las fantasías de una mujer embarazada sobre su propia madre, y las vicisitudes normales o patológicas de tal vínculo histórico. Así lo señala Monique Bydlowski (1998, 2000) en su trabajo sobre la ‘Transparencia psíquica de la mujer encinta’, donde destaca que los contenidos que tienden a emerger desde lo más inconsciente de una mujer embarazada son aquellos relacionados con su vivencia edípica, particularmente con su madre, y el deseo de un hijo como forma de acceder a la feminidad envidiada de la madre. Paradojalmente, según la autora, la mujer encinta tiende a ocultar las fantasías que mantiene sobre su futuro bebé, siendo mucho más prominentes y accesibles aquellas que se asocian al período de su vida en que ella misma era hija de su propia madre.

Algo similar, aunque con el acento puesto en el hijo imaginario y su morfogénesis, proponen Soulé (1999) y Missonnier (1998). Señalan que cada pequeña niña, desde los primeros estadios del complejo de Edipo, se ve sometida a la necesidad de crear un hijo imaginario, fruto de su deseo de tener un bebé propio, en respuesta a las ansiedades edípicas de exclusión y para obtener el amor, por identificación, de su propia madre. Según

los autores, la posibilidad de establecer este hijo imaginario, permitirá a la pequeña niña entrar al período de latencia y en cierta medida desconflictualizar la dinámica edípica. Le permitirá también ingresar en el juego simbólico, en la cultura, a decir de Winnicott (1988), en el ‘período transicional’ y experimentar por primera vez en una realidad intermedia con su propio bebé real (las muñecas y muñecos). Hasta la adolescencia toda esta dinámica se mantendría más o menos estable, hasta la irrupción crítica de la madurez sexual donde se reactivarían todas las fantasías relacionadas con el hijo imaginario, esta vez acompañadas de la posibilidad real de concebir un bebé propio. Durante la gestación, la mujer embarazada irá enriqueciendo y matizando su hijo imaginario a partir de ciertos elementos de realidad como la imagen ecográfica y la movilidad fetal, y la irrupción de contenidos inconscientes profundos que dado su estado rebotarán de manera extraordinaria, especialmente aquellos relacionados con su figura materna infantil. Todos estos elementos se conjugarán más o menos dramáticamente después del parto y primeros años de crianza del recién nacido. A todo este proceso, de generación de las representaciones de un hijo imaginario durante la más tierna niñez, la latencia y juego simbólico con muñecas, el resurgimiento del deseo de un bebé plausible en la adolescencia, concepción, gestación, nacimiento de un bebé y posterior crianza, es lo que Missonnier (1998) denomina proceso de Parentalización (*‘Parentalité’*), equiparable con ciertos matices tanto a una mujer como al varón.

Autores del grupo de Ginebra, como Juan Manzano, Francisco Palacio-Espasa y Bertrand Cramer (Manzano, 1996) plantean un modelo para comprender el origen y desarrollo de las representaciones maternas y sus relaciones con el vínculo temprano entre una madre y su bebé, con fines principalmente psicoterapéuticos. Básicamente señalan que las representaciones maternas se construyen sobre las primitivas e innatas fantasías inconscientes que porta todo ser humano desde su nacimiento, tal como lo apunta Melanie Klein (1996; Segal, 1991), definiendo tales fantasías originarias como ‘las representantes psíquicas de la pulsión y el deseo’. Es así, según los autores, que durante todo el proceso mediante el cual una mujer deviene madre (que comienza como hija de su propia madre), se configura en base a estas fantasías inconscientes una ‘interacción fantaseada (o fantasmática)’ con el proyecto de bebé, el feto y el recién nacido según el período de desarrollo en que se encuentre la mujer, a saber, como adolescente que puede concebir un bebé propio y debe abandonar el vínculo infantil con sus propios padres, como gestante de su bebé y como recién estrenada madre durante los primeros años de crianza. Desde el nacimiento el recién nacido también aportará a la ‘interacción fantaseada (o fantasmática)’

con su madre (y sus padres en general), en particular con su comportamiento interactivo y competencia, e incipiente emocionalidad, especialmente a través mecanismos defensivos primarios como la identificación proyectiva e introyectiva. A partir de las vicisitudes y características de la interacción real y fantasmática que establezcan madre y bebé (o bebé-madre-padre y terapeuta) se podrán vislumbrar las perturbaciones del vínculo precoz, y del mismo modo encontrar una salida terapéutica a tal conflictiva. De este modo, los autores protocolizan un tipo de intervención breve para enfrentar las perturbaciones precoces del vínculo padres-bebé.

Por último, siguiendo a Daniel Stern (1983, 1991, 1996, 1997), uno de los autores que más esfuerzos ha dedicado a la comprensión del vínculo temprano y todos sus componentes, encontramos una excelente descripción y esquematización de las representaciones maternas en juego durante el proceso en que una mujer deviene madre y los albores del vínculo con su bebé.

En primer lugar una advertencia a nivel epistemológico. Para Stern, como lo hemos mencionado en el apartado dedicado a las controversias teóricas en relación a las representaciones mentales en general, todo modelo mental en la madre, padre y/o bebé, se origina en la experiencia interactiva real o imaginada. Nada de fantasías primarias, ni pulsiones, ni deseos representados de manera innata, es la realidad la que moldea la mente a través de la experiencia interactiva de estar-con-alguien, o imaginarlo. En palabras del mismo autor: ‘...je préfère dire que les enfants ne sont pas, en fait, tellement créateurs mais très intelligents, très habiles et que ce qui est créateur, créatif, c’est la réalité’ [‘...yo prefiero decir que los niños no son, de hecho, muy creativos, aunque muy inteligentes y hábiles, lo que es creador, creativo, es la realidad’].(Stern, 1996 p. 40). En este sentido lo que se representa en la mente de la madre son una serie de modelos de estar-con-otra persona, los cuales tienen su origen en todo el historial vincular real y/o imaginada de esa madre en particular con todos sus *otros* significativos. Cuando el autor habla sobre una interacción imaginada como referente de un modelo de estar-con-otro, quiere decir algo muy diferente a lo que ya hemos visto en otros apartados con el término ‘interacción fantaseada o fantasmática’. Stern concibe una interacción imaginada, como una anticipación plausible de una interacción futura en base a la experiencia interactiva real vivida en el pasado. Muy diferente es el rol y definición de una ‘interacción fantaseada’ en tanto se origina en fantasías y conflictos intrapsíquicos primitivos y tiende a teñir o volcarse sobre la interacción que se establecerá entre dos personas en lo vivido y real.

Hechas las advertencias, podemos ahora exponer el esquema de Stern respecto a los tipos de representaciones que determinarán y modularán el vínculo precoz entre una madre y su bebé (Stern, 1997).

Sobre el bebé (feto).

La mujer que deviene madre irá articulando en su mente diversas representaciones sobre su futuro bebé. Desde incluso antes de la concepción, ya irá formándose una imagen física de su bebé, partiendo por su sexo, su apariencia, rasgos, nivel de actividad y su parecido a los miembros de la familia. Incluso lo nombrará, incluyéndolo, en muchos casos, en la genealogía familiar extensa. Paralelamente imaginará las posibles características temperamentales y de personalidad, lo calificará como ‘un buen bebé’ o como ‘demasiado inquieto’, etc. También lo ubicará dentro de la tipología caractereológica de su familia, como una mezcla de personalidades o una en particular: ‘será igual que su abuelo, igual de testarudo’.

¿En base a qué referentes una mujer embarazada puede atribuir características físicas y temperamentales a su futuro bebé? Para muchos autores, como lo hemos señalado, esto es posible por la presencia de fantasías muy arcaicas sobre el ‘bebé imaginario’ y ‘bebé fantasmático’ (Soulé, Gourand, Missonnier y Soubieux, 1999). Otros como Stern, como el resultado de la activación de diversos modelos de estar-con-un bebé en la mente de la madre. Pero también encontramos otros autores, especialmente Zeanah (Zeanah, Carr y Wolk, 1990; Stern, 1997) que han considerado y evaluado la posibilidad de que la motilidad y actividad fetal sean los referente de tales representaciones maternas. En su estudio, donde evalúan la percepción de la motilidad fetal a las 31-32 semanas de gestación por parte de ambos progenitores, comparadas con medidas más objetivas de actividad motora del feto (con ecografías en directo), concluyen que no existiría mayor relación entre ambas valoraciones. En cambio sí observan que las parejas pueden evaluar ciertas características temperamentales del feto que nacerá (activo-pasivo; fácil-difícil), de forma mucho más precisa, de acuerdo a las características de personalidad de los padres (especialmente sus grados de ansiedad) y el grado de apego prenatal que exista entre los progenitores y el futuro bebé. Así, los padres más ansiosos definen a sus bebés como más inquietos y difíciles, y aquellos que demuestran un mayor apego a su futuro bebé, parecen lograr descripciones temperamentales más precisas de sus bebés.

Pioneros aquí en España son los trabajos que se están realizando en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, Unidad de ecografías y Medicina fetal del Hospital Vall

d'Hebron, Barcelona, sobre el impacto de la ecografía obstétrica en la construcción del bebé imaginado en la mujer embarazada (Ridaura, Pi-Sunyer, Carreras, Gratacos, Galindo, García, Martínez de la Riva y Cabero, 2002).

Otro grupo de investigaciones, fundamentalmente asociadas a la observación *in situ* de las pruebas ecográficas rutinarias que le son practicadas a la mujer embarazada, también arrojan algunas respuestas sobre el modo en que las futuras madres (y padres) estructuran un bebé imaginado en su mente. De especial interés nos resultan los trabajos de las doctoras Alessandra Piontelli (2002) y Romana Negri (1995), en que realizan el seguimiento de varias mujeres embarazadas durante prácticamente la totalidad de la gestación en curso y los dos primeros años de vida del bebé gestado. Observan en directo gran parte de las pruebas ecográficas practicadas durante el embarazo y su relación con las características particulares del vínculo entre cada madre y su bebé después del nacimiento. Ambas autoras plantean una cierta continuidad del comportamiento del feto durante su vida intrauterina y su conducta después del nacimiento, y cómo aquello es determinado en parte, y también determinará, el vínculo observado entre esa madre y su bebé ya nacido. Dentro de la amplia variabilidad de posibilidades, en ambos estudios, se concluye de manera tentativa, que el impacto del comportamiento fetal en la estructuración del bebé imaginado por la madre, y al revés, las representaciones y actitudes de la madre durante el embarazo hacia su futuro bebé, presentan una compleja interrelación, donde cada elemento determina al otro de acuerdo a circunstancias extremadamente particulares. Por ahora dejaremos en suspenso los demás asuntos relacionados con las ecografías y su rol en la estructuración de las representaciones mentales de la madre, porque dedicaremos un apartado entero para ello. Solo adelantamos que las ecografías (y ecografistas) tendrán una capital incidencia en el proceso en que una madre representa a su bebé, especialmente en aquellos casos que se detecta una anomalía en desarrollo o anatomía del feto.

Sobre sí misma.

La tarea a que se enfrenta una mujer que deviene madre es impresionante y sorprendente desde todo punto de vista. ¿Qué ocurre con su identidad si su cuerpo se transfigura en algo nunca antes experimentado? ¿Y su 'unicidad', si ahora se confirma que en su interior existe otro? ¿Que pasa entonces ahora que se transformará en madre de su propio hijo, y sus propios padres, y su rol en la familia extensa? ¿Y su pareja? ¿Y si tiene ya otros hijos? ¿Qué hará con su actividad laboral? Las preguntas podrían extenderse demasiado porque nos encontramos con una de las transformaciones, re-definiciones o

reestructuraciones más importantes dentro de las muchas que vive una mujer cualquiera, de una persona en general.

La idea sola de concebir un bebé propio, ya conlleva la decisión de transformarse o adquirir nuevos roles personales, sociales y filogenéticos. El *status quo* de la identidad tendrá que someterse a una reelaboración más o menos profunda, partiendo del cuerpo, en general, base primordial de la identidad. Como en casi todo, no estaría de más advertir que la variabilidad de las vicisitudes que experimentan las mujeres embarazadas, partiendo por su deseo de embarazarse, con quién, de qué familia proviene, en qué situación socioeconómica se encuentra, en qué período de desarrollo, en qué cultura, religión, etc., son realmente enormes, tantas como mujeres embarazadas (Raphael-Leff, 1995; Piontelli, 2002).

La mujer que deviene madre ya comienza a percibir cambios en su cuerpo desde muy temprano después de la concepción, cambios que la empujan a redefinirse en una serie de ámbitos. Por de pronto sus percepciones y representaciones sobre sí misma comienzan a cambiar, desde mujer a madre de su propio hijo, como pareja de su compañero, como trabajadora, amiga de sus amigos, hija de sus propios padres, nieta de sus abuelos, etc. Estos cambios serán dramáticos especialmente cuando ocurra el primer embarazo a término, o aquellos que progresen lo suficiente como para que comiencen los evidentes cambios en el cuerpo materno, y sobretodo, cuando se inicie o se perciba la actividad fetal (al cuarto mes el primíparas).

También se gestarán cambios importantes a nivel social, dependiendo de la condición socioeconómica en que viva la pareja y familia extensa; dentro de la familia de origen, es decir como hija que ahora también es madre; y como creadora dentro de su papel como miembro de la especie. Para muchos autores, fundamentalmente psicoanalíticos, como lo expusimos arriba, el proceso de reestructurar la identidad, de mujer a mujer-madre, de hija de sus padres a madre de sus hijos, etc., se desarrolla desde los primeros estadios del complejo de Edipo (3-5 años), se reactiva con fuerza en la adolescencia y se agudiza dramáticamente con el embarazo y posterior crianza del bebé. En el transcurso de este proceso, cualquier alteración tendrá consecuencias en el modo que la mujer que deviene madre se represente a sí misma, y sobre el vínculo mismo que logre establecer con su hijo/a. Dentro todas las modalidades, normales y patológicas posibles en este proceso, Cramer (1996) realiza una excelente descripción de las sucesivas identificaciones que una mujer embarazada debe asumir y reelaborar para adaptarse a su nueva condición de madre,

desde su identidad misma como mujer, con el ser que se gesta en su interior, y como miembro de su familia.

En una misma dirección, Raphael-Leff (1983; 1995) dedica una extensa parte de su trabajo a describir el proceso de maternización ('mothering') desde la perspectiva de la mujer embarazada y las tareas bio-psico-sociales a las que se enfrenta. Parte de ellas dicen relación con su cuerpo, en consecuencia con su identidad personal o 'self', otras con los roles sociales, laborales y culturales que asumirá, y otras que la autora describe a través del mito de la Caja de Pandora, a saber, el resurgimiento y revitalización de una serie de contenidos inconscientes mantenidos largo tiempo bajo censura y que emergen abruptamente debido al estado de gestación mismo ('permeabilidad del inconsciente'). Dentro de los contenidos que emergen a la superficie, a la consciencia, la autora destaca los temas de la creatividad y las posibilidades de dar vida y mantenerla, los misterios de la femineidad y del nacimiento, el resurgimiento de una nueva identidad, los temas triangulares-edípicos, el bebé fantaseado versus el real que vendrá, las relaciones entre el cuerpo y la mente, lo interno y externo, los misterios del cuerpo y sus cavidades y las nuevas configuraciones entre los progenitores del futuro bebé. También postula un modelo para comprender los vínculos pre y post natales que una mujer embarazada establecerá con el feto y el futuro bebé. Lo denomina el 'paradigma placentario' en razón al lugar simbólico que ocupa la placenta como órgano especializado en el intercambio de sustancias entre una madre y su bebé. A partir de estas metáforas y modelos paradigmáticos, la autora logra establecer una clasificación tentativa de los tipos de maternaje y de los posibles intercambios reales y fantaseados que se configurarán entre madre y bebé (feto), a saber, Regulador, Facilitador y Reciprocador, discernibles ya desde los primeros momentos después de la concepción.

Todos estos arduos procesos en que está inmersa una mujer que decide tener un hijo/a, son conceptualizados por varios autores, en especial los del grupo de Ginebra como un período de 'duelo del desarrollo' similar al que se puede observar en la adolescencia. En esta dirección, una mujer que deviene madre se ve enfrentada a la tarea de configurar una 'neo-formación' de casi todos los ámbitos de su ser, debiendo abandonar otras identidades, relaciones y ansiedades propias de períodos anteriores, enfrentándose a un nuevo modo, quizás antes no experimentado, de relacionarse con el mundo y consigo misma.

Sobre la pareja.

Una mujer que deviene madre también tendrá que re-elaborar sus representaciones sobre quien sea su pareja en ese momento. La gran tarea parece girar en torno al paso desde la pareja (díada) a la tríada, a la presencia de un tercero que demandará la atención, el amor y el espacio. La tarea y sus conflictos apareados no son nuevos en la vida de la mujer que decide tener un hijo con su pareja. Varios autores plantean que la nueva situación de ser madre remite constantemente a la situación edípica primaria, es decir, a la configuración triádica entre madre-padre-hijo (Raphael-Leff, 1983; 1995; Fermont, 1996; Stern, 1997; Bydlowski, 1998, 2000; Missonnier, 1998). En realidad se trataría de una reedición de una antigua escena, a saber, la irrupción de un tercero en una relación de dos. La tarea parece equivalente tanto en la mujer como en el varón que devienen padres, pero muy particular para quien lleva dentro el futuro bebé. En el caso de una mujer que está gestando se producirán profundos cambios sobre las representaciones y fantasías que ha mantenido sobre su pareja en variados aspectos, principalmente sobre su pareja como amante y compañero, como padre del futuro hijo y como hombre. Estas representaciones, o modelos, ya estarían en parte determinados por el tipo de elección de pareja que realiza una mujer (y también un hombre), asunto muy vinculado al período edípico y su resolución, en definitiva al vínculo con el propio padre. Las variaciones y situaciones particulares son infinitas, de acuerdo a las condiciones bio-psico-sociales pasadas y actuales de cada uno de los progenitores. Es así como las cosas tomarán un rumbo muy diferente si la concepción de un futuro hijo/a es planificada y deseada o no, si se da en el contexto de una pareja estable o esporádica, si la pareja es heterosexual u homosexual, si la concepción es natural o asistida, si los gametos son propios o de donantes, si la mujer y/u hombre que conciben son adolescentes (Pi-Sunyer, 1987) o adultos, en qué condiciones socioeconómicas de los progenitores se produce la concepción, en qué contexto cultural y religioso, cómo fue el vínculo de cada progenitor con sus propios padres, y de qué manera se resolvió la conflictiva edípica, etc. A partir de tales circunstancias la pareja deberá acomodarse tanto el lo interno como lo externo para recibir al futuro bebé. En el contexto que más nos interesa, las representaciones maternas sobre la pareja se reestructurarán de manera tal que ubicarán al padre del bebé en diversos roles, al mismo tiempo que ubicarán al futuro bebé como hijo de esa pareja. Por citar algunas posibilidades, encontraremos representaciones de la mujer embarazada que ubican a la pareja como otro bebé a quien cuidar y proteger; como proveedor externo a la díada; como un extraño que interrumpe la íntima armonía con el bebé; al bebé como un regalo frente a la demanda exigente del progenitor, etc. Las

posibilidades son enormes y dependerán no sólo de las representaciones actuales y pasadas de una mujer en torno a su pareja, sino que también de las que aporte la pareja misma, así como su actitud y comportamiento general en torno al deseo de un hijo, el embarazo y la crianza.

Similar al curso evolutivo que presentan las representaciones maternas sobre el futuro bebé, las representaciones sobre la pareja sufren ciertos cambios durante el embarazo y posterior crianza. Según Ammaniti (1991) y Fava Vizziello (Fava Vizziello, Antonioli, Cocci y Invernizzi, 1992), la mujer embarazada percibe al feto más parecido al progenitor durante el embarazo, al mismo tiempo que valora su presencia y apoyo de manera más positiva. Por el contrario, durante los primeros meses de la crianza, la madre percibe a su pareja como más ajena e incomprensiva de sus necesidades, en tanto que percibe a su bebé como más parecido a ella misma.

Todas las vicisitudes que experimenten las representaciones maternas sobre la pareja determinarán en cierto modo el futuro de la relación misma entre los progenitores así como los roles que cada uno asumirá dentro de la crianza del hijo en común. En cualquier caso desde el deseo de un hijo por parte de una pareja hasta los primeros años de crianza del bebé, se movilizarán cantidad de estructuras intrapsíquicas e intrafamiliares que promoverán cambios dramáticos en cada progenitor, que dará como resultado una nueva estructura familiar y estilo de crianza, que puede acercarse o no al estilo inter y transgeneracional de la familia.

Otros elementos interesantes en relación al tema de las representaciones maternas sobre la pareja, aunque escasamente estudiados de manera sistemática, son las actuales circunstancias plausibles en torno a la procreación asistida. Hoy en día, el progenitor biológico del bebé de una mujer que decide tener un hijo puede no ser necesariamente su pareja, sino un donante anónimo de espermatozoides. Al mismo tiempo, el óvulo desde donde partirá la fecundación, tampoco será necesariamente de la mujer que decide tener un hijo, tampoco necesariamente será en su propio útero donde se gesta el óvulo fecundado, ni sus trompas donde se produzca la fecundación en sí. Más aún, la pareja puede ser del mismo sexo, y en el caso de una pareja homosexual femenina, una de ellas aportar el óvulo y un varón extraño o no a la pareja ser el donante del espermatozoides. Al contrario en una pareja homosexual masculina se puede adoptar a un recién nacido o alquilar una madre postiza para su bebé, concebido a partir de un óvulo donado y el espermatozoides de uno de los miembros de la pareja homosexual. Independiente de la legalidad vigente en cada país, y de todo el debate bio-ético y social que se puede generar, la técnica de la reproducción asistida

permite todo este tipo de intervenciones más o menos intrusivas en su afán de ayudar a las parejas que por uno u otro motivo no pueden realizar su deseo de tener un hijo. A partir de esta posibilidad cierta se abre una cantidad enorme de interrogantes que por ahora parecieran debatirse sólo a nivel ético y legal, pero muy escasamente a nivel psicológico. Así lo constatamos en nuestra revisión de la literatura que aborda este tipo de temas, donde destacan los estudios de situaciones, personas, parejas mayoritariamente tradicionales y ‘normales’, dejando de lado todas las otras circunstancias que actualmente la técnica de la procreación asistida permite. Una vez más nos hallamos ante la paradoja de que la técnica más avanzada adelanta descaradamente a la reflexión sobre las consecuencias psicológicas que los sujetos de tales intervenciones podrían o no experimentar. Excepcionalmente hallamos trabajos y reflexiones sobre los efectos de la asistencia médica a la reproducción y el diagnóstico perinatal en general, fundamentalmente asociados al trabajo de varios grupos franceses, como la ‘Asociación de Formación y de Investigación sobre el Hijo y su Entorno’ y su publicación mensual ‘Les Cahier de L’Afrée’ (1993), la revista ‘Spirale’ (1997), la colección titulada ‘La Vie de L’enfant’ dirigida por Michel Soulé (1996) y la colección dirigida por Serge Lebovici y Bernard Golse (1999) bajo el nombre de ‘À l’Aube de la Vie’, donde se abordan varios de los aspectos psicológicos en juego en los sujetos que solicitan tales intervenciones, así como en quiénes las aplican. Nada, o casi nada encontramos sobre las vicisitudes intrapsíquicas en juego en una pareja homosexual que ha decidido concebir un hijo a través de una asistencia médica, sólo algunas viñetas clínicas en el trabajo de Raphael-Leff (1995) en torno a los estilos de maternaje.

Sobre la propia madre.

Las representaciones maternas en torno a la figura de su propia madre parecen ser el centro de atención privilegiado dentro de la literatura especializada. Desde los mismos orígenes del psicoanálisis el tema del vínculo materno como prototipo de toda relación futura parece no haberse agotado en toda su extensión, recurriendo a tal situación primordial, denominándola de diversas formas y abordándola desde distintos ángulos epistemológicos y metodológicos para explicar un muy amplio espectro del suceder psíquico y comportamental de un individuo cualquiera durante su desarrollo, sea este normal o patológico. No cabe aquí exponer toda la literatura correspondiente al tema, además de haber esbozado anteriormente ciertos aspectos centrales del vínculo temprano con la madre en el apartado de las controversias teóricas sobre las representaciones mentales.

Basándonos en el esquema descriptivo propuesto por Stern (1997), podemos señalar algunos de los cambios y transformaciones fundamentales que sufren las representaciones de la futura madre sobre su propia madre durante su embarazo.

Uno de los elementos centrales a que se enfrentará una mujer que devendrá en madre es la tarea de re-ubicarse como hija de sus padres, en especial de su madre. Ahora además de hija será madre de su propio hijo/a, ocupando un lugar que antes sólo correspondía a su madre (o a las madres en general). En este proceso, se incluirá una reformulación de la identidad y un consecuente duelo del desarrollo, al abandonar un tipo de relación con la madre, la actual y la arcaica, para entrar en otra relación. Dependiendo del tipo y calidad del vínculo que una mujer, que devendrá madre, ha internalizado a partir de su experiencia vivida y fantaseada con su propia madre, particularmente en la temprana infancia, se esperará un proceso de maternización, de llegar a ser madre, más o menos fácil y satisfactorio, o por el contrario, penoso y frustrante. En el primero de los casos, la mujer embarazada podrá recuperar antiguos recuerdos y afectos sobre su propia crianza, incluso recuerdos del relato de su propia madre cuando estaba embarazada de ella, para comprender mejor sus propios cambios psíquico-corporales y transición hacia la maternidad. Una madre internalizada como 'suficientemente buena' (Winnicott, 1988) en la mente de la mujer que pronto será madre, se transformará una de las bases para lograr un buen maternaje, aceptar al feto-bebé como algo familiar que crece en el interior, y posteriormente desarrollar y adquirir plenamente una buena función materna. Ciertamente, esta madre internalizada no es el reflejo exacto de la madre real, sino una figura teñida de todo tipo de fantasías y elaboraciones personales. De hecho, ciertos autores seguidores del modelo de la 'coherencia narrativa', como lo señalábamos anteriormente en otro apartado, apuntan a que lo verdaderamente significativo del vínculo representado entre una mujer que devendrá madre y su propia madre, es el grado o nivel de coherencia en que esas experiencias son relatadas en el presente. Lo vivido, satisfactorio o traumático, entre la niña pequeña que ahora será madre y su propia madre en el pasado carecería de valor predictivo en sí sobre el vínculo que la futura madre tendrá con su bebé, sólo lo tendría en la medida en que estas experiencias han sido integradas en un discurso coherente y actual sobre las historias de la infancia y tonalidades afectivas vividas con la madre.

Por el contrario, cuando el proceso de maternización, se transforma en un verdadero calvario, plagado de conflictiva, rechazo y reproche tanto a la propia madre (viva o muerta), así como al bebé que vendrá, se observa con frecuencia, como lo señalan cantidad de autores (Raphael-Leff, 1995; Cramer, 1996; Palacio-Espasa, 1996; Rosenblum, 1997;

Bydlowski, 1998; Gauthier, 1998; Piontelli, 2002) una imagen de la propia madre internalizada, representada, sumamente empobrecida, carente de integridad, cargada de ansiedades persecutorias, que sustentarán consecuentemente un tipo de maternaje tremendamente deficitario. No está demás señalar que por un maternaje deficitario se entiende todo un abanico de posibilidades, desde el infanticidio y violencia ejercida contra los bebés, hasta modalidades menos agresivas o negligentes de maternaje.

De todos modos, y pase lo que pase, el período en que una mujer deviene madre resultará de una fecundidad especial para reorganizar las relaciones con la propia madre, de cierto modo promoviendo una ‘reconciliación’ con la madre infantil y adolescente, llegando a comprender su estilo de crianza, empatizando con las complicaciones de la tarea materna. Al revés, las relaciones con la propia madre pueden conflictualizarse agudamente, como ocurrió probablemente en el período adolescente, provocando un desencuentro importante entre madre e hija. Pareciera que lo importante, como lo apunta Raphael-Leff (1995; Pi-Sunyer, 1987), es que la mujer que deviene madre disponga de una figura materna suficientemente buena internalizada en su interior, y a veces en lo real, que le permita acceder al maternaje y potenciar sus habilidades para la crianza.

Es llamativamente frecuente que una mujer embarazada recurra reiteradamente, tanto a nivel interno como externo, a la figura de una madre propia para intentar atenuar las posibles ansiedades que le surgen en torno a su embarazo, así como en busca de consejo y apoyo concreto durante la crianza de su bebé recién nacido. Son conocidas, al menos en nuestras culturas occidentales, las nociones que ubican ‘los asuntos del embarazo, parto y crianza’ como ‘asuntos de mujeres’. También es una experiencia cotidiana que muchas mujeres embarazadas disfruten y buscan activamente el contacto con grupos de pares en las mismas condiciones, es decir, mujeres embarazadas o mujeres que ya han sido madres. De aquí tal vez la eficacia de los grupos de discusión, terapéuticos y/o educativos, en relación a la gestación en sí, parto o crianza. La imagen tantas veces representada de la mujer parturienta rodeada de mujeres, especialmente de su madre y la comadrona en el momento del parto, mientras la pareja y los hombres esperan ansiosos en otro lugar el resultado del proceso. ¿Qué significa esto? ¿Acaso es sólo un resabio añejo de un machismo cultural, donde los hombres no participaban de nada relacionado con el parto y la crianza, o por el contrario esta imagen se sustenta en una verdad psíquica? Actualmente la participación de la figura masculina en estos ‘asuntos de mujeres’ ha cambiado de manera bastante llamativa. El ‘padre, la pareja moderna’ (Stern, 1997), se ha ido involucrando cada vez más en todos los procesos concernientes a la gestación, parto y

crianza, participando de una manera más o menos activa en todo el proyecto y realización del hijo/a deseado. Obviamente el grado de su participación dependerá de multitud de factores internos, intrapsíquicos, aunque es innegable que ciertos cambios socioculturales en la tradición asociada también han posibilitado esta participación. También es innegable que el rol de la figura materna en la mente y en la realidad cotidiana de una mujer que deviene madre es de un protagonismo irremplazable.

Por último. Otra tarea fundamental de una mujer que deviene madre es ubicarse como miembro de la larga cadena de madres que han dado origen a su familia extensa, y más allá aún, a la especie. Es lo que se ha conceptualizado como ‘mandato inter y transgeneracional’ (Lebovici en Gauthier, 1998; Bydlowski, 1998), o ‘transmisión transgeneracional’ (Stern, 1997; Ammaniti, 1991; Fava Vizziello, Antonioli, Cocci y Invernizzi, 1992; Fonagy, 1999). ¿Qué se transmite? Según ciertos autores, especialmente Fonagy (Fonagy, Steele y Steele, 1991; Fonagy et al., 1993), lo que se transmitiría a través de las generaciones en una familia particular, y de manera amplia, en la especie, sería un tipo de vínculo narrado, una especie de guión, de drama, que recoge todo el historial vincular entre las madres (padres) e hijas/os de una familia. Como hemos reiterado antes, el relato que se transmite es una reelaboración de la verdad histórica, no los eventos en sí, sino que un guión o mitología familiar. Otros autores, fundamentalmente franceses, proponen que lo que se transmite es el vínculo con la madre, operacionalizado por así decirlo, como el proyecto y deseo de un hijo/a, que se concretan aún más en las representaciones del ‘hijo imaginario’ y el ‘hijo fantasmático’ que irá elaborando la mujer que devendrá madre desde su temprana infancia.

Del modo que fuese, en cada familia se observan frecuentemente modos de vincularse que se repiten de generación en generación, con múltiples matices particulares, pero que mantienen una base común, tanto comportamental como fantasmática. En el caso de que ese vínculo transmitido se presente como disfuncional o patológico, las consecuencias serán dramáticas, particularmente en el caso de violencia intrafamiliar.

Sobre el propio padre.

Según Stern, las representaciones que mantiene una mujer que devendrá madre respecto de su propio padre, principalmente cuando este último hace las funciones de la figura cuidadora primaria, adquirirían una importancia equivalente al rol de la figura materna como predictor del vínculo entre una futura madre y su bebé, aunque admite razonablemente, que el estado actual de la investigación sobre el tema no permite afirmar

nada con claridad. Por el contrario, cuando el padre ha desarrollado un papel más tradicional, como proveedor y contenedor de la díada madre-bebé, estas representaciones parecieran establecerse como elementos secundarios a las que la futura madre mantiene sobre su propia madre y su incidencia en el establecimiento y transmisión del vínculo temprano. En diversos círculos de trabajo e investigación, esta última afirmación tiende a repetirse con llamativa frecuencia, a saber, que los asuntos y procesos de la maternidad se relacionan íntimamente con lo femenino más que con lo masculino, en especial entre futura madre y su propia madre o figura sustitutoria. Ya mencionamos más arriba que la investigación sistemática no nos ha dado respuestas u orientaciones contundentes sobre lo que ocurre cuando los padres de una criatura, por ejemplo, son del mismo sexo ¿Quién hace de padre y quién de madre? ¿Acaso algún miembro de la pareja homosexual hace como si fuera padre o madre independiente de su sexo, desempeña un papel? ¿Es importante el género, el sexo biológico y social para comportarse como padre o madre? ¿Qué pasa con la configuración edípica en el caso de una pareja homosexual que tiene un hijo/a? Y en el caso mucho más frecuente, ¿qué pasa cuando por un motivo u otro falta uno de los progenitores, porque haya fallecido uno de ellos o porque la pareja se ha separado? Las respuestas que hemos encontrado en la literatura no son para nada satisfactorias, sino más bien tentativas.

De todos modos, nos encontramos ante la situación de que la mujer que deviene madre también, por lo general, tiene un padre vivo o muerto, y mantiene representaciones sobre él y su figura fantaseada.

Tradicionalmente el psicoanálisis, particularmente Freud y sus contemporáneos, otorgaron a la figura paterna, masculina, un rol primordial en la estructuración psíquica del bebé y del niño/a durante su infancia, con extensas consecuencias en la vida adulta. A partir de la diferencia entre los sexos, el destino, desarrollo y salud de un infante varón y de una infante mujer tomarían cursos marcadamente diferentes (1988a, 1988b). En el caso que más nos interesa, una niña que en el futuro devendrá eventualmente como madre, su destino estará marcado por la falta de pene y su envidia a quien lo tenga, el padre. Su única salida, según Freud (1995c), será tener su propio pene simbólico en la forma de un hijo/a propio, con una pareja elegida en función del modelo paterno, como su revancha narcisística al hecho consumado de la castración. Con la entrada en escena de varias autoras mujeres al campo psicoanalítico, las nociones sobre la sexualidad femenina infantil y sus consecuencias para el desarrollo adulto de una mujer, fueron revisadas y replanteadas de manera considerable. Nos referimos a los aportes de Melanie Klein, Helen Deutsch,

Margaret Mahler, Françoise Dolto, Joan Raphael-Leff y Monique Bydlowski entre otras y otros muchos. Dentro de las grandes reformulaciones que se comenzaron a plantear, y que aún se debaten, es el papel de las primeras identificaciones con la madre como precursoras de la estructuración psíquica, mucho antes de la aparición de la figura paterna; también se relativizó el papel del complejo de castración y envidia al pene en la pequeña niña, y por ende, la presencia del padre en la resolución del complejo de Edipo. Es así, como el deseo de un hijo en una mujer se desarrollará muy tempranamente en función de complejas interacciones entre la dinámica edípica con las figuras parentales, pero muy especialmente en relación a la dinámica con la propia madre y su capacidad sexual-reproductiva, específicamente femenina. La figura paterna internalizada, entonces, jugaría un papel fundamental en el modo en que una mujer elige una pareja. También parecen activarse con fuerza las representaciones sobre el propio padre cuando una mujer embarazada se entera de que su futuro bebé será efectivamente un varón, o muy frecuentemente, entran en juego cuando la madre desea obstinadamente un hijo varón en búsqueda del amor de un padre ausente durante la infancia, con un regalo o como su sustituto.

Mientras más ahondamos en el mundo representacional de una mujer que deviene madre, más nos encontramos con que efectivamente una parte importante de todo el proceso de maternización es en realidad ‘asunto de mujeres’.

Sobre figuras parentales sustitutorias.

Ya hemos desarrollado suficientemente el papel y características de las representaciones sobre sus propios padres que mantiene una mujer que devendrá madre. Pero cabe apuntar aquí que esas figuras no serán exclusivamente los padres biológicos o de crianza, también serán o se incluyen todas aquellas figuras que han desarrollado un papel materno y/o paterno en la vida de una mujer (y hombre). Habitualmente estos lugares son ocupados por hermanos mayores, abuelos, tíos, ‘chachas’, maestros, u otros cuidadores más o menos esporádicos en la vida de una persona. En la mente de una mujer que deviene madre, frecuentemente encontraremos entonces unas figuras muy significativas que desarrollaron o desarrollan un papel materno/paterno, y que en ocasiones fueron, o son, de vital importancia para suplir algunas carencias más o menos importantes de los propios padres.

También vale la pena destacar en este apartado la incidencia que tienen algunas figuras y personajes pertenecientes al ámbito de la asistencia general al embarazo y que suelen ser investidos por una mujer (y varón) que deviene madre (y padre) como figuras

parentales. Nos referimos a los componentes del equipo médico-sanitario que asiste a las parejas en busca de un hijo/a o en el curso de una gestación, a saber, ginecólogos, obstetras, enfermeras, comadronas, ecografistas, pediatras, neonatólogos, y en ocasiones, psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales.

Frecuentemente podemos observar que entre una mujer embarazada, su pareja y los profesionales que asisten esa gestación se establecen unas relaciones y vínculos muy particulares, en muchas ocasiones equiparables a vínculos del tipo padres e hijos. Desde la perspectiva psicoanalítica estos fenómenos fueron descritos a principios del siglo pasado por Freud (1995d) bajo el nombre de 'transferencia'. En el caso que nos interesa, las transferencias que se producen entre una mujer (y su pareja) que deviene madre y los miembros del equipo asistencial que atienden el curso de su embarazo, son tremendamente frecuentes y quizás parte intrínseca del proceso de maternización y la asistencia al embarazo. Es así como observamos reiteradamente, por ejemplo, que una mujer embarazada, su pareja e incluso su familia, buscan en quienes las asisten a veces más seguridad, apoyo y contacto afectivo que información técnica sobre la salud del feto. Para un profesional incauto, la demanda de atención emocional, paralela a la técnica, podrá transformarse en un dilema incomprensible que traerá como consecuencia un *impasse* en su relación profesional con sus pacientes. Afortunadamente, especialmente en el ámbito de la asistencia sanitaria al embarazo, se suele tener bastante consideración de los aspectos afectivo-emocionales de la relación profesional, teniendo en cuenta que las mujeres embarazadas y sus familiares cursan por un momento de profundos cambios vitales que traen consigo cantidad de ansiedades y de dudas, en general, una emocionalidad a flor de piel que va mucho más allá de la búsqueda técnica de asistencia (Boulot, 1993a). No obstante, también constatamos que los *impasses* son inevitables y frecuentes, a veces por la falta de preparación del personal sanitario, otras porque se producen situaciones extremadamente difíciles de asimilar tanto por la familia con un embarazo en curso, así como en el personal asistencial. Nos referimos, por ejemplo, a la detección de una anomalía grave en el desarrollo del embarazo, del feto o de la gestante (Desmendt, 1998; Schlenker, Montoya, Maury y Visier, 1998); a la interrupción voluntaria o accidental del embarazo; a los efectos de las técnicas de reproducción asistida (embarazos múltiples, selección de embriones y reducción de uno de los embriones implantados) (Dayan-Lintzer y Bydlowski, 1993; Delaisi de Parseval, 1997), para mencionar las situaciones más frecuentes. Aquí hallamos las situaciones en que más se intensifican los vínculos transferenciales entre equipo asistencial y la familia con un embarazo en curso o en

búsqueda de uno, provocándose con mayor o menor frecuencia el *impasse* de la relación, con consecuencias emocionales para ambas partes. Dedicaremos más tiempo y espacio a estos aspectos de la relación asistencial en otro apartado más adelante, específicamente centrándonos en las pruebas ecográficas durante el embarazo y la detección de malformaciones en el feto.

Sobre el parto.

Esta sección no pertenece al esquema que hemos seguido hasta ahora (el de Stern, 1997), pero nos ha parecido importante agregarlo en tanto consideramos, a partir de la revisión de la literatura que hemos realizado, que es un elemento fundamental y invariablemente presente en el mundo representacional de una mujer que deviene madre.

Desde los orígenes mismos del psicoanálisis (Otto Rank en Gauthier, 1998) se ha otorgado al parto, al nacimiento, un papel simbólico y fundacional en el proceso de estructuración psíquica de un nuevo ser humano, del bebé. Evidentemente, por el estado del conocimiento en el primer tercio del siglo pasado lo que se sabía del feto y su desarrollo prenatal, del embarazo en sí, e incluso del recién nacido, distaba mucho de la realidad. En este contexto, muchos autores ubicaban el comienzo de la vida psíquica del bebé en el momento de parto, de ahí la importancia que se le otorgaba. Actualmente es realmente impresionante todo lo que se ha descubierto en relación al desarrollo prenatal del feto en su ambiente intrauterino, en especial con la aparición de la ecografía y otras técnicas complementarias. De especial interés son los descubrimientos sobre el desarrollo de los sentidos del feto, sus ritmos de actividad e inactividad, los rudimentos de sus estados de consciencia y ciclos sueño-vigilia, su receptividad a ciertos estímulos sensoriales y responsividad refleja simple y compleja, etc. (Brazelton y Cramer, 1993; Lecanuet, Granier-Deferre y Schaal, 1993; Gauthier, 1998; Piontelli, 2002). De mayor o igual importancia han sido los estudios y descubrimientos sobre la ‘competencia’ del recién nacido (Costas y Domènech, 1987; Brazelton y Nugent, 1997; Costas, 2001) y su capacidad para interactuar con su ambiente.

A partir de tales hallazgos, el evento del parto se ha reubicado en un lugar diferente, como la culminación, por una parte, de un desarrollo prenatal extenso, y por otra, como el comienzo de un desarrollo más extenso aún si cabe. Lo que parece no haber cambiado desde las iniciales concepciones psicoanalíticas en relación al parto, es su lugar simbólico en la mente de la madre.

Es así, como para una mujer que deviene madre, se mantienen quizás mucho antes de la concepción y gestación en sí, variadas representaciones y fantasías sobre el parto y su papel ritual, como hito hacia el comienzo de una nueva vida, tanto para la madre y su pareja, su familia, así como para el recién nacido. Dependiendo de las experiencias que viva una mujer embarazada durante la gestación, el parto se transformará en la culminación de un largo proceso en el cual ha debido adaptarse a la presencia cada vez más patente de 'otro' en su interior y que pronto conocerá en persona; o como el evento que por fin terminará con sus penurias y molestias, su invalidez, y pérdida de independencia o capacidad de trabajo; o como la marca imborrable de una pérdida dolorosa en tanto representará la separación definitiva de un ser que ha crecido en sus entrañas y con quien ha mantenido estrechísima relación, o como el encuentro con un 'inquietante extraño' (Sirol, 1999) que ya ha vislumbrado en las imágenes ecográficas, y que conoce su interior desde lo más íntimo, etc. Estas expectativas, más o menos fantaseadas, más o menos ancladas en datos de la realidad, parecen originarse no sólo en las informaciones que el equipo asistencial puede aportar en relación a las condiciones del embarazo en curso (si el feto viene bien, en buena posición, si su desarrollo ha sido normal, si se presentará incompatibilidad sanguínea, etc.) y sus consecuencias para cuando ocurra el parto, sino que también en fantasías arcaicas sobre el paso ritual que simboliza el parto, sobre historias rememoradas que la propia madre contaba sobre el parto, y fundamentalmente, sobre la ambivalencia inherente al fenómeno de la gestación y crianza. Es decir, una mujer que pronto devendrá madre, mantiene y mantendrá sentimientos encontrados en relación a su embarazo y futuro bebé. Ciertamente, una mujer embarazada tiene muchas razones para quejarse y sentirse molesta, incluso solitaria, debido a la tarea que la especie le encomienda. También tiene muchos motivos para sentirse especial y privilegiada. Ambos sentimientos coexisten en una mujer que deviene madre, y ambos sentimientos tendrán sus expresiones conductuales y representacionales durante la gestación y crianza del recién nacido. Como lo señala Raphael-Leff (1995) la ambivalencia que experimenta una mujer que deviene madre es un elemento central para comprender cómo y por qué se representa y se comporta de tal o cual manera durante el embarazo y la crianza, pasando por el parto.

Además, una mujer embarazada, preverá las condiciones del parto en sí, si será difícil o fácil, si será doloroso o no, si será un mero trámite o conllevará varios tipos de intervenciones adicionales, si desea estar consciente durante el alumbramiento o por el contrario, que se le practique una cesárea y no enterarse de nada, si desea que la acompañe su pareja u otro miembro de la familia, o permanecer en solitario con su recién nacido

bebé. Estos elementos no deberán en consecuencia ser considerados como meras ‘manías’ de la mujer embarazada por parte del equipo asistencial, sino como el resultado de un largo proceso de adaptación que la gestante ha ido elaborando durante todo el embarazo, incluso desde antes de la concepción.

Por último, el parto como un (re)encuentro con ese ‘otro’ que se ha desarrollado en el interior, será un evento particularmente doloroso y ansiógeno, en el caso de que en el transcurso del embarazo se haya detectado una anomalía en el desarrollo fetal, especialmente si se ha diagnosticado una malformación, o incluso más frecuente aún, en el caso de un nacimiento prematuro ¿Qué pasa con ese bebé maravilloso que se ha gestado a nivel representacional si resulta que presenta una malformación que afectará más o menos profundamente su desarrollo postnatal? ¿O peor aún, si esas anomalías en su desarrollo no son compatibles con la vida? ¿Y si la madre no ha logrado adaptarse completamente al nuevo ser cuando de improvisto nace a las 28 semanas de gestación? El parto en tales circunstancias se tornará en un evento realmente traumático para la madre, y su familia en general. Sobre sus consecuencias dedicaremos más adelante algunas reflexiones.

Representaciones y ecografía.

Desde el advenimiento de la técnica ecográfica en el campo de la obstetricia, llevada a cabo por Ian Donald en Glasgow en el año 1964 (Bessis, 1993; Missonnier, 1998), se ha producido una revolución impresionante en los ámbitos del diagnóstico prenatal y fetología. Paradojalmente, como casi siempre, el desarrollo de la técnica ecográfica, que consiste en la transformación electrónica de ondas ultrasónicas que rebotan en los tejidos internos para lograr una imagen de ellos, se realizó a partir de la tecnología militar, de guerra, para detectar submarinos a través de un *sonar*. Desde entonces la técnica se ha desarrollado progresivamente, permitiendo la obtención de imágenes de alta resolución, que a su vez ha posibilitado el diagnóstico de un gran número de anomalías fetales durante los primeros meses del embarazo, posibilitando además la implementación de otras técnicas para su tratamiento *in útero*, y/o la toma de decisiones sobre si continuar o no con el embarazo. Paralelamente a estos avances técnicos, se ha desarrollado un creciente interés por los aspectos psicológicos involucrados en los participantes de estos particulares exámenes, a saber, madre (padre)-feto-ecografista (otros especialistas), y su incidencia en el curso del embarazo, en el proceso de *parentalización* (Missonnier, 1998 [‘parentalité’]), y más allá aún, en el vínculo real que se establecerá entre madre-bebé hasta los dos primeros años de vida del infante. Para revisar estos elementos, en este apartado expondremos algunos aspectos básicos de la técnica ecográfica y sus alcances para el diagnóstico prenatal, para después abordar su incidencia psicológica en los sujetos participantes en la prueba.

Aspectos generales.

Existe un consenso más o menos estable a nivel internacional (Fries, 1993a, 1993b; Boulot, 1993b; Deschamps, 1993; Cesbron, 1996; Missonnier, 1998; Gourand, 1999; Soulé, Gourand, Missonnier y Soubieux, 1999) que durante el curso de un embarazo normal, es decir, aproximadamente entre el 90% y 95% de todos los embarazos (Gourand, 1999, Golse, 1999), se recomiendan al menos tres pruebas ecográficas coincidentes con los tres trimestres de la gestación. Por el contrario, de acuerdo a las condiciones de riesgo de la gestante (edad, antecedentes mórbidos previos, enfermedades infecciosas, estacionales y/o crónicas, etc.) y/o a la detección más o menos precoz de una anomalía en el desarrollo del embarazo (en el feto y/o en la gestante), la indicación de la prueba puede ampliarse a exploraciones mucho más frecuentes en el tiempo.

En el contexto de un embarazo normal. La primera ecografía, durante el 1er trimestre de la gestación, realizada alrededor de la 12ª semana desde la amenorrea (3er mes), tiene como función fijar el número de embriones implantados, apreciar los movimientos fetales, la actividad cardíaca (a través de la técnica doppler), determinar las fechas de inicio y término del embarazo (edad gestacional), e investigar las malformaciones gruesas que pudiese presentar el feto.

La segunda, al 2º trimestre del embarazo, se realiza aproximadamente entre la 20ª y la 24ª semana después de la amenorrea (5º mes). Es la más importante en cuanto a la información que se obtiene, así como por sus consecuencias médico-legales. Se tratará de descartar cualquier malformación en el feto, dadas las óptimas condiciones de visibilidad que permite su estado de desarrollo y la cantidad de espacio intra-uterino de que dispone el feto, y por ende posibilitará la toma de decisiones sobre si interrumpir o no el embarazo, ya sea por razones médicas, u otras. En España, el límite legal para realizar una interrupción médica del embarazo es la 22ª semana después de la última regla, en cambio en Francia no se estipula ningún límite. Según Fries (1993b), la ecografía del segundo trimestre del embarazo es la ‘ecografía por excelencia’.

La tercera, en el 3er trimestre de gestación, realizada aproximadamente alrededor de las 33 semanas desde la última regla (8º mes), permite fundamentalmente observar la posición del feto, su presentación, a saber, podálica, de nalgas o cefálica. También se valora el crecimiento del feto, y la posición de la placenta. A través de la técnica doppler se consigue valorar además el intercambio sanguíneo en el cordón umbilical y del cerebro del feto. En síntesis, en la 3ª ecografía se determina el ‘bienestar fetal’.

Sobre su obligación como prueba rutinaria en el control del embarazo, normal o patológico, existe alguna controversia. Autores franceses (Missonnier, 1998; Soulé, 1999) apuntan que si bien la prueba se ha transformado en una instancia fundamental para apreciar la integridad del desarrollo fetal, las mujeres, y sus familias, no estarían obligadas a someterse a tal exploración, debiendo eso sí, ser informadas exhaustivamente sobre los riesgos médico-legales que se toman en el caso de no realizar las pruebas. Otros autores, (Boulot, 1993b; Fries, 1993a, 1993b; Bessis, 1993) plantean que si bien la ley no estipula la obligatoriedad de efectuar exploraciones ecográficas, en la práctica la casi totalidad de mujeres embarazadas, en las sociedades con desarrollo sanitario, se someten voluntariamente a las pruebas. La situación cambia cuando se determina la posibilidad de una interrupción médica del embarazo, en cuanto por lo general, se exige un diagnóstico médico-formal (de más de un médico) de la anomalía fetal que sustentaría la interrupción

del embarazo, objetivable a través de los exámenes necesarios, incluidas las ecografías, y exámenes *post mortem*.

En relación a los riesgos físicos de las ecografías para la salud del feto y de la madre, existe bastante acuerdo en que la prueba no representa ningún riesgo, incluso para el ecografista, a diferencia de otras pruebas utilizadas en el diagnóstico prenatal, que implican un riesgo más o menos significativo tanto para el feto como para la madre. Es el caso de la amniocentésis, la extracción de sangre fetal del cordón umbilical, o de la extracción de una muestra del tejido placentario, entre otras (Boulot, 1993b).

Actualmente, el procedimiento de la ecografía se practica en casi todos los centros públicos y privados que disponen de un servicio de ginecología o se dedican al control del embarazo y maternidad, transformándose en un examen bastante protocolizado y rutinario. Suele practicarse en una sala especialmente acondicionada para ello, oscurecida para lograr la visualización óptima de la pantalla, con la presencia del ecografista, en general un asistente, la mujer embarazada y algún(os) miembro(s) de su familia, habitualmente la pareja (padre) o la propia madre, y por qué no decirlo, el feto, el 'inquietante extraño' (Soulé y Soubieux, 1999). En este contexto, se procede a la exploración, que según las condiciones del embarazo, pueden durar unos pocos minutos a más de una hora. Las exploraciones se realizan aplicando una sonda sobre el vientre de la gestante, aunque también se puede realizar transvaginalmente, es decir, introduciendo una sonda por la vagina hasta el cuello del útero, según indicaciones específicas. En la actualidad, en muchos centros de atención al embarazo, durante la prueba los padres expectantes pueden solicitar la grabación en vídeo de las imágenes y sonidos obtenidos, así como también, fotografías de algunas imágenes particularmente llamativas. También, a través de procedimientos y aparatos especiales, se pueden obtener imágenes en colores y en tres dimensiones. El procedimiento general se realiza con la mujer embarazada acostada de espaldas en una camilla, con su vientre desnudo. El técnico/a ecografista suele sentarse a un lado y de frente a la gestante, con el monitor o pantalla justo en frente suyo, impidiendo habitualmente que la gestante observe con comodidad las imágenes. No obstante, la pantalla puede tener un eje movable en su base que permite moverla para que la gestante pueda ver la imágenes. Los familiares de la gestante pueden ubicarse al otro lado de la posición del técnico, habitualmente teniendo un acceso más libre y cómodo a la pantalla. El técnico esparce un gel sobre el vientre de la gestante que facilita la transmisión del ultrasonido que emite la sonda y permite que el desplazamiento de esta última sea más fluido. Comienza la exploración. Dado que el feto puede moverse dentro del espacio

intrauterino, adoptar y mantener ciertas posiciones, el técnico ecografista debe buscar activamente por sobre el vientre de la mujer, las zonas que desea observar en su interior. Para ello desplaza la sonda sobre toda la superficie del vientre de la gestante, incluso solicitándole que adopte una posición determinada para mejorar la visibilidad. No es infrecuente que dentro de la sala de ecografías se comente ‘el bebé (feto) no se deja ver’, aludiendo a que el feto ha adquirido una posición que impide la visualización de parte de su anatomía, o que a veces, cubre partes de su cuerpo con sus extremidades. Con la técnica Doppler (Fries, 1993b) es posible también ubicar y valorar los flujos sanguíneos de varios sistemas circulatorios tanto del feto, como del cordón umbilical y placenta. Para quien no está familiarizado con las imágenes que se logran a través de la ecografía, en general casi todo el mundo excepto los técnicos y especialistas, no es nada de fácil traducir lo que se ve en la pantalla. Generalmente se observan unas imágenes un tanto ‘fantasmagóricas’, figuras configuradas por claros y oscuros, se escuchan extraños sonidos, partes indescifrables para el ingenuo de la anatomía fetal y espacio intrauterino. Para el ecografista, habituado y especializado en la técnica, las imágenes representan un mundo de información y de formas reconocibles, para la gestante y su familia, figuras extrañas, incluso amenazantes. Las clásicas fotografías del perfil del feto, chupándose el pulgar, adoptando una posición de placidez que evoca ternura, no son las imágenes más frecuentes que se obtienen a partir de las ecografías, ni menos aún, las que busca el ecografista. En fin, el ecografista dedica una parte importante de la exploración para determinar ciertos parámetros de normalidad en el desarrollo fetal y de la gestación, midiendo perímetros, extremidades, flujos, posiciones, etc. El aparato en sí, el ecógrafo, tiene una apariencia más bien neutra, similar a un ordenador, nada amenazante en comparación a otro tipo de instrumental médico, incluyendo la camilla ginecológica.

En la sala, mientras tanto, se producen diálogos entre los participantes, a veces de carácter técnico e informativo, otras cargados de ansiedad, duda y expectación. Todos los niveles de la comunicación están presentes, es decir, que lo dicho, y de qué modo es dicho, pareciera tener un rol fundamental en el devenir de la situación. Es así como un silencio del técnico en un momento de expectación puede provocar una aguda intensificación de las ansiedades de los demás participantes, o por el contrario, una palabra tranquilizadora en el momento oportuno puede aplacar toda esa expectación ansiosa. De todos modos, todo lo que se hace, se dice, o no se hace ni se dice, parece traer varias consecuencias en las reacciones emocionales que ocurrirán en cada uno de los participantes en el marco de la exploración ecográfica. Para que decir las consecuencias que traerán en los padres

expectantes el modo y lo que se diga en torno a una posible anomalía en el curso del embarazo.

Aparte de las amplias posibilidades que nos ofrece la ecografía en el campo del diagnóstico prenatal, también ha posibilitado la mejora de otros exámenes complementarios, haciéndolos más seguros vía observación *in vivo*, y por otro lado, ha permitido la implementación y desarrollo de varias intervenciones quirúrgicas intrauterinas, tanto sobre el feto como sobre los órganos anexos (placenta, cordón, útero, etc.).

Dentro de este contexto, la prueba ecográfica, sumada a otras técnicas en el control del embarazo, ha permitido reubicar el lugar del feto y de la gestante como usuarios del servicio de salud. Actualmente se podría decir, que el objeto primario de cuidado y exploración ('la paciente') no sólo es la gestante, sino que la díada madre-feto (antes embrión, futuro bebé). En consecuencia, los esfuerzos asistenciales han ido derivando a la búsqueda de la salud de ambos actores, incluso de los familiares cercanos de estos últimos, en especial el padre. Al mismo tiempo que se producen estos avances en la concepción de la asistencia y control de la gestación, el embarazo en sí ha devenido en 'síntoma' de una posible anomalía (Missonnier, 1998; Gourand, 1999; Tisseron, 1999; Golse, 1999). En parte, según Gourand, esto se debe a un 'malentendido fundamental' entre las expectativas del equipo asistencial y los padres del futuro bebé.

Malentendido fundamental.

Ecografista y futuros padres tienen un objetivo común en apariencia: "Ver si el futuro bebé va bien". Pero el ecografista, durante la exploración, parece estar absorto en la búsqueda de los signos que descarten o confirmen una anomalía, presionado por un marco médico-legal, ubicando al embarazo como un síntoma, presumiendo de antemano la anomalía en el feto. En cambio los padres quieren saber si su bebé real, aquel que les será revelado a través de las imágenes ecográficas, se ajusta a no a su bebé imaginario y expectativas. Ni el ecografista sabe nada sobre el bebé deseado e imaginado que mantienen los padres, ni los padres saben qué significa una anomalía, ni en el caso de detectarse que implicará para su futuro bebé, si se les podrá decir algo sobre el pronóstico, si se podrá tratar, si es compatible con la vida, si se tendrán que plantear una interrupción del embarazo. En definitiva en el contexto de la ecografía, se produce una oposición entre la objetividad del examen y el 'deseo de un hijo' (Pi-Sunyer, 1987; David, 1996a) por parte de los padres, que como hemos visto en otro apartado, es una compleja construcción

mental de largísimo desarrollo en ambos progenitores. En consecuencia, tanto en la ecografía y embarazo que transcurre con normalidad, como en la que se detectan anomalías más o menos severas, se producirá un intenso intercambio afectivo entre todos los participantes, inevitable pese a los esfuerzos por minimizarlo a través de una tecnificación y asepsia médica, y/o una negación de la ansiedad reinante. Ni la repetición rutinaria del examen, ni su estricta protocolización parecen haber logrado aplacar los intensos sentimientos que se producen en la práctica cotidiana de la ecografía obstétrica, más aún, pareciera constituir un serio inconveniente el tratar de hacerlo y no tomar en cuenta tales vicisitudes afectivas, tanto para los padres expectantes, como para el equipo asistencial, y fundamentalmente para el devenir del feto, futuro bebé.

Luc Gourand, ginecobstetra, ecografista de largo recorrido en el oficio en la Maternidad de Bluets, París (1996, 1997, 1999), ha descrito explícitamente las dificultades y malentendidos plausibles entre los objetivos de un ecografista y los deseos de la mujer embarazada. Presentamos su esquema (1999, p. 34):

Tabla nº1

<i>Para el médico</i>	<i>Para la mujer</i>
Protocolo	Deseo
Trivialidad del examen	Acontecimiento
Es la anomalía lo que debe encontrar	Esperanza que todo es normal
Prioridad para la objetividad	Prioridad para las emociones
Actividad gestual	Pasividad
Hacer el examen	Pasar el examen
Dueño y señor de la duración del examen	Contribución negativa eventual (tos...)
Preocupación de producir un resultado	Esperar un veredicto
Análisis de imágenes fragmentadas	Necesidad de ver un todo, su bebé
Poder sobre el enfoque de las imágenes	Dependencia
Banco de imágenes comparativas	Imagen del niño/a perfecto
Libertad de comentarios	¿Derecho a las explicaciones, a la palabra?
La mujer debe estar transparente	Opacidad física
Tentación de mutismo, de logorrea	Transparencia psíquica

A decir de Gourand, “lo real para la madre es su imaginario” (1999, p. 35), mientras que “lo real para el ecografista es el feto” (p. 37). La mujer que pronto devendrá madre asiste a la ecografía con la expectativa de identificar en la pantalla, en las palabras

del ecografista, la representación de su bebé imaginario, de su bebé perfecto, es decir, aquel que tendrá todos sus miembros, intacto su rostro, y que no pondrá en peligro su integridad global, y más aún, la imagen del bebé que se acerque adecuadamente a la realización del mandato transgeneracional y de su deseo narcisístico, que será un miembro activo de la sociedad y cultura en que nacerá, y que desarrollará plenamente su potencialidad. Para el ecografista en cambio, el bebé perfecto es el feto transparente, que se deja explorar y devela toda su anatomía y función, en especial sus anomalías.

En este contexto, las familias, parejas, en especial la mujer que devendrá madre, acude al examen ecográfico, con las siguientes expectativas (Missonnier, 1998):

- ¿Va todo bien? Al ecografista se le exigirá ante todo una garantía de normalidad, que independiente de lo que suceda en la exploración, a saber, se descarte o no una anomalía, no se podrá aportar con toda seguridad.
- Conocer, o mantener en secreto, el sexo del futuro bebé.
- Un reencuentro visual con el bebé, pero no cualquiera, sino que su propio bebé.

El ecografista, dependiendo de su competencia técnica y sensibilidad, logrará o no negociar explícita e implícitamente con las necesidades afectivas y cognitivas de la mujer embarazada (y su familia), de lo que resultará una experiencia potenciadora o no del proceso de maternización, y se configurará la cualidad traumática o vitalizante de la situación ecográfica en sí misma.

Como se aprecia, las posibilidades de desencuentro son máximas, tanto en la ecografía que transcurre con normalidad, es decir, cuando no se detecta ninguna anomalía, así como en aquellas que se encuentra algún signo anómalo. Paralelamente, en el marco de la exploración ecográfica, dada su especial cualidad ‘activante’ de sentimientos, ansiedades y fantasías, se constituirá como una excelente oportunidad para potenciar el proceso de parentalización y prevención de posibles alteraciones en la interacción y vínculo futuro real entre padres y bebé.

Aspectos psicológicos

¿En qué características intrínsecas de la exploración ecográfica se asienta su poder movilizador? Según Denis (1999), la imagen ecográfica tiene un poder considerable sobre el mundo representacional de quienes la presencian. En general, toda imagen (fotografías, pinturas, imágenes en movimiento, etc.) tiene un poder inductor de los procesos de pensamiento básico, primarios, como la imagería, el fantaseo, el sueño y la

rememoración. De hecho es sabido que el pensamiento en general se asienta, al menos en parte, sobretodo en sus orígenes, en el manejo y discriminación de imágenes, así como el lenguaje hablado en el manejo y discriminación de sonidos. Para el psicoanálisis, el pensamiento se desarrolla a partir de la ‘satisfacción alucinatoria del deseo’ (Freud, 1988c; Rosenblum, 1997; Gourand, 1997; Denis, 1999), es decir, a partir de la situación en que falta el objeto que satisface la necesidad (alimentación-pecho) y la imperiosidad de que se haga presente. A partir de esta capacidad básica se desarrollará el ‘proceso primario de pensamiento’, cuyo prototipo es el pensamiento onírico, el sueño, donde la imagen y los mecanismos de condensación y desplazamiento constituyen su base. También en psicoanálisis se ha desarrollado toda una tecnología psicodiagnóstica a partir de las cualidades ‘proyectivas’ de las imágenes. Es así como se desarrollaron los instrumentos diagnósticos como el Test de Rorschach, el Test de Philipson (Test de Relaciones Objetales), etc., donde la imagen adquiere la cualidad de estímulo proyectivo, es decir, de inductor de procesos de pensamiento básico, patológico o normal.

Por otro lado, la imagen posee otra cualidad, la de contener en sí misma unas informaciones condensadas. De allí el dicho, ‘una imagen vale por mil palabras’, en tanto el impacto perceptivo que produce. La cantidad de elementos contenidos en una imagen puede, en ocasiones, superar con creces los aportados por la información hablada, aunque a veces puede ocurrir lo contrario. Parece ser el caso de la imagen ecográfica, en cuanto la visión del feto por parte de los padres, es capaz de catalizar una serie de procesos intrapsíquicos en ellos (Denis, 1999). También la palabra, en el contexto ecográfica, especialmente la que emite el ecografista, como lo apuntamos más arriba, tiene un poder especial: el veredicto (“todo va bien” o “hay algo que va mal”), aunque toda la gestualidad del ecografista, los elementos no verbales de la comunicación, están también en juego.

Según Tisseron (1999), la imagen ecográfica tiene un poder ‘socializante’ en quienes la presencian. Es decir, fundamentalmente la mujer que pronto será madre, así como su familia, incluso el ecografista, intentan llegar a un cierto acuerdo sobre lo que se ve en la imagen ecográfica, tratando de socializar sus experiencias, visuales, emocionales y motoras, para confirmar o no, que lo que están viendo en la pantalla es realmente un feto que devendrá bebé. Esta sería una cualidad de toda imagen, en el sentido de que logra aunar la experiencia perceptiva-emotiva individual. En el contexto de la ecografía, pareciera necesario de que la mujer embarazada confirme en la imagen, en la pantalla, sus capacidades de contener dentro de sí a otro ser, mientras que sus familiares también confirmarían que ‘eso’ que se ve es un ser potencialmente humano, así como finalmente el

ecografista deberá asegurar que lo visto es un feto, normal o no, que corresponde más o menos al proyecto de bebé que mantienen los padres. Por este motivo, el ecografista podrá entregar las fotografías que más fascinen a los presentes, reconfirmando de paso, que esas zonas de clarooscuro son efectivamente un futuro bebé. Todo este proceso responde a una negociación más o menos dificultosa entre todos los participantes de la exploración ecográfica, mediatizado por la imagen misma del feto que devendrá bebé.

En definitiva, la imagen que aporta la ecografía (también los sonidos), se ajustan perfectamente a la cualidad del bebé representado, en tanto este último se configura como una imagen mental. Es como si la mujer embarazada, incluso antes de percibir los estímulos propioceptivos fruto de la actividad fetal, se encontrara en la pantalla, en un cuadro, a ese bebé que ha construido desde su más tierna infancia, su bebé perfecto.

La imagen ecográfica, según Denis (1999), puede causar algunas reacciones muy particulares en padres y operadores, como el rechazo activo, una especie de fobia a la imagen ecográfica, que puede traducirse en la negativa a someterse a los exámenes, o por el contrario una fascinación extrema frente a la imagen, como una adicción voyerista, que puede acarrear una demanda fuera de lugar en torno a la repetición de la prueba sin necesidad alguna.

Missonnier (1998), nos aporta un modelo conceptual muy adecuado, según nuestro entender, para comprender el rol e impacto de la ecografía en el proceso psíquico de ‘maternalización’ y ‘paternalización’. Citamos “...la ecografía embrio-fetal se presenta como un ritual iniciático de pasaje, donde su potencialidad será la de un ‘organizador psíquico’ del proceso de la parentalización” (p. 124). Para aclarar un poco la afirmación anterior, podemos añadir que el concepto de ‘organizador psíquico’, acuñado por René Spitz, hace referencia a ciertos fenómenos epigenéticos en el desarrollo de un bebé cualquiera, de vital importancia, que marcan un antes y un después de ciertas etapas del desarrollo infantil. Este concepto llevado al terreno del proceso de parentalización, implicaría ubicar el impacto de la ecografía, como un fenómeno necesario para entrar y estructurar el proceso de llegar a ser madre y padre. Según sucedan las cosas, la competencia y sensibilidad del ecografista, de acuerdo al desarrollo del bebé deseado e imaginario en la mente de los padres, la ecografía como todo ritual de pasaje, catalizará algunos procesos evolutivos, de avance armónico a otras etapas del desarrollo, a la maternidad y paternidad, pero al mismo tiempo presentará un potencial traumático, inductor de diversos tipos de regresiones y resurgimiento de ansiedades primitivas (Missonnier, 1998).

En definitiva, en el contexto de la ecografía con todos sus participantes, encontramos una situación extraordinaria para adentrarnos en el intrincado proceso en el que una mujer (y un hombre) llega a ser madre (o padre). De especial interés para los objetivos de este trabajo, será entonces explorar lo que ocurre en tal situación.

Diagnóstico prenatal.

Aspectos generales.

El diagnóstico prenatal ha tenido un desarrollo gradual desde los años 50 hasta la actualidad, en general asociado al desarrollo de varias técnicas diagnósticas que han posibilitado la detección más precoz y de mayor número de anomalías materno-fetales en el curso de un embarazo. También se han ido identificando los factores protectores y de riesgo de un embarazo cualquiera según ciertas condiciones, hábitos y/o antecedentes mórbidos la mujer embarazada, así como las anomalías genéticas que ambos padres podrían transmitir al feto, y aquellas que pudiese portar el feto accidentalmente. Las técnicas diagnósticas que han posibilitado este desarrollo se pueden clasificar, según Boulot (1993b), en dos grupos:

- técnicas no invasivas, como la radiografía de contenido uterino, la ecografía trans-abdominal y trans-vaginal, la resonancia magnética, los marcadores químicos de la sangre maternal que revelan algunas sustancias de origen fetal o placentario, y el aislamiento de células fetales en la sangre maternal. Todas estas técnicas tienen en común el conllevar un bajo nivel de riesgo sobre la gestante y el feto, y en general permiten conocer la morfología fetal *in útero*, algunos aspectos de su fisiología, sistema circulatorio, y ciertos parámetros bioquímicos característicos de una condición normal y/o patológica, sea de origen infeccioso, genético, o producto de una disfunción.

- técnicas invasivas, como la amniocentesis, la toma de muestras del tejido placentario y de sangre fetal (vía cordón umbilical). Estas técnicas tienen en común el requerir de un nivel mayor de intervención sobre la gestante, el feto u órganos anexos, comportando un mayor riesgo para la viabilidad de la gestación. En general a través de estas pruebas, se consigue obtener información vital sobre el cariotipo del feto, por ende la integridad de su estructura genética, y ciertos parámetros de la fisiología y bioquímica de su sistema, y de los órganos que mantienen la gestación.

A partir de estas técnicas, y otras, se logra un diagnóstico prenatal, cuyos objetivos primordiales son la determinación del grado de bienestar fetal, el descarte de una patología en el feto, y si existe, conocer su etiología, pronóstico, y posible tratamiento. También el diagnóstico incluye, dado los marcos médico-legales de cada país, la determinación de la 'compatibilidad con la vida' de esa patología, es decir, la posibilidad de supervivencia de ese futuro bebé y de esa gestante si se sigue con curso del embarazo, dada la gravedad de la patología diagnosticada. Esto a su vez involucrará la recomendación de seguir o no con el embarazo, es decir, la posibilidad de efectuar una 'interrupción médica del embarazo', o

en caso contrario, recomendar e implementar, si es posible, los tratamientos adecuados, tanto sobre la madre, sobre el feto, así como en el bebé recién nacido.

En general, el diagnóstico prenatal, según las técnicas utilizadas, se realiza en varios tiempos. Se suele iniciar atribuyendo un grado de riesgo a cada mujer embarazada según ciertas condiciones estables y otras esporádicas, a saber, la edad de la madre, el número de embarazos previos y sus antecedentes, el número de embriones anidados en el útero, historial mórbido personal y familiar, hábitos (tabaco, drogas, alcohol, etc.), presencia de infecciones o enfermedades transitorias al momento del embarazo, etc. Desde este momento se pueden establecer dos grupos de gestantes: uno de alto riesgo obstétrico y otro normal, o de bajo riesgo. Desde ya se podrá prever el grado de ansiedad y expectación que mantendrán ambos grupos de mujeres embarazadas, incluyendo su familia. El grupo de alto riesgo parte el proceso diagnóstico con el peso de la sospecha encima, el embarazo como síntoma de un posible problema.

Luego, a partir de las exploraciones ecográficas rutinarias, que serán más o menos frecuentes según el riesgo asignado en cada embarazo, más la aplicación de otras pruebas complementarias (extracciones de sangre maternas, exámenes de orina, curva de tolerancia a la glucosa, toma de presión arterial, etc.), se seguirá el curso del embarazo, realizando un especial esfuerzo en la búsqueda activa de cualquier anomalía, especialmente en el grupo de alto riesgo. Casi siempre en el contexto de la exploración ecográfica será donde se desate el drama. En este sentido, los primeros indicios de una anomalía en el curso del embarazo se visualizarán en la pantalla del ecografista, lo que no implicará un diagnóstico definitivo, pero sí una probabilidad más o menos alta de anomalía dependiendo de la magnitud y gravedad de las alteraciones observadas. Desde entonces comienzan todo tipo de exploraciones para confirmar la sospecha, incluidas las reuniones multidisciplinarias, para determinar un diagnóstico prenatal más o menos definitivo. Los embarazos en que se detecta una anomalía, pero que al inicio del proceso se asumían como normales o de bajo riesgo, pasan a engrosar el grupo de alto riesgo. Luego se desencadena el siempre delicado proceso de anunciar a la mujer embarazada, su pareja, y familia en general, la mala noticia, la sospecha ya confirmada de que ‘algo va mal’, las implicaciones de estas anomalías para el devenir del embarazo, la compatibilidad con la vida de esa anomalía (la posibilidad de una interrupción médica), los riesgos para la gestante, si es o no tratable y cuándo (antes o después del parto), en fin, el pronóstico y tratamiento. En general esta tarea recae en primera instancia sobre el ecografista, con todo lo que ello implica: enfrentarse al dolor, desesperación, incomprensión y hostilidad de los padres expectantes, el propio dolor e

impotencia, en fin, un cúmulo de ansiedades y sentimientos difícilmente digeribles por una sola persona. En este contexto, según la literatura especializada (Boulot, 1993a, 1993b; Fries, 1993a, 1993b; Deschamps, 1993; Cesbron, 1996; Bizot, Cazanave-Robert y Millot, 1996; Gillot-de Vries, Detraux y Vanden Eynde, 1998; Schlenker, Montoya, Maury y Visier, 1998; Soulé, Gourand, Missonnier y Soubieux, 1999), sería altamente recomendable que la responsabilidad del anuncio de una anomalía en el curso de un embarazo fuera repartida equitativamente dentro de una colaboración multidisciplinar de todo el equipo que asiste el embarazo. Esto no sólo en previsión de las posibles consecuencias médico-legales que acarrearían la toma de decisiones erróneas, sino que también en vistas de lograr una mejor metabolización del impacto emocional que conlleva la situación global.

A partir de un diagnóstico, básicamente se pueden prever seis situaciones generales. Según Soulé y colaboradores (Soulé, Gourand, Missonnier y Soubieux, 1999), las tres primeras poseen un aspecto funcional que podría reasegurar la confianza de los padres expectantes sobre el futuro bebé:

- El embarazo es normal y las pruebas exploratorias lo han calificado como tal. Es la situación más frecuente, donde la ecografía tiene una utilidad técnica relativa, salvo que los futuros padres puedan obtener las informaciones que le resulten útiles.

- Hay una patología, y las pruebas exploratorias han permitido comprender y prever una respuesta que ha sido necesaria para abordar y hacerse cargo de esa patología y de ese futuro bebé.

- Hay una patología, las pruebas exploratorias no han permitido ponerla en evidencia, pero las medidas que se toman para hacerse cargo de ese futuro bebé no hubiesen sido diferentes si se hubiera conocido la patología.

Las tres siguientes abren una vía a las inquietudes, a las incomprensiones, a los peligros médico-legales, éticos y a la paralización del proceso de parentalización (Missonnier, 1998):

- Hay una patología, las pruebas exploratorias han permitido comprenderla, pero el diagnóstico no modifica en nada las medidas a tomar, o bien el pronóstico es muy incierto y los signos son contradictorios.

- El embarazo es normal, pero uno atípico, con alguna irregularidad, con algún 'signo de atención' ('signe d'appel') que acarrea las interrogantes y los exámenes complementarios que hacen pensar en una patología grave, hasta que en la conclusión del embarazo se revela que era normal: es un diagnóstico falso positivo.

- El embarazo es patológico, pero las pruebas exploratorias no han revelado la anomalía: es un diagnóstico falso negativo.

Como vemos, el diagnóstico prenatal conlleva una doble potencialidad, la de reasegurar y catalizar los procesos en que una mujer y hombre llegan a ser padres, incluso en la eventualidad de que se detecte una anomalía en el feto, o por el contrario, pueden paralizar o coartar tales procesos, pudiendo provocar un rechazo total y sin sentido hacia el embarazo y el devenir del futuro bebé, o unos conflictos previsibles en la interacción y vínculo futuro entre padres y bebé. Ambas potencialidades son las que más nos interesan en el contexto de este trabajo.

Anuncio de una anomalía.

Dentro de todas las posibilidades que se pueden producir en el contexto de un embarazo y la detección de una anomalía en el feto, deseamos detenernos específicamente en el caso cuando se diagnostica una patología fetal compatible con la vida, concretamente una malformación, y los padres han decidido continuar con el embarazo. En estos casos, la cronología de los eventos puede variar de manera dramática. Es posible que la malformación fetal haya sido diagnosticada justo después de que se sobrepase el plazo legal² para realizar una interrupción médica del embarazo, por ende, los padres no tuvieron la posibilidad de decidir sobre ello. O por el contrario, a sabiendas de que el feto viene con problemas (dentro del plazo legal), incluso incompatibles con la vida, los padres deciden continuar con el embarazo. Como fuera, la situación que más nos interesa es el caso en que se continúa con el embarazo que ha sido calificado como anormal, pero compatible con la vida. Es el caso frecuente de ciertas malformaciones morfológicas y funcionales en la anatomía fetal que pueden apreciarse en su apariencia global, extremidades, tórax, columna, abdomen, cabeza y rostro, etc., o en la morfología y función de sus órganos internos, a saber, corazón, sistema gastrointestinal, circulatorio, renal, pulmones, etc. Eventualmente tales afecciones son susceptibles de ser tratadas *in útero*, mediante la intervención directa sobre el feto, o a través de su madre, o con ciertas técnicas quirúrgicas

² Este plazo varía según la legislación vigente en cada país. En España es de 22 semanas, en Estados Unidos y Gran Bretaña entre las 21 y 24 semanas, en Francia un día antes del parto. Casi siempre el plazo coincide con los criterios vigentes de 'viabilidad fetal', esto es, según la O.M.S. un feto que pesa 500 gr., ha alcanzado los 25 cm. de longitud, a las 22 semanas aproximadamente (en Soulé et al. 1999). Por el contrario, en Chile por ejemplo (país de origen del autor de este trabajo), simplemente no existe un cuerpo legal al respecto, incluso se penaliza la realización de una intervención médica que interrumpa el curso natural del embarazo.

una vez devenga el parto, con resultados variables sobre la ‘normalidad’ y calidad de vida del futuro bebé o recién nacido (Boulot, 1993b).

Según la literatura que hemos revisado, (Raphael-Leff, 1995; Cesbron, 1996; Missonnier, 1998; Soulé, Gourand, Missonnier y Soubieux, 1999) el impacto del anuncio de una malformación en el desarrollo del feto tiene consecuencias dramáticas para el devenir de las representaciones de la mujer embarazada, su pareja y familia extensa. Por de pronto, según sea la naturaleza y gravedad de la malformación detectada, padres y médicos deberán decidir sobre la posibilidad de una interrupción médica del embarazo. Si se decide una interrupción, las consecuencias sobre las representaciones maternas serán, dependiendo de cada caso, las correspondientes a la realización de un duelo, pero uno particular. Según David (1996b), en los casos cuando se produce una muerte fetal *in útero* o cuando se practica una interrupción médica del embarazo, al segundo o tercer trimestre de la gestación, el proceso de duelo se ve complicado por el hecho de que el feto se pierde antes de ser conocido. En el curso del embarazo, el feto, cada vez más conocido gracias a las exploraciones ecográficas, se constituye, ante todo, como soporte del bebé imaginario que mantienen los padres. Ante la pérdida del feto real, ese bebé imaginario se ve brutalmente ‘desinvertido’, despojado de todo afecto, deseo y proyecto que se había depositado sobre él/ella. En un duelo ‘normal’ todo ese caudal afectivo progresivamente se vuelve a invertir sobre otra figura, pero en el caso de un feto muerto, no hay donde reubicar todo aquello. Es por esta razón, la falta de un referente real de la pérdida, que algunos autores (Molénat, 1993; Dumoulin, Valat y Dehouck, 1993; David, 1996b) recomiendan que en el caso de muerte fetal, inducida o espontánea, los padres tengan la posibilidad de nombrar a ese bebé, incluso ver su cadáver, y realizar los rituales de enterramiento. En esta misma dirección, la posibilidad de ver el cadáver del feto también conlleva cierta potencialidad traumática o paralizadora de los procesos de parentalización, a saber, no es igual la apariencia de un feto malformado, por ejemplo, con ambos riñones totalmente disfuncionales, que la de un feto anancefálico, pese a que ambas anomalías pueden considerarse incompatibles con la vida dada su gravedad. En el primero, su apariencia externa puede ser totalmente normal, mientras que en el segundo, se aprecia una malformación en la cabeza muy evidente. Los padres al ver a estos fetos pueden no comprender que cualquiera de las dos malformaciones fuese letal, pese a la apariencia normal de uno de ellos, lo que abrirá una puerta a mayores y más penosos conflictos en el proceso de duelo. Es trágico, pero un feto evidentemente malformado, con una morfología anormal, ‘monstruosa’, parece facilitar un mejor proceso de duelo, aunque también abrirá

vías para interrogantes muy inquietantes: “¿Cómo pudimos concebir ‘eso’?” (Deschamps, 1993; David, 1996b). De todos modos, el intento de considerar ese feto muerto, malformado, incluso ‘monstruoso’, no viable, y extraído en un acto médico responsable, conjuntamente decidido, como un accidente sin importancia, un ‘no-embarazo’, pareciera a todas luces complicar aún más las cosas. Hay que recordar que la mujer embarazada, su pareja, mantienen un bebé imaginario incluso antes de que se sienta la actividad fetal intrauterina, por lo cual, la pérdida del feto real, aunque no se conozca directamente, siempre acarreará la pérdida de un bebé en la mente de los padres. Parece cierto que si la interrupción del embarazo se produce antes de que comience la percepción de la actividad fetal, así como cuando se produce una pérdida espontánea en las primeras semanas después de la concepción, el proceso de duelo de los padres pareciera transcurrir con menos problemas. Pero actualmente con el advenimiento de las pruebas ecográficas, la toma de consciencia del embarazo es muy prematura, así como el reencuentro visual con el feto, por tanto cualquier pérdida, inducida o espontánea, traerá consigo la trágica tarea de reubicar los lazos creados con esa potencial criatura.

Otro de los dilemas que trae consigo la siempre delicada situación en que se decide una interrupción médica del embarazo es la culpa y la ambivalencia. Ciertamente, la pareja, junto al equipo médico que la asiste, puede haber decidido con plena consciencia y con suficiente conocimiento sobre la probabilidad de supervivencia del feto, el realizar una interrupción del embarazo. Sin embargo, a pesar de toda la información de que se dispone para la toma adecuada de decisiones, la mujer embarazada a la que se le detecta un feto malformado, parece de inmediato entrar en el dilema de la culpa: ‘qué ha hecho ella para que se produzca esta situación’, si hay ‘algo malo en ella’ que ha destruido el futuro de su bebé perfecto, ‘si esa copita de alcohol o ese cigarrillo cuando no sabía que estaba embarazada desataron la tragedia’, si sus genes son ‘deficientes y malignos’, si su útero es incapaz de contener al feto’, etc. Dependiendo de varios factores, entre los que se cuentan el mismo deseo de ese hijo/a, la sensibilidad del equipo médico, la gravedad de la malformación y su compatibilidad con la vida, las posibilidades de tratamiento para hacer frente a esa anomalía, la presencia de una familia sensible, la mujer embarazada podrá asumir sus sentimientos de culpa y decidir en consciencia sobre el devenir de su embarazo. La decisión parece nunca ser fácil ni ser susceptible de protocolización. La ley tiende a enmarcar las situaciones que justificarían una interrupción, los límites temporales de estos actos médicos, quienes los pueden practicar y en qué condiciones, pero fundamentalmente despenaliza el acto y a sus actores (Dumoulin, 1996) cuestión fundamental pero no

suficiente para aplacar y metabolizar los sentimientos de culpa, al parecer inherentes a la pérdida inducida o no del feto. El trabajo fundamental lo realizan los actores involucrados en la situación de pérdida, los padres, los médicos, y requerirá de esfuerzos conjuntos. Muchas parejas intentan metabolizar la culpa y la ambivalencia asociada a la decisión tomada sobre la interrupción del embarazo, con un nuevo embarazo. Dependiendo si ese nuevo embarazo deviene pronto o no, dependiendo si se ha alcanzado a tramitar los sentimientos desbordantes asociadas a la pérdida anterior, el futuro de ese nuevo hijo/a estará marcado o no por el fantasma de su hermano muerto, no nato o expulsado (Lewis y Bryan, 2001; Bourne y Lewis, 2001).

Otras parejas, por el contrario, experimentan una tremenda dificultad para volver a intentar una nueva gestación después de haber decidido sobre la interrupción de un embarazo previo, o por la pérdida espontánea de otro, o porque ya pasaron por el problema del diagnóstico y tratamiento de una malformación fetal en un hijo/a ya nato. En estos casos, el temor a que las cosas se vuelvan a reproducir producen una paralización en la realización de ese proyecto de hijo/a deseado. Una vez más, la culpa y la ambivalencia parecieran jugar un rol fundamental en esta paralización. La pareja, la mujer en especial, puede mantener en su mente sentimientos de culpa no procesados respecto al fracaso del embarazo anterior, asumiendo que en ella, en su interior, existe 'algo' que impide la contención del feto, o altera su adecuado desarrollo. La realidad, tan cruel en ocasiones, puede confirmar estas sospechas a través de un diagnóstico negativo sobre las capacidades para mantener un embarazo de una mujer, u otras razones que hacen probable la aparición de problemas durante la gestación.

Es cierto que en ciertas ocasiones una mujer puede presentar algunas deficiencias en las estructuras y funciones de su cuerpo que hacen posible la gestación y su curso normal en el tiempo, o una dotación genética que hace probable la aparición de una malformación en el feto, o eventualmente conflictos inmunológicos entre la fisiología materna y la del feto, lo que hace más dramática la posibilidad siquiera de concebir la idea de comenzar con un nuevo embarazo. Pero también es cierto que la técnica médica, actualmente, no sólo puede prever tales complicaciones, sino que además prevenirlas y tratarlas adecuadamente, a veces, permitiendo que ese deseo de un hijo/a se pueda realizar con relativa seguridad. La piedra de tope entonces pareciera ser la culpa y el temor, es decir, el arraigo en la mente de la mujer, de su pareja también, de que lo que ocurrió se debió a un fallo en su interior, a su incapacidad psíquica y biológica de ser madre (o padre). Como señalábamos más arriba, la posibilidad de realizar un duelo con el cuerpo del

feto real parece permitir o facilitar que los padres retomen sus intentos en la búsqueda de un nuevo embarazo. Para ello será fundamental la presencia activa del equipo médico que asiste a esa pareja, y más aún, ojalá el mismo que asistió el embarazo interrumpido o fallido (Roegiers, 1998).

En otro contexto, es decir, cuando se detecta una malformación en el feto, en sus órganos o apariencia física, pero que puede ser tratable o curable durante la gestación o después del parto, que es compatible con la vida, y los padres deciden seguir el curso del embarazo, nos encontramos con situaciones similares a las descritas anteriormente, y otras muy particulares.

Primero, dentro de las semejanzas que hallamos, está la presencia en primer plano de la culpa y la ambivalencia. El anuncio de una malformación, como hemos visto, siempre conlleva la aparición de sentimientos encontrados sobre la capacidad de los padres para dar y mantener la vida, especialmente de la mujer embarazada y sus capacidades de contención real y simbólica de otro ser dentro de su interior. Así, en un esfuerzo conjunto entre padres expectantes, sus familias y equipo médico, parece deseable que se aborde todo el proceso de diagnóstico, confirmación de la sospecha, anuncio, pronóstico previsible y futuro tratamiento de la anomalía detectada como un proceso gradual, que requiere de tiempo, y que involucra fuertes cargas afectivas, con la finalidad de transformar y guiar el dilema en un proceso potenciador de la parentalización, o del proceso de llegar a ser padres. Como todo conflicto, o crisis, la detección de una anomalía fetal en el curso de un embarazo, conlleva intrínsecamente una potencialidad traumática, y al mismo tiempo una pro-activa, vitalizante. En el caso que más nos interesa, ese feto al que se le ha detectado una malformación curable o tratable, con el tiempo devendrá bebé, pero no será en principio ese bebé perfecto que los padres imaginaban. En este sentido, a pesar de que en la actualidad existe un número creciente de malformaciones fetales casi completamente curables y tratables con mínimas consecuencias para el futuro del bebé, los padres expectantes también entran, con el solo hecho del anuncio de la anomalía, en un proceso de duelo, donde lo perdido es el bebé perfecto e imaginado, representado. En este proceso observaremos los mismos avatares que aquellos que revisamos más arriba, aunque con la gran diferencia de que ese 'bebé imperfecto' nacerá, y por ende, habrá que adaptarse a la idea del reencuentro. Ambos padres expectantes se ven enfrentados al autorreproche, a la culpa de haber engendrado un bebé imperfecto, lo que implicará una 'herida narcisística' más o menos profunda, es decir, un dolor arraigado en el sí-mismo en cuanto ese bebé fue engendrado a 'imagen y semejanza' de ambos padres, como una extensión del propio 'yo'

para ser amado desde el exterior (Freud, 1995c). El problema de la herida narcisística en los padres que se enfrentan al diagnóstico de una malformación facial en el feto, o en general, de una malformación evidente, directamente observable en la morfología fetal, pareciera alcanzar especial importancia.

Ya apuntamos más arriba que la apariencia de un feto, por ejemplo con ‘labio leporino’, en comparación con uno al que se le haya detectado una anomalía cardiovascular, es totalmente diferente, pese a que técnicamente la malformación y disfunción cardiovascular comporta mucho más riesgo y gravedad que la de un labio leporino. Para los padres en cambio, el labio leporino detectado en su futuro bebé pareciera acarrear mucha mayor incertidumbre y más dolor asociado al amor propio, una herida narcisística aguda. La situación es paradójica, en cuanto los padres pueden ser informados escrupulosamente e insistentemente sobre las posibilidades de cirugía de esta malformación facial, sobre la escasa incidencia de la malformación respecto a la ‘normalidad’ que alcanzará el devenir de ese feto. No obstante, la brecha que puede provocarse entre las ilusiones de perfección que han mantenido los padres expectantes sobre su futuro bebé, ese bebé imaginario maravilloso (‘His Majesty the Baby’), frente a la patente realidad de imperfección, de malformación, de ‘monstruosidad’ del feto visualizado en la ecografía o recién nacido, puede llegar a complicar en extremo las cosas y traer varias consecuencias sobre el ánimo de los padres (complicaciones en el duelo, melancolía, depresión post-parto) y otras sobre el devenir de la interacción y vínculo entre padres y bebé (Domènech, 1993; Schlenker, Montoya, Maury y Visier, 1998; Gillot-de Vries, Detraux y Vanden Eynde, 1998).

Nuevamente nos topamos con el poder de la ‘imagen’, de lo visto, sobre el devenir de las representaciones maternas y paternas, mucho más potente que el discurso técnico.

Uno de los modos más recomendados en la literatura especializada para reducir el impacto del anuncio de una malformación en los procesos de parentalización, es el de programar lo más rápido posible una serie de reuniones entre los padres expectantes afectados y los especialistas, pediatras, neonatólogos y cirujanos, que se encargarán de tratar la anomalía detectada (Missonnier, 1998; Soulé, Gourand, Missonnier y Soubieux, 1999). Es así como desde el mismo anuncio de una cierta anomalía fetal, sería necesario que ambos padres afectados pudiesen reunirse con los especialistas que se encargarán de tratar las anomalías con el fin de informar a los padres sobre el pronóstico de las afecciones, los modos de tratarlas y las consecuencias sobre el desarrollo global del futuro bebé. Pareciera que tales encuentros poseerían un efecto ansiolítico considerable, en cuanto

es posible tranquilizar a los padres expectantes sobre el futuro en general de su bebé, al mismo tiempo que permite una preparación para el reencuentro real con el feto malformado, sus características, su apariencia y sus potencialidades para interactuar. También son fundamentales, en estas situaciones, la aplicación de la Escala para la Evaluación del Comportamiento Neonatal (NBAS – Brazelton y Nugent, 1997) una vez se haya producido el parto, en miras de demostrar a los recién estrenados padres la potencialidad de su bebé para interactuar, en definitiva para responder a la estimulación paterna, a la vez que inducirlo, y sus posibles limitaciones. Además, siempre que los padres lo deseen, será recomendable la participación en algún tipo de proceso psicoterapéutico para intentar metabolizar el impacto del conflicto asociado a la detección de una malformación fetal.

Las posibilidades de reacción al enfrentarse al diagnóstico de una malformación en el desarrollo del feto, tanto en la mujer que deviene madre, como en su pareja que deviene padre, son tantas como casos existen. Quizás uno de los aspectos más importantes involucrados en esta situación, será entonces, la posibilidad de potenciar los procesos de parentalización en ambos padres expectantes. El feto malformado, por un motivo u otro nacerá, vivirá, y en tal caso, habrá que prever que tanto padres como recién nacido puedan establecer unas interacciones y vínculos más o menos saludables, satisfactorios para ambas partes.

Por último, pensando en el equipo asistencial que atiende tales situaciones dramáticas ligadas al diagnóstico prenatal, no sería absurdo plantear también una instancia de contención de las ansiedades que se originan. Para ningún miembro del equipo médico es fácil digerir los efectos de un diagnóstico negativo en el curso de un embarazo. Hay autores que plantean la posibilidad de realizar periódicamente ‘grupos de contratransferencia’ (‘Grupos Balint’) con el fin de dialogar y reflexionar respecto del acontecer cotidiano del equipo médico. Tales instancias se organizarían a partir de los casos difíciles, pero también de los cotidianos y rutinarios, con el fin de definir los pasos a seguir en un caso determinado, así como también para tramitar las ansiedades que cada miembro del equipo sufre al enfrentarse con casos delicados, padres difíciles, la tragedia en general (Missonnier, 1998; Soulé, Gourand, Missonnier y Soubieux, 1999).

Gemelos.

Aspectos generales.

Las gestaciones gemelares en la especie humana se pueden diferenciar genéricamente en dos tipos: gemelos monozigóticos (MZ), uniovulares o idénticos y gemelos dizigóticos (DZ), biovulares, o fraternos. La diferenciación se basa en la cantidad de óvulos fecundados, si es sólo uno, se tratará gemelos MZ y si son dos de DZ. Los gemelos DZ son mucho más frecuentes que los MZ (4 a 1 aproximadamente) y no comparten un mismo genotipo a diferencia de los MZ que comparten exactamente el mismo genoma.

Los gemelos MZ pueden ser de cuatro tipos según el momento en que se produzca la división anormal del óvulo único fecundado, desde la primera división posterior a la fertilización hasta el día catorce:

- Si la división del cigoto se produce al primer día desde la concepción, los gemelos MZ tendrán , cada uno, una placenta, un corion y un saco amniótico separados (gemelos diamnióticos y dicoriónicos).

- Si esta división tiene lugar en el séptimo día después de la concepción los gemelos MZ compartirán la misma placenta y el mismo corion (monocoriónicos), pero no el saco amniótico (diamnióticos).

- Si la división tiene lugar aún más tarde, desde el séptimo al día 13 después de la concepción, los gemelos compartirán, no solamente la misma placenta y el mismo corion (monocoriónicos), sino también el mismo saco amniótico (monoamnióticos).

- Si la división del embrión tiene lugar entre el día 13 y el 14 después de la concepción, circunstancia que se da muy raramente, el resultado será el de gemelos unidos o siameses.

El reconocimiento de estas diferentes clases de gestación y las etapas de las posibles divisiones es importante, no sólo desde el punto de vista puramente biológico o médico, sino que también desde un punto de vista ético-legal (¿hasta que momento se considera que el cigoto porta una potencialidad de un individuo único, o de dos?). Es importante tener en cuenta todo ello para la posible determinación del tipo de gemelos, mediante ecografía. La determinación prenatal de la zigocidad mediante ecografía sólo puede hacerse por exclusión, y sólo se considerará fiable en dos circunstancias. Si el sexo del par observado es diferente el uno del otro puede afirmarse, con seguridad, que los gemelos son DZ ya que si son de diferente sexo no hay ninguna duda de que no comparten el mismo genoma. Las cosas se hacen más complicadas cuando el diagnóstico ecográfico

nos dice que se trata de gemelos del mismo sexo ya que, en este caso, podría tratarse tanto de gemelos fraternales como de gemelos idénticos. El hecho de que tengan placentas separadas no nos dice *per se* que se trata de gemelos DZ, debido a que los gemelos MZ cuyo cigoto se ha dividido en el primer día de la fertilización tienen distintas placentas y distintos coriones. De hecho, sólo dos terceras partes de los gemelos MZ tendrían una placenta monocoriónica (Piontelli, 2002). Todo ello restringe de manera importante la posibilidad de planear con anticipación el estudio de gemelos MZ en período prenatal, ya que en la mayoría de los casos, se ha de esperar hasta después del nacimiento para poder determinar, de manera correcta, el tipo de zigocidad.

A nivel internacional, se espera que se produzca 1 parto gemelar de cada 80 partos (Piontelli, 2002), aproximadamente entre el 1,25% y 1,5% de todos los partos.

En España, desde el año 1998 al 2000 se observan tasas progresivamente más altas de partos gemelares, del 1,33% en el año 1998, hasta el 1,52% de todos los partos en el año 2000. En Cataluña, también durante el mismo período, se dieron tasas aún más altas de partos gemelares en relación a los totales nacionales, desde el 1,53% en 1998 al 1,69% de todos los partos producidos en la Comunidad Autónoma. Presentamos un cuadro resumen de los datos que disponemos sobre los partos totales, únicos (sencillos) y gemelares que se han producido en España y Cataluña en los años 1998, 1999 y 2000 (Tabla nº2).

Tabla nº2

<i>Partos España y Cataluña</i>			
<i>En España</i>	<i>1998³</i>	<i>1999⁴</i>	<i>2000⁵</i>
Total partos	361.393	375.683	392.584
Partos únicos	356.378	370.003	386.336
Partos gemelares	4.820	5.457	5.975
% partos gemelares	1,33%	1,45%	1,52%
<i>En Cataluña</i>			
Total partos	56.117	58.781	62.862
Partos únicos	55.227	57.772	61.754
Partos gemelares	859	962	1.062
% partos gemelares	1,53%	1,64%	1,69%

Como se observa, en cada año se ha producido un mayor número de partos, tanto únicos como gemelares, producto de un leve aumento de la tasa de natalidad a nivel

³ Fuente INE, Julio de 2000.

⁴ Fuente INE, Julio de 2001.

⁵ Fuente INE, Julio de 2002.

nacional y autonómico. Aunque también es interesante constatar que han aumentado los partos gemelares, en términos relativos, tanto a nivel nacional como autonómico. No tenemos una explicación oficial al respecto, pero no cabe duda de que este aumento se debe al menos en parte a la incidencia de las técnicas de reproducción asistida, y su efecto en la aparición cada vez más frecuente de embarazos gemelares y múltiples (las tasas de los partos triples y cuádruples también han aumentado desde el 0,54% en el año 1998, al 0,7% en el 2000 dentro de todo el territorio nacional español⁶).

Existe evidencia que demuestra que los embarazos gemelares son mucho más frecuentes que lo que pueden sugerir los partos de gemelos. Datos obtenidos mediante ecografías durante la gestación, sugieren que no es infrecuente la muerte de uno de los gemelos dentro del útero. Los estudios ecográficos cada día están más de acuerdo respecto al fenómeno conocido como el ‘gemelo evanescente’ que consiste en que la temprana detección de gemelos puede ser seguida, más tarde, por la desaparición de uno de ellos. En estos casos, la única complicación relevante descrita parece ser una hemorragia vaginal la cual se diagnostica como una amenaza de aborto. Posteriormente tiene lugar un parto de hijo/a único. Es por ello que el número de embarazos gemelares es más alto que el de partos gemelares (Piontelli, 2002).

Riesgos obstétricos.

En términos generales un embarazo gemelar es considerado como una gestación de mayor riesgo que una gestación única normal por diversos motivos. Primero, la pérdida y fallos en una gestación gemelar son mucho más frecuentes que en la gestación única normal. Además la tasa de partos prematuros es mucho mayor en embarazos gemelares que en las gestaciones únicas, aproximadamente 6,4% en embarazos únicos y un 43,9% en gemelares⁷. Los motivos del mayor riesgo son variadas, pero la principal es sin duda, los conflictos de crecimiento entre los dos gemelos. Es muy frecuente que uno de los gemelos se desarrolle a expensas del otro, provocando un serio conflicto para el curso global del embarazo. En ocasiones, estos conflictos dan lugar a una inducción prematura del parto para evitar la muerte en útero de uno de los gemelos, lo que conllevaría un riesgo aún mayor de pérdida de ambos. En otras ocasiones, muy temprano durante la gestación, especialmente en embarazos múltiples fruto de inseminación artificial, se decide desde el comienzo ‘reducir’ un embrión, esto es, eliminar quirúrgicamente unos de los embriones

⁶ Fuente INE, Julio de 2000 a Julio de 2002.

⁷ Fuente INE, Julio de 2000 a Julio de 2002.

implantados para reducir el riesgo en el curso global del embarazo. También existen otras complicaciones en las gestaciones gemelares que los hacen más riesgosos, a saber, los problemas derivados de compartir una misma de placenta, corion y/o saco amniótico, que pueden provocar también conflictos de crecimiento y muerte de uno de los embriones. No estaría de más mencionar además que una gestación gemelar también está sometida al riesgo de que se detecten malformaciones en el feto (o en ambos), alteraciones en la gestante, conflictos inmunológicos, etc., en fin, los riesgos de anomalía de cualquier embarazo.

Por estos motivos los embarazos gemelares suelen considerarse de alto riesgo obstétrico, y por tanto recibir una asistencia más estrecha y frecuente. También estos embarazos son seguidos a través de un mayor número de pruebas ecográficas, al menos, más frecuentes que las que se practican de rigor en un embarazo único normal. Las exploraciones ecográficas en gestaciones gemelares reportan algunas dificultades adicionales de las que se practican en gestaciones únicas. Para obtener mejor visualización, desde un punto de vista ideal deberían usarse dos equipo ecográficos diferentes y también dos sondas, para uno y otro gemelo. Esta posibilidad es casi imposible. Dada la dificultad de concentrarse en los dos fetos de manera simultánea, sobretodo a partir de las semana n°20, se suele observar, explorar, cada componente de la pareja por separado. Para diferenciar los gemelos en período prenatal se suelen utilizar cuatro criterios: (1) el sexo cuando es posible; (2) la presentación (nalgas, cefálica, podálica); (3) lado y posición en el útero (poco riguroso porque los fetos pueden cambiar de posición y lugar que ocupan en el útero); y (4) tamaño (Piontelli, 2002).

Otro elemento llamativo de las gestaciones gemelares, como lo apunta la Dra. Piontelli (2002), es que las condiciones intrauterinas donde se desarrolla cada miembro de la pareja gemelar suelen ser muy diferentes, en contra de lo que se piensa habitualmente. Cada gemelo dispone de un espacio intrauterino que puede ser totalmente distinto el uno del otro, incluso independiente de que compartan o no el mismo saco amniótico, placenta y/o corion. No sólo existen diferencias en la cantidad y calidad de los nutrientes que llegan a cada feto, sino que además pueden darse distinciones importantes en cuanto a la disponibilidad de estímulos provenientes del exterior (ruidos, presión, temperatura), así como de las condiciones intrínsecas (químicas) del líquido amniótico que los rodea.

Aspectos psicológicos.

El estudio de gemelos dentro de la psicología ha sido un ámbito claramente destacado, pero fundamentalmente asociado a la investigación de los aspectos constitucionales (genéticos) del carácter versus los adquiridos (ambientales). Dentro del ámbito que nos interesa, a saber, las representaciones maternas, el estudio con gemelos ‘brilla por su ausencia’. Así lo comprobamos al realizar las búsquedas bibliográficas pertinentes para este estudio, donde encontramos unas pocas referencias. Destaca alguna contribución de Stern (1971) con el estudio de un par de mellizos y su madre, donde se abordaron las representaciones maternas y paternas operando sobre la interacción real de la madre con cada uno de sus bebés recién nacidos. Se concluye de forma general que las representaciones maternas serían poderosas influencias sobre el modo en que se establecen las interacciones tempranas, y al mismo tiempo, que el temperamento de cada uno de los mellizos contribuiría selectivamente a ‘cumplir’ lo que la madre representaba de cada uno de ellos. Es decir, por ejemplo de acuerdo al estudio, el mellizo que fue calificado desde el embarazo como más pasivo (por emitir menor actividad de movimientos fetales), efectivamente se comportó de tal manera después del parto, alimentando las representaciones preexistentes de la madre sobre su pasividad. Tales representaciones se actualizarían en cierto tipo de comportamiento interactivo, resultando que la madre, siguiendo con el ejemplo, interactuaba menos con el mellizo que consideraba pasivo debido en parte a sus representaciones preestablecidas, así como por el temperamento menos activo del bebé.

Dentro de la relativa escasez de estudios sobre gemelos e interacción temprana, encontramos un autora bastante productiva en relación al tema. Se trata de Monique Robin y colaboradores (Tourrette, Robin y Josse, 1988; Tourrette, Robin y Josse, 1989; Robin, Kheroua y Casati, 1992; Robin, Corroyer y Casati, 1996; Robin, Maner-Idrissi y Corroyer, 1998; Robin, 1999) quien se ha dedicado al estudio de las relaciones entre hermanos gemelos (monozigóticos [MZ] y dizigóticos [DZ]) y los correlatos de tal vínculo en el mundo representacional de la madre. A través de diversas metodologías, incluida la observación directa y entrevistas semiestructuradas, la autora ha investigado el modo en que las representaciones maternas influyen en el proceso de individuación de sus bebés gemelos, tanto en el caso de gemelos MZ como DZ. También ha estudiado la estructura de la relación entre hermanos gemelos, considerando los vínculos de dependencia mutua y las dinámicas entre los polos dominante/dominado en diferentes contextos cotidianos (la escuela y el hogar), y la influencia que ejercen las representaciones maternas sobre esta

estructura relacional. Por último, la autora ha abordado el tema de cómo la madre, a través de sus prácticas educativas, intenta establecer diferenciaciones entre sus hijos gemelos. En general, los resultados obtenidos revelan que la madre presenta mayores dificultades para diferenciar y tratar como individuos diferentes a sus bebés gemelos en el caso de que sean MZ, lo que le resultaría más fácil en el caso de que sean DZ. Paralelamente se concluye que las representaciones maternas respecto a gemelos MZ serían más similares entre sí que las que la madre mantiene en relación a sus bebés cuando son gemelos DZ, lo que promovería que la madre estableciera interacciones semejantes cuando se enfrenta a sus bebés gemelos MZ, que cuando lo hace respecto a sus bebés DZ.

También encontramos una serie de artículos y publicaciones que se dedican de alguna forma al tema de los gemelos y su desarrollo, fundamentalmente a partir de las particularidades específicas que deben enfrentar las familias en el caso de tener hijos gemelos o múltiples (más de dos). En estos artículos sólo encontramos algunas guías de crianza, cuya utilidad nos parece más bien limitada según los objetivos de este estudio.

Existen una serie de publicaciones psicoanalíticas que abordan el tema de los gemelos, pero fundamentalmente enfocadas al fenómeno inusual de la experiencia gemelar, tanto en los hermanos gemelos mismos, como en el resto de personas que tienen contacto con ellos. Muy brevemente, dentro del psicoanálisis se argumenta que la experiencia gemelar sería una fuente privilegiada para el estudio de conflictos y fantasías muy primitivas en el desarrollo, específicamente algunas fantasías pre-edípicas, como las fantasías de fusión con el otro, estadios tempranos del narcisismo constitucional (primario y secundario), las temáticas del ‘complejo fraterno’, y las fantasías de un ‘doble especular’ (Freud, 1995b; Braier, 2000). Generalmente tales conceptualizaciones tienen relación con el desarrollo de un cierto tipo de psicopatología más que con una descripción del desarrollo psíquico normal de bebés gemelos.

Muy destacadas son las contribuciones de Negri (1995) y Piontelli (2002), ambas autoras psicoanalíticas contemporáneas, respecto al desarrollo de las representaciones maternas durante el embarazo, tomando en consideración algunos casos de gestaciones gemelares. Ambos estudios se plantean para observar el desarrollo del vínculo entre la mujer embarazada que devendrá madre y sus futuros bebés, y para demostrar la existencia de una continuidad comportamental en el feto (o fetos) desde su vida prenatal a los dos primeros años de vida. En concreto, Piontelli (2002) concluye, de modo preliminar, que el feto presenta ciertas tendencias temperamentales, observadas en su comportamiento, preferencias y nivel de actividad intrauterina, que se repiten en su vida extrauterina,

principalmente en sus dos primeros años de vida. En el caso de gemelos, afirma de manera especulativa, que por el hecho de compartir un espacio intrauterino común y la posibilidad de interactuar en ese espacio (tocarse, patearse, rehusar el contacto físico, etc.), se podría plantear una especie de inicio prematuro de la consciencia de ‘otro’, es decir, que el par de gemelos podrían desarrollar un tipo de ‘proto-consciencia’ prematura adecuada para la interacción entre dos. Así lo sugieren las observaciones que la autora llevó a cabo desde las primeras exploraciones ecográficas de pares de gemelos hasta sus 2-4 primeros años de vida en su ambiente familiar. Especialmente sugerentes son los casos de Delia y Marco, gemelos DZ (Piontelli, 2002, pp. 130 a 141), donde las observaciones prenatales vía ecografía denotaban una impresionante continuidad entre el comportamiento y temperamento tranquilo y pasivo de Marco, versus la actividad y necesidad de contacto de su hermana gemela Delia, que se habían mantenido hasta aproximadamente los cuatro años de edad de los gemelos fraternos, además de un tipo de interacción entre ambos donde Marco rehusaba el contacto insistente que buscaba su hermana Delia. Ciertamente las experiencias llevadas a cabo por la Dra. Piontelli dan lugar a sugerencias muy interesantes, pero poco concluyentes como la misma autora reconoce.

En el mismo trabajo, el papel de la madre, sus representaciones, expectativas, deseos, temores, etc., que estaban en juego durante las observaciones en relación a los bebés, también fueron consideradas como elementos determinantes. Las representaciones de la madre, así como su comportamiento interactivo con cada bebé, en el caso de gemelos, parecieran incidir profundamente en el comportamiento de cada bebé por separado y en el estilo interactivo entre ambos. Así, los deseos y expectativas de la madre frente a cada uno de sus hijos/as, aquello que se comentaba durante las exploraciones ecográficas, su propia historia vital como hija de sus padres, etc., parecieran estar en estrecha interrelación con el temperamento de cada uno de los bebés, dando como resultado una interacción y vínculo específico entre la madre y sus bebés, así como entre ambos bebés (Piontelli, 2002).

A otro nivel, mucho más limitado, nosotros mismos llevamos a cabo una experiencia de observación directa de gemelos y su madre entre los 4 meses de vida y el año casi cumplido. El trabajo se realizó en el contexto del Doctorado en Psicopatología Infantojuvenil de la Universidad Autónoma de Barcelona, dirigido por una de las directoras de este mismo estudio, Dra. Mercè Mitjavila (Arteaga y Mitjavila, 2001). Allí pudimos constatar que la interacción comunicativa entre una madre y sus bebés gemelos dizigóticos, presentaba importantes particularidades. Claramente, la madre interactuaba con cada uno de sus bebés de manera diferente, al parecer, debido al temperamento de cada

uno de ellos, así como en base a las representaciones que ella misma mantenía respecto a cada uno. Así, la madre interactuaba de un modo particular con Juan, uno de los gemelos dizigóticos, en base al temperamento más pasivo de este último, además de las expectativas que ella misma tenía sobre el niño (lo consideraba más pasivo desde el período prenatal). Por el contrario, con Manuel, la madre presentaba una interacción más rica, incluso más gratificante, en base a sus concepciones sobre el carácter más alegre y activo del niño, así como efectivamente, debido a un temperamento más expansivo de Manuel. Nuestras conclusiones al respecto fueron muy limitadas, pero muy interesantes y sugerentes. Tanto así, que nos embarcamos en el presente estudio con el afán de conocer más sobre los determinantes y factores que influyen en el establecimiento del vínculo entre una madre y sus bebés gemelos, especialmente a partir del período prenatal.

En términos generales podemos comentar de que las gestaciones gemelares conllevan para la madre, y la familia en general, unas dificultades adicionales, físicas, psíquicas y socioeconómicas, muy particulares que nos parecen dignas de estudio y propicias para discriminarlas de otros tipos de gestaciones.

Metodología.

Para seleccionar un método adecuado a nuestros propósitos hemos realizado una revisión lo más exhaustiva posible de la literatura especializada, y además, una serie de consultas a distintos profesionales relacionados con el tema, específicamente ecografistas y ginecobstetras, en un marco de colaboración formal entre el Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona, en cuyo programa de doctorado, Psicopatología Infantojuvenil, se inscribe este trabajo, y el Servicio de Obstetricia y Ginecología, Programa de Salud Materno Fetal, Unidad de Ecografías y Medicina Fetal del Hospital Universitario Vall d'Hebrón, también relacionado académicamente con la misma Universidad.

Ciertamente, la posibilidad de recoger las representaciones maternas durante la gestación permite varias vías de acceso. Una, quizás la más abarcativa sea la de entrevistar libremente a las gestantes en un momento determinado del embarazo, dialogando sobre todos los ámbitos involucrados en el embarazo y futuro parto, sobre sí misma, su pareja, sobre sus antecedentes familiares, expectativas, temores y deseos relacionados con el embarazo. Es una posibilidad tentadora en cuanto lograríamos acceder a un cúmulo de informaciones significativas de forma más o menos directa, pero con una limitación importante, a saber, la dificultad para sistematizar el relato y lograr algunos parámetros para comparar. Además, este tipo de acceso por lo general requiere de mucho más tiempo del que disponíamos. En definitiva, desestimamos la posibilidad de utilizar los métodos propios de la asociación libre para abordar el mundo representacional de una mujer embarazada dados nuestros objetivos y necesidades de sistematizar los relatos que obtuviésemos con fines comparativos.

En este contexto, decidimos elaborar un instrumento *ad-hoc* para enfrentar nuestra tarea, eso sí, basándonos en otros instrumentos, específicamente algunas entrevistas semi-estructuradas.

Antes de proseguir una advertencia general. La decisión de elaborar un instrumento apropiado para nuestros propósitos, que en términos generales sería bastante estructurado, conformado por la mayor cantidad de ítems posibles que requiriesen de una respuesta cerrada para así poder sistematizar los hallazgos obtenidos y comparar los grupos que más nos interesan, involucraría necesariamente una pérdida. Si bien, el instrumento que pensamos elaborar desde un principio nos permitiría el manejo de los datos obtenidos de manera muy sistemática, incluso un tratamiento informático de ellos, somos completamente conscientes de que debido a esto mismo, tendríamos que asumir una pérdida

más o menos importante en la riqueza y variabilidad del relato que libremente podría aportar una mujer embarazada, cualquier persona en general. Pero la decisión fue tomada en consciencia y asumimos los costos.

En esta sección expondremos el modo en que desarrollamos nuestro instrumento, sus antecedentes y características, para proseguir con el procedimiento que utilizamos para aplicarlo, en qué sujetos, dónde, cuándo, y su justificación.

Instrumento.

Revisando la literatura especializada, nos encontramos con algunas entrevistas ya diseñadas para explorar las representaciones maternas en distintos momentos del embarazo y/o crianza. Revisamos detalladamente la “Entrevista ‘R’”, desarrollada por Stern y colaboradores (1989), diseñada para la recolección de varios elementos representacionales de una madre recién estrenada como tal, a saber, pasado y presente del bebé, de ella misma como madre, de su propia madre, semejanzas del bebé con el resto de la familia, la valoración que hace la madre de su historia y del su presente en relación con la maternidad, los afectos ligados a las representaciones, deseos y temores respecto al bebé y a sí misma, autoestima y otros. También revisamos la entrevista desarrollada por Slade, Haganir, Grunebaum y Reeves (1987), denominada “Pregnancy Interview” (‘Entrevista para el Embarazo’), diseñada con el objetivo de capturar las representaciones que mantiene una mujer embarazada sobre su futuro bebé, así como para conocer la experiencia global que ha vivido durante su embarazo. Ambos instrumentos intentan abordar casi todos los elementos importantes que se describen en la literatura especializada en torno a las representaciones maternas, por ende nos ofrecían un modo adecuado para enfrentarnos a nuestra tarea. Sin embargo, la aplicación de tales instrumentos, la información que aportan, no nos permitirían fácilmente lograr algunos parámetros susceptibles de comparación. En general, en ambas entrevistas, de tipo semi-estructurado, se obtienen respuestas más bien abiertas, difícilmente codificables y tabulables para fines comparativos.

Es así como, a instancias de una de nuestras directoras de investigación, la profesora Dra. Mercè Mitjavila, decidimos, desarrollar nuestro propio instrumento a partir de una entrevista elaborada por Mendes y Mitjavila (2000), que se ajustaba mucho mejor a nuestros objetivos.

La entrevista original, diseñada para recoger las representaciones maternas y paternas durante el embarazo y post-parto, se conforma de cuatro versiones diferentes: una para la mujer embarazada durante la gestación y otra para después del parto; una para la

pareja durante el embarazo y otra para después del parto. Seleccionamos la versión para la mujer embarazada durante la gestación.

Básicamente, la versión original está estructurada del siguiente modo:

- Aspectos generales relacionados con el embarazo: 14 ítems.
- Aspectos físicos relacionados con el embarazo: 8 ítems.
- Aspectos relacionados con la pareja: 2 ítems.
- Aspectos relacionados con el apoyo afectivo y ayuda familiar y social: 2 ítems.
- Aspectos relacionados con la vida social y laboral: 1 ítem.
- Aspectos relacionados con el parto: 4 ítems.
- Aspectos relacionados con el bebé (feto): 5 ítems.
- Aspectos relacionados con la crianza del futuro bebé: 6 ítems.
- Aspectos relacionados con las representaciones del embarazo: 1 ítem.
- Aspectos relacionados con las representaciones en la vida social y laboral: 3 ítems.
- Aspectos relacionados con las representaciones de los cambios físicos durante en embarazo: 1 ítem.
- Aspectos relacionados con las representaciones del bebé: 9 ítems.
- Aspectos relacionados con las representaciones de la madre: 5 ítems.
- Aspectos relacionados con los recuerdos de la propia infancia: 5 ítems.

En total la entrevista original consta de 66 ítems, de los cuales 51 son de respuesta cerrada (31 dicotómicos y 20 de selección múltiple); y 15 de respuesta abierta. No disponemos datos sobre su características psicométricas, fiabilidad y validez, sólo constancia de que ha sido utilizada en un trabajo de investigación en el marco de un postgrado de estudios universitarios con resultados satisfactorios (Mendes y Mitjavila, 2000).

A partir de este instrumento original, realizamos una serie de modificaciones para adaptarlo a nuestras necesidades y objetivos, y así crear tres versiones dados nuestros grupos de interés: una para administrar al grupo de gestantes con un embarazo único y normal; otra para aplicar al grupo de gestantes con un embarazo diagnosticado como patológico; y una tercera para aplicar al grupo de mujeres con embarazos gemelares normales. Para ello contamos con la colaboración directa y constante de nuestras dos directoras de investigación, Dra. Mercè Mitjavila (docente Universidad Autónoma de Barcelona) y Dra. María Teresa Pi Sunyer (Programa de Salud Materno Fetal del Hospital Vall d'Hebrón), además de la valiosa cooperación del Dr. Eduard Gratacós, Jefe de la Unidad de Medicina Fetal, y de la Dra. María Elena Carreras, encargada de la Unidad de Ecografía Obstétrica, ambos miembros del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona. A continuación describimos nuestro instrumento, su estructura y características particulares.

Descripción del instrumento.

El instrumento que rediseñamos, que genéricamente podemos denominar como ‘Entrevista para la evaluación de las representaciones maternas durante la gestación’ (ERMG, ver anexos pp. 260 a 307), fue estructurado a partir de las mismas áreas de evaluación que el instrumento original:

Tabla n°3

<i>Áreas de evaluación</i>	<i>EUN</i>	<i>EPAT</i>	<i>EGN</i>
Aspectos generales relacionados con el embarazo	9 ítems 6d,3m	9 ítems 6d,3m	9 ítems 6d,3m
Aspectos físicos relacionados con el embarazo	3 ítems 2d,1m	3 ítems 2d,1m	3 ítems 2d,1m
Aspectos relacionados con la pareja	3 ítems 1d,2m	3 ítems 1d,2m	3 ítems 1d,2m
Aspectos relacionados con el apoyo y ayuda familiar y social	3 ítems 1d,2m	3 ítems 1d,2m	3 ítems 1d,2m
Aspectos relacionados con el parto	3 ítems 1d,2m	3 ítems 1d,2m	3 ítems 1d,2m
Aspectos relacionados con el bebé (feto)	6 ítems 5d,1m	6 ítems 5d,1m	6 ítems 5d,1m
Aspectos relacionados con la crianza del bebé	5 ítems 1d,4m	5 ítems 1d,4m	5 ítems 1d,4m
Aspectos relacionados con las representaciones del embarazo	1 ítem 1d	1 ítem 1d	1 ítem 1d
Aspectos relacionados con las representaciones en la vida social y laboral	3 ítems 2d,1m	3 ítems 2d,1m	3 ítems 2d,1m
Aspectos relacionados con las representaciones del bebé	9 ítems 5d,2m,2a	9 ítems 5d,2m,2a	9 ítems 5d,2m,2a
Aspectos relacionados con las representaciones de la madre	3 ítems 3m	3 ítems 3m	3 ítems 3m
Aspectos relacionados con la ecografía	10 ítems 4d,4m,2a	10 ítems 4d,4m,2a	10 ítems 4d,4m,2a
Embarazos patológicos	—	6 ítems 1d,2m,3a	—
Embarazos gemelares	—	—	7 ítems 1d,3m,3a
Total	58 ítems 29d,25m,4a	64 ítems 30d,27m,7a	65 ítems 30d,28m,7a

EUN= Versión Embarazo Único Normal; EPAT= Versión Embarazo Patológico; EGN= Versión Embarazo Gemelar Normal

d= ítem dicotómico; m= ítem de selección múltiple; a= ítem de respuesta abierta.

Como se aprecia, cada versión de la entrevista contiene más o menos las mismas áreas de evaluación y los mismos ítems, sin embargo, agregamos algunas con sus respectivos ítems para las condiciones del embarazo diagnosticado como patológico y algunos particulares para los embarazos gemelares. Esto obedece a que la experiencia de un mujer embarazada cuando se enfrenta al diagnóstico de una patología o anomalía en el

desarrollo del feto, según hemos revisado con anterioridad, presenta características muy particulares y diferentes a las que experimenta una mujer que mantiene una gestación sin ninguna complicación.

A continuación describimos las diferentes áreas que intentamos explorar con este instrumento y sus características específicas:

- Aspectos generales relacionados con el embarazo.

Se trata de conocer si el embarazo actual ha sido planificado y deseado por la pareja, si se ha necesitado alguna asistencia para provocar, inducir y/o facilitar la concepción, y si ha existido otro embarazo anterior que no haya llegado a término, ya sea por una interrupción médica de la gestación, por un aborto voluntario decidido por la pareja, o por una pérdida espontánea. También exploramos el estado emocional de la gestante al momento de conocer la noticia del embarazo y su estado emocional actual. Exploramos además la posibilidad de que se hayan producido momentos de intranquilidad durante el embarazo en curso, debido a cualquier motivo, ya sean médicos, psicológicos o sociales, en qué momento se produjeron y durante cuánto tiempo se mantuvo la inquietud. Por último indagamos sobre la información de que dispone la gestante respecto a su embarazo y futuro parto, y qué relevancia le otorga a tal información.

- Aspectos físicos relacionados con el embarazo.

En esta área intentamos explorar básicamente las molestias que la gestante ha padecido durante su embarazo y con qué frecuencia. Además constatamos si es que ha habido riesgo de pérdida en el embarazo.

- Aspectos relacionados con la pareja.

Se explora la percepción de la gestante sobre la cantidad y cualidad de apoyo que recibe y cree que recibirá por parte de su pareja durante el curso del embarazo y futuro parto. También exploramos la posibilidad de que a partir del embarazo se hayan producido cambios en la relación de pareja, desde el punto de vista de la gestante, en el grado de comunicación que han establecido, en su vida sexual y en el afecto y cariño.

- Aspectos relacionados con el apoyo y ayuda familiar y social.

Intentamos indagar sobre qué personajes del círculo familiar, social, o incluso asistencial, que rodea a la gestante se ha constituido como fuente de apoyo afectivo según

su perspectiva. También exploramos la percepción que mantiene la gestante sobre la disponibilidad de la sociedad en general para brindarle apoyo y ayuda, así como la reacción de su familia en relación a la noticia del embarazo.

- Aspectos relacionados con el parto.

Aquí exploramos los temores que mantiene la gestante, si los tiene, sobre el futuro parto, si prevé complicaciones en el mismo, cuáles y por qué. También consignamos el tipo de analgesia que tiene prevista para el momento del parto.

- Aspectos relacionados con el bebé.

Exploramos si la gestante, antes de conocer el sexo de su futuro bebé, mantenía alguna preferencia, si lo conoce en el momento de la entrevista y si tiene previsto algún nombre. Eventualmente también indagamos si el nombre elegido tenía alguna tradición dentro de la familia.

También indagamos sobre la percepción de la gestante respecto de la actividad fetal, su intensidad y frecuencia. Por último intentamos averiguar qué tipo de sentimientos despierta el feto en la gestante al momento actual de la entrevista.

- Aspectos relacionados con la crianza del bebé.

En esta área abordamos algunas previsiones y deseos de la gestante una vez nazca el bebé, específicamente, el tipo de alimentación que tiene prevista, si es amamantamiento natural, por cuánto tiempo tiene pensado hacerlo, o si es a través de biberón, si pretende hacerlo ella misma o delegarlo en otra persona. También exploramos si la gestante tiene previsto dejar de trabajar por algún tiempo para dedicarse a la crianza de su futuro bebé, y si no puede o no lo desea, quién cuidará al niño/a mientras se encuentre trabajando o termine la baja por maternidad.

- Aspectos relacionados con las representaciones del embarazo.

Exploramos la valoración espontánea que hace la gestante de su experiencia en el curso del embarazo, y si tal experiencia ha correspondido o no a lo que esperaba o imaginaba antes.

- Aspectos relacionados con las representaciones en la vida social y laboral.

Aquí valoramos la opinión de la gestante respecto al impacto que ha tenido el embarazo en su actividad social y laboral, y que consecuencias tendrá la llegada del bebé en tales ámbitos de su vida.

- Aspectos relacionados con las representaciones del bebé.

En esta área abordamos las fantasías que mantiene la gestante respecto al carácter y apariencia física de su futuro bebé. También intentamos explorar el interés y grado de preocupación que puede experimentar la gestante sobre el futuro y devenir de su bebé, y su percepción respecto a la posible influencia de su propio comportamiento durante el embarazo y el futuro de su bebé. Además se exploran los sueños que la gestante ha podido tener sobre su bebé, así como las fantasías diurnas asociadas a cualquier aspecto relacionado con el bebé, su crianza, devenir, desarrollo, etc. Se intenta valorar si la llegada del bebé reportará muchas complicaciones para la vida cotidiana de la gestante, y qué tipo de sentimientos experimentará en el contacto íntimo con su bebé, específicamente al momento de alimentarlo.

- Aspectos relacionados con las representaciones de la madre.

En esta área intentamos recoger las representaciones de la gestante respecto de ella misma como recién estrenada madre, cómo prevé serán las experiencias ligadas a la crianza de su bebé, qué tipo de madre se imagina podrá ser, y cómo imagina a su pareja en su nuevo rol de padre.

- Aspectos relacionados con la ecografía.

En esta sección intentamos valorar la información de que dispone la gestante respecto a la utilidad de las exploraciones ecográficas para su embarazo y cómo la ha obtenido. También consignamos la cantidad de exploraciones ecográficas en que ha participado, y sus impresiones o experiencias en las primeras a que se sometió. Exploramos el grado de participación en el transcurso de las pruebas ecográficas de los acompañantes habituales de la gestante, y qué tipo de impresiones experimentaron en tal situación. Valoramos la opinión que tiene la gestante respecto a los profesionales que le practicaron las ecografías y qué tipo de actitud mantuvieron durante las sesiones.

Intentamos valorar además, la influencia que cada gestante otorga a la prueba ecográfica en relación a su estado emocional general.

Por último, exploramos la incidencia de la imagen ecográfica en la capacidad de la gestante para imaginar a su futuro bebé.

-. Embarazos patológicos.

En esta área, que sólo exploramos en el Grupo B, embarazos únicos patológicos, consignamos algunos antecedentes básicos del diagnóstico prenatal, fecha del descubrimiento, qué tipo de anomalía fue descubierta, y los tratamientos o indicaciones específicas que ha dado lugar el diagnóstico.

También exploramos el estado emocional de la gestante al momento en que se le anunció la anomalía en el desarrollo de su feto, sus dudas respecto al futuro y porvenir de su bebé, y lo que cree que necesita saber al respecto.

-. Embarazos gemelares

En esta sección, que sólo aplicamos al grupo de mujeres con embarazos gemelares, Grupo C, consignamos la fecha, en semanas de gestación, del descubrimiento de la gestación gemelar. Exploramos la percepción de la gestante en relación a si capta o no diferencias de cualquier tipo entre los fetos, así como su estado emocional al enterarse de la noticia. También valoramos si la gestante tiene dudas sobre la crianza requerida frente a bebés gemelos y se cree que le reportará dificultades adicionales. Además consignamos los tratamientos y/o indicaciones particulares que se le hubiesen programado dada la condición de su embarazo.

Una de las características singulares de la entrevista, en cada una de las tres versiones, es que una proporción importante de los ítems fueron contruidos de manera cerrada, es decir con unas alternativas de respuesta predeterminadas de antemano, ya sea selección entre múltiples repuestas (más de dos) y/o respuestas dicotómicas (dos posibilidades). Sólo unos pocos ítem en cada versión se construyeron de manera abierta (4 de 58 en EUN; 7 de 64 en EPAT; y 7 de 65 en EGN) debido a la imposibilidad de construirlos con alternativas predeterminadas en algunos casos, y en otros, por la necesidad de obtener una respuesta libre de cada gestante y así retener la riqueza del relato.

En casi todos los ítems de selección múltiple, y en algunos dicotómicos, agregamos la posibilidad de que la gestante aportara una alternativa no determinada de antemano dentro de sus posibles respuestas: *Otra, otras ¿cuál, cuáles?*. Esta modalidad ya estaba reflejada en algunos ítems del instrumento original que sirvió de base para construir el

nuestro. Además, parece siempre sensato el permitir la posibilidad de que cada gestante tuviese la oportunidad de responder con sus propias palabras, calificativos y adjetivos, cuando se le interroga por su experiencia íntima.

En otros ítems también introdujimos, a parte de las respuestas de selección múltiple o dicotómicas, la posibilidad de que cada gestante pudiese explicar brevemente los motivos o razones de su elección. Todos sus comentarios fueron consignados.

A cada ítem de selección múltiple, así como a cada ítem dicotómico, se le asignó una lista de posibles respuestas. En el caso de los ítem dicotómicos se les asignó en la mayoría de los casos un *Si* o un *No*, eventualmente una breve aclaración o explicación de la respuesta dada. En contadas ocasiones asignamos dicotomías como *Mucho* o *Poco*, *Muy Frecuente* o *Poco Frecuente*, *Intenso* o *Débil*, etc. En el caso de los ítems de selección múltiple la elección de las posibles respuestas, determinantes, calificativos, descriptores, etc. representó un mayor problema. Para tal efecto revisamos las listas de calificativos, descriptores y/o respuestas propuestas en la entrevista original que sirvió de base para construir el nuestro, y aquellos propuestos por la Entrevista 'R' de Stern y colaboradores (1989). Además contamos con la colaboración, como lo señalamos arriba, de los especialistas en ginecobstetricia y ecografía para la confección de los ítems y posibles respuestas de las áreas más relacionadas con los ámbitos de patología fetal y ecografías. En algunos ítems de carácter más informativo, es decir, en aquellos que se pedía una respuesta, una elección que no involucrara un compromiso de valor, por ejemplo, *¿Quién cuidará del bebé cuando se termine la baja por maternidad?*, donde se definieron unas alternativas de respuesta como: *Madre*, *Pareja*, *Otro familiar*, *Guardería*, etc., la tarea no representó mayores inconvenientes, en cuanto las posibilidades de respuesta eran fácilmente previsible. En cambio, en aquellos ítems en que se preguntaba sobre algún aspecto, ya sea sobre el feto, futuro bebé, sobre sí misma, la pareja, algunas impresiones sobre los médicos y las ecografías, etc. que involucraban un mayor compromiso de valor, o claramente afectivo, la selección de descriptores y calificativos presentó más dificultades. En definitiva, logramos extraer una lista de unos 59 descriptores. Asignamos a cada uno de estos ítems de selección múltiple una lista lo más homogénea posible, en cantidad y cualidad, de descriptores, de respuestas posibles, incluyendo algunos claramente positivos, otros negativos, algunos mixtos, otros neutros, y casi siempre la posibilidad abierta de que cada gestante agregara uno que no estuviera en la lista propuesta. De antemano asignamos también a cada descriptor una valoración según su cualidad como calificativo, a saber: positivo, negativo, mixto o neutro. Así obtuvimos un listado numerado, donde los 23

primeros correspondían a los descriptores considerados como *positivos*, del 24 al 50 los considerados como *negativos*, del 51 al 57 como *mixtos*, y el 58 y 59 como *neutros* (ver Lista de descriptores en anexos, p.308). El número '99' quedó asignado a todo descriptor nuevo aportado libremente por cada gestante, para ser valorado según su cualidad con posterioridad. Esta modalidad de codificación nos permitiría en la fase de tratamiento estadístico de datos un manejo más adecuado de los descriptores y respuestas dadas por cada gestante. En el caso de los ítems de selección múltiple, se le pidió a cada gestante que diera como máximo 4 respuestas dentro de las que se le proponían.

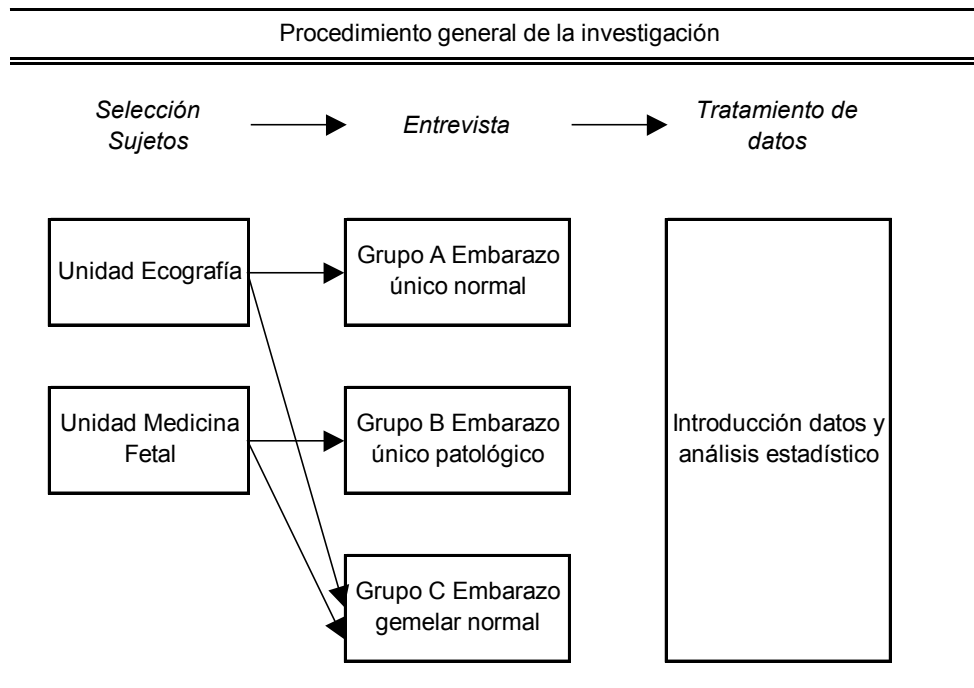
Elaboramos dos formatos para cada versión del instrumento, una para el entrevistador y otra para la mujer embarazada. El formato para el entrevistador fue diseñado con el objetivo de facilitar la inmediata codificación de las respuestas aportadas por cada gestante. El formato para la gestante se diseñó de manera mucho más simplificada con el objeto de que la entrevistada pudiese ir leyendo si así lo deseaba cada pregunta emitida por el entrevistador, y para que tuviese un referente perceptivo en caso de que la pregunta involucrara una respuesta de selección entre alternativas múltiples. Para revisar detalladamente los formatos y diferentes versiones del instrumento ver anexos (pp. 260 a 307).

El instrumento fue explícitamente diseñado para ser aplicado por un examinador especializado, aunque por su formato y estructura no sería difícil transformarlo en un cuestionario para auto completar.

Procedimiento.

El procedimiento general fue estructurado en tres fases que exponemos a continuación: selección de sujetos, aplicación de la entrevista, y tratamiento de los datos obtenidos (figura n°1).

Figura n°1



Selección de sujetos.

Los sujetos, en nuestro caso mujeres embarazadas, fueron seleccionados según los siguientes criterios:

- . Mujeres primíparas.
- . Concepción a partir de gametos propios.
- . Mujeres con relación de pareja estable.
- . Mujeres de tradición cultural occidental.
- . Gestantes que se encuentren en el tercer trimestre del embarazo.
- . En embarazos patológicos, que la malformación detectada fuera evaluada como compatible con la vida.
- . En embarazos gemelares, sin patología adicional.

Las justificaciones de nuestros criterios de inclusión responden a una revisión de la literatura especializada lo más rigurosa posible.

¿Por qué mujeres primíparas? Según la literatura, lo que ocurre a nivel representacional en una mujer que deviene madre por primera vez, es casi totalmente diferente a lo que se esperaría en el caso de un segundo embarazo (Raphael-Leff, 1995; Negri, 1995; Piontelli, 2002). Los grandes procesos que guían la parentalización, la maternización en nuestro caso, se cristalizan mayoritariamente cuando deviene el primer embarazo, esto es, la reestructuración de las representaciones sobre sí misma, sobre otro en el interior (embrión y feto), sobre la propia madre, padre, pareja, etc. Esto no implica que los fenómenos que puedan ser observados en otros embarazos, en mujeres multíparas, carezcan de importancia o no varíen entre un embarazo y otro, sólo que los fenómenos intrapsíquicos que pueden visualizarse en una primera gestación llevada a término son de especial cualidad y significación. En un segundo embarazo a término se observan otras vicisitudes relacionadas con las inquietudes maternas sobre el reparto del amor entre dos hijos, la rivalidad, celos, el asentamiento y posible reparación de otros procesos iniciados en un primer embarazo. Son conocidas las situaciones particulares que debe vivir, una vez nacido, un primogénito/a en relación a la inexperiencia de ambos padres en su nuevo rol, así como también las cargas afectivas, e incluso culturales, que el primogénito/a debe soportar en cuanto primer vástago de la familia nuclear y extensa. En este sentido, en un afán homogenizador, decidimos dedicarnos exclusivamente a la exploración de las representaciones que mantiene una mujer que deviene por primera vez madre. Pese a esto, nos encontramos con un problema inesperado, a saber, muchas mujeres primíparas consignadas como tal, ya han tenido otros embarazos que por un u otro motivo no han llegado a término. Es el caso de mujeres que han optado por una interrupción médica del embarazo en una gestación anterior debido al diagnóstico de una patología fetal incompatible con la vida, o el caso de una interrupción voluntaria del embarazo por motivos personales, o simplemente la pérdida espontánea de un embarazo en las primeras semanas de gestación. Estas gestaciones fallidas suelen no ser contabilizadas por las mujeres, ni sus parejas, como embarazos, aunque casi siempre se consignan como tales en sus historiales clínicos. A partir de este tipo de situaciones, bastante frecuentes, decidimos consignar explícitamente el hecho de haber tenido otros embarazos fallidos en todas las mujeres que participaron en nuestro estudio, con la intención, si se diera el caso, de diferenciar los hallazgos obtenidos.

El hecho de que una mujer mantenga una relación de pareja estable, sobretudo si la

pareja es además el progenitor del futuro bebé, también representa una situación a tomar en cuenta. No es indiferente que una mujer embarazada mantenga una relación de pareja más o menos estable con el futuro padre del hijo en común. Ciertamente, tampoco es indiferente la calidad del vínculo que una pareja mantenga, el momento en que deciden tener un hijo, si es deseado y planificado o no, etc. Según nuestros intereses, decidimos homogenizar la muestra de mujeres embarazadas tomando en cuenta que mantuviesen una relación de pareja estable con el futuro padre de la criatura, independientemente de cómo se haya desarrollado la relación de pareja, de como se haya gestado la idea de concebir un hijo propio, e incluso de que haya sido una concepción planificada o no. Eso sí, con la condición de que la concepción se hubiese producido a partir de la aportación de los gametos de cada uno de los miembros de la pareja. Como hemos mencionado en otro apartado, las posibilidades que permite la asistencia médica a la reproducción, tratamientos de fertilidad, donación de gametos (óvulos y espermatozoides), alquiler de útero, etc., se constituyen como determinantes sumamente específicos en el proceso de parentalización, y por tanto requieren de una investigación particular.

Son conocidas, al menos en el último tiempo (Raphael-Leff, 1995; Soulé, Gourand, Missonnier y Soubieux, 1999) las posibles diferenciaciones que se producen en todo el proceso de maternización entre mujeres de culturas y sociedades occidentales y no occidentales. Mejor dicho, casi toda la literatura se basa en casos, en mujeres, parejas y familias de tradición occidental, por lo cual se desconoce casi totalmente lo que ocurre en los procesos de maternización en sujetos pertenecientes a otras culturas no occidentales, sólo algunos elementos folclóricos aislados. Sí se sabe que las mujeres que conciben y dan a luz a sus hijos/as fuera de su propia cultura, en una condición de inmigración (legal o ilegal; forzada o voluntaria), se ven sometidas a unas situaciones psíquicas tremendamente particulares, por no mencionar las situaciones legales, de asistencia social y sanitaria, de aislamiento social y familiar, etc. a que se ven enfrentadas. Por estos motivos decidimos incluir en nuestro estudio sólo a mujeres embarazadas pertenecientes a una tradición cultural occidental, y en el caso de mujeres inmigrantes, también del ámbito iberoamericano que llevasen al menos un año establecidas en España.

Respecto al momento del embarazo que decidimos realizar las evaluaciones, existen varias justificaciones, algunas técnicas, otras más accidentales. Primero, según la literatura especializada, el tercer trimestre de la gestación es un momento privilegiado para observar la riqueza y variedad del mundo representacional de una mujer embarazada. La mayoría de los estudios que hemos revisado ubican sus evaluaciones en este momento,

entre el 7º y 8º mes de embarazo, entre las 28 y 34 semanas de amenorrea (Ammaniti, 1991; Stern, 1991, 1997; Fava Vizziello, Antonioli, Cocci y Invernizzi, 1992; Fonagy et al., 1993; Negri, 1995; Fava Vizziello, Antonioli, Invernizzi y Calvo, 1998; Missonnier, 1998; Candelori, 1999; Piontelli, 2002). En términos generales la elección de este momento se basa en que aproximadamente en este período la mujer embarazada ya ha reelaborado una parte importante de sus representaciones sobre el feto y sobre sí misma, al mismo tiempo que ya empieza a prever el reencuentro con su bebé real en el parto.

En nuestro caso particular, la elección del tercer trimestre para realizar la evaluación de las representaciones maternas, además de las recomendaciones que hallamos en la literatura, estuvo determinada porque justo en ese momento, aproximadamente entre la 32 y 34 semanas de amenorrea se realiza la tercera ecografía rutinaria, de rigor, en un embarazo que transcurre con relativa normalidad. Así, aprovechando la cita para la tercera exploración ecográfica, específicamente durante el más o menos prolongado tiempo de espera antes de practicarla, entrevistamos a las gestantes, que fueron seleccionadas por la Sra. Luisa López, Auxiliar de Enfermería de la Unidad de Ecografía Obstétrica.

En el caso de un embarazo al que se le ha diagnosticado alguna anomalía, la evaluación se realizó un poco antes, aproximadamente entre las 25 y 28 semanas de amenorrea (al inicio del tercer trimestre de gestación), a las 4 o 5 semanas del descubrimiento de la anomalía, casi justo después que la gestante fuera atendida por los especialistas en embarazos de alto riesgo obstétrico. Esta elección se debe a que decidimos evaluar a estas gestantes un tiempo después de que se les haya anunciado la posibilidad de una anomalía en el desarrollo del feto, dando un tiempo para que asimilaran la noticia, dentro de lo posible, y decidiesen junto a su familia y equipo médico si continuaban o no con el embarazo. Así, evaluamos a estas gestantes cuando el diagnóstico de la anomalía detectada estaba prácticamente confirmada y ya estaba siendo atendida por especialistas en embarazos de alto riesgo.

En el caso de embarazos gemelares también realizamos la evaluación en ocasión de los controles obstétricos y/o pruebas ecográficas rutinarias y programadas en el tercer trimestre, aproximadamente entre la 25 y 30 semanas de gestación.

Sobre el tipo de patología diagnosticada en el curso del embarazo, decidimos que era deseable que fueran cierto tipo de malformaciones en el desarrollo del feto que se consideraran compatibles con la vida. Esto no es nada fácil ni claro de determinar.

Primero, en España⁸ toda mujer puede solicitar una interrupción de su embarazo antes de las 22 semanas de gestación si se detecta una anomalía en el feto de particular gravedad para el devenir del bebé. Esto debe ser certificado por un equipo médico especializado en conjunto con la solicitud expresa de la gestante antes de la práctica de la interrupción. Pero la ley es tan amplia, incluso ambigua, que permite a una gestante solicitar la interrupción médica del embarazo debido a que la gestación comportara “...un grave peligro para la vida o la salud o física o *psíquica* de la embarazada...⁹”. Las cosas son más claras en cuanto a la salud o riesgo vital para la gestante, pero son amplísimas y vagas cuando se incluye el riesgo *psíquico* de la mujer embarazada. Así, una mujer embarazada puede solicitar, junto a su familia, una interrupción de la gestación en curso apelando al presumible riesgo y alteración psíquica que involucraría la presencia de una anomalía fetal, aunque las alteraciones detectadas en el feto fuesen totalmente compatibles con la vida. Ciertamente el equipo médico puede no recomendar una interrupción o insistir en que el embarazo debería continuar en cuanto, pese a las malformaciones encontradas, el futuro bebé podrá ser tratado e incluso curado del todo, alcanzando una adecuada calidad de vida. No obstante, la ley tiende al amparo de las familias, por tanto, pesa mucho más la solicitud que hace la familia para interrumpir el embarazo por razones o riesgos psíquicos en la mujer embarazada. En este contexto, decidimos incluir en nuestro estudio a mujeres embarazadas a las que se les haya diagnosticado una patología en el curso del embarazo, una malformación en el feto compatible con la vida, y que haya decidido expresa y voluntariamente proseguir con el embarazo. Descartamos a las gestantes que han proseguido con el embarazo porque no tuvieron la posibilidad de decidir sobre una interrupción debido a que el plazo legal para practicarlo hubiese sido sobrepasado (22 semanas de gestación).

El tipo de patologías detectadas en el feto, en general malformaciones, que son consideradas técnicamente compatibles con la vida, es decir, tratables o curables, son de variada naturaleza y gravedad, y presentan diversos pronósticos, unos totalmente favorables, otros menos, donde se prevén una serie de déficit más o menos serios en el porvenir del bebé, aunque en general tomando las medidas adecuadas, sin riesgo vital.

La selección de este grupo de gestantes, es decir embarazos patológicos, estuvo a cargo de los especialistas en Medicina Fetal que tratan a estas gestantes desde que se detecta la anomalía, en nuestro caso, el Dr. Eduard Gratacós, jefe de la unidad. El grupo de

⁸ Ley Orgánica 9/1985 de reforma del Aborto, Artículo 417 bis del Código Penal.

⁹ Párrafo 1.1, Artículo 417 bis del Código Penal. Las cursivas son del autor de este trabajo.

gestantes con un embarazo gemelar también fue recolectado por los mismos profesionales de la Unidad de Medicina Fetal, y directamente desde la Unidad de Ecografías (ver figura nº1).

Aplicación del instrumento.

Todas las entrevistas fueron realizadas por el autor de este trabajo en dependencias del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Vall d'Hebrón en Barcelona. La entrevista se realizó siempre en un contexto de privacidad, con la sola presencia del entrevistador y la gestante. Antes de realizar la entrevista, cada gestante fue previamente informada, por medio de una carta, de los objetivos y utilidad de la entrevista y confirmar la confidencialidad de los datos que se obtuvieran, incluso inaccesibles para otros profesionales médicos que eventualmente la tratarían (ver Carta Informativa en anexos, p. 309).

Aprovechando los controles del embarazo, rutinarios y programados, se seleccionaron las gestantes de cada grupo, invitándolas e informándolas para participar en nuestro estudio en el mismo día del control, casi siempre antes de que se practicara la ecografía o que fuera atendida en control obstétrico.

Según el tipo de embarazo, normal, patológico o gemelar, se conformaron tres grupos (ver figura nº1):

- *Grupo A*, embarazo único normal.
- *Grupo B*, embarazo único patológico.
- *Grupo C*, embarazo gemelar normal.

A cada gestante del Grupo A, B y del C, se les aplicó la entrevista adecuada para la condición del embarazo en una sola sesión (ver figura nº1).

Una vez cada gestante hubiese leído y aceptado informada y voluntariamente participar en nuestro estudio, se reunía con el entrevistador en una sala privada para aplicar el instrumento. En un primer instante, el entrevistador indagaba sobre si existiera alguna duda sobre la finalidad de la entrevista u otra cualquier inquietud relacionada con la situación. Posteriormente se recolectaban algunos datos para identificar a la gestante, el tipo de embarazo, semanas de gestación (fecha de última regla), ocupación y estado civil formal. A continuación se administraba la entrevista.

El entrevistador leía cada ítem de la entrevista, siguiendo una versión impresa. La

gestante podía, si lo deseaba, también ir leyendo las preguntas en una versión impresa adecuada especialmente para ello. Cada respuesta de la gestante fue consignada por escrito. En el caso de ítems de selección múltiple o dicotómicos, las respuestas aportadas por la gestante se codificaban de inmediato. En ciertos momentos se producían algunos diálogos entre el entrevistador y la gestante, en general asociados con el tema en cuestión, pero que podían extenderse más allá de los ítems que se estaban explorando. Estos diálogos también fueron consignados por escrito, lo más fielmente posible. También se iban consignando algunas impresiones del entrevistador sobre la actitud de cada gestante ante la entrevista, su grado de colaboración y/o reticencia, su reacciones afectivas, etc.

La entrevista, en todos los casos, fue administrada completamente. Cada ítem fue contestado, excepto aquellos que no correspondiera preguntar de acuerdo a la situación de la gestante, por ejemplo, si no trabajaba, no se preguntaron los ítems correspondientes a su situación laboral.

En promedio cada entrevista se prolongaba alrededor de 25 minutos, dependiendo de la locuacidad de cada gestante. En general las entrevistas realizadas a las gestantes del Grupo B, embarazos patológicos, tendían a prolongarse un tiempo más, en total 30 a 35 minutos en ocasiones. Esto debido a que las gestantes necesitaban hablar más de su situación particular, de sus dudas y ansiedades. En toda ocasión se permitió que la gestante se expresara en todo lo que quisiera.

Todas las entrevistas, en promedio 2-3 a la semana en el caso de gestantes del Grupo A, de 1-2 cada 10 días en el caso de gestantes del Grupo C, y una cada 15 días en el caso de las gestantes del Grupo B, se realizaron entre 09:00 y 13:00 horas de los días laborables, desde mayo a noviembre de 2002.

Aparte de la carta informativa, el entrevistador se abstuvo de dar otras consignas, sólo alguna explicación adicional sobre la utilidad de la entrevista para este estudio. Tampoco se dieron explicaciones, sugerencias, ni intervenciones directas respecto de las dudas que reiteradamente planteaban las gestantes sobre su embarazo u otros aspectos relacionados con su situación vital en particular. El entrevistador se limitó a orientar a cada gestante que lo solicitara en donde podía obtener la información o ayuda que buscaba.

En general todas las gestantes entrevistadas que participaron en este estudio, lo hicieron con gran entusiasmo e interés, agradeciendo la implementación de instancias diferentes para dialogar respecto de la experiencia global de su embarazo, no sólo de la integridad del desarrollo del feto.

Al finalizar la entrevista, agradecemos efusivamente la participación de cada

gestante y las acompañábamos a la unidad de ecografías para que fuesen atendidas.

El entrevistador.

El entrevistador, siempre el mismo en todos los casos, autor de este estudio, Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta, mantuvo un rol lo más estable posible durante todas las entrevistas. La tarea primordial del entrevistador fue la aplicación completa de la entrevista, explorando activamente los aspectos que más nos interesaban, ejerciendo un rol más pasivo en cuanto explicitar sugerencias o aportar alguna intervención directa. Se decidió desde el comienzo del proyecto de este estudio, que la entrevista fuese aplicada por un especialista, en contacto directo con la entrevistada. Hubiese sido posible ajustar nuestro instrumento de modo que fuera autoaplicado, pero desestimamos esta posibilidad porque consideramos fundamental que la exploración de los elementos representacionales de una mujer embarazada fuera guiado en un contexto personal, propicio para la intimidad y el contacto afectivo, tal como lo recomienda la literatura especializada (Stern et al., 1989; Soulé, Gourand, Missonnier y Soubieux, 1999; Candelori, 1999; Piontelli, 2002). El contacto personal nos permite en general acceder al mundo representacional de una gestante de modo más directo, pudiendo explicar lo que deseamos conocer, al mismo tiempo que logramos un diálogo fecundo respecto a la experiencia global del embarazo. Dados los formatos de nuestro instrumento, logramos un gran cúmulo de datos sistematizados y codificables para su posterior manejo estadístico, pero además, debido a que el instrumento se aplicó de persona a persona, obtuvimos también una serie de datos menos sistematizables, pero ricos afectivamente, más globales, llenos de significación.

En esta misma dirección, el entrevistador se vio enfrentado a intensos sentimientos contratransferenciales, es decir, afectos y emociones producto del contacto con otra persona. En general estos sentimientos fueron de alta intensidad en todos los casos, en ocasiones muy positivos, llenos de optimismo y alegría en cuanto nos enfrentábamos a experiencias de una mujer embarazada que reflejaba sentimientos de la misma cualidad. En otras ocasiones nos enfrentamos a emociones de enorme intensidad, pero cargadas de desesperación, culpa, confusión, rabia, depresión, agobio, etc., sentimientos que surgían de la experiencia de algunas gestantes que llevaban el embarazo con diversas dificultades. Estas tonalidades afectivas, que genéricamente podemos llamar positivas, negativas, neutras o mixtas (ambivalentes), no correspondieron necesariamente a la condición de salud del embarazo. Como naturalmente se pudiera pensar, es decir, que aquellas gestantes que se estaban enfrentando con una anomalía en el desarrollo del feto manifestaran gran

cantidad de sentimientos negativos o mixtos, no correspondió necesariamente a las emociones contratransferenciales que experimentó el entrevistador. En ocasiones, los más intensos sentimientos de desesperación, rechazo, o total indiferencia, fueron experimentados en el contacto con mujeres embarazadas que mantenían una gestación totalmente normal. En cambio, cuando nos enfrentábamos con gestantes que sabían concretamente que su feto, futuro bebé, venía con grandes dificultades, a veces nos encontramos con emociones de tonalidad bastante positiva pese a los datos objetivos de un diagnóstico prenatal de mal o regular pronóstico. La situación es paradójica, pero nos habla de que los determinantes que hacen posible la aceptación, rechazo o indiferencia de un embarazo cualquiera, no solamente tienen que ver con las condiciones de salud del feto.

De todos modos, el solo hecho de conocer que un embarazo viene con dificultades, que el feto presenta malformaciones, es ya un drama significativo que tiñe por defecto la experiencia global del embarazo, y por ende, las reacciones afectivas de quienes se enfrentan a tal situación, ya sean familiares, ginecólogos, ecografistas, en nuestro caso, el entrevistador. En este sentido, los sentimientos a que se enfrentó el entrevistador en el caso de embarazos con alguna anomalía, Grupo B, fueron significativamente más intensos que los experimentados en el contacto con las gestantes del Grupo A o el C. La tragedia es inevitable, la decepción profunda, la incertidumbre omnipresente.

Tratamiento de datos obtenidos.

Los datos obtenidos fueron introducidos en una plantilla electrónica para posteriormente realizar un manejo estadístico con ellos.

En primer lugar ingresamos los datos obtenidos de cada entrevista, ya codificados de antemano, para cada gestante, quien a su vez fue identificada numéricamente. Por ejemplo, en el área aspectos generales relacionados con el embarazo ('eg'): 2.Eg (código del ítem) *¿Este embarazo fue deseado?*, y las respuestas propuestas, 0.No y 1.Si (códigos de las respuestas), se ingresó directamente un 0 (cero) o un 1 (uno) según haya sido la respuesta de la gestante, identificada como sujeto número 3, tipo de embarazo 0 (único normal), etc.

En el caso de ítems de respuesta múltiple, por ejemplo, 5.Eg *¿Cómo se sintió cuando supo que estaba embarazada?*, y las respuestas propuestas, 0.Contenta 1.Tranquila 24.Asustada 25.Descontenta 50.Indiferente 51.Ambivalente 52.Desconcertada 53.Sorprendida 99.Otras (¿Cuáles?), se ingresaron como máximo 4 alternativas dadas por la gestante, 0 (contenta) y 99 (otra), por ejemplo.

Exponemos un extracto simplificado de la plantilla que confeccionamos

Tabla nº4

<i>Ident</i>	<i>Sgest</i>	<i>Fureg</i>	<i>Feval...</i>	<i>Grupo</i>	<i>Eg2...</i>	<i>Eg5d1</i>	<i>Eg5d2</i>	<i>Eg5d3</i>	<i>Eg5d4...</i>
3	33	19/10/01	09/06/02	0	1	0	99		
4	28	20/11/01	10/06/02	0	1	0	24	99	

Ident= Identificación; Sgest= Semanas de gestación; Fureg= Fecha última regla; Feval= Fecha evaluación; Eg2= ítem 2 del área aspectos generales del embarazo; Eg5d1= ítem 5 de la misma área, descriptor nº1

En el caso de los ítem que requerían una respuesta abierta, o cuando la gestante respondía *Otra* (99), y aportaba un nuevo descriptor no incluido en la lista propuesta, recogimos cada respuesta textual en otra plantilla diferente, para tratarlos de modo manual, por así decirlo, artesanalmente. Por ejemplo en el ítem 7 del área correspondiente a las ecografías: 7.Eco *Recuerda qué comentarios le hizo el médico que le practicó las ecografías ¿Qué impresión le causaron?* El sujeto nº3 respondió: “El doctor me dijo que la placenta se veía muy grande y que eso podía significar que el huevo era güero, o que eran gemelos. Me dieron muy mala impresión sus comentarios, por decirme algo sin confirmarlo primero y demasiado apresuradamente”. El sujeto nº4 respondió: “Me dijo el sexo del bebé, y que todo iba bien. En general me dio buena impresión, pero la primera vez encontré que la doctora era muy seca y me hicieron esperar una hora, demasiado”. Este tipo de respuestas fueron ingresadas del siguiente modo:

Tabla nº5

<i>Ident</i>	<i>Eco7</i>	
3	Comentarios técnicos.Dudas sobre integridad del feto	Muy mala impresión
4	Sexo del feto y confirmación de la integridad fetal	Buena impresión, con reparos

Eco7= ítem 7 del área de aspectos relacionados con la ecografía

Para ingresar los descriptores nuevos que una gestante podía aportar en casi todos los ítem de selección múltiple con la opción *Otra*:

Tabla nº6

<i>Ident</i>	<i>Eg6</i>
7	Agobiada
10	Resignada

Eg6= ítem 6 área aspectos generales del embarazo

Para proteger los datos personales de cada gestante, omitimos cualquier alusión a su nombre y apellido, reemplazándolos con un código numérico. Consignamos para cada

gestante los siguientes datos:

Tabla nº7

Caso nº	Fecha última regla
Semana de embarazo	Fecha evaluación
Fecha nacimiento	Ocupación
Estado civil	Tipo Embarazo (A) (B) (C)

Las semanas de embarazo se calcularon a partir de la diferencia entre la fecha de evaluación y la fecha de la última regla, sorprendentemente, casi siempre recordada por cada gestante, a diferencia de la edad gestacional del feto. Aquí cabe realizar una breve advertencia. La edad gestacional del feto, según la convención internacional, se calcula a partir de la fecha de la última regla de la mujer, desde la aparición de la amenorrea, es decir, 14 días antes de la fecha posible de la fecundación. Los progenitores suelen estimar la edad del feto a partir de un cálculo, bastante incierto, respecto de las incursiones sexuales que habrían dado lugar a la concepción. Por último, con el advenimiento de la exploración ecográfica, se puede calcular con bastante precisión la edad gestacional del feto a partir de ciertos parámetros morfológicos (longitud cabeza-nalgas, curva de Robinson), justo dos o tres días posteriores a la fecha exacta de la fecundación (Soulé, Gourand, Missonnier y Soubieux, 1999). En este estudio decidimos utilizar el cálculo de la edad gestacional a partir de la fecha de la última regla.

Si bien todas las mujeres embarazadas que participaron en este estudio mantenían al momento de la entrevista una relación de pareja estable con el progenitor del futuro bebé, de todas maneras consignamos su estado civil formal, legal, a saber, casada, soltera, separada, viuda, pareja de hecho, noviazgo.

En ocupación se consignó la actividad laboral que desempeñaba la gestante, si mantenía alguna, al momento de la entrevista, pese a que se encontrara de baja por maternidad u otro motivo médico relacionado con el embarazo. Posteriormente categorizamos las ocupaciones en grupos de actividades similares y les asignamos un código numérico siguiendo las indicaciones del ‘Four Factor Index of Social Status’ de Hollingshead (1975).

Resultados

En este apartado exponemos las descripciones, los perfiles, de cada grupo que hemos explorado para seguir después con las comparaciones pertinentes entre los grupos.

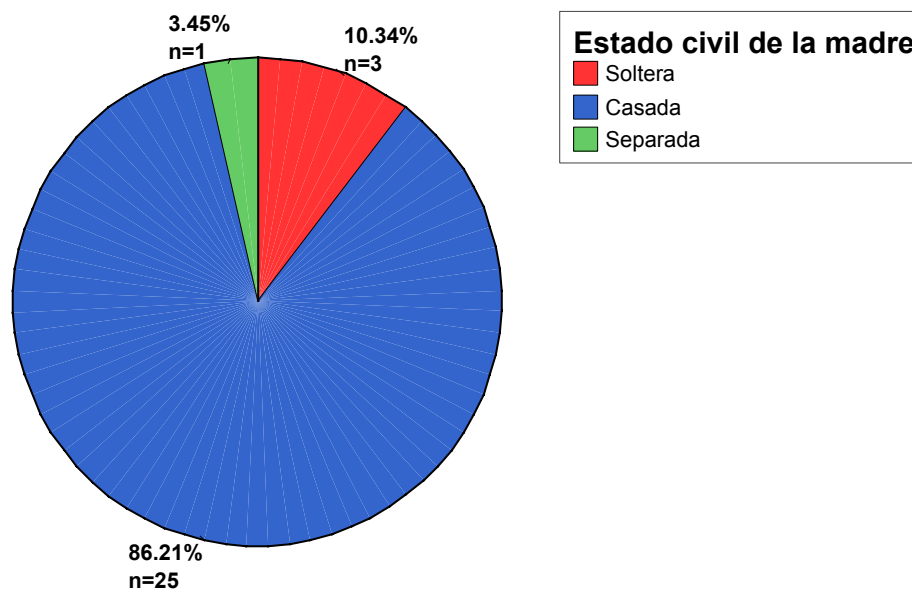
Descripción de los grupos

Grupo A: Embarazo Único Normal.

El Grupo A, estuvo compuesto por 29 gestantes (al principio eran 30, pero descartamos un caso por no cumplir los criterios de inclusión, en particular, por el hecho de no mantener una relación de pareja estable con el progenitor del futuro bebé). Todas las demás gestantes de grupo, al momento de la entrevista mantenían una relación estable con el progenitor del futuro bebé. En la figura n°2 detallamos el estado civil de cada gestante del grupo A. La gran mayoría son casadas (86,21%, n=25), y sólo una pequeña proporción se mantiene soltera. Sólo una gestante era separada, aunque mantenía una relación de pareja estable con otro compañero.

Figura n°2

Estado civil gestante Grupo A



Otras características del grupo A se exponen en la tabla n°8, en particular las edades de cada gestante y las semanas de gestación del embarazo en curso. En promedio, dentro del grupo, la edad de la madre es de 31 años aproximadamente (± 5 años). Las edades gestacionales de los embarazos del grupo estuvieron alrededor de las 33 semanas (8° mes aproximadamente).

Tabla n°8

Semanas de gestación y Edad de la madre Grupo A

	N	Mín.	Máx.	Media	D.S.
Semanas gestación del embarazo	29	28	39	33.41	2.57
Edad de la madre	29	21	40	30.86	4.82

En relación a la ocupación que desempeñaba cada gestante del grupo al momento de la entrevista, observamos que la mayoría de las gestantes del grupo se encontraban trabajando en su oficio habitual. La ocupación más frecuente fue la de dependientas y vendedoras (27,6%), seguida de obreras no calificadas (17,2%) y dueñas de un pequeño negocio y obreras calificadas (17,2% en Tabla n°9).

Tabla n°9

Ocupación gestantes Grupo A

	Frecuencia	Porcentaje
Altos ejecutivos y Profesionales mayores	3	10.3
Profesionales menores	1	3.4
Técnicos, semiprofesionales	2	6.9
Dependientes y vendedores	8	27.6
Dueños pequeño negocio, obreros cualificados	5	17.2
Obreros semi-cualificados	4	13.8
Obrero no cualificado	5	17.2
Sin trabajo	1	3.4
Total	29	100.0

A continuación presentamos los resultados obtenidos a través de la entrevista administrada de acuerdo a cada área de evaluación para el Grupo A.

Aspectos generales relacionados con el embarazo.

De todas las gestantes del grupo, el 79,3% había planificado el embarazo con su pareja, y además el 100% del grupo lo reporta como deseado (Tabla n°10 y n°11).

Tabla n°10

Planificación del embarazo		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	79.3
No	6	20.7
Total	29	100.0

Tabla n°11

Deseo del embarazo		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	100.0

Sólo el 13,8% (Tabla n°12) de las gestantes tuvieron que someterse junto a su pareja a algún tipo de tratamiento para lograr el embarazo, eso sí, a partir de gametos propios. La técnica más utilizada al respecto fue la estimulación ovárica. Sólo una de las gestantes, de las parejas del grupo, tuvo que someterse a un tratamiento de fecundación *in vitro*, debido a que su pareja era portador del virus VIH, por tanto la concepción natural resultaba altamente riesgosa.

Tabla n°12

Tratamiento fertilidad para embarazarse		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	13.8
No	25	86.2
Total	29	100.0

Del total del grupo, 9 gestantes (31%) había experimentado alguna pérdida espontánea o se había sometido a una interrupción médica del embarazo (Tabla n°13). 5 de estas gestantes habían experimentado dos pérdidas anteriores al embarazo actual, y 4 de ellas sólo una. Además 5 de las mismas gestantes habían experimentado una pérdida espontánea al primer trimestre del embarazo, en cambio las restantes, cuatro, se habían sometido a una interrupción médica del embarazo. Sólo una de ellas solicitó la interrupción sin que se hubiese detectado una anomalía incompatible con la vida en el feto.

Tabla n°13

Abortos y pérdidas previas

	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	31.0
No	20	69.0
Total	29	100.0

En relación a los sentimientos reportados por cada gestante al momento de conocer la noticia del embarazo actual (Tabla n°14), observamos que la gran mayoría experimentó sentimientos positivos (58,5%), el 17% refirieron algún sentimiento negativo, especialmente miedo, mientras que el 25% restante reportó sensaciones mixtas.

Tabla n°14

Noticia embarazo (Eg5)						
<i>Descriptor</i>	<i>Cualidad</i>	<i>Frec.</i>		<i>% Resp.</i>		<i>% Casos</i>
Contenta	Positivo	27	31	50,9%	58,5%	93,1%
Tranquila		4		7,5%		13,8%
Asustada	Negativo	9	9	17,0%	17,0%	31,0%
Ambivalente		1		1,9%		3,4%
Desconcertada	Mixto	1	13	1,9%	25%	3,4%
Sorprendida		10		18,9%		34,5%
Nerviosa		1		1,9%		3,4%
Total		53		100%		182,8%
N		29				

Respecto a los sentimientos experimentados al momento de la entrevista en relación al embarazo actual, la mayoría de las respuestas fueron de carácter positivo (65,3%). Un cuarto de las respuestas fueron negativas, y sólo un 10,2% fueron mixtas (Tabla n°15).

Tabla n°15

Sentimiento actual (Eg6)						
<i>Descriptor</i>	<i>Cualidad</i>	<i>Frec.</i>		<i>% Resp.</i>		<i>% Casos</i>
Contenta	Positivo	26	32	53,1%	65,3%	89,7%
Tranquila		6		12,2%		20,7%
Asustada	Negativo	11	12	22,4%	24,5%	37,9%
Agobiada		1		2,0%		3,4%
Ambivalente		3		6,1%		10,3%
Resignada	Mixto	1	5	2,0%	10,2%	3,4%
Expectante		1		2,0%		3,4%
Total		49		100%		169,0%
N		29				

Casi dos tercios (72,4%) de las gestantes del grupo reportaron haber experimentado momentos de intranquilidad durante el embarazo (Tabla nº16). Cinco de las gestantes que reportaron esta situación, dicen haber experimentado alguna inquietud durante todo el transcurso del embarazo hasta el momento de la entrevista, 11 sólo durante el primer trimestre de la gestación, y el resto, durante el segundo trimestre. Dentro de los motivos que más inquietaron a las gestantes de este grupo se cuentan los antecedentes de haber experimentado pérdidas espontáneas en embarazos fallidos anteriores o durante los primeros meses del embarazo actual. También hallamos como motivos de la inquietud, la detección de algún problema en la salud de la gestante, cómo hiperhemesis, o algunos parámetros bioquímicos alterados en la gestante, o alguna amenaza de pérdida (hemorragias, dolores, contracciones). Con menos frecuencia las gestantes refirieron algún problema psicosocial o dificultades en su relación de pareja que habrían promovido alguna inquietud durante el curso del embarazo. También hallamos que algunas gestantes referían alguna inquietud relacionada a la espera de los resultados de exámenes y pruebas médicas que descartarían o confirmarían algún problema en el embarazo (Para revisar en detalle las respuestas abiertas de las gestantes del grupo ver en anexos Discursos Gestantes Grupo A pp. 310-312).

Tabla nº16

Momentos de intranquilidad durante embarazo

	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	72.4
No	8	27.6
Total	29	100.0

Casi el 80% de las gestantes refirieron disponer de información suficiente respecto al embarazo y futuro parto (Tabla nº17). Esta información fue valorada por las gestantes, en su mayoría, como promotora de la tranquilidad personal y para prever la salud del feto y la propia (Tabla nº18).

Tabla nº17

Información suficiente respecto al parto

	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	79.3
No	6	20.7
Total	29	100.0

Tabla n°18

Relevancia de la información sobre el embarazo actual (Eg9)			
<i>Descriptores</i>	<i>Frec.</i>	<i>% Resp.</i>	<i>% Casos</i>
Para estar más tranquila	18	39,1%	62,1%
Para salud del feto y propia	14	30,4%	48,3%
Para tomar medidas apropiadas	3	6,5%	10,3%
Para conocer los cambios del organismo	3	6,5%	10,3%
Para conocer los procesos del parto	6	13,0%	20,7%
Para conocer experiencias de otras mujeres	1	2,2%	3,4%
Para conectar con el bebé	1	2,2%	3,4%
Total	46	100%	158,6%
N	29		

Aspectos físicos relacionados con el embarazo.

Sólo un 24,1% (Tabla n°19) de las gestantes reportaron haber experimentado algún signo o amenaza de pérdida o aborto durante el embarazo en curso. En todos los casos se debió a la ocurrencia de hemorragias más o menos importantes durante los primeros meses de gestación.

Tabla n°19

Pérdidas y riesgos durante embarazo

	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	24.1
No	22	75.9
Total	29	100.0

Las molestias más frecuentes que experimentaron las gestantes durante el transcurso del embarazo (Tabla n°20) fueron los vómitos y la fatiga general (ambas con un 16,7%). En segundo lugar encontramos los problemas digestivos con un 14,3% de todas las respuestas obtenidas. Sólo un 13,8% de las gestantes, cuatro sujetos, reportaron no haber experimentado ninguna molestia. En general, un 65,5% de las gestantes del grupo refirieron haber experimentado estas molestias con poca frecuencia (Tabla n°21).

Tabla n°20

Molestias durante embarazo actual (Ef2)				
<i>Descriptor</i>	<i>Frec.</i>	<i>% Resp.</i>	<i>% Casos</i>	
Mareos	7	8,3%	24,1%	
Vómitos	14	16,7%	48,3%	
Fatiga	14	16,7%	48,3%	
Pereza	2	2,4%	6,9%	
Dolores	7	8,3%	24,1%	
Insomnio	3	3,6%	10,3%	
Pesadez	8	9,5%	27,6%	
Problemas digestivos	12	14,3%	41,4%	
Sueño	9	10,7%	31,0%	
Palpitaciones	1	1,2%	3,4%	
Malestar de espalda	1	1,2%	3,4%	
Mal carácter	1	1,2%	3,4%	
Várices	1	1,2%	3,4%	
Ninguna	4	4,8%	13,8%	
	Total	84	100%	289,7%
	N	29		

Tabla n°21

Frecuencia de molestias

	Frecuencia	Porcentaje
Mucha frecuencia	10	34.5
Poca frecuencia	19	65.5
Total	29	100.0

Aspectos relacionados con la pareja.

Un 86,2% de todas las gestantes del grupo refirieron contar o disponer con el apoyo de su pareja durante el embarazo (Tabla n°22). Un 75,9% de ellas reportaron que el embarazo no habría provocado cambios en su relación de pareja respecto al grado y nivel de comunicación que habitualmente mantenían (Tabla n°23). El 79,3% de las gestantes además refirieron que debido al embarazo su vida sexual, en cuanto calidad y/o frecuencia, había empeorado notablemente (Tabla n°24). También refirieron que el nivel de afecto entre la pareja se había mantenido más o menos igual durante el embarazo (el 65,5% de las gestantes, Tabla n°25), mientras que el 51,7% de ellas, reportó que sus parejas habían aumentado el grado de ayuda prestada a propósito de la condición del embarazo (Tabla n°26).

Tabla n°22

Disponibilidad pareja

	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	86.2
No	4	13.8
Total	29	100.0

Tabla n°23

Cambios en relación de pareja: comunicación

	Frecuencia	Porcentaje
Igual	22	75.9
Menos	1	3.4
Mas	6	20.7
Total	29	100.0

Tabla n°24

Cambios en relación de pareja: sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Igual	5	17.2
Mejor	1	3.4
Peor	23	79.3
Total	29	100.0

Tabla n°25

Cambios en relación de pareja: afecto

	Frecuencia	Porcentaje
Igual	19	65.5
Menos	2	6.9
Mas	8	27.6
Total	29	100.0

Tabla n°26

Cambios en relación de pareja: ayuda

	Frecuencia	Porcentaje
Igual	13	44.8
Menos	1	3.4
Mas	15	51.7
Total	29	100.0

En relación a cómo había reaccionado la pareja ante la noticia del embarazo, las gestantes refirieron que la mayoría habría experimentado sentimiento positivos, alegría y

tranquilidad. Se registró además, que el 22,7% de las respuestas al respecto fueron de cualidad negativa, y sólo un 11,4% de cualidad mixta (Tabla n°27).

Tabla n°27

Noticia embarazo pareja (Ep3)						
<i>Descriptor</i>	<i>Cualidad</i>	<i>Frec.</i>		<i>% Resp.</i>		<i>% Casos</i>
Contento	Positivo	25	29	56,8%	65,9%	86,2%
Tranquilo		4		9,1%		13,8%
Asustado	Negativo	10	10	22,7%	22,7%	34,5%
Desconcertado	Mixto	2	5	4,5%	11,4%	6,9%
Sorprendido		3		6,8%		10,3%
Total		44		100%		151,7%
N		29				

Aspectos relacionados con el apoyo y ayuda familiar y social.

El 51,1% de todas las respuestas de las gestantes en este ítem (Tabla n°28), se refirieron a la pareja como principal dador de apoyo afectivo durante el embarazo, seguidos de la figura de la propia madre (22,2% de las respuestas obtenidas).

Tabla n°28

Apoyo afectivo (Eaf1)				
<i>Descriptor</i>	<i>Frec.</i>	<i>% Resp.</i>	<i>% Casos</i>	
Pareja	23	51,1%	79,3%	
Madre	10	22,2%	34,5%	
Otro familiar	5	11,1%	17,2%	
Amigos	3	6,7%	10,3%	
Médicos	1	2,2%	3,4%	
Nadie	3	6,7%	10,3%	
Total	45	100%	155,2%	
N	29			

Además, el 89,7% de las gestantes refirieron considerar que las personas en general, la sociedad, estaban dispuestas a ayudarla si fuese necesario. Sólo un 10,3% de las gestantes (3 sujetos) pensaban que nadie que no fuera su propia familia estaría dispuesta a brindarle ningún tipo de ayuda (Tabla n°29). Todas las gestantes de este grupo refirieron que el resto de su familia extensa habría reaccionado positivamente a la noticia del embarazo (Tabla n°30).

Tabla n°29

Disponibilidad de ayuda personas no familiares

	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	89.7
No	3	10.3
Total	29	100.0

Tabla n°30

Reacción familia extensa al embarazo

	Frecuencia	Porcentaje
Positivamente	29	100.0

Aspectos relacionados con el parto.

En cuanto a los temores asociados al futuro parto (tabla n°31), la mayoría de las respuestas giraron en torno a la posibilidad de que durante el parto se necesitara alguna intervención adicional en el feto o en la madre misma (25,6%), El 23,1% de las respuestas se referían al temor de experimentar dolor. Sólo 4 gestantes (13,8%) refirieron no tener ningún tipo de temor asociado al próximo parto.

Tabla n°31

Temores sobre futuro parto (P1)				
<i>Descriptor</i>	<i>Frec.</i>	<i>% Resp.</i>	<i>% Casos</i>	
Prematuro	5	12,8%	17,2%	
Cesárea	4	10,3%	13,8%	
Doloroso	9	23,1%	31,0%	
Que requiera alguna intervención	10	25,6%	34,5%	
Integridad del feto	3	7,7%	10,3%	
Integridad propia	2	5,1%	6,9%	
Temor a la anestecia	1	2,6%	3,4%	
Desconocimiento del proceso	1	2,6%	3,4%	
Ninguno	4	10,3%	13,8%	
	Total	39	100%	134,5%
	N	29		

Un 79,3% de las gestantes del grupo reportaron prever un parto normal sin complicaciones, en cambio, un 20,7% refirió temer alguna complicación (Tabla n°32). Dentro de este último subgrupo de mujeres, los motivos de tal previsión giraron

mayoritariamente respecto de algún problema de salud en la gestante misma (presión arterial alta, hernia abdominal, placentación baja) que les hacían temer algún inconveniente en el momento del parto. Otro motivo frecuente era la posición del feto en el útero, que las hacía prever una dificultad adicional en el parto.

Tabla n°32

Previsión de un parto normal

	Frecuencia	Porcentaje
Si	23	79.3
No	6	20.7
Total	29	100.0

El 75,9% de las gestantes del grupo refirieron desear una anestesia epidural para enfrentar los dolores del parto. Casi un cuarto de ellas preferían enfrentar el parto sin ningún tipo de anestesia (Tabla n°33).

Tabla n°33

Tipo analgesia deseada

	Frecuencia	Porcentaje
Epidural	22	75.9
Sin anestesia	7	24.1
Total	29	100.0

Aspectos relacionados con el bebé.

Un 62,1% de las gestantes reportaron haber tenido una preferencia clara respecto al sexo del futuro bebé antes de saberlo (Tabla n°34). De las mujeres que tenían alguna preferencia, exactamente la mitad deseaban un varón y la otra mitad una mujer (Tabla n°35).

Tabla n°34

Preferencia sexo bebé previo conocimiento

	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	62.1
No	11	37.9
Total	29	100.0

Tabla n°35

Preferencia sexo bebé: cual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Mujer	9	31.0	50.0
Hombre	9	31.0	50.0
Total	18	62.1	100.0
Sin preferencia	11	37.9	
Total	29	100.0	

Todas las gestantes del grupo, al momento de la entrevista conocían el sexo de su futuro bebé. 58,6% de los futuros bebés serían mujeres, y un 41,4% varones (Tabla n°36).

Tabla n°36

Conocimiento sexo bebé: cual

	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	17	58.6
Hombre	12	41.4
Total	29	100.0

27 de las 29 gestantes refirieron tener previsto un nombre, o un par, para su futuro bebé. 2 gestantes, el 6,9% no tenían ningún nombre previsto al momento de la entrevista (Tabla n°37).

Tabla n°37

Previsión nombre bebé

	Frecuencia	Porcentaje
Si	27	93.1
No	2	6.9
Total	29	100.0

Todas las mujeres embarazadas reportaron sentir y percibir los movimientos del feto dentro del útero. El 93,1% de ellas además refirió sentirlos con claridad y el 86% con bastante frecuencia (Tabla n°38 y Tabla n°39).

Tabla n°38

Intensidad movimientos fetales

	Frecuencia	Porcentaje
Claramente	27	93.1
Débilmente	2	6.9
Total	29	100.0

Tabla n°39

Frecuencia movimientos fetales

	Frecuencia	Porcentaje
Con frecuencia	25	86.2
Poca frecuencia	4	13.8
Total	29	100.0

En relación a los sentimientos que en cada gestante generaba su futuro bebé, la mayoría de las respuestas giraron en torno a sentimientos positivos, como amor, satisfacción y felicidad (Tabla n°40). Sólo un 12,3% de las respuestas, giraron en torno a sentimientos negativos, específicamente, preocupación. Un 2,5% de las respuestas estaban ligadas a sensaciones contradictorias o mixtas.

Tabla n°40

Sentimientos hacia el feto (B6)						
<i>Descriptor</i>	<i>Cualidad</i>	<i>Frec.</i>		<i>% Resp.</i>		<i>% Casos</i>
Amor		27		33,3%		93,1%
Satisfacción	Positivo	16	69	19,8%	85,2%	55,2%
Felicidad		25		30,9%		86,2%
Ternura		1		1,2%		3,4%
Preocupación	Negativo	10	10	12,3%	12,3%	34,5%
Ambivalencia	Mixto	2	2	2,5%	2,5%	6,9%
Total		81		100%		279,3%
N		29				

Aspectos relacionados con la crianza del bebé.

28 de las gestantes (96,6%) pretendían alimentar al pecho al futuro bebé. Sólo una gestante refirió tener prevista una alimentación con biberón, aunque pensaba hacerlo con su propia leche (Tabla n°41). Además, el 46,4% de las gestantes pretendía dar el pecho

durante un tiempo estimado de 3-6 meses, mientras que el 28,6% pensaba darlo por más de seis meses (Tabla nº42).

Tabla nº41

Alimentación prevista

	Frecuencia	Porcentaje
Biberón	1	3.4
Lactancia natural	28	96.6
Total	29	100.0

Tabla nº42

Tiempo de lactancia natural prevista

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
No lo sabe	4	13.8	14.3
Más de 6 meses	8	27.6	28.6
3-6 meses	13	44.8	46.4
0-3 meses	3	10.3	10.7
Total	28	96.6	100.0
Dará biberón	1	3.4	
Total	29	100.0	

Más de la mitad de las gestantes del grupo refirieron que no dejarían de trabajar para criar al futuro bebé, en general porque no podían de acuerdo al presupuesto familiar (Tabla nº43).

Tabla nº43

Baja para crianza

	Frecuencia	Porcentaje
No lo sabe	3	10.3
Si	11	37.9
No	15	51.7
Total	29	100.0

Cuando se terminara la baja por maternidad, en las gestantes que trabajaban fuera de su hogar, en la mayoría de las respuestas, el 27,5% del total, se refería que sería la propia madre quien se encargaría de cuidar al futuro bebé (Tabla nº44). En el 17,5% de las

respuestas respectivamente, se consignó que sería la suegra o la pareja quien cuidaría al bebé mientras la madre se encontrara trabajando. Los canguros y guarderías obtuvieron sólo un 12,5% de las respuestas cada una.

Tabla n°44

Quién cuidará al bebé después de la baja (C5)			
<i>Descriptor</i>	<i>Frec.</i>	<i>% Resp.</i>	<i>% Casos</i>
Madre	11	27,5%	37,9%
Suegra	7	17,5%	24,1%
Pareja	7	17,5%	24,1%
Guardería	5	12,5%	17,2%
Canguro	5	12,5%	17,2%
Otros familiares	1	2,5%	3,4%
No sabe	4	10,0%	13,8%
	Total	40	100%
	N	29	

Aspectos relacionados con las representaciones del embarazo.

En relación a la experiencia global del embarazo, el 65,5% de las gestantes refirió que la experiencia vivida hasta el momento de la entrevista había sido muy diferente de lo que esperaba, en cambio, el 34,5% de ellas reportó que lo vivido hasta ahora correspondía más o menos a lo que había previsto (Tabla n°45). Dentro de las gestantes que pensaban que su experiencia había sido diferente a la prevista, 12 gestantes lo habrían vivido mucho mejor de lo que esperaban, debido a que han experimentado pocas molestias, o que habría sido una experiencia maravillosa. El resto, es decir, 7 gestantes, lo habrían vivido mucho peor de lo que imaginaban o esperaban, debido a las grandes y frecuentes molestias experimentadas durante el embarazo, y a la dificultad para adaptarse a los cambios de su propio cuerpo.

Tabla n°45

Embarazo: Experiencias v/s expectativas

	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	34.5
No	19	65.5
Total	29	100.0

Aspectos relacionados con las representaciones en la vida social y laboral.

El 62,1% de todas las gestantes del grupo reportaron que el embarazo actual habría influido en su actividad laboral (Tabla n°46). Todas estas gestantes consideraban que el embarazo habría provocado más bien inconvenientes en su rendimiento laboral. El resto de gestantes, el 37,9%, reportó que debido al embarazo no habían experimentado ninguna dificultad a nivel laboral.

Tabla n°46

Influencia del embarazo en trabajo

	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	62.1
No	11	37.9
Total	29	100.0

El 72,4% de las gestantes del grupo refirió no haber experimentado ninguna interferencia en su vida social, en especial con sus amistades, a propósito del embarazo en curso. El resto, el 27,6% refirió en cambio que el embarazo le impediría relacionarse como lo hacía habitualmente con sus amistades (Tabla n°47).

Tabla n°47

Influencia del embarazo en amigos

	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	27.6
No	21	72.4
Total	29	100.0

La llegada del futuro bebé a la vida cotidiana de cada gestante, dentro de su contexto habitual, fue considerado por el 93,1% de las gestantes como un evento que le quitaría bastante del tiempo libre de que disponía antes, especialmente por las nuevas labores de crianza que se vendrían (Tabla n°48). El 75,9% refirió además que la llegada del bebé a casa involucraría una disminución notable de su vida social (Tabla n°49). En cambio, la gran mayoría de las gestantes, el 89,7%, refirieron que la llegada del bebé no traería cambios importantes en sus relaciones laborales (Tabla n°50).

Tabla n°48

Influencia llegada del bebé: tiempo libre

	Frecuencia	Porcentaje
No afectará	2	6.9
Menos	27	93.1
Total	29	100.0

Tabla n°49

Influencia llegada del bebé: vida social

	Frecuencia	Porcentaje
No afectará	7	24.1
Menos	22	75.9
Total	29	100.0

Tabla n°50

Influencia llegada del bebé: compañeros trabajo

	Frecuencia	Porcentaje
No afectará	26	89.7
Menos	3	10.3
Total	29	100.0

Aspectos relacionados con las representaciones del bebé.

El 79,7% de las respuestas aportadas por las gestantes en relación a cómo imaginaban el carácter o temperamento de su futuro bebé fueron de tinte positivo, como alegre, tranquilo y activo. El 20,3% de las respuestas involucraban alguna característica negativa en el temperamento imaginado, principalmente un bebé inquieto. Una de las gestantes refirió no imaginar ninguna característica temperamental en su futuro bebé, respuesta que fue calificada como negativa (Tabla n°51).

Tabla n°51

Carácter imaginado (Rbcar1)				
<i>Descriptor</i>	<i>Cualidad</i>	<i>Frec.</i>	<i>% Resp.</i>	<i>% Casos</i>
Tranquilo	Positivo	15	20,3%	51,7%
Fácil		5	6,8%	17,2%
Alegre		23	31,1%	79,3%
Activo		16	21,6%	55,2%
Inquieto	Negativo	12	16,2%	41,4%
Pasivo		1	1,4%	3,4%
Mal carácter		1	1,4%	3,4%
No lo imagina		1	1,4%	3,4%
Total		74	100%	255,2%
N		29		

Respecto a la apariencia física del futuro bebé, todas las respuestas obtenidas fueron de carácter positivo, a saber, las gestantes imaginaba a su bebé como ‘guapo’, saludable o parecido a algún miembro de la familia. No se registraron respuestas negativas en este ítem (Tabla n°52).

Tabla n°52

Apariencia imaginada (Rbfis1)					
<i>Descriptor</i>	<i>Cualidad</i>	<i>Frec.</i>	<i>% Resp.</i>	<i>% Casos</i>	
Guapo		19	38,8%	65,5%	
Saludable	Postivo	11	49	22,4%	100%
Parecido familiar		19	38,8%	65,5%	
Total		49	100%	169,0%	
N	29				

El 62,1% de las gestantes reportaron mantener alguna preocupación al pensar o proyectar el futuro global de su bebé. Estas preocupaciones giraron principalmente en torno al devenir del futuro hijo/a como adolescente. Muchas gestantes refirieron preocuparse de cómo sus hijos enfrentarían las vicisitudes de la vida actual, en especial, problemas relacionados con el consumo de drogas y la elección de amistades (Tabla n°53).

Tabla n°53

Preocupación por imaginar futuro bebé

	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	62.1
No	11	37.9
Total	29	100.0

El 55,2% de las gestantes consideró que sus propios comportamientos durante el embarazo actual, incluyendo sus estados anímicos, no tendrían ninguna influencia sobre el futuro global de su bebé. En cambio, el 44,8% consideró lo contrario, a saber, que en cierta medida todo lo que ellas mismas hubieran experimentado durante el embarazo, especialmente sus angustias e inquietudes, o por el contrario, su bienestar, se transmitiría de algún modo a su bebé y lo influenciaría en algún grado (Tabla n°54).

Tabla n°54

Influencia comportamientos maternos sobre futuro bebé

	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	44.8
No	16	55.2
Total	29	100.0

El 72,4% de todas las gestantes del grupo refirieron haber tenido sueños en relación a su bebé durante el embarazo (Tabla n°55). En la mayoría de los casos (9 gestantes) los sueños contenían escenas cotidianas, domésticas, donde la madre atendía a su bebé, lo alimentaba, paseaban, o lo mudaba. Otras cuatro gestantes soñaban con el sexo del bebé, algún rasgo físico, e incluso una de ellas llegó a soñar con el nombre que le pondría a su futuro bebé. Tres gestantes soñaban con el parto, y 6 de ellas tuvieron pesadillas, por ejemplo, que el bebé nacía sin piernas, deforme o prematuro, o bien, que cometían algún descuido en la crianza y el bebé moría o quedaba herido.

Tabla n°55

Sueños con bebé

	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	72.4
No	8	27.6
Total	29	100.0

El 96,6% de las gestantes, es decir, todas menos una, reportaron tener fantasías diurnas en relación a su futuro bebé (Tabla n°56). La gran mayoría de estas fantasías correspondían a escenas de la vida cotidiana, con el bebé ya nato en casa, donde la madre alimentaba, paseaba, jugaba, mudaba o aseaba a su bebé. Otro grupo de fantasías giraban en torno a escenas más vagas de 'estar con el bebé', verlo o abrazarlo. Algunas, las menos, se relacionaban con imaginar el carácter o temperamento del bebé, su actitud y grado de actividad. Sólo una gestante se imaginaba a sí misma muy agobiada intentando organizar su actividad cotidiana en su nuevo rol de madre. No se registraron fantasías de tinte negativo en este ítem.

Tabla n°56

Fantasías diurnas

	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	96.6
No	1	3.4
Total	29	100.0

Sólo 5 gestantes, el 17,2%, refirieron que la llegada del bebé les acarrearía más problemas de los que ya tenían. El resto, la mayoría, el 82,8%, consideraba que la llegada del bebé no implicaría más problemas para su vida cotidiana (Tabla n°57). Del subgrupo que consideró que se sumarían más problemas, la mayoría, 4 gestantes, refirieron que la llegada del bebé les acarrearía problemas de falta de tiempo o de organización doméstica. Además, 1 de ellas consideraba que tendría problemas económicos. Una gestante, caso extremadamente particular, temía que la llegada del bebé le causaría problemas generales debido a una minusvalía física que padecía (le faltaba una pierna).

Tabla n°57

Más problemas por crianza

	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	17.2
No	24	82.8
Total	29	100.0

En relación a las posibles experiencias que las gestantes imaginaban o deseaban experimentar al momento de alimentar a su futuro bebé, la mayoría de las respuestas obtenidas, concretamente el 91%, giraron en torno a experiencias de carácter positivo, como por ejemplo, afecto o amor, comunicación, felicidad y seguridad. Sólo el 9% de las respuestas aportadas por las gestantes contenían alguna cualidad negativa, principalmente la posibilidad que el amamantamiento les produjera dolor físico. Una de las gestantes refirió no imaginar nada al respecto, respuesta que fue calificada como negativa (Tabla n°58).

Tabla n°58

Experiencias alimentación (Rb9)					
<i>Descriptores</i>	<i>Cualidad</i>	<i>Frec.</i>		<i>% Resp.</i>	<i>% Casos</i>
Afecto		18		23,1%	62,1%
Felicidad		13		16,7%	44,8%
Comunicación		17		21,8%	58,6%
Placer		4		5,1%	13,8%
Confianza	Postivo	4	71	5,1%	91,0%
Seguridad		7		9,0%	24,1%
Bienestar físico		6		7,7%	20,7%
Cercanía		1		1,3%	3,4%
Satisfacción		1		1,3%	3,4%
Dolor		5		6,4%	17,2%
Malestar físico	Negativo	1	7	1,3%	9,0%
No lo imagina		1		1,3%	3,4%
Total		78		100%	269,0%
N	29				

Aspectos relacionados con las representaciones de la madre.

De todas las repuestas registradas en torno a cómo serían las experiencias asociadas a la crianza del bebé, el 81% fueron de carácter positivo, calificadas como un experiencia gratificante, agradable y fácil. Sólo el 19% de las respuestas incluían algún atributo negativo, considerando la futura experiencia de la crianza como difícil, frustrante o atemorizante (Tabla n°59).

Tabla n°59

Cuidar al bebé (Rm1)					
<i>Descriptores</i>	<i>Cualidad</i>	<i>Frec.</i>		<i>% Resp.</i>	<i>% Casos</i>
Fácil		14		24,1%	48,3%
Agradable	Postivo	17	47	29,3%	81,0%
Gratificante		16		27,6%	55,2%
Frustrante		1		1,7%	3,4%
Difícil	Negativo	9	11	15,5%	19,0%
Atemorizante		1		1,7%	3,4%
Total		58		100%	200,0%
N	29				

En relación a cómo se imagina cada gestante como futura madre, la gran mayoría de las respuestas, el 84%, fueron de cualidad positiva. Las gestantes consideraban que serían unas madres afectuosas, satisfechas con su nuevo rol, alegres y tranquilas. El 16% de las respuestas contenían algún atributo negativo, por ejemplo, el considerarse como una futura madre miedosa o ansiosa (Tabla nº60).

Tabla nº60

Cómo será como madre (Rm2)				
<i>Descriptor</i>	<i>Cualidad</i>	<i>Frec.</i>	<i>% Resp.</i>	<i>% Casos</i>
Tranquila		9	9,6%	31,0%
Afectuosa		23	24,5%	79,3%
Satisfecha		14	14,9%	48,3%
Confiada	Positivo	4	4,3%	84,0%
Paciente		8	8,5%	
Disponibile		7	7,4%	
Tolerante		4	4,3%	
Alegre		10	10,6%	34,5%
Angustiada		3	3,2%	10,3%
Miedosa		5	5,3%	17,2%
Impaciente	Negativo	2	2,1%	16,0%
Ocupada		1	1,1%	
Autoritaria		4	4,3%	
Total			94	
N		29		

El 87,2% de las respuestas en torno a cómo se imaginaba a la propia pareja como futuro padre, las gestantes tendieron a incluir calificativos positivos, como hombres afectuosos, satisfechos como padres, y tranquilos. Sólo el 12,8% de las respuestas al respecto incluían algún elemento negativo, como considerar a la pareja como un futuro padre impaciente, miedoso o excesivamente ocupado (Tabla nº61).

Tabla n°61

Cómo será el padre (Rm3)					
<i>Descriptores</i>	<i>Cualidad</i>	<i>Frec.</i>	<i>% Resp.</i>	<i>% Casos</i>	
Tranquilo		13	13,8%	44,8%	
Afectuoso		22	23,4%	75,9%	
Satisfecho		15	16,0%	51,7%	
Confiado		4	4,3%	13,8%	
Paciente	Postivo	6	82	6,4%	87,2%
Disponible		6	6,4%	20,7%	
Tolerante		7	7,4%	24,1%	
Alegre		8	8,5%	27,6%	
Responsable		1	1,1%	3,4%	
Angustiado		1	1,1%	3,4%	
Miedoso		3	3,2%	10,3%	
Impaciente	Negativo	4	12	4,3%	12,8%
Poco afectuoso		1	1,1%	3,4%	
Ocupado		2	2,1%	6,9%	
Serio		1	1,1%	3,4%	
Total		94	100%	324,1%	
N	29				

Aspectos relacionados con la ecografía.

El 89,7% de las gestantes refirió tener alguna información respecto de la exploración ecográfica para su embarazo en curso. De estas gestantes, la mayoría reportó que la ecografía serviría para observar el desarrollo e integridad del feto. Sólo 2 gestantes consideraban que la prueba servía exclusivamente para descartar anomalías, y una de ellas para conocer el sexo del bebé (Tabla n°62).

Tabla n°62

Utilidad ecografía

	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	89.7
No	3	10.3
Total	29	100.0

El 43,9% de las respuestas obtenidas respecto de dónde se había obtenido la información respecto a la utilidad de la ecografía, se refirieron a lecturas, el 29,3%

procedente de los profesionales que la han asistido durante el embarazo, y sólo un 12,2% de parte de la propia madre, amigas o familiares (Tabla nº63).

Tabla nº63

Obtención información ecográfica (Eco2)			
<i>Descriptores</i>	<i>Frec.</i>	<i>% Resp.</i>	<i>% Casos</i>
Lecturas	18	43,9%	69,2%
Videos	2	4,9%	7,7%
Madre/Amigas/Familiares	5	12,2%	19,2%
Charlas	2	4,9%	7,7%
Profesionales asistenciales	12	29,3%	46,2%
Profesión propia	1	2,4%	3,8%
Por intuición	1	2,4%	3,8%
Total	41	100%	157,7%
	N	26	

En promedio, a cada gestante del grupo se le practicaron 4 ecografías durante el embarazo actual ($\pm 1,5$, Tabla nº64).

Tabla nº64

Número de ecografías practicadas

	N	Mín.	Máx.	Media	D.S.
Ecografías practicadas	29	2	8	4.21	1.50

En relación a las experiencias vividas durante la primera ecografía practicada, sólo la mitad de todas las respuestas obtenidas incluían aspectos positivos, como felicidad, satisfacción y tranquilidad. Casi la otra mitad, el 45%, incluían algún calificativo negativo, principalmente, preocupación, angustia y miedo. Sólo el 5% de las respuestas involucraron algún descriptor mixto como ambivalencia o incerteza (Tabla nº65).

Tabla n°65

Experiencia 1ª ecografía (Eco4)						
<i>Descriptores</i>	<i>Cualidad</i>	<i>Frec.</i>		<i>% Resp.</i>	<i>% Casos</i>	
Tranquilidad		8		10,0%	27,6%	
Satisfacción		9		11,3%	31,0%	
Felicidad	Positivo	17	40	21,3%	50,0%	
Confianza		3		3,8%		10,3%
Seguridad		1		1,3%		3,4%
Orgullo		2		2,5%	6,9%	
Angustia		11		13,8%	37,9%	
Preocupación		12		15,0%	41,4%	
Frustración		3		3,8%	10,3%	
Tristeza	Negativo	1	36	1,3%	45,0%	
Miedo		6		7,5%		20,7%
Susceptibilidad		2		2,5%		6,9%
Indiferencia		1		1,3%	3,4%	
Ambivalencia	Mixto	2	4	2,5%	5,0%	
Incerteza		2		2,5%		6,9%
Total		80		100%	275,9%	
N		29				

Las experiencias referidas por las gestantes durante las siguientes ecografías practicadas, en su mayoría fueron de carácter positivo. El 77,8% incluían algún descriptor como satisfacción, tranquilidad y felicidad. El 21% de las respuestas incluyeron descriptores negativos como preocupación y angustia. Sólo una gestante reportó cierta ambivalencia al respecto (Tabla n°66).

Tabla n°66

Experiencia 2ª ecografía (Eco5)						
<i>Descriptores</i>	<i>Cualidad</i>	<i>Frec.</i>		<i>% Resp.</i>	<i>% Casos</i>	
Tranquilidad		16		19,8%	55,2%	
Satisfacción		17		21,0%	58,6%	
Felicidad	Positivo	16	63	19,8%	77,8%	
Confianza		6		7,4%		20,7%
Seguridad		7		8,6%		24,1%
Orgullo		1		1,2%	3,4%	
Angustia		5		6,2%	17,2%	
Preocupación		7		8,6%	24,1%	
Frustración	Negativo	1	17	1,2%	21,0%	
Miedo		3		3,7%		10,3%
Susceptibilidad		1		1,2%		3,4%
Ambivalencia	Mixto	1	1	1,2%	1,2%	
Total		81		100%	279,3%	
N		29				

25 de todas las gestantes del grupo asistieron a las ecografías junto a su pareja (habitualmente), sólo 2 con la propia madre, y otra sin ningún familiar que la acompañase. En general los comentarios y actitud de los acompañantes habituales de las gestantes durante las ecografías eran de entusiasmo y participación activa. Con frecuencia hallamos que los acompañantes se referían a la apariencia del feto, si era o no parecido a los miembros de la familia y cual era su sexo. En cuatro ocasiones las gestantes reportaron que sus acompañantes no habían logrado ver nada identificable en la imagen ecográfica, y sólo dos mujeres refirieron que su acompañante había experimentado angustia y molestia durante la sesión.

Respecto a los comentarios de los profesionales que practicaron las ecografías, los más recordados por las gestantes fueron sin duda aquellos que descartaban una anomalía: 'todo va bien'. De todas las gestantes del grupo, 24 recuerda este comentario como el más significativo, el veredicto de normalidad. Dos mujeres recordaban que el profesional que las atendía les había planteado algún problema menor. De todas las gestantes, 9 se quejaban de recibir pocas explicaciones y comentarios por parte del ecografista, 9 consideraron que los comentarios y explicaciones recibidas fueron suficientes y tranquilizadoras, mientras que otras 4 consideraron que les hicieron comentarios poco claros y contradictorios que las habían angustiado más de lo que estaban. Dos gestantes se quejaron al ser atendidas por diferentes profesionales en cada exploración practicada, considerando que aquello no facilitaba la posibilidad de establecer una relación de confianza con el profesional que las asistía. Así y todo, 20 gestantes valoraron la atención global recibida durante las exploraciones ecográficas como buena, 2 como excelente, 3 como regular, y otras 3 como muy mala.

En relación a la opinión de las gestantes respecto a la utilidad de las pruebas ecográficas practicadas durante el embarazo en curso, fundamentalmente asociado a su estado anímico, la mayoría de las respuestas, el 95,3% contenían descriptores positivos, como el sentirse más tranquila o contenta. Sólo un 4,7% de las respuestas contenían un descriptor mixto. No se registraron respuestas de tinte negativo en este ítem (Tabla nº67).

Tabla n°67

Sentimientos ecografías (Eco8)						
<i>Descriptor</i>	<i>Cualidad</i>	<i>Frec.</i>		<i>% Resp.</i>		<i>% Casos</i>
Contenta	Positivo	12	41	27,9%	95,3%	41,4%
Tranquila		29		67,4%		100,0%
Sorprendida	Mixto	2	2	4,7%	4,7%	6,9%
Total		43		100%		148,3%
N	29					

El 51,7% de las gestantes refirieron que las imágenes ecográficas le habían sido útiles para imaginar mejor a su futuro bebé (Tabla n°68). El 48,3% restante, casi la mitad, no consideraba lo mismo. Dentro de las razones por las cuales las imágenes ecográficas habrían sido útiles para imaginar al futuro bebé, encontramos en 5 ocasiones el hecho de ver al feto íntegro, completo, con todos sus miembros. En otras 8 ocasiones hallamos que las gestantes habían identificado algún rasgo familiar en el perfil y/o apariencia del feto proyectado en la pantalla, considerándolo parecido a algún familiar o a sí misma. Sólo en 3 oportunidades nos encontramos con que la gestante imaginaba mejor a su futuro bebé a través de conocer su sexo (aunque es realmente difícil identificar los genitales del feto para una persona no familiarizada con las imágenes ecográficas).

Tabla n°68

Ecografía: imaginar al bebé

	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	51.7
No	14	48.3
Total	29	100.0

Por último, en relación a la posibilidad de que las imágenes fantaseadas coincidieran en alguna medida con las imágenes logradas y vistas a través de la ecografía, el 82,8% de las gestantes consideró que no. Sólo 5 gestantes, 17,2%, consideraba que era posible (Tabla n°69).

Tabla n°69

Imagen ecografica: similar a fantasía

	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	17.2
No	24	82.8
Total	29	100.0