



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

## Fantasías durante el embarazo

TESIS

Que para obtener el grado de Licenciada en Psicología

presenta:

ANA SUSANA ALARCÓN QUIROZ

Directora de Tesis: Mtra. Eva María Esparza Meza

Revisora de Tesis: Lic. Lidia Díaz San Juan

Asesor Metodológico: Dr. Alberto Javier Córdova Alcaráz



México, D. F. 2014.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

A pesar de que mis agradecimientos aparecen en primera plana, ha sido lo último que he escrito, lo hice tras ver finalizado mi trabajo, lo hice una vez que estuve satisfecha con este escrito cúmulo de mis sueños y capacidades, lo escribí cuando me disponía a cerrar un ciclo y agradecer a todos los que me acompañaron en este largo camino, tal vez no aparezcan en su totalidad, sin embargo, a cada uno le tengo un lugar especial en mi fantasía...

No podría empezar mi narrativa si no es dedicando este trabajo y agradecer a mi mamá por estar a mi lado en todo momento, estuviste presente y al tanto del transcurso de lo que ahora se culmina, tu confianza plena hizo que ese sueño sea ahora realidad. De alguna manera les fui a preguntar a otras mujeres lo que las hacía sentir ser madres, te tengo a ti y eres el mejor ejemplo del torrencial de emociones que desencadenan los hijos.

Junto a una mujer está un gran hombre que me ha enseñado lo que es luchar por lo que se quiere, perseguir tus anhelos a pesar de las adversidades, lo hice y sé que nunca tuviste la menor duda, es eso lo que se agradece y lo que fortalece para seguir creciendo. A ti papá no me queda otra cosa que agradecerte por ayudar a formar lo que ahora soy.

A mi Mowgli porque aunque no pareciera siempre estuviste aquí conmigo, como hermano mayor no eres sino un ejemplo, y esta mi meta alcanzada, quiero compartirla contigo, con todo y nuestra particular manera de querernos hermanito.

Al resto de mi familia en general y en particular, aunque parece que no somos muchos, es enorme el apoyo que se siente de todos ustedes, tíos, primos y abuelos ahí estuvieron, y por los que no están también, este ciclo lo celebramos juntos.

A mis amigos que después de años se han convertido en familia, a ti Caro por tantas horas de escucha, por millones de risas desbordadas, por encontrarnos en esta vida y no soltarnos. Adri que sin esperarlo fuimos más que compañeras y hemos sido testigo del crecimiento la una de la otra. Rich, no podía faltar una persona tan importante en mi camino, creíste en mí como nadie y has estado conmigo siempre. Y al resto de mis amigos que atentos preguntaban cómo iba mi trabajo, Diana y compañía, no puedo mencionar a todos pero ahí estuvieron.

Eva te agradezco enormemente, eres el ejemplo de lo que necesitamos en Psicología, gracias por las enseñanzas, por los consejos, por el tiempo y la confianza, esto no habría sido posible sin tu ayuda. Nancy, para ti un agradecimiento aparte, sin saber en lo que te metías me brindaste tu ayuda y me mostraste el camino; gracias por tu colaboración y por compartirme tus conocimientos. Dr. Alberto, su humor, ayuda incondicional y apoyo en mi trabajo contribuyeron a que ahora lo veamos concluido.

UMA E- 4 gracias por abrirme las puertas y creer en mi propuesta de investigación, por las atenciones brindadas y las facilidades ofrecidas. Gracias también a los médicos y enfermeras por ofrecerme su ayuda, en especial al Dr. Mauricio Medina y a la Psic. Juana Leyva, esas pláticas, sus consejos e infinita ayuda colaboraron a que este trabajo se esté consumando.

El verdadero valor de mi trabajo lo tienen todas las participantes de este estudio, a todas aquellas mujeres embarazadas que confiaron en mí y me abrieron las puertas de su inconsciente sin saberlo, a todas quienes me regalaron unos minutos de su tiempo y compartieron conmigo sus más verdaderos deseos, lamentablemente no todas figuraron entre los resultados, sin embargo a todas se los agradezco por igual, de todas me llevo sus secretos, sus ilusiones, miedos y deseos, no me queda más que agradecerles y esperar que hoy cada una esté con su bebé.

Finalmente, a la UNAM y a la Facultad de Psicología, es un orgullo ser egresada de ésta Máxima casa de estudios, saberme Psicóloga con el sello distintivo de la Universidad hace que me vaya con gusto, hace que desee volver y seguirme empapando de su inmensa sabiduría.

**A TODOS, GRACIAS...**

## ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	6
Capítulo 1. Embarazo	10
1.1 Desarrollo fetal	12
1.2 Implicaciones físicas	15
1.3 Implicaciones psicológicas	17
1.3.1 <i>Principales miedos durante el embarazo</i>	31
Capítulo 2. Fantasías	37
2.1 Fantasías originales	53
2.2 Las fantasías y su relación con los sueños	55
2.3 Lo patológico	56
Capítulo 3. Fantasías durante el embarazo	59
3.1 Sexualidad en el período gestacional	59
3.1.1 <i>Sexualidad en el primer trimestre de gestación</i>	70
3.1.2 <i>Sexualidad en el segundo trimestre de gestación</i>	71
3.1.3 <i>Sexualidad en el tercer trimestre de gestación</i>	73
3.2 Fantasías comunes que presentan las embarazadas	76
3.2.1 <i>Mitos y realidades referentes a las fantasías de las mujeres embarazadas</i>	82

Método	88
Resultados y discusión	96
Segundo trimestre de gestación	96
Tercer trimestre de gestación	111
Miedos y sueños en el período gestacional	129
Conclusiones	145
Referencias	149
Anexos	155

## RESUMEN

Las fantasías inconscientes son universales para todo ser humano, es decir, fantaseamos en algún momento de nuestras vidas, entre otros fines, para cumplir un deseo insatisfecho que puede tener como base una historia infantil, no obstante, parten de un elemento de la realidad para su aflore, esto es, salen a la luz a raíz de una vivencia intensa que modifique la vida de la persona, tal es el caso de un embarazo.

Durante el embarazo, el desarrollo fetal trae consigo cambios físicos y psicológicos para la mujer que debe hacer frente y adaptarse a esta nueva etapa de su vida. Dichos cambios propician en ella una serie de deseos ambivalentes que giran entre el deseo de ser madre y el rechazar a ese ser que tanto la está cambiando, dichos deseos se expresan a raíz de fantasías.

El presente trabajo tiene como objetivo obtener de viva voz las fantasías y los miedos que giran en torno al embarazo, haciendo un énfasis en relación a la vida sexual de la mujer encinta, tema que se ha dejado de lado dentro de la investigación, que se ha tocado poco o de forma equivocada y lo que es más, ha sido incluso objeto de tabúes. Para lograrlo, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con mujeres que cursaban el segundo o el tercer trimestres de gestación, esto para hacer un eje de comparación entre ambas etapas. El punto de vista teórico a partir del cual se abordará su análisis es la perspectiva psicoanalítica, ya que tiene como ejes centrales el estudio de las fantasías inconscientes y la sexualidad.

## INTRODUCCIÓN

La vida psíquica inconsciente carece de claridades, no obstante, hay maneras en que pueden vislumbrarse sus componentes y lo que figura en esa instancia mental. Este es el caso de las fantasías, que si bien son de índole inconsciente la mayoría de las veces, lo cierto es que parten de aspectos de la realidad y logran emerger teniendo en la escena principal al propio sujeto quien da cuenta de las fantasías. Éstas emergen cuando una vivencia del presente trae a colación un deseo del pasado que busca su cumplimiento, y con ello entonces gratificación.

Por otro lado, muchas son las vivencias por las que transita el ser humano, buena parte de las cuales marcan su vida, ejemplo claro de ello es el embarazo. Éste puede convertirse en el deseo de toda mujer, que desde niña ha jugado y fantaseado con la idea de ser madre; es cierto, sabemos los cambios físicos que tienen cabida durante los 9 meses de gestación, sin embargo, hemos ignorado qué ocurre con la vida mental y sexual de las embarazadas. Para indagar esto, es menester conocer lo que ellas piensan, imaginan, fantasean o temen, etc. de ahí la importancia de escucharlas de viva voz.

Investigaciones referentes al transcurso del embarazo han girado en torno al desarrollo del bebé, a los cambios físicos que sufre la mujer, a las modificaciones en su vida social, laboral, educativa... pero por alguna razón se ha dejado un poco de lado su vida sexual. Una buena razón para haber dejado este tema aparte, es el tabú con el que se sigue tocando lo sexual, tabúes que no dejan de interferir en las fantasías y en los temores de las embarazadas; si

se superaran estos tabúes se enterrarían con ello miedos ancestrales (Bing & Colman, 1990). Esto a pesar de que en 1974, un grupo de expertos reconociera la importancia de la salud sexual, y un año después la OMS (Organización Mundial de la Salud) la incorporara como parte de la salud integral del ser humano (Vera-Gamboa, Riestra-Cañedo & Joil-Santos, 2000).

Ante esto surgen algunas preguntas, ¿Qué propicia la percepción de los movimientos de su bebé durante la actividad sexual de las mujeres en estado de gestación?, ¿Será que tras estar embarazada no se busca más tener una relación sexual?, ¿Pensarán ellas, las mujeres embarazadas, o pensaremos como sociedad, que una vez embarazada no deben continuar con su vida sexual? La respuesta a éstas y otras preguntas, así como una nueva línea para comprender el embarazo en la vida sexual de la pareja, son algunos de los objetivos que se buscan al indagar directamente con mujeres embarazadas.

Como ya lo mencioné, las fantasías corresponden siempre a un deseo insatisfecho, de ahí que buena parte del tiempo permanezcan como secreto inconfesable, y es que el deseo es seguido de censura, no obstante, pueden en un momento comunicarse.

Las fantasías que invaden el psiquismo de una mujer, sobre todo en estado de gestación, pueden ir desde el deseo de ser madre, hasta el rechazo a un ser que la está cambiando y atenta contra su matrimonio, o al menos así lo perciben. Incluso podría decirse que la mujer expectante tiene como objeto de amor a un ser del que se siente absorbida (Sjögren, et. al., 2004). Ya sea que se trate de un rechazo o un deseo, ambivalencia común en todas, el

bagaje fantaseado deja claro que las mujeres en este estado atraviesan por un ir y venir de pulsiones, las cuales, debemos aclarar, variarán de mujer a mujer.

Dicho esto, el presente trabajo comprende un breve recuento en lo que al desarrollo fetal se refiere, haciendo hincapié en los momentos que pudieran resultar cruciales para la elaboración de fantasías, tal es el caso de los movimientos fetales, el desarrollo de los sentidos y las sensaciones percibidas por la mujer embarazada. Acto seguido, se narran algunas de las principales aportaciones que ha hecho el psicoanálisis al estudio de las fantasías, ya sea su origen, organización o características. El tercer capítulo por su parte, contiene un recorrido por las investigaciones que se han hecho referentes a la sexualidad durante el embarazo, haciendo una distinción entre los tres trimestres en que suele dividirse; para finalmente hablar de las fantasías más comunes halladas en embarazadas, principalmente en cuanto a su vida sexual y la percepción de los movimientos fetales se refiere.

En la recta final del trabajo, aparecen algunas de las fantasías reportadas por las mujeres en período gestacional, las cuales se obtuvieron mediante el método de entrevista a aquellas que cursaban el segundo o tercer trimestres de gestación, esto debido al desarrollo fetal que está en aumento considerable a partir de entonces, además de que es en el segundo trimestre cuando se presenta un pico de actividad y deseo sexual, mientras que el primer trimestre carece de percepción de movimientos, la mayoría de las veces; e incluso hay mujeres que desconocen su situación de embarazada hasta pasando ese momento (Aliño, 1983; Von Sydow, 1999; y Brtnika, Weiss & Zverina, 2009).

Esta última parte es el eje central del trabajo, pues dará cuenta de los miedos, pensamientos, ideas y fantasías en sí mismas que giran en torno a las mujeres participantes, algunas de ellas, predominantemente en cuanto a su vida sexual. Y es que tras la percepción de los movimientos fetales, en la vida psíquica mental de las embarazadas han de emerger fantasías inconscientes de su acontecer infantil, y son estas las que interesan, pues para ellas resulta una incógnita lo que sucede con sus bebés mientras mantienen su vida sexual, al intentar responderse esto lo harán movidas por dichas fantasías.

Finalmente, es una posibilidad que el presente escrito pueda abrir una puerta no sólo hacia futuras investigaciones, sino también hacia un nuevo enfoque en cuanto a sexualidad y vida reproductiva se refieren, así como brindar otra cara del embarazo, la parte de la que poco se habla, esta parte ambivalente, de rechazo y miedo, normal en todas ellas.

*En el juego infantil de la verdad, se establece la confianza a través del riesgo compartido. Tú me cuentas, yo te cuento. Tú me muestras lo tuyo, yo te muestro lo mío. El psicoanálisis desnivela esta relación y la convierte en totalmente unilateral.*

*El Psicoanalista, John Katzenbach.*

## CAPÍTULO 1. EMBARAZO

De todas las funciones biológicas que como especie nos caracterizan, el embarazo es sin duda una de las más impresionantes, una función que seguramente la vivimos de manera distinta al resto de los seres vivos; para Lemoine-Luccioni (2001) el embarazo y el parto, así como el coito y la defecación son actividades fundamentalmente animales; sin embargo, desde el punto de vista filogenético, es la reproducción una de las funciones mejor buscadas como pareja. Dicho esto, cuando una mujer está embarazada transita por una serie de cambios, tanto físicos como psicológicos, de los que, en la medida en que acepte sus funciones y su cuerpo, aceptará, y se adaptará también a su embarazo, forjando así un estrecho vínculo entre ella y el bebé que espera, todo ese conjunto de cambios y experiencias vuelve al embarazo un período crítico para la mujer (Armengol, Chamarro, & García-Dié, 2007).

Desde niñas, por lo general, entre los juegos aparece el de ser mamá, de ahí que la mujer esté preparada y deseando, la mayoría de las veces, explotar el maternaje que desde pequeña se le ha inculcado. Sin embargo, con la gestación la mujer se vuelve otra, deja de ser niña y se vuelve madre (Lemoine-Luccioni, 2001). Es decir, para la mujer, el período gestacional corresponde a un proceso en el que se intercalan las fantasías, los recuerdos y las ilusiones de su infancia (Armengol, Chamarro & García-Dié, 2007).

Haciendo uso de las aportaciones psicoanalíticas, Doltó (2001) señala que la fertilidad se traduce en la mujer como un poder recibido que hace alusión a un representante fálico, tanto personal como social; es decir, con la maternidad queda claro el poder que tiene la mujer como poseedora de un aparato genital fértil.

Y no sólo a nivel social, sino también a nivel biológico, pues tras el desarrollo adolescente la joven debe hacerle frente a su función ahora como ser sexual y como servidora de la especie, por lo tanto, la mujer tiende a orientar sus acciones en busca de explotar sus funciones reproductivas (Deutsch, 1977).

Ante esto, Marie Langer (1988) escribe que el instinto maternal es piedra angular de la sexualidad femenina, a través de su realización satisface múltiples deseos de ella como mujer; éstos pueden ser movidos por distintas razones, ya sea como status o para mantener junto a ella al marido, por ejemplo, pero en el fondo arraigarán su necesidad psicobiológica de desarrollarse como fémina con todas sus capacidades. En tanto que para Marcús (2006), la maternidad puede interpretarse como la manera de realizarse personalmente, para algunas mujeres es incluso la única vía de afirmación; o bien, hay para quienes puede verse como algo “natural” inherente al ser mujer, como un atributo a la esencia femenina.

Algunas mujeres afrontan los cambios con orgullo, mientras otras lo hacen con temor o incertidumbre de lo que les espera, lo cual perjudica el placer con que pudieran llevar su embarazo. Es decir, la forma de sentir los cambios varía de mujer a mujer, y si bien han sido malinterpretados en buena

parte debido a leyendas tradicionales o mitos infundados, entre los principales cambios por los que atraviesa una mujer en estado gestacional, sus preocupaciones y problemas más frecuentes son: de anatomía y fisiología ginecológica-obstétrica, el crecimiento fetal, el parto, la dieta, cuidados en general y cuidados del recién nacido (Mendoza, 1965), todos de los cuales hablaremos a continuación y a lo largo del presente trabajo.

### **1.1 Desarrollo fetal.**

Los futuros padres están muy interesados en lo que sucede con su bebé *in útero*, cómo va su desarrollo y sus capacidades auditivas y/o visuales, así como sus estados de alerta o sueño; y esto no deja de importarles mientras ellos llevan a cabo su vida sexual. Sin embargo, se han estudiado poco los aspectos de la conducta del feto, y es que para los padres supone una curiosidad particular qué puede mirar o escuchar de lo que sucede afuera (Maldonado-Durán, Saucedo-García & Lartigue, 2008).

Por tanto, a continuación se desglosa brevemente el desarrollo fetal. El desarrollo del individuo comienza en la fecundación (Moore, 1988), con la unión de un espermatozoide y un óvulo, dando como resultado un cigoto, que mediante división, migración, crecimiento y diferenciación dará lugar a lo que nueve meses más tarde será el bebé esperado de la futura madre. Las primeras semanas tras la fecundación corresponden a divisiones y formación de las estructuras más primitivas de lo que es el ser humano único, por esto me refiero al cerebro, corazón, pulmones, médula espinal y tubo digestivo, no obstante, en conjunto el embrión apenas mide 10 cm.

El desarrollo del sistema nervioso ocurre a una velocidad vertiginosa y continúa aun después de nacido. De acuerdo con Moore (1988), el desarrollo del ser humano ocurre de la siguiente manera: luego de la fecundación y formación de cigoto, de la cuarta a la octava semana (período embrionario) se forman los principales sistemas y órganos del cuerpo, tales como la cabeza propiamente dicha, brotes de extremidades, hígado, oídos, nariz y ojos, así también, alrededor del primer mes comienza a latir el corazón, aunque no puede percibirse aún en el exterior; en ese momento la cabeza es la que mejor forma adquiere y crece aceleradamente. Aproximadamente a las 8 semanas de gestación se forman los labios y la lengua, los párpados cubren los ojos que aún permanecen cerrados, se forman los dedos de manos y pies. El embrión mientras tanto, está a salvo en una bolsa que lo protege de posibles agresiones del exterior, las cuales pudieran ser golpes o ligeras caídas de la madre, dicha bolsa se adapta a su crecimiento y movimientos.

A partir de la novena semana y hasta el término del embarazo (período fetal) el desarrollo se caracteriza por un crecimiento rápido del cuerpo, principalmente de las extremidades, en comparación con la cabeza, que ahora crece con menos ritmo; aparece entonces el cabello, los brotes de lo que más tarde serán sus dientes, y la piel está cubierta por una fina capa (Moore, 1988); además ahora los genitales pueden diferenciarse, lo cual constituye una de las principales curiosidades de los padres.

Para Maldonado-Durán, Saucedo-García & Lartigue (2008), *“Los movimientos del feto son un indicador importante de su bienestar.”* De hecho, aunque la madre no los percibe, los movimientos de las extremidades del feto de flexión y extensión están establecidos desde el segundo mes; antes de la

primera mitad del embarazo sus movimientos son al azar, para luego volverse organizados y diferenciados entre momentos de actividad y calma.

Los primeros movimientos fetales comienzan a ser reportados por la mayoría de las madres a partir del tercer mes, lo que le confiere realidad a su futuro bebé, un menor porcentaje de embarazadas los reporta entrando el quinto mes, y sólo pocas los refieren hasta el séptimo. En el cuarto mes, las cavidades cardíacas están delimitadas y puede detectarse así el latir del corazón (Gómez & Amilivia, 1985). Para el feto, la percepción del movimiento es funcional a partir de las 21 semanas de gestación (Maldonado-Durán, Saucedo-García & Lartigue, 2008).

En el quinto mes los movimientos son mayores debido al avance en el desarrollo muscular, aparecen las uñas, las cejas y las pestañas. Es en el sexto mes cuando sus sentidos ya están desarrollados, por lo tanto, ahora el feto es capaz de oír y sentir todo contacto que tenga el exterior con él. Lo que es más, algunos padres sienten que hay una persona más entre ellos, lo cual los inhibe para seguir con su vida sexual (Álvarez-Gayou, 1996). En el tercer trimestre el feto tiene menos espacio para moverse, lo que incrementa sus momentos de calma (Maldonado-Durán, Saucedo-García & Lartigue, 2008).

En lo que concierne a los ruidos de afuera, desde la semana 24 de gestación, el feto responde a los sonidos, y se cree que en la semana 34 puede responder a una variedad de éstos; respecto a los sonidos internos, el bebé es capaz de escuchar la voz de su madre, el cual es el estímulo más importante, intenso y sobresaliente (Maldonado-Durán, Saucedo-García & Lartigue, 2008). Es claro que el feto responderá a los movimientos y a las

ondas sonoras de su madre, por lo que posiblemente se moverá cuando ella haga actividades intensas como tener relaciones sexuales; aunque hay bebés que parece que se duermen mientras tanto (Bing & Colman, 1990).

En cuando a su desarrollo y posición, los párpados permanecen cerrados buena parte del tiempo, y sólo alrededor del 7° mes comienzan a abrirse (Moore, 1988). El feto percibe y reacciona a estímulos luminosos cerrando los ojos, o con otros cambios en su conducta, pero sólo en función de regular rudimentariamente su ciclo circadiano diferenciando el día y la noche, no percibiendo los estímulos (Maldonado-Durán, Saucedo-García & Lartigue, 2008).

Aún es incierto si un feto logra percibir el dolor, aunque varios expertos sugieren que si lo hacen debe ser desde muy temprano en el desarrollo (Maldonado-Durán, Saucedo-García & Lartigue, 2008). Finalmente, entrando el noveno mes, el desarrollo del bebé es acelerado, ganando peso y volumen rápidamente y adoptando finalmente la posición, cabeza abajo en el mejor de los casos, hacia el canal de parto.

## **1.2 Implicaciones físicas.**

Entre todos los cambios a los que una mujer embarazada se ve expuesta durante la gestación se encuentran por ejemplo el aumento de astenia, movimiento de sus órganos, mareos, dificultades en la ingesta de alimento... es toda una adaptación física y psicológica que deben llevar a cabo. Para la madre, la gestación supone dar asilo a un nuevo ser en sus cavidades uterinas, que deben más que triplicar su tamaño para alojarlo.

En lo que concierne a los senos, cambiarán no sólo de tamaño, sino también de consistencia (Gómez & Amilivia, 1985), lo cual constituye una de las consecuencias más reportadas por las madres. La mujer encinta enfrenta retos como cambios en su deseo de comer, o la preferencia por alimentos que antes no ingería o que no son propiamente alimentos; así también, a partir del tercer mes comienzan a alterarse sus estados de sueño-vigilia y tendrá la necesidad de ir al sanitario más frecuentemente (Maldonado-Durán & Feintuch, 2001).

Los vómitos por su parte, pueden ser desde sólo matutinos hasta impedir la ingesta de alimentos durante todo el día, o por el contrario, tratarse de un apetito voraz que las haga incrementar su peso más allá de lo recomendado para su estado, lo cual puede traer a colación una sensación de haber perdido su atractivo físico y negarse, más que en cualquier otro momento, a un posible encuentro sexual (Corrales & Villaseñor, 1990). Sebastiani (1994), cree que hay muchas embarazadas que piensan que su figura se encuentra deformada, están insatisfechas al grado de definirse como “grotescas”.

No obstante, William Masters, ginecólogo, y Virginia Johnson, psicóloga, (1966) afirman que también hay mujeres que se sienten más atractivas durante este período, pues otros las describen como radiantes y maravillosas, con un brillo especial (citado en Corrales & Villaseñor, 1990).

Tal y como lo dicen Sapién & Córdoba (2011b) las mujeres que están esperando un bebé se deben habituar a su nueva imagen que se ha modificado casi por completo, y principalmente ha aumentado el volumen de

su vientre. Maldonado-Durán, Saucedo-García & Lartigue (2008) afirman que las mujeres aumentan entre 11 y 14 Kgs. durante la gestación, por lo cual su aspecto físico es obviamente diferente.

Hasta aquí algunos de los cambios que suceden en el cuerpo de la mujer gestante, sin embargo, un embarazo no es sólo un acontecimiento fisiológico, sino que también supone la realización de un deseo que producirá efectos a nivel psicológico (Andino, 1994), de los cuales hablaremos a continuación.

### **1.3 Implicaciones psicológicas.**

Una vez desglosados los principales cambios físicos, hablemos entonces de todo el bagaje de emociones que circundan a una mujer durante su etapa gestacional, y es que se debe realizar el estudio de la personalidad de la mujer gestante de la misma manera como minucioso se hace su estudio físico, para así entender y clarificar las complicaciones emocionales del embarazo, parto y puerperio (Mendoza, 1965).

Al parecer, entre nosotros hay una tendencia a pensar que el embarazo es un estado de plena felicidad donde todo ocurre de manera natural, de hecho, para Maldonado-Durán, Saucedo-García & Lartigue (2008) el creer que la alegría es la única emoción durante el embarazo supone una barrera para conocer todos los cambios psicológicos que ocurren en esta etapa. Sebastiani (1994) cree que la frase “dulce espera” con la que suele acompañarse al embarazo, ha de corresponder a alguien que no haya tenido hijos, por ende, debería no tener más cabida. Marie Langer sostiene que al embarazo se le

han asignado características idealistas, y rodeado siempre de ideas mágicas, mitos y prejuicios (citado en Corrales & Villaseñor, 1990).

Veámoslo así, hablando de sexualidad en la mujer, una vez que ha decidido servir a su especie debe enfrentarse a muchos elementos contradictorios, entre estos se encuentran las cuestiones de masculinidad frente a su feminidad que ahora busca brillar en su máximo esplendor (Deutsch, 1977).

Así como en otras etapas de la vida, en el embarazo hay frustraciones, tensiones y demandas emocionales, que pueden provocar ansiedad, miedo y enojo, no sólo en la mujer gestante, sino también en su pareja; de hecho Bing & Colman (1990) argumentan: *“Mucho sucede en el embarazo y casi todo afecta la relación de los futuros padres”*; y continúan diciendo *“...el embarazo es una etapa de trastorno personal, tanto para el hombre como para la mujer”*.

De la misma manera como son difíciles de procesar los cambios físicos, lo son también los cambios emocionales (Maldonado-Durán & Feintuch, 2011), aspecto que trataré a continuación. Águila (1972), tiene la misma postura y aclara que los trastornos del embarazo, así como los dolores y las angustias, son frecuentes y normales, e incluso, casi inevitables; no obstante, en la misma sociedad, peor aún, dentro del mismo núcleo familiar, cada mujer desarrollará un caudal de angustias, ansiedades y fantasías propio.

La idea de estar embarazada coloca a la mujer en un estado de agitación psíquica de su mundo interno, distinto al que tenía previo a la noticia de su gestación, por lo que experimentará cambios significativos a partir de ese momento crucial en que se confirma su embarazo. Aunado a los cambios

físicos perceptibles, para Damasio en el mundo interno el cuerpo de la mujer embarazada experimentará gratificantes y variadas excitaciones somáticas (citado en Zelaya, 2003). En un estudio realizado por Sjögren, et. al. (2004), al evaluar la personalidad de las mujeres encinta, sus resultados mostraron una correlación positiva entre ansiedad somática, culpa, psicastenia, inhibición-agresión y etapa del embarazo; así como una correlación negativa para con el desapego emocional. Para Breen (1975) y Uddenberg (1974), las mujeres primigestas se encuentran en un importante período de preparación mental para el maternaje, el distrés físico y los cambios acompañan este proceso (citado en Sjögren, et. al., 2004).

Algunas mujeres de hecho se sienten con más libertad, faltas de represión, dicen que en este período aumenta su sensibilidad y perciben más unión con su pareja (Sebastiani, 1994). Por ende, la maternidad supone conflictos entre la incompatibilidad del deseo de quedar embarazada y el deseo de traer un niño vivo al mundo (Zelaya, 2003); vamos a tener cuidado con la importancia de traer con vida a ese ser, pues de lo contrario, el golpe narcisista para la mujer puede ser incontenible. Al hablar de embarazo no podemos dejar de lado el tema de la menstruación, y es que al tratarse de la mujer, refiriéndose a su menarquia es difícil que no se relacione con el problema de la función reproductiva que le viene dada como especie; ya sea que decida o no tener hijos, es indudable que con la primera menstruación la vida fantástica de la mujer se dirija hacia sus funciones reproductivas (Deutsch, 1977).

Lo cual nos deja claro que el mundo afectivo de la madre es una mezcla de ansiedad, impulsividad y una feliz espera, junto a una madre deprimida o

aturdida, con miedos, pero también soñadora y esperanzada (Armengol, Chamarro & García-Dié, 2007). El embarazo reactiva fuertes representaciones inconscientes que se expresan en sueños, fantasías y en el estado afectivo de dichas mujeres (Zelaya, 2003).

A nivel psicológico, el embarazo es portador de un aumento de ansiedad, con oscilaciones a lo largo del mismo, así por ejemplo, el comienzo de la gestación no es igual que a partir del tercer mes, momento en que comienzan a sentirse los primeros movimientos. Lo mismo sucede para los movimientos más marcados a partir del 5º mes y la llegada del 9º que implica la proximidad del parto (Soifer, 1977). En los comienzos del embarazo, es frecuente la labilidad emocional y la depresión de la madre, se perciben sentimientos de pérdida de su intimidad (Corrales & Villaseñor, 1990). A su vez, al final del embarazo la mujer vivenciará lo que Winnicott llamó “preocupación materna primaria”, que la prepara para despertar y responder ante el menor movimiento del bebé, incluso ahora que está todavía en su vientre (Maldonado-Durán & Feintuch, 2001).

Cabe señalar que cada uno de estos momentos, según la división que se quiera estudiar, lleva consigo determinadas fantasías características, las cuales aparecerán en su mayoría en el tercer capítulo de este escrito. Villareal (1971), describe tres fases características del embarazo, durante el primer trimestre el proceso se mira con naturalidad, la mujer percibe reforzada su feminidad confirmando que puede ser mujer como cualquiera, pareciera que todo es más “bonito”, esperan el nacimiento con entusiasmo; en el segundo trimestre comienzan a preocuparse por la responsabilidad, dudan sobre su rol de madre, manifiestan los primeros temores hacia el parto, se muestran más

receptivas, tras sentir al bebé se permiten fantasear, le hablan y se preguntan cómo serán como madres, comúnmente hay sueños sobre cómo será su bebé o a quién se parecerá; por último, a partir del 7º mes, hay una resignación al parto, el cual se ve colmado de miedos, hay más cansancio que en cualquier otro momento, las agobia la ansiedad de la espera, cambia su postura y su andar.

Entre las tareas emocionales a las que la mujer debe responder, para Maldonado-Durán & Feintuch (2001) durante la gestación la mujer deberá responder primero a la noticia de su embarazo, ya sea con mayor o menor entusiasmo; luego, darse cuenta que “en verdad” hay un ser desarrollándose dentro de su cuerpo; para finalmente, tras notar el aumento de volumen de su vientre hacer evidente la presencia de un bebé y poder decir “estoy esperando un bebé de...” momento en que da cabida a su pareja como noción de paternidad. A este respecto, en la primera maternidad, sobre todo si se está esperando un hijo varón, la mujer le da el lugar a su marido sólo momentáneamente, y únicamente por ser padre del niño, pues el hijo supone un tributo sólo para ella (Doltó, 2001).

En tanto que para Freud, la secuencia del embarazo presenta estas facetas: en primera instancia hay una retracción de su libido que antes se dirigía únicamente a su pareja; hay un delirio paranoide de grandeza en el que la mujer se vive como creadora; luego del parto dicho delirio decae sin más; hay asimismo otro delirio, y es un deseo de muerte en el que el hijo real es rechazado (citado en Lemoine-Luccioni, 2001).

Dicho esto, durante los primeros meses del embarazo aún se tiene incertidumbre respecto a la certeza o no de éste, incertidumbre que viene dada por sentimientos de culpa infantil, es decir, la rivalidad entre la mujer embarazada y su madre, de la que años atrás deseaba ocupar su lugar, por lo que ahora posiblemente su relación cambie. Esto trae a consecuencia sentimientos ambivalentes entre la fantasía cumplida de haber tenido el hijo deseado del padre, o bien que alguien le arrebatase a ese ser y no se trate sino sólo de una fantasía (Soifer, 1977).

Desde el enfoque freudiano, el deseo de tener un hijo se traspa dentro de la situación edípica como parte del proceso de identificación sexual, de compensar la falta al percibir su cuerpo castrado, y como la fantasía edípica de recibir un hijo de su padre (Zelaya, 2003). Marcús (2006) apoya dicha idea y argumenta que estas mujeres ven en sus hijos un elemento “reparador” que les dará lo que les faltó cuando niñas. Corrales & Villaseñor (1990) complementan la idea diciendo que una mujer puede anhelar tener un hijo ante su deseo de ser madre y la necesidad de resolver experiencias tempranas.

Esto es, el feto representa algo que ha robado a la madre, por lo que entre sus fantasías puede presentarse el hecho de que le pertenezca a su madre y no a la propia embarazada (Langer, 1988; Águila, 1972). La mujer encinta piensa que por fin tiene algo parecido al pene que anhelaba, su deseo está entonces satisfecho (Lemoine-Luccioni, 2001).

Dice F. Doltó (2001), que la escena primaria permanece dormida y muchas veces emerge sólo a raíz del primer embarazo, momento en que la mujer vive, de modo narcisista, la relación con su hijo gracias a la ayuda de

una identificación con su propia madre; revivir esta escena primaria le permite a la mujer liberarse del sentimiento de culpa debido a la fractura maternal en que la envidiaba, liberándose también de la angustia de castración originada en sus vivencias más tempranas.

Visto así, para López, el embarazo junto con el parto y la crianza, sacan al exterior nuestras estructuras más primitivas heredadas de nuestros ancestros (citado en Molina, 2011). En tanto que para Águila (1972), la mujer encinta que teme ser destruida por el feto es posible que experimente el embarazo como una trampa tendida por su madre, por lo que el embarazo es un castigo. Sin embargo, no todo está perdido, y es que para Segal (1989) las fantasías alucinatorias pueden aliviarse gracias a una experiencia buena; dicha experiencia positiva estará dada por una madre que encamine a su hija en la labor de ser madre.

Dicho esto, para engendrar es menester que la mujer haya sido hija de una madre que le mostrara cómo criar un hijo, de no ser así, pero desee engendrar a cualquier precio, no le quedará sino robar la sombra de su madre; en tanto que si una mujer ha sido abandonada por su madre al nacer, puede resultarle complicado aceptar su maternidad (Lemoine-Luccioni, 2001).

Así también hay mujeres en quienes es común que quieran visitar a su madre y hacerle preguntas referentes a su propia infancia (Armengol, Chamarro & García-Dié, 2007). Y es que la relación temprana entre la niña y su madre crea una organización narcisista que, para Laufer (1993), dicha relación le permite a la niña reconocerse del mismo sexo y saber que nunca será un hombre, sino que tiene capacidades receptivas y puede ahora, en

edad adulta, concebir a una persona (citado en Zelaya, 2003). Esto es, el embarazo, y posteriormente la maternidad, le confieren a la mujer el peligro o la seguridad de saberse identificada, a nivel genital con su madre (Doltó, 2001).

Mujeres cuya vida fantástica está llena de ideas de embarazo y parto es común que se identifiquen con mujeres en estado de gestación, principalmente madre y hermanas si las hay (Deutsch, 1977). Hay un temor casi en todos los seres humanos y es a la mujer, si nos vamos a las raíces de este temor, encontraríamos que viene dado movido por el temor a reconocer la propia dependencia que tuvimos hacia nuestra madre al nacer; la cosa es diferente con el hombre quien no puede reconciliarse con su madre al hacerse madre, en tanto que la mujer sí lo puede conseguir (Winnicott, 1984a).

Es decir, en el embarazo y el parto la mujer gestante repite la relación primitiva que mantuvo con su madre (Águila, 1972); incluso, parece que esta primera relación que tuvo con su madre es de la que ahora no logra desprenderse y que podrá en este momento reconciliar, ya no a la madre con la hija, sino una relación de mujer-mujer (Lemoine-Luccioni, 2001).

Esta primera relación con su madre, que ahora con la maternidad revivió la embarazada, puede colmarla de un temor a perder a ese bebé, y que sea justamente su madre quien se lo robe, tal como ella quiso hacerlo en su momento; peor aún, puede llegar a sentir las visitas de su madre como una violación o un intento de raptar a su hijo (Doltó, 2001). No obstante, también hay mujeres que si han tenido conflictos con su propia madre, puede que

sepan cómo no quieren ser, pero tampoco tienen un modelo sobre cómo ser una buena mamá (Maldonado-Durán, Saucedo-García & Lartigue, 2008).

Es común que entre las fantasías de mujeres embarazadas escuchemos decirles que su hijo pertenece a uno de sus dos padres o que el bebé los representa; así también, es posible que hagan alusión al temor, odio y amor que sienten por sus hijos, esto a colación de sentimientos dirigidos hacia sus padres y ahora proyectados en el bebé (Winnicott, 1993b). Para el mismo Winnicott, cuando una mujer tiene una fuerte identificación masculina le será difícil cumplir con su rol materno, esto a raíz de que la envidia reprimida del pene no deja espacio para la preocupación materna; estas mujeres, repararán con su hijo lo perdido pero les costará un largo tiempo adaptarse a sus necesidades.

Como podemos ver, el embarazo se caracteriza, entre otras cosas, por una constante ambivalencia, sentimientos que oscilan entre el deseo y el rechazo, entre el distanciamiento y la necesidad de sentirse acompañadas, etc. Maldonado-Durán, Saucedo-García & Lartigue (2008) aseguran que en todo embarazo hay ambivalencia aunque la mujer conscientemente desee al futuro bebé. Para Mendoza (1965), en algunas mujeres la ambivalencia hacia el embarazo puede desaparecer en cuanto comienzan a percibirse los movimientos fetales, aunque hay en quienes persisten a modo de quejas durante los 9 meses de gestación. Más que ambivalencia, Lemoine-Luccioni, (2001) dice que se trata de una contradicción entre el amor y el odio, para ella, se trata de una contradicción en vivir amor y deseo.

Sin embargo, no debemos pensar que es nociva la ambivalencia, pues de no ser así, esto es, que sólo hubiese un rechazo y no un deseo, es claro que no se produciría el embarazo (Águila, 1972). Al respecto, tratándose de un aborto, éste es debido a que el hijo no llegó a existir realmente para su madre, uno mata al otro dice Lemoine-Luccioni (2001); de hecho, esta autora cree que no hay mujer que escape completamente a la amenaza de aborto.

Marie Langer (citado en Soifer, 1977), sostiene que todo embarazo supone un conflicto ambivalente entre la tendencia maternal y el rechazo al hijo esperado (deseo y contradeseo), este último se basa en evidencias persecutorias surgidas a raíz del conflicto edípico, para hacerle frente a este conflicto las mujeres recurren a la negación como mecanismo de defensa. Tal como lo explica Raphael-Leff (1995), las motivaciones pre-edípicas o edípicas configuran las representaciones conscientes e inconscientes que la mujer se haga sobre el hijo y su propia maternidad (citado en Zelaya, 2003). Las mujeres pueden referir este deseo con lexias como *“Es él o yo”*; *“Voy a ser destruida”*; *“Se alimenta de mi sangre”* (Lemoine-Luccioni, 2001). Este rechazo inconsciente sobre el hijo que agobia a algunas embarazadas se traduce bajo el temor de parir un monstruo, encubriendo así el rechazo a su madre (Águila, 1972).

Una situación muy común es la negación del embarazo, se trata de mujeres que dicen no sentir nada, continúan con su vida normal y parece que se les “olvida” el estar encinta, están inscritas en una negación de la realidad; a esta situación puede sumarse también la familia, que dice no darse cuenta y actuar como si nada diferente estuviera pasando (Maldonado-Durán & Feintuch, 2001). En este punto, es menester citar a Hanna Segal (1989) y es

que ella apunta que los objetos que se desea negar, en la fantasía, son más bien aniquilados; es decir, el instinto de muerte y los impulsos destructivos responden también al cumplimiento alucinatorio de un deseo, de esta manera, al deseo de destruir le corresponden fantasías de un objeto desplazado, quizás destruido y atacado.

En otro orden de ideas, la preocupación materna primaria de la que habla D. Winnicott (1984b) le da a la madre la posibilidad de hacer lo adecuado cuando sea indicado en lo que concierne al cuidado del hijo, ésta se desarrolla durante el embarazo, particularmente al final del mismo; sin embargo, puede haber un trastorno en ella, ya sea cuando los intereses de la madre no se inhiben ante las necesidades del bebé, o cuando preocuparse por el recién nacido es algo patológico para su psique; en años posteriores, en el primer caso la separación entre la madre y el bebé no ocurrirá porque el niño realmente nunca tuvo a su madre, en tanto que en el segundo caso, la separación entre ambos será abrupta.

Respecto al apego, en un estudio realizado por Sjögren, et. al. (2004), evaluando el apego entre la mujer embarazada y el bebé esperado, hallaron que éste fue principalmente alto en aquellas mujeres que se encontraban en la última fase de su embarazo; momento en que quizás aumente el sentimiento de culpa al rechazar la unión de otro entre ellos dos.

Es decir, se unen entonces sentimientos de temor o deseo ante la posibilidad de ser madre; lo cual traerá consigo un equilibrio entre amor y deseo en sus vínculos de objeto (Freud, 1931). La mujer encinta se identifica con el feto, producto de una identificación de su propia vida intrauterina; pero

tan ambivalentes son los sentimientos que puede presenciar la mujer, que es posible que visualice al feto como la representación de su propia madre, lo cual dará como resultado que surjan temores ante una posible voracidad de éste, que sea para ella un representante materno y quiera vengarse de manera oral, lo vivirá por ende como angustiante y destructor, que la lastimará con la misma crueldad con que ella deseaba hacérselo a su madre (Langer, 1988). Para Águila (1972), el feto representa en el inconsciente de la embarazada, a su madre, especialmente a su Superyó materno; lo cual implica peligro de castigo y destrucción.

Respecto a los movimientos intrauterinos, hay mujeres que los perciben como algo tranquilizante, dicho por ellas “como mariposas en el estómago”, en tanto que otras refieren no percibirlos. A manera de ejemplo, Gómez & Amilivia (1985) citan algunos comentarios emitidos por mujeres embarazadas cuando se refieren al sentir a su bebé dentro de ellas:

- *“Yo no puedo dormir por la noche, se me mueve mucho, me duelen los golpes que me da.”*
- *“Cuando he empezado a sentirle, he pensado que estaba contento, hasta lo veía reírse.”*
- *“Desde que siento al niño tengo menos miedo.”*
- *“Yo siento sólo un hormiguelo.”*

Una vez transcurridos casi por completo los nueve meses de gestación, acecha a la mujer un sentimiento de pérdida, y de esa relación tan estrecha donde se sentía única, debe ahora ceder al mundo, poner en el mundo, al ser que trae consigo, le supone claramente una herida narcisista a un alto ego del

que estaba acostumbrada. Sin embargo, unas vivirán el parto como la acción de hacer un regalo al padre de su hijo, a ese padre que las ha hecho madres (Doltó, 2001). Dicha crisis narcisista de la que es portador el embarazo desembocará algunas veces en una depresión porque se ha alterado el yo ideal y ha puesto a prueba al Narciso inmutable que gobernaba en la mujer; y es que luego de errar buscando su completud, ahora que la encontró, la perderá y no tendrá más su imagen plena, estas mujeres se sienten llenas, no obstante, su delirio de omnipotencia caerá también (Lemoine-Luccioni, 2001).

Por lo tanto, es menester elaborar la separación de lo que hasta ahora era sólo suyo; lo cual trae a colación celos hacia el hijo, por ser ahora, recién nacido, el eje de atención que ella había sido. Aunado a esto, Maldonado-Durán, Saucedo-García & Lartigue (2008) afirman que la mujer debe pensar ahora en un “nosotros” y ya no sólo en ella.

Ante esto, Winnicott (1984b) agrega diciendo que en la mujer embarazada es común hallar una identificación con su hijo, a quien percibe como un “objeto interno” que se ha establecido dentro de ella y se mantiene aún a pesar de lo que pueda suceder; el bebé supone también, entre otras fantasías inconscientes, la capacidad de la madre de desprenderse de sus intereses personales y dirigirlos hacia el bebé.

Al final del período de gestación, todavía las embarazadas dudan de su potencial para traer al mundo un hijo vivo y sano al 100%, de ahí que las encontremos aturcidas cuando, tras el parto, les dan la noticia de que han sido capaces de traer un hijo en perfecto estado; y es que para ellas sólo está completo a medias, por lo que puede desmoronarse en cualquier momento, su

hijo aún no es “él” ni “ella”, es eso. Dicho esto, es común que fantaseen con que su vientre está hueco, lleno de aire o de otros objetos, pero no de un bebé (Winnicott, 1993b).

Momentos antes del alumbramiento, hay fantasías inconscientes producto del narcisismo infantil que había llenado de pensamientos mágicos y dado una idea de omnipotencia; como podemos ver, la vivencia del embarazo remite a estados regresivos de tipo narcisista, lo que exige que las experiencias primitivas de la mujer sean entonces contenidas y elaboradas (Zelaya, 2003). Para Lemoine-Luccioni (2001) el hijo es un ser que ya no está más adentro y que la madre percibe como un objeto para ella misma.

Existen mujeres que desearían estar embarazadas permanentemente, argumentan que es ese el “mejor momento de su vida”, estas mujeres por lo regular se deprimen después del parto y dejan de interesarse en el hijo, pues lo que a ellas realmente importaba era su condición de embarazadas (Armengol, Chamarro & García-Dié, 2007). Freud halló también esta situación, describió a las mujeres como seres plenamente narcisistas que se bastan a sí mismas especialmente cuando están embarazadas, pues sólo así se sienten “bien” y completas (citado en Lemoine-Luccioni, 2001).

Maldonado-Durán & Feintuch (2001) por su parte, encontraron un fenómeno interesante, y es que hacia el final del 9° mes, en la mujer hay una regresión “relativa” en la que se muestra más dependiente de su pareja o de cualquier persona a su alrededor (por ejemplo, hacia su propia madre). En el momento del parto, es frecuente que la mujer llame a su madre, que es cuando finalmente se reencuentran (Lemoine-Luccioni, 2001).

De manera breve, luego del parto, después de la omnipotencia viene la aniquilación, ahora la madre se enfrenta con el vacío; respecto a su vida sexual, no se retomará en seguida, argumentando ella que hay temor o repugnancia, en tanto que su pareja tampoco está tan apurada pues todavía debe acostumbrarse a esa amante convertida en madre (Lemoine-Luccioni, 2001).

### ***1.3.1 Principales miedos durante el embarazo.***

Hablemos ahora específicamente de los miedos que acechan a la mujer embarazada, se trata de una emoción de agitación ante la presencia (ya sea real o imaginaria) de algo que percibe como peligroso o que puede causarle dolor. De acuerdo a Soifer (1977), cuando una mujer está embarazada, es debido a su tendencia innata a la maternidad que ha superado su terror a los hijos; no obstante, dicho terror seguirá presente aunque atenuado y expresado bajo el influjo de fantasías inconscientes. Han de ser muchos los miedos que agobian el psiquismo de la mujer gestante, por lo que a continuación aparecen algunos de los más comunes o que mayor impacto presentan para la futura madre.

Antes de empezar a describir algunos de los miedos de las mujeres en estado gravídico, recordemos a Helene Deutsch (1977) quien dice que son justamente las fantasías originadas tras la primera menstruación las que dan cuenta de sus deseos y temores relacionados con el embarazo y el parto, algunas son presentimientos inconscientes y otras vagas informaciones escuchados de generaciones mayores, estas impresiones del exterior movilizan las fantasías y ansias de las mujeres gestantes; dicho esto, el temor

inconsciente del embarazo, está íntimamente relacionado con la menstruación y cómo vivió la mujer su llegada.

Para Corrales & Villaseñor (1990), el temor a sufrir de alguna adversidad durante el embarazo ocurre principalmente en mujeres primigestas; sin embargo, a continuación y luego de los hallazgos de esta investigación, parece que ya sea que se trate de la primera gesta o de embarazos previos, los miedos están presentes en ambas mujeres.

La mayoría de las parejas que están esperando la llegada de un bebé se enfrentan a fantasmas de su propia infancia traducidos como temores hacia su hijo, esto es, dudar que todo esté bien con el bebé, que nazca enfermo, con alguna malformación o haya un aborto; estos temores pocas veces se comunican (Maldonado-Durán & Feintuch, 2001).

Ahora bien, el temor de dar a luz a un monstruo es alimentado en el inconsciente de la futura madre a raíz de juzgar sus propios deseos infantiles, contra su madre, como monstruosos (Águila, 1972). Y es que particularmente las madres primerizas aún dudan de su capacidad de engendrar cosas buenas, el temor se incrementa en quienes no recibieron una educación sexual de calidad y se les dijo que era algo sucio (Videla, 1997).

Teniendo esto como base, hay un temor constante casi en todas las embarazadas, es el temor a parir a un niño deforme, esta fantasía viene dada ante el mito popular de que una embarazada no debe mirar cosas feas, pero nosotros lo podemos traducir como un temor al incesto que surge a colación de una pulsión edípica y resulta inevitablemente en un rechazo de índole sexual.

El temor al aborto se acentúa si ha habido embarazos anteriores y alguno no llegó a su consecución, la mujer puede temer estar en peligro de nuevo, y pensar que el hijo que espera también va a perderse (Corrales & Villaseñor, 1990). Esto es, temen perder al bebé esperado debido a que la muerte de ese ser que la mujer ama la haría poner en duda su feminidad, la muerte supondría la ruina del sentido simbólico con que había dotado su vida ahora al dar vida a un nuevo ser, con la muerte del feto moriría un poco de ella también, sería indudablemente un duelo contra su narcisismo, con esto dudaría del sentido de su existencia y entonces preguntarse ¿para qué sirve si no puede concebir a un niño? (Doltó, 2001).

La recta final del embarazo envuelve a la mujer en un temor común en casi todas, y es ante la cercanía del parto, de hecho, el miedo al parto tiene una clara afinidad con la ansiedad en general, en un estudio realizado por Zar, Wijma & Widma en 2002 en donde se buscaba la relación entre desórdenes de ansiedad y miedo al parto, hallaron que una parte de las participantes, aunque pocas (2.4%) respondían con un temor intenso llegando incluso a lo que se podría categorizar como fobia (tocofobia).

Para Deutsch (1977) cuando las fantasías referentes al embarazo se acompañan de sentimientos de odio e impulsos agresivos, dan lugar a temores hacia la muerte; parece entonces que las ideas de embarazo y muerte en no pocas ocasiones van de la mano, es innato entonces relacionar la sangre, la concepción, el parto y la muerte en la psique femenina. La influencia del exterior sobre las propias construcciones mentales es elevada, y basta saber de la muerte de una mujer o que por lo menos estuvo en peligro durante su embarazo para producir una impresión traumática que trastorne el camino de

la mujer hacia la maternidad, pues sus fantasías reproductivas estarán impregnadas de temor a la muerte.

Videla (1997) habla particularmente del temor a morir en el parto, y si bien la medicina ha avanzado mucho, para la mujer el parto supone poner en juego la capacidad de morir y dar vida, con esto se reviven las angustias y depresiones del propio parto de la gestante; la mujer siente como si volviera a nacer con el parto de su hijo. Este temor aparece con mayor frecuencia en quienes ya han tenido hijos, pues a esto se le suma el miedo a dejarlos desamparados.

Al parto desde tiempos ancestrales se le refiere como “los dolores del parto” y no como “las contracciones” que es lo que en realidad ocurre, por lo que la mujer aún no vive la maternidad como un proceso natural, lejos de prejuicios, es cierto también que la mujer teme al dolor de separarse de su hijo con quien ha vivido simbólicamente por 9 meses (Videla, 1997); es claro que el parto dolerá, no debemos engañarlas, pero quizás sea menos de lo que todos, o la mayoría, hacen creer a las embarazadas.

Zar, Wijma & Widma (2002) agregan que entre los cursos de psicoprofilaxis se debería incluir asistencia a los desórdenes de ansiedad en mujeres embarazadas, principalmente en aquellas que presentan un miedo extremo a la llegada del parto, pues dicho temor llega a estropear el nacimiento y la adaptación al recién nacido.

En tan estrecha relación aparece la ansiedad y el temor durante el embarazo, que de hecho Nilsson & Almgren (1970) y Zajicek & Wolkind (1978) encontraron que si ya había desórdenes de ansiedad, éstos aumentaban con

el embarazo (citados en Zar, Wijma & Widma, 2002). Maldonado-Durán & Feintuch (2001) engloban las complicaciones que se pueden presentar en la gestación diciendo que si hay dificultades previas, éstas se agravan con la gestación.

Sin embargo, en un estudio hecho por Areskog-Wijma et. al. (1981), el 6% de las entrevistadas admitió haber disminuido su temor cuando éste interfería con sus actividades diarias, es decir, cuando su miedo era tan intenso que las limitaba en continuar con su vida, parecían racionalizarlo, por ende, disminuirlo (citado en Zar, Wijma & Widma, 2002). Han sido varias las muestras de este temor intenso ante la proximidad del parto, que inclusive para Zar, Wijma & Widma (2002) debería concedérsele una categoría aparte dentro de las futuras investigaciones, específicamente como “fobia al parto” cuando se trata de un miedo extremo ante la llegada de su bebé, esto sería importante y necesario no sólo como aportaciones teóricas, sino también en la práctica clínica.

El miedo al nacimiento del futuro bebé aumenta cuando ha habido un aborto previo o cuando las madres ya están anticipadas a que utilizarán el método de cesárea (Zar, Wijma & Widma, 2002). Para Maldonado-Durán & Feintuch (2001) es posible que estos temores se asocien a miedos previos respecto a la sexualidad, al embarazo y a ser madre.

Con frecuencia, las madres primerizas enfrentan el temor a no ser una buena madre, que no va a poder enfrentar los retos o las demandas de su bebé, esto es común cuando la mujer tiene conflictos internos respecto a convertirse en madre y dejar de ser niña, dicha transición requiere un trabajo

de duelo, a lo cual Lebovici llamó “parentificación”; por otro lado, cuando ha habido malas experiencias en la relación con su madre, surge el temor de ser como ella y repetir patrones indeseables (Maldonado-Durán & Feintuch, 2001).

Aunado a este temor, se encuentra el miedo a no poder amamantar al recién nacido, esto lo podemos entender a colación de que ahora los senos reflejan la transformación de la joven en mujer capaz de engendrar y alimentar a un ser (Doltó, 2001), por lo que el no poder hacerlo, supondría para ella el fracaso como fémina.

Dice Winnicott (1993a), que el vínculo emocional que se genera cuando la madre amamanta a su bebé no se equipara con la relación cuando lo alimenta a través de biberones, que si bien no es malo, lo cierto es que recibe ventajas una alimentación natural, de ahí que se vote a favor de amamantar al recién nacido, lo cual constituye una presión social para la madre, por lo que el éxito al hacerlo sería más importante para ella que para el propio infante.

Hasta aquí puede notarse la ambivalencia de la que es presa toda mujer encinta, caracterizada por temor y deseo principalmente, de hecho, hay un temor general a ese nuevo ser, del que conocerán sus características sólo llegado el parto; y hablando de la sexualidad, eje central en el presente trabajo, para Mendoza (1965) es claro que *“El temor al coito está incrementado en el embarazo”*. La principal razón es un temor al aborto, motivo por el cual muchas parejas suspenden su actividad sexual, no obstante, algunas veces este temor sólo se mantiene por rumores o falta de información (Bing & Colman, 1990), ya lo veremos a continuación.

## CAPÍTULO 2. FANTASÍAS

Las fantasías cobraron un punto de especial atención dentro del psicoanálisis desde los escritos de Freud y las producciones imaginarias de su paciente Anna O. (Laplanche & Pontalis, 1986), sus hallazgos lo llevaron a reconocer la existencia de fantasías inconscientes o preconscious; según la teoría freudiana, la fantasía está inscrita en el inconsciente, por lo regular es agradable y corresponde a la expresión más verdadera de un deseo. Pensar la vida humana al servicio del deseo dio pie justamente a la teoría del inconsciente (Andino, 1994). De ahí que a continuación se desglosen los principales aportes teóricos que el psicoanálisis arrojó respecto a esta temática imaginaria.

Comencemos por entender lo que el concepto de fantasía implica, resulta difícil atribuir una única y universal definición a *fantasía* ya que tenderíamos a caer en el dilema de cómo definir algo que se encuentra desde ya inmerso en lo imaginario, además, un significado universal es meramente imposible debido a que el término se ha usado por diferentes autores y en distintas épocas de manera cambiante; es decir, para definir las fantasías caemos en el dilema de cómo podemos darle significado en la realidad palpable a un elemento que pareciera no pertenecer a este mundo real, lo que es más, como si juntos cumplieren un par de opuestos (imaginario-real) ahora veremos que no, que ambas realidades son objetivas. Isaacs (1971) cita a Ernest Jones cuando encuentra como principal problema para tener una única acepción de “fantasía” el hecho de que el sustantivo se ha utilizado sólo en un sentido consciente, por lo que ahora al tomar el concepto desde su origen

inconsciente, su acepción cambiará, y es esta con la que debemos quedarnos para el presente trabajo.

Aun así, diversos autores convergen en algún punto y he aquí algunos de los significados atribuibles a fantasía. Para Laplanche & Pontalis (1986) *Phantasie*, en alemán, designa a la imaginación, no así a la facultad de imaginar, los contenidos del mundo imaginado serían entonces las fantasías o imaginaciones. Estos autores definen fantasía como un guion imaginario en el que está presente el sujeto y que representa, por medio de defensas, la realización de deseos inconscientes (citado en Diccionario de psicoanálisis, s.f.). Al respecto, Eduardo Garza en su trabajo de 1996 estipula que “*las fantasías son escenificaciones, con un contenido sexual más o menos evidente...*”.

Para Águila (1972), hubo de escribirse fantasía con ph (*phantasy*) para poder diferenciar el significado en el psicoanálisis de la palabra popular “fantasía”, la cual hace referencia sólo a los sueños diurnos conscientes; pero en el significado psicoanalítico el término hace alusión a contenido inconsciente, que puede hacerse consciente o no.

Por su parte, Melanie Klein sugiere que las fantasías son sólo falsas percepciones, diferentes a los sueños diurnos; en tanto que para Sigmund Freud (citados en Laplanche & Pontalis, 1986) las fantasías pertenecen al mundo interno que tiende a la satisfacción por ilusión y un mundo externo que, a través de la percepción, impone al sujeto el principio de realidad. Para él, *Phantasien* son “*los sueños diurnos, escenas, episodios, novelas, ficciones*

*que el sujeto forja y se narra a sí mismo en estado de vigilia”* (Diccionario de psicoanálisis, s.f.), que se producen en estados de ausencia o hipnosis.

Ahora bien, parece necesario recordar también a Lacan, para él la fantasía es una realidad inconsciente, la cual es a su vez una realidad sexual, cuyo objeto no sólo satisface una necesidad, sino lo mismo la pulsión que la origina; de esta manera, la fantasía crea la ilusión de que la pulsión que la motiva ha encontrado su objeto, de manera puntual, la fantasía sostendría al deseo (citado en Garza, 1996).

Debido a que en el inconsciente parece que no existe un signo de realidad, no fácilmente se puede distinguir la verdad de la ficción investida con afecto (Garza, 1996), por ende, tentativamente podríamos decir que las fantasías son la antítesis de la realidad, sin embargo, no es así, y es que éstas pertenecen de hecho a una realidad, a una realidad psíquica dotada de su propia objetividad mental, y no tiene por qué ser contraria a la realidad palpable, sino que pulular juntas; esto quiere decir que el pensar bajo el influjo de las fantasías y el pensar apegado a la realidad son procesos distintos para obtener satisfacción, no obstante, el operar realista no puede continuar sin la presencia de fantasías (Isaacs, 1971).

Podríamos sí definir a la fantasía como una producción ilusoria que no resistiría una corrección de la realidad exterior en nuestro mundo palpable, y que está aunada siempre a la culminación de un deseo insatisfecho (Diccionario de psicoanálisis, s.f.). Águila (1972) afirma que no debemos considerar a las fantasías sólo como algo imaginado e irreal, y es que aún en

el mundo interno, las fantasías tienen una realidad viva, lo cual no implica que por ser inconscientes disten de elementos reales.

Freud (citado en Laplanche & Pontalis, 1986) distinguió dos tipos de fantasías, la fantasía inconsciente y la fantasía consciente. La primera de contenido primario, corresponde obviamente a procesos mentales inconscientes, y de las que el sujeto tomará o no conciencia posteriormente; mientras que de las del segundo tipo, su contenido son imaginaciones conscientes o subliminales, cuyas expresiones son las ensoñaciones o sueños diurnos, “...para Freud el modelo de la fantasía estará representado siempre por la ensoñación...” (Laplanche & Pontalis, 1986). Ambas fantasías coinciden en su contenido, se comunicarán interiormente y se simbolizarán entre sí (Diccionario de psicoanálisis, s.f.).

Hablando de las fantasías inconscientes, éstas también es posible que aparezcan junto a otras fantasías inconscientes, y se pueden utilizar para defenderse lo mismo de otras fantasías, por ejemplo, las fantasías maníacas aparecen bajo el influjo de impedir que aparezcan fantasías depresivas (Segal, 1996).

Las fantasías primarias para Águila (1971) se expresan y relacionan con procesos mentales alejados de las palabras y del pensamiento consciente, y sólo mediadas bajo las emociones, pues es esta justamente la gran diferencia entre ambas, y es hasta un período posterior (a veces con el juego del niño) en que pueden expresarse mediante el lenguaje, esto a reserva de que la adquisición del habla ocurre en un período tardío y es entonces cuando lo utilizamos para darle voz a nuestras fantasías aunque ya las hayamos

vivenciado desde antes; en tanto que en la vida adulta, a diferencia de los primeros años de vida, es posible que actúen ya no sólo bajo la condición de las palabras. Dice puntualmente Segal (2001) *“Las fantasías son más primitivas que el pensamiento”*.

Es decir, en un principio la fantasía podría parecernos como el opuesto justo al pensamiento, sin embargo, ambos procesos guardan relación, dice Segal (1989) que juntos le permiten al Yo soportar la tensión sin necesidad de recurrir a una descarga motriz inmediata; de manera puntual, gracias a la fantasía podemos tolerar por un tiempo un deseo que aún no obtiene satisfacción. Por tanto, la riqueza y profundidad del pensamiento dependerán de la calidad, pero también de la flexibilidad de la vida de fantasía inconsciente y de la facilidad para someterse al principio de realidad.

Fantasías, éstas se encuentran presentes y siempre activas en todo ser humano, por lo que su presencia no es sinónimo de patología o de falta de contacto con la realidad (Segal, 1996), aunque pareciera que hay mayor afluencia a partir de la pubertad, es decir, se trata de un elemento universal, que ya cada uno modificará según sus experiencias y sus propios deseos insatisfechos, pues son éstos el eje rector del fantasear y que ahora buscan cabida en la conciencia para su probable realización, de acuerdo a Freud *“...la fantasía tiene su origen en la satisfacción alucinatoria del deseo....”* (citado en Laplanche & Pontalis, 1986).

Águila (1972) dice: *“...las fantasías actúan al mismo tiempo con los impulsos que las originan.”* Y estos impulsos son justamente los deseos que buscan ahora gratificación pues se las ha privado la realidad, de hecho la

autora cree que no hay impulso, necesidad o respuesta instintiva que no sean vividas como fantasías inconscientes. Esto es, para cada impulso instintivo ha de haber una fantasía inconsciente, por ejemplo, al deseo de comer le hace frente la fantasía de algo comestible que satisfará ese deseo: el pecho (Segal, 1996).

En el niño, la fantasía cobra sentido al ser una defensa contra su ansiedad, además funge también como un método de control de sus pulsiones instintivas, y así como puede satisfacer deseos insatisfechos, sirve como negación, control, reparación, etc. (Isaacs, 1971).

Luego, no sólo son universales, sino que desde el ser la fantasía subyacente a todos los procesos, la vida del sujeto aparece modelada por la actividad fantaseadora (Diccionario de psicoanálisis, s.f.). Inclusive Andino (1994), señala que la vida humana está determinada por procesos inconscientes, cuyos efectos los podemos ver tanto en nuestro mundo afectivo, como en nuestro mundo libidinal.

De esta manera, argumenta Freud en *El creador literario y el fantaseo* (1908) que podríamos equiparar las fantasías en el adulto con el juego en el niño, o lo que es más, con las creaciones de un artista, y es que cada cual crea su propio mundo insertando elementos en el orden que prefiera. Por lo tanto, el arte se apoya de la fantasía, manipula la censura que le hemos impuesto a la fantasía para hacerla visible y de un modo aceptable (Žižek, 1999). El arte es un medio donde pueden plasmarse fantasías y sus significados implícitos, ya sea con una forma, una pincelada, una línea... es así como sin palabras podemos externar nuestro acontecer inconsciente

(Isaacs, 1972). Cabe decir, la fantasía modifica nuestra percepción e interpretación que le damos a la realidad (Segal, 1996).

Esto pareciera bastante obvio si tenemos presente que el adulto ha dejado de jugar, es decir, ha renunciado al placer que brinda el juego, no obstante, de alguna manera debe seguir obteniendo dicho placer en algún lugar, lo que como adultos hemos hecho es sólo trasladar la ganancia obtenida con el juego hacia otra actividad que lo mismo satisfaga. *“Así, el adulto, cuando cesa de jugar, sólo resigna el apuntalamiento en objetos reales; en vez de jugar, ahora fantasea”* (Freud, 1908).

Y aunque el crear fantasías es una actividad universal, se esperaría que el adulto ya no juegue y no se envuelva en un mundo imaginario, sino que actúe completamente en la realidad. Debido a esto, las fantasías se tornan difíciles de hallar, ya que como adultos tendemos a ocultarlas y avergonzarnos de eso que fantaseamos, lo que es más, de lo que deseamos; la cosa se complica aún más si le anticipamos al adulto que esas fantasías están encubriendo su historia infantil; es decir, argumenta Rosales (2005) que las fantasías son una muestra de cómo rememoramos nuestro acontecer infantil. Freud agrega que justamente los motivos por los que ocurre la represión son entre otros el impedir el retorno a la conciencia de recuerdos de fantasías infantiles, tales como sentimientos amorosos hacia la madre y de odio hacia el padre (Garza, 1996).

A este respecto, el papel de la realidad externa sería justamente el de prohibir e imponer normas, obligando así a la fantasía a surgir bajo el disimulo y hablarse si no con titubeos. En la niñez y en la vida adulta fantaseamos

incluso más de lo que podemos, o nos permitimos, expresar con palabras, (Águila, 1972). Por su parte, Žižek (1999) afirma que además de la pintura o la escultura, la narrativa es un testigo claro de lo que ha quedado reprimido.

Debemos dejar claro que las fantasías inconscientes no se pueden observar como tales, se pueden inferir o analizar a raíz de la narrativa de la persona, y al hacerlo encontrar emociones o actitudes que el sujeto ignora; no obstante, nunca las emana como fantasías en sí mismas, ni el niño, ni aun el adulto las pueden referir directamente, motivo por el cual se vuelven difíciles de hallar (Isaacs, 1971).

Sintetizando, las fantasías son primitivas formaciones psíquicas inherentes a cualquier persona, esto es, podemos hallar fantasías desde el comienzo de la vida del niño, por ende, corresponden entonces a la relación del niño con sus objetos, por lo que forman parte del psiquismo a cualquier edad e influyen en el desarrollo de mecanismos del Yo; de hecho, de manera puntual, *“La fantasía es el vínculo entre el impulso del Ello y el mecanismo del Yo...”*; es decir, las fantasías sirvieron también para el desarrollo temprano del Yo y su relación con la realidad (Águila, 1972).

En *Introducción a la obra de Melanie Klein*, Hanna Segal (1996) afirma que crear fantasías le corresponde al Yo, cuya instancia desde el nacimiento es capaz de establecer relaciones objetales en la fantasía y la realidad; visto así, la personalidad estará determinada en buena parte por las fantasías del Yo sobre sí mismo y de los objetos que contiene.

Segal (2001) lo explica de manera sencilla, para ella la ganancia de las fantasías es que nos permiten dotar de contenidos emocionales a recuerdos

de otras situaciones y trasladarlos así en algo distinto, embellecerlos la mayoría de las veces; sucede que las fantasías se modifican a lo largo de la vida, y las nuevas invenciones se derivan de las fantasías básicas o primitivas, es decir, no se pierde la conexión.

Dicho esto, las fantasías de las que habla Freud estarán también al servicio de la resistencia que puede impedir el acceso a los recuerdos, sobre todo a aquellos que hayan ocasionado un conflicto (Garza, 1996).

Cada sujeto que fantasea encontrará su contraparte en la realidad, de hecho, el hombre está educado para obedecer a la realidad, y para diferenciarla del mundo fantaseado se deberán traducir las situaciones imaginadas en elementos palpables y visibles; hacer esto puede llegar a ser complicado por diversas razones, tales como que en el inconsciente no existe alguna señal de realidad, no obstante, el escenario imaginario se inserta en el cuerpo como algo real, ya sea un poeta, un niño o cualquier adulto, se toman muy en serio su mundo en el que fantasean. Incluso para Freud (1916b) es justamente el menosprecio por la realidad el que nos hace descuidar entre ésta y la fantasía; y es que en la fantasía, el hombre goza pues de libertad, libertad a la que había renunciado movido por la realidad, y al fantasear es ahora un animal en busca de placer que luego retomará nuevamente lo racional, perdiendo así su libertad.

No obstante, fantasía y realidad no son opuestos, sino que se unen en algún punto, y es que la realidad, al interactuar con la fantasía va alterando justamente el carácter de fantasioso, de esta manera se incorporan a la

fantasía huellas mnémicas de dicha realidad; es decir, la fantasías pueden modificarse al estar en contacto con la realidad (Segal, 1989).

Es claro que sería difícil renunciar al placer, pues eso implicaría también dejar nuestros objetos de deseo y metas sexuales, por tanto, dentro del alma el placer debe tener cabida en algún sitio, ajeno a la prueba de realidad, donde pueda crecer y pulular todo lo que quiera, sabiendo que el placer poco dependerá de la aprobación o no de la realidad; por tanto, las fantasías parecen de común acuerdo como el lugar en que el desposeído espera hallar consuelo y alivio, dando rienda suelta a sus deseos sin que sean detenidos por algo más fuerte como lo sería la realidad o una evaluación de su Superyó (Freud, 1916b). Para aclararlo, analógicamente, la fantasía podría ser una reserva natural en la que el hombre no ha llegado a invadir y cambiar, un sitio virgen al que la realidad objetiva no ha venido a censurar; y entre más llame la realidad a la templanza, con mayor fuerza se invertirán estos deseos.

Entendamos pues, entre otros recuerdos reprimidos las fantasías no sólo encubren la sexualidad infantil, sino que particularmente dan cuenta de lo relacionado al complejo de Edipo (Rosales, 2005). Visto así, la ganancia que nos ofrece la fantasía es la satisfacción de necesidades instintivas que no podemos realizar en el mundo exterior, es decir, se trata de un elemento reparador que evita la escena traumática previa (Águila, 1972). Y es que caemos en la fantasía de creer que si hacemos caso omiso de algo y nos concentramos en algo diferente, eso que nos produce ansiedad puede entonces desaparecer, reemplazando así esas ideas desagradables por otras que sí nos satisfagan, de esta manera, los pensamientos no deseados son separados del contacto con la realidad; de manera puntual, la elaboración de

fantasías, admitámoslo, nos crea ilusiones respecto al mundo real y esto nos hace más cómoda la vida social, de ahí que en ningún momento de la vida dejemos de fantasear (Segal, 2001).

Hablemos ahora del contenido energético de las fantasías, éstas se alimentan de los objetos y contenidos de la libido que se siguen representando con cierta intensidad. Incluso, la investidura energética de las fantasías se eleva tanto que hace un esfuerzo hacia su realización, lo cual trae como consecuencia un conflicto entre éstas y el Yo que se empeña en someterlas a represión (Freud, 1916b); o en caso contrario, si la libido y el deseo no sobrepasan los niveles aceptables de energía, pueden pasar inadvertidos y ya no ser sometidos a represión (Rosales, 2005).

Agrego entonces que su origen puede no siempre ser inconsciente, sino provenir unas veces de lo consciente y luego pasar a la instancia psíquica inconsciente a raíz de una represión exitosa; de esta manera, hay una relación que une la conciencia con el psiquismo inconsciente de la fantasía. Tal como podemos ver, el origen de las fantasías puede en cierto momento alterar la estabilidad del organismo, deambulando en el psiquismo desde lo consciente hasta lo inconsciente (Rosales, 2005).

Vale señalar que el deseo ha sido ligado siempre a la prohibición o la culpa, y sus fuerzas represoras son el pudor y la moralidad; por tanto, parecen inconfesables ya sea porque avergüenzan o porque se reconocen como no permitidas, se tornan prohibidas debido a que buena parte de ellas deben su origen a lo sexual, esto hace que desaparezca el interés en exteriorizarlas. Podemos decir entonces que el pensamiento está escindido, es ajeno a la

prueba de realidad pero sometido al principio del placer, lo que Laplanche & Pontalis (1986) llamaron "*creación de fantasías*". Esto es, las fantasías responden al principio del placer-dolor, cuando éste va ganando preponderancia, las fantasías son entonces omnipotentes, por lo que puede resultar complicado notar una diferencia entre la fantasía y la realidad objetiva (Segal, 1989).

Como ya lo mencioné, los deseos se han relacionado inevitablemente a lo sexual, de ahí que este aspecto tenga también un carácter prohibido y oculto, lo sexual es de por sí algo indecoroso de lo que no debemos hablar, por lo que, debido a la relación estrecha, un parto tiene que ser algo indecoroso también (Freud, 1916a). La fantasía por su parte, depende de la historia amorosa de la persona que ha destinado a represión tal o cual elemento, por ejemplo el complejo de Edipo (Freud, 1919). Y es que vale decirlo, es fácil sustituir en la fantasía a una persona con otra que creemos comparte características (Segal, 2001), o que simboliza para nosotros a alguien más "aceptable", si tenemos que llamarlo de un modo.

La fantasía debe permanecer implícita, es decir, debe mantener cierta distancia respecto al simbolismo explícito del que hace alusión (Žižek, 1999); de esta manera, las fantasías pueden corresponder a deseos ambiciosos o a deseos eróticos. Si bien son de orden universal, aquellos deseos que se pretende satisfacer difieren, ya sea que se trate de un hombre o de una mujer; así, para el caso de ellas, predominan los deseos de índole erótico, pues giran en torno al querer-alcanzar amoroso, en tanto que para los hombres, además de estos deseos, se suman los egoístas y de ambición, ocultando así el verdadero deseo que encubren (Freud, 1908).

Ahora bien, pudiera parecerme incierto cómo es que tal o cual cosa pasa a representarse a la fantasía y no en la realidad, para esto debemos recordar que la formación de una fantasía corresponde siempre al cumplimiento de un deseo, o de operaciones defensivas de las que evidentemente el sujeto no se da cuenta; lo que es más, fantasía y deseo han sido siempre términos inseparables, y como ya lo vimos, lo mismo se aplica para fantasía y sexualidad (Laplanche & Pontalis, 1986). Los elementos con los que las personas formamos fantasías son tanto elementos percibidos como aspectos de la historia familiar, pero siempre manteniendo sus raíces en la realidad (Garza, 1996).

Esto es, el mundo de la fantasía aparece como resultado de dar respuesta a estímulos externos aunado a la presencia en escena de pulsiones instintivas primarias; y aun cuando las fantasías fuesen contrarias, tienen la posibilidad de aparecer al mismo tiempo en la mente del sujeto (Isaacs, 1972).

Dicho esto, cualquier cosa que no satisfaga un deseo en la realidad pero sí lo haga en la fantasía, será elemento ya de este mundo creado por el sujeto. Segal (1989) agrega diciendo que la fantasía tiene como fin satisfacer un anhelo instintivo que no ha recibido satisfacción en la realidad, por lo que recurrimos a la fantasía como defensa a situaciones que pudieron causarnos estrés, por ende, en edad adulta será más conveniente recurrir a defensas de este tipo, pues la vida psíquica puede volverse más complicada. Dice Garza (1996) que entonces podemos entender las defensas que Freud encontraba en sus pacientes como una oposición al recuerdo de lo reprimido, defensa justamente hacia el reconocimiento del deseo que la fantasía expresa. Así, los

opuestos mundos interno y externo existen juntos en algún punto de la fantasía, aun cuando parecieran contradictorios (Águila, 1972).

Freud argumenta también que el origen de las fantasías se debe en parte a los sistemas auditivo y visual, pues son estos quienes ayudarán a construir un recuerdo que tiempo después emergerá en el individuo (citado en Rosales, 2005).

La prevalencia de las fantasías es inconsciente justamente porque ahí no impera el principio de realidad, que en algún momento se unirá al principio del placer; sin embargo, la fantasía requiere también de la realidad como evidencia al hecho sobre el cual se formaron. Nos preguntamos entonces, ¿si las fantasías son universales, cuál es la necesidad o la motivación para formar fantasías?, a lo cual Freud (1916b) responde *“No cabe duda de que su fuente está en las pulsiones...”*

Al respecto, para Águila (1972), el fantasear se convierte en una defensa contra la angustia, es decir, estamos hablando de un método para inhibir y controlar las pulsiones instintivas; por su parte, los instintos libidinosos y destructivos deben ser considerados como el origen más primitivo de las fantasías. Resulta obvio entonces que la fantasía no sólo sucumbe a deseos insatisfechos, sino que además funge como defensa para escapar de la realidad externa, como defensa contra sus propios deseos y es la expresión más pura de los instintos, por ende, sus funciones son múltiples, pero también complicadas (Segal, 1996).

Circunstancias de la vida como una nueva etapa son proclives a desencadenar cierto tipo de fantasías, son escenas que cambiaron la vida del

sujeto o fueron detonantes en ésta, tal es el caso del embarazo. Veamos qué es lo que sucede, ciertas experiencias han dejado huella en la vida de la persona, por lo que ahora se revivirán fantasías a merced de dichas vivencias, esto a raíz de activarse los impulsos que las crearon tiempo atrás. Como dice Isaacs (1971), en la fantasía se representan los sentimientos, las defensas, los deseos, temores, impulsos, etc. que dominan la mente en el momento justo en que emerge esta descarga inconsciente.

Lemoine-Luccioni (2001) cree que es justamente el embarazo un momento en que aumentan las fantasías, y que se le puede comparar con una cura de sueño despierto donde finalmente emergerá lo olvidado-reprimido.

Águila (1972) asegura que las fantasías surgen como respuesta a estímulos externos, resultado de la interacción de las pulsiones del hombre. Ante esto, ¿quiénes son propensos o quiénes son los que buscan la satisfacción a través de las fantasías? Para responder, primero debemos aclarar que como hombres estamos divididos en dos grupos, unos que esperan hallar la satisfacción sexual en la realidad, y para quienes no hace falta sustituir ningún objeto y así fantasear; y otro grupo que se contenta sólo con imaginárselo, ellos son los clientes frecuentes de la fantasía (Freud, 1916a).

En cuanto a las características de la fantasía, Freud (1908) apunta que cumplen siempre tres tiempos, esto es, una impresión actual que logre despertar los deseos de la persona, una vivencia pasada (la sexualidad en la etapa infantil la mayoría de las veces), y una situación a futuro que se cumplirá con ese deseo. Por ende, las fantasías están asociadas siempre a la

experiencia infantil del placer o el dolor, de la felicidad o la culpa. Y no sólo eso, las fantasías sirven también a otros fines como la negación, el reaseguramiento, un control omnipotente, mecanismos de reparación, etc. (Águila, 1972). Citando a Freud, sus postulados referentes a la satisfacción alucinatoria del deseo, la introyección y la proyección son la base del surgimiento de las fantasías (citado en Águila, 1972). Hablando de la proyección, Julia Segal (2001) señala que es común depositar en otra persona aquellos sentimientos o deseos que nos parecen intolerables en nosotros mismos, de ahí que este mecanismo de defensa tenga éxito en la fantasía

En síntesis, el deseo aprovecha una intensa situación actual para satisfacerse a futuro en aras de un modelo pasado. Las vivencias entonces vuelven a llamar a las fantasías si es que se habían adormecido, o las refuerzan si es que siguen presentes, con esto quiero decir que pueden tomar diversos caminos, durar toda la vida, caer presas de la represión, ser sustituidas por formación reactiva o ser trasmudadas por una sublimación; dicho esto, las fantasías cambian a lo largo de la historia, sea por vínculo con la persona fantaseada, sea con el contenido o sea con su significado (Freud, 1919).

Otro elemento fundamental de las fantasías es la presencia en escena del sujeto, y es que es él quien figura como protagonista, aun cuando esté acompañado de otros personajes; sin embargo para Žižek (1999), aunque el sujeto aparece en sus propias fantasías, no siempre se identifica consigo mismo. Así también, en la fantasía la persona deposita lo que siente que incorpora dentro de sí, o lo que coloca fuera de ella misma (Segal, 1996).

Debido a que sería riesgoso tomar a las fantasías como realidades, la solución es admitirlas como “*realidad psíquica*” (Laplanche & Pontalis, 1986), una realidad de nuestros pensamientos y nuestro mundo personal, dotada de consistencia, organización y eficacia. Ambos autores aceptan la existencia de tres tipos de realidades: la realidad material, la de los pensamientos o de lo psicológico, y la realidad del deseo inconsciente y su expresión más directa, *las fantasías*.

Para resumir, las fantasías se construyen a partir de realidades presenciadas, directa o indirectamente, que posteriormente adquirirán otro valor según lo vivido por el sujeto, uniendo así, inconscientemente, el pasado y lo vivido en el momento en que emergieron. El común denominador de toda fantasía es, por lo tanto, su carácter mixto, una relación entre lo estructural y lo imaginario. Puntualizando, las fantasías oscilan entre objetos buenos y malos, que se han modificado de su forma real y ahora transmudado al mundo que existe sólo para la persona en busca de hallar satisfacción.

### **2.1 Fantasías originales.**

Las fantasías figuran como piedra angular en el psicoanálisis, tan es así que Freud (citado en Laplanche & Pontalis, 1986) introdujo el término *fantasías originales* para referirse a las fantasías inconscientes que el análisis puede descubrir en todas las personas bajo una temática primordialmente edípica. Para Freud, hay fantasías “típicas” en las que los relatos de todos convergen, que coinciden hasta en los menores detalles, cuya única explicación que encontró fue el decir que responden a una base filogenética, fantasías de las que incluso pudiésemos hacer un equivalente con el instinto en los animales.

Esto es, a decir de él, las fantasías de las que hoy somos testigos, fueron realidad en los orígenes del ser humano, más específicamente, lo que fue realidad material para ellos, hoy viene a ser realidad psíquica para otros; no obstante, no deja de ser la fantasía de unos.

Con base en lo anterior y de acuerdo a Laplanche & Pontalis (citado en Diccionario de psicoanálisis, s.f.), las fantasías formadas en el inconsciente de un adulto son también, por su frecuencia y su origen, una pertenencia colectiva, por lo tanto, poseen una doble pertenencia, individual y grupal. Esto da la sensación de pertenencia a un vínculo, promoviendo la ilusión de unidad sin límites y completud, de cerrar la brecha con el otro, un ejemplo claro sería la unión grupal o el enamoramiento.

Freud pensó entonces que las fantasías inconscientes son fantasías transmitidas hereditariamente o recuerdos prehistóricos que funcionan como patrimonio a la humanidad; por ende, la fantasía no es una creación personal del sujeto, sino algo que lo trasciende (citado en Garza, 1996).

Retomando, el origen filogenético de las fantasías que describió Freud lo podemos equiparar con los mitos y creencias que así también se transmiten mediante generaciones. Tanto estas fantasías como los mitos pretenden dar una representación y una “solución” a los enigmas, dramatizan lo que para el sujeto supone una realidad que exige explicarse (Laplanche & Pontalis, 1986). Dicho esto, de entre los tipos de fantasías, aquellas de la escena primaria intentan responder al origen del sujeto, las de seducción al surgimiento de su sexualidad, y las de castración, a la diferencia entre los sexos y su defensa contra la revelación de la castración; en ésta última, para las mujeres supone

sentimientos de culpa por intentar ocupar el lugar de su propia madre, y se vive como si alguien (su madre) intentara arrebatarse al hijo soñado, o bien, que su embarazo suponga la pérdida de la propia madre debido a la fantasía cumplida de arrebatarse al hijo deseado y ver a su madre destruida (Diccionario de psicoanálisis, s.f.).

Si bien, Isaacs toma en cuenta el trabajo y la definición de Freud, para ella las fantasías originarias son aquellas que representan al instinto, así, un instinto se expresa y representa en el aparato psíquico por la fantasía que lo satisfaga a merced de un objeto apropiado para esa satisfacción (citado en Segal, 1989).

## **2.2 Las fantasías y su relación con los sueños.**

A diferencia del mundo inconsciente, el mundo consciente creado por el sujeto y las vicisitudes que giran en torno a él Freud (1908) lo llamó: *sueños diurnos*, y agrega diciendo que todos los seres humanos formamos fantasías al menos en algún momento de nuestras vidas, dependiendo de las circunstancias y los deseos que con la fantasía se quieran cumplir, además, se van modificando según las variaciones de la vida llegando a integrarse cuando salen a la luz. Freud cree que durante el día se fabrican esos sueños, de ahí “diurnos”, y que permanecen en el psiquismo para cuando sea conveniente usarlos, pero se hacen presentes durante el dormir (citado en Rosales, 2005). En tanto que el sueño permanece en el inconsciente y es el cumplimiento de una fantasía, también de origen inconsciente, de deseo (Freud, 1916b).

El mundo de las fantasías presenta las mismas modificaciones que las que hace un sueño (Águila, 1972), salvo que en cuanto a los sueños diurnos,

hacen alusión a creaciones meramente conscientes, no así las fantasías inconscientes, de las cuales nos ocupamos en este escrito. En tanto que para Laplanche & Pontalis (1986) el sueño diurno es un juego de imágenes de la vivencia individual, pero también lo es la fantasía original; estos autores explican la gran diferencia, para ellos la fantasía inconsciente sería producto del material reprimido, y la fantasía consciente pertenecería al sueño diurno.

Ahora, tomemos en cuenta la idea de que los sueños corresponden también a deseos de los que se nos ha dicho que debemos avergonzarnos, sentir culpa y ocultar, de ahí la necesidad de haberlos reprimido y sólo darles cabida durante la noche; no obstante, el deseo se manifiesta más claramente en la fantasía que en el sueño. Para hacerlo más claro, la formación de los sueños nocturnos corresponde a fantasías diurnas, desfiguradas y malentendidas por la conciencia (Freud, 1908).

### **2.3 Lo patológico.**

Veamos ahora el grado máximo de dichas fantasías, y es que éstas pueden volverse patógenas, que se expresarán entonces como síntomas, esto surge debido a que la libido no ha hallado descarga. Para Hanna Segal (1996) lo que le confiere el tinte patológico a las fantasías es su naturaleza y la relación que tengan con la realidad, es decir, si están apartadas completamente del mundo real el sujeto estará en un mundo imaginado a merced sólo de sus deseos.

Si bien las fantasías son inconfesables, de acuerdo con Freud (1908) aquellos que por necesidad expresan sus fantasías, hemos tenido en llamarlos *neuróticos*, para quienes la realidad psíquica es más decisiva que la realidad material. Años después Freud dirá que los síntomas neuróticos no vienen

dados directamente de las vivencias reales, sino que corresponden a fantasías de deseo que tienen entre sus contenidos una situación sexual (Garza, 1996).

Las fantasías expresadas sin palabras son la viva prueba del grado patológico, se trata de los *síntomas de conversión histéricos*, en los que los síntomas neuróticos surgen a raíz de que el enfermo usa las sensaciones, las posturas, los gestos, entre otros, para expresar sus fantasías; por lo tanto, cada detalle del síntoma será entonces una fantasía (Isaacs, 1971).

Esta misma autora, Susan Isaacs (1971), argumenta que la fantasía está en plena actividad tanto en la vida normal como en la patológica; la diferencia radica en aspectos como la manera en que se tratan las fantasías inconscientes, cómo son elaboradas, el grado de gratificación directa o indirecta en el mundo real y la adaptación que se tenga a ésta.

Los síntomas pueden ser la figuración de vivencias que realmente se tuvieron y que causaron una fijación de la libido, o bien sólo una figuración de fantasías que el enfermo ha reprimido. A manera de ejemplo, un niño que presenció el acto sexual lo vivirá como un sometimiento, como una violencia, esto es el malentendido sádico del coito; ahora que si el acto fue ejecutado desde atrás, fantaseará con la observación del comercio sexual entre animales, y su motivo es el insatisfecho placer de ver; el caso más extremo lo constituye la fantasía de creer haber observado a los padres tener sexo cuando todavía se estaba en el seno materno (Freud, 1916b).

Por otro lado, existen rasgos patológicos que van más allá de la simple observación, por esto me refiero a cuando la pareja tiene encuentros sexuales

esperando o deseando como fin mismo que alguien más los mire, por ejemplo los hijos (Videla, 1997).

Los síntomas histéricos tienen como base a las fantasías, las cuales se corresponden con la satisfacción que los perversos llevan a cabo, pero con conciencia; también aquí se suman las formaciones delirantes de los paranoicos (Freud, 1908). De acuerdo a Laplanche & Pontalis (1986), las fantasías de tipo histérico mantienen estrechas relaciones con los síntomas neuróticos, tienen como causa común lo que denominamos sueños diurnos, esto es que la misma fantasía consciente, al ser reprimida, se vuelve desde ya patógena. Al respecto, Águila (1972), agrega que cada detalle que conforma los síntomas tiene un significado particular y expresa una fantasía específica.

Laplanche & Pontalis (1986) incluso se aventuran a decir que cuando se trata de un fantaseo patológico el siguiente componente será el síntoma, es decir, el curso inicia con una constitución sexual, luego aparece la fantasía, y finalmente el síntoma. Queda claro el componente meramente sexual de lo imaginado, y el indudable camino patológico que podría seguir. Para estos autores, la fantasía es el contenido latente oculto tras todo síntoma que debe ser sacado a la luz.

## CAPÍTULO 3. FANTASÍAS DURANTE EL EMBARAZO

### **3.1 Sexualidad en el período gestacional.**

Antes de tocar el tema de la sexualidad y lo sexual, y dado que el término se maneja indistintamente, considero necesario aclarar a qué hace referencia lo sexual, y es que para Von Sydow (1999) la variabilidad en cuanto a los resultados puede estar movida por problemas de términos justamente. Dicho esto, sexual es todo cuanto del cuerpo se ocupa con la intención de ganar placer, sobre todo de las partes sexuales del otro sexo; es inevitable que apunte entonces a la unión de los genitales y la ejecución del acto sexual, siendo la reproducción el núcleo mismo de la sexualidad (Freud, 1916a). Por su parte, para Vera-Gamboa, Riestra-Cañedo & Joil-Santos (2000), hablar de sexualidad no es algo fácil, pues al hacerlo se debe abordar a la persona de manera integral, con sus actitudes, condiciones sociales, vivencias e interrelaciones personales, y no sólo en lo referente a un encuentro coital.

El problema se agrava al tratarse de mujeres, y es que la vida sexual se puede estudiar fácilmente en el hombre, sin embargo, pareciera que no así en la mujer, cuya vida erótica aún adolece de ser asequible a la investigación y se muestra incluso reprimida; lo cual priva a la mujer de verse desarrollada como un ser integral, con todas las esferas que la conforman (Corrales & Villaseñor, 1990). Esto en parte debido a la cultura, y en parte correspondiente a la misma mujer que responde con silencios o argumentos faltos de sinceridad, dejando su vida sexual en una impermeable oscuridad. Hay normas y patrones diferenciados para hombres y mujeres, y parece que ellas resultan con desventaja, dice Bautista, (2000).

Sucede que a las mujeres les cuesta hablar y aceptar sin tapujos su condición de seres sexuales, no quieren llamar al pan, pan, y al vino, vino, comenta Lemoine-Luccioni (2001). Así también, da la impresión que a cualquier persona le resulta difícil hablar de la sexualidad de sus padres, aun cuando ser hijo es la prueba viva de ello, sin embargo, mantenemos la idea de una madre “pura” relacionada a tabúes de incesto, y llegamos incluso a decir que en la madre el deseo sexual está prohibido (Bing & Colman, 1990). Actualmente se conoce poco acerca de las relaciones sexuales durante el embarazo; socialmente, existen una serie de creencias e indicaciones hacia éstas que no se basan en observaciones empíricas sólidas o bien fundamentadas, creando así cierto temor en las parejas hacia las relaciones sexuales durante este período.

En lo que a Von Sydow (1999) concierne, es que hoy en día hay deficiencias en cuanto a la investigación en sexualidad, si seguimos tratándola como un tabú, los avances en investigación se complicarán aún más; y es que se ha inclinado hacia un reduccionismo conceptual en el que sexualidad es sinónimo de relaciones sexuales, negando así las relaciones no sexuales que puede haber entre la pareja mientras están esperando un hijo. El Doctor Bautista (2000) opina que hay una carencia de datos objetivos sobre cómo las parejas satisfacen sus necesidades sexuales durante el embarazo, lo que conduce a que algunas lo vivan como un período de tensión.

La sexualidad durante el embarazo ha sido motivo de tabúes y tocada siempre con disimulo y recato, tan en secreto la han querido mantener que no goza de suficiente investigación. Lastimosamente, el tema padece de ocultamiento y represión en un proceso tan importante como lo es la

sexualidad, incluso durante un embarazo (Videla, 1997). Esto es, no se la ha dado la importancia merecida al comportamiento sexual de la pareja mientras está esperando un bebé (Bautista, 2000). Dice Perkins que el comportamiento sexual se ha desarrollado para fines más allá de la reproducción, otorgándole un cúmulo de regocijo y placer, si es así, ¿por qué habríamos de abstenernos de dicho placer durante la gestación? (citado en Corrales & Villaseñor, 1990).

De acuerdo con Aliño (1983), el tema se presenta parecido a un misterio, llegando incluso a calificarlo como algo monstruoso y amoral, llevándolo al extremo de poner como opuestos la maternidad y el erotismo; anteriormente, no había cabida para la idea de ser madre y amante al mismo tiempo, aunque hoy todavía falta hacer cambios al respecto debemos recordar que una madre es una mujer, y una mujer puede ser madre. Ya lo dijo Schmukler (1989), (citado en Marcús, 2006) la otra cara de la maternidad le confiere a la mujer el rol de soporte afectivo y doméstico, quizás perdiendo con ello su imagen de seductora.

La mujer responde a sus deseos eróticos, aunque muchas veces no se dé cuenta de ello, o no quiera hacerlo debido a la presión social que recae sobre ella; la mayoría de las mujeres tiende a subestimar su deseo o excitación sexual, y es que si bien estamos predispuestos hacia el deseo, muchas veces tendemos a ocultarlo. Para Von Sydow (1999) los sueños con índole sexual son un indicador de su interés por estas prácticas; en un estudio realizado por Passini, 17% de un grupo de mujeres suizas reportaron que tuvieron mayores sueños con contenido erótico durante su embarazo (citado en Von Sydow, 1999).

Debemos entonces dejar claro que las mujeres embarazadas también son sexuales, por lo que quizás tendríamos que reformular el concepto de normalidad sexual durante el embarazo, pues en el día a día aún dista de generalización (Leite, et. al., 2009).

Parece que embarazo y sexualidad no se deben tratar en conjunto, todavía hoy la gente está confundida y lo común es una falta de conocimiento, así como una reticencia a hablar de ello (Bing & Colman, 1990). Esto deja a la mujer con más desinformación de la que ya podía tener respecto a su situación actual, el embarazo.

Lo que sí es un hecho es que su sexualidad sufre de vaivenes durante el período de gestación, y aún después de haber ocurrido el parto oscila entre aumentos y disminuciones, lo que hace más difícil el entendimiento de esta etapa es que las diferencias surgen también a nivel individual (González & Miyar, 2001). Ante esto, Von Sydow (1999) aclara que es muy remarcable la variabilidad individual, ya sea respecto al orgasmo, la misma actividad sexual o el goce.

Muchas de estas falsas creencias tienen sus bases en las raíces de la especie, y hoy por hoy no son sino especulaciones y prejuicios que sólo marcan lo que se debe hacer y lo que no; de hecho, Margaret Mead (citado en Langer, 1988), observó a distintos grupos culturales y encontró que mujeres en cuya familia se les educa sin temor a su sexualidad y que oyen hablar a sus madres de un parto sin temor, efectivamente sufren menos que aquellas rodeadas de un ambiente con prejuicios y temores a la sexualidad y al maternaje. Águila (1972) concuerda con esta postura y argumenta que en

aquellas culturas donde se consideran a las náuseas y el parto con dolor como un acompañante inevitable del embarazo, la mayoría de esas mujeres sufrirá efectivamente de náuseas y tendrán partos difíciles. Dice H. Deutsch (1977) que aquellas jóvenes que sufren estados de ansiedad y en exceso los síntomas de su embarazo dan muestras de su propia excitación sexual que no pueden comprender.

Esto es, en sociedades que no rodean de peligro y tabú al embarazo, éste suele transcurrir con facilidad y sin mayores incidentes; al respecto, Margaret Mead, descubrió que en los *Arapesh de Samoa* (pueblo del archipiélago polinesio) cuando la mujer está embarazada, el marido está obligado a tener actividad sexual, pues creen que el semen alimenta y hace crecer al feto (citado en Águila, 1972). En tanto que los indios *crows*, al norte de América, no permitían a las parejas tener relaciones a partir de la percepción de los movimientos fetales (Sebastiani, 1994); esto por citar algunos ejemplos acerca de determinadas creencias sobre la sexualidad durante el embarazo.

Dicho esto, parece obvio que las relaciones sexuales durante el embarazo se ven influenciadas por factores de distinta índole, ya sean biomédicos, como fatiga, miedo de dañar al feto, dolor de espalda, poca atracción física de la mujer, dispareunia, por la cultura propiamente dicha, y es que la cultura, es cierto, rige nuestra sexualidad; o por factores psicológicos como depresión, historia sexual previa al embarazo, actitud negativa o ambivalente respecto a la gestación, etc. (Brtnicka, Weiss & Zverina, 2009).

El que la sexualidad de una embarazada haya sufrido estos desaciertos es también responsabilidad de la misma mujer y su pareja durante este período, y es que para algunas parejas los nueve meses de gestación, así como el puerperio, suponen una limitación al goce de su sexualidad, la razón que la mayoría de las veces lo justifica es el temor a alguna infección (ya sea del hombre hacia el feto, o en relación inversa) o el poder dañar al bebé (Álvarez-Gayou, 1996).

Vale mencionar el temor del que son presa los hombres cuando su pareja está esperando un bebé, y es que el embarazo también es del hombre, por eso teme dañarlo, por lo que modifica el trato sexual hacia su pareja (Mendoza, 1965).

Esto es, así como ellas fantasean, sus parejas llegan también a conferirle al hijo el poder de lastimarlos, o más específicamente, la fantasía de que el pene puede dañar al feto, lo cual es en realidad la fantasía de que es el bebé quien pueda dañar al pene, lo dañino es por ende lo referido al feto (Mendoza, 1965).

En un estudio realizado por Sapién & Córdoba (2011b), se entrevistó a especialistas en este tema, de los cuales una gineco-obstetra ironizó al respecto diciendo que *“...por el tamaño del pene creen que pueden picarle un ojo al feto.”*

En cierto modo, la falta de información provoca temor en las parejas hacia las relaciones sexuales durante este período. Por lo que es menester aclarar que querer saber o informarse respecto a sus deseos o ansiedades no se considera patológico, al contrario, puede suponer una reducción de las

ansiedades y un entendimiento de lo que en ellas está sucediendo (Bing & Colman, 1990).

Antes de continuar, es necesario aclarar que la mujer embarazada no está enferma o incapacitada, por lo que, a excepción de una clara restricción médica, no hay algo que deba frenar completamente el seguimiento de su vida sexual, sin embargo, los cambios culturales han puesto restricciones a la maternidad; lo que es más, hay quienes no responden al material erótico aunque lo presencien y deseen. Sapién y Córdoba (2011b) resumen esto de manera puntual, aclarando lo que debiera ser la sexualidad de las mujeres embarazadas, estos autores atinan a decir que se espera que las embarazadas sigan siendo objetos de deseo, que den placer y eventualmente lo tengan.

Para el día de hoy aún hay huecos de información correspondientes a la manera en cómo la pareja que espera un hijo solventa su sexualidad, peor aún, acerca de cuáles son las razones por las que le dan o no cabida a sus deseos, ya bien lo dijo Aliño (1983) *“El erotismo en el embarazo no se ha estudiado lo suficiente...”* y continúa diciendo *“...cada pareja vivirá su erotismo de acuerdo con la personalidad de sus miembros y con el significado que tenga el hijo que esperan”*. Tan poco clara se tiene la sexualidad de una mujer embarazada que no hay un período aceptable por profesionistas presentes en la concepción (médicos, ginecólogos, sexólogos...) respecto a si pueden o no practicar el coito, ya sea antes del parto o una vez pasado éste; muchas veces los médicos tan sólo las prohíben sin explicar realmente por qué. De hecho, la abstinencia durante este período no es un consenso ni hay una

recomendación concreta en los libros de texto de obstetricia que lo indique (Brtnika, Weiss & Zverina, 2009).

Debido a los grandes huecos y vacíos de información respecto a la vida sexual durante el embarazo, especialistas en salud convergen en la importancia de educar a mujeres en estado de gestación con relación a su vida sexual, por ejemplo, las diferencias que deben asumir, el impacto negativo que resultaría tras la interrupción del coito en la pareja, el impacto de las relaciones sexuales en el feto, etc. además se les debe advertir que no se espanten si el bebé se mueve durante el acto sexual (Sapién & Córdoba, 2011b). A este respecto, de acuerdo a Acery en 2000, más de la mitad de las mujeres embarazadas en un estudio evaluaron como insuficiente la información recibida en los centros de salud (citado en Brtnicka, Weiss & Zverina, 2009).

Es claro que el tópico de la sexualidad sólo se ha explorado superficialmente, de hecho, en un estudio reportado hace más de 10 años, 68% de las mujeres no recuerdan haber hablado con su gineco-obstetra acerca de la sexualidad durante su embarazo; esto deja áreas de mayor tabú como lo es el orgasmo, las experiencias eróticas durante la lactancia o los motivos para no tener actividad coital (Von Sydow, 1999).

Respecto a las variaciones individuales, he aquí algunos estudios que se han realizado en cuanto a la sexualidad y su relación con el embarazo. Masters y Johnson en 1966, investigaron a embarazadas y hallaron un descenso de la tensión sexual y la frecuencia del coito principalmente durante el primer trimestre de gestación; en tanto que el segundo trimestre recibió el pico más alto de actividad e interés sexual, para luego caer considerablemente

hacia los últimos tres meses (citado en Aliño, 1983). Los mismos hallazgos fueron reportados por Von Sydow (1999), y Brtnika, Weiss & Zverina (2009), en los que la sexualidad durante el embarazo se redujo en el tercer trimestre, esto en comparación con un trimestre antes en que la intensidad sexual estaba en aumento (citados en Sapién & Córdoba, 2011a). Pasados los 9 meses de gestación, en el posparto la vida sexual de la pareja la mayoría de las veces tiende a regresar y puede o no equipararse a la frecuencia sexual previa al estado de gravidez (Bing & Colman, 1990).

En síntesis, para Von Sydow (1999) el nivel de actividad sexual se reducirá en la medida en que avance el embarazo. Los mismos resultados obtuvieron Khamis, Mustafa, Mohamed & Toson (2007) pues el interés sexual en las mujeres de su estudio declinó según avanzó la gestación, menos de la mitad (37%) reportó el efecto contrario (citado en Brtnika, Weiss & Zverina, 2009). Es decir, si bien para algunas mujeres los 9 meses de gestación suponen un declive lineal en cuanto a su apetito y respuesta sexual, es posible que el efecto contrario también se encuentre en otras tantas embarazadas (Bing & Colman, 1990).

En un estudio realizado por Bautista (2000), preguntando a mujeres mexicanas encontró que la frecuencia del coito declinó en los 3 trimestres de gestación; además de que el número de encuentros por mes fue disminuyendo a medida que avanzaba el embarazo.

Durante el embarazo, la frecuencia del coito puede disminuir poco a poco, pero muchas parejas lo realizan con mayor frecuencia y lo gozan más que antes, debido probablemente a que ya no se preocupan por la posibilidad

de concebir o no; además, en este momento el cuerpo de la mujer puede responder con mayor plenitud a la excitación sexual. Bautista (2000), encontró que las causas para disminuir la frecuencia de actividad sexual estaba el malestar físico, el temor a lesionar al producto y una simple pérdida por el interés.

Esta diferencia podría explicarse debido a la relación entre madre y feto, ya que al inicio aún adolece de un pleno vínculo puesto que la mujer todavía se está aceptando y adaptando a los cambios físicos y psicológicos. Otro estudio con mujeres embarazadas realizado por Passini, en Ginebra, arrojó resultados que muestran un aumento de la sexualidad en mujeres que apenas practicaban el coito antes del embarazo, mientras que en quienes la vivían plenamente no hubo una diferencia significativa (citado en Aliño, 1983).

Molina en 2011 realizó un estudio en que relacionó la inteligencia sexual con la inteligencia emocional, específicamente durante el embarazo, y halló que la inteligencia sexual estaba directamente relacionada con el número de hijos; así, las mujeres que cursaban su tercer o cuarto embarazo disfrutaban y expresaban de mejor manera sus gustos y necesidades sexuales hacia su pareja que aquellas primigestas.

Dicho lo anterior, no es de sorprendernos el hecho de que mujeres quienes se encuentran mejor adaptadas sexualmente, esto es que acepten su cuerpo y su sexualidad, de mejor manera experimentarán su embarazo y la llegada de su bebé, ya que no necesitarán ayuda extra para su nacimiento (Macy & Falkner, 1980). Mejor aún, Odnét (citado en Molina, 2011) afirma que

las disfunciones sexuales tienen una estrecha relación con los partos “difíciles”.

Los indicios de esta idea recaen en la vida infantil de las madres, sobre todo de la relación con sus padres, y es que la mojigatería o represión pueden desalentar la plena sexualidad de las futuras madres. Molina (2011) concluye que durante el embarazo, las variaciones y la sexualidad están determinadas de acuerdo al concepto que se tenga sobre ésta.

En el mismo estudio de Molina (2011), se encontró que la inteligencia sexual se correlaciona negativamente con el nivel de escolaridad, dicho así, las embarazadas que tenían mayor índice de estudios disfrutaban menos su sexualidad, posiblemente debido a que la educación recibida va en función de la biología sexual, prevención de embarazos o ETS, y no tanto en función de los gustos y el pleno disfrute de cada persona.

Queda claro entonces que de los pocos pero variados estudios respecto a la vida sexual de las embarazadas, su metodología sigue particularmente dar respuesta a cuestiones como: ¿la actividad sexual durante el embarazo daña al feto? Es esta una preocupación casi universal, a la cual hemos de considerar que es un factor de riesgo, pero en realidad no lo daña (Von Sydow, 1999).

Los resultados parecerán contradictorios y dependientes de los autores, del método empleado y de lo que se esté investigando, por lo tanto, sería fructífera la implementación de un modelo general para homogeneizar las investigaciones (Corrales & Villaseñor, 1990). Sebastiani (1994) complementa esta postura argumentando que justamente la variabilidad de resultados

muestra lo difícil que es hacer investigación en este campo aun en nuestra sociedad supuestamente moderna y libre de prejuicios.

Con base en lo anterior, a continuación explicaremos cómo transita la vida sexual de las embarazadas durante los 9 meses de gestación. Pero antes debemos aclarar que la sexualidad de la pareja que está esperando un bebé tendrá alegrías y dificultades como cualquier pareja en otro momento de sus vidas, todo dependerá de los individuos y cómo es que viven y vivían su vida íntima (Bing & Colman, 1990). Como dice Perkins, el embarazo influye de manera inevitable en la sexualidad de la pareja (citado en Corrales & Villaseñor, 1990).

### ***3.1.1 Sexualidad en el primer trimestre de gestación.***

La sexualidad de una mujer embarazada sufre diferencias significativas entre cada trimestre de gestación, así, durante el primer trimestre, esto es, desde el inicio del embarazo y hasta el final de la semana 13, hay una disminución de la intensidad sexual, esto puede ser debido a la aparición de los primeros síntomas tales como náuseas, mareos, somnolencia... o debido también al temor de perjudicar al feto (Aliño, 1983; Vera-Gamboa, Riestra-Cañedo & Joil-Santos, 2000; Videla, 1997).

El inicio del embarazo, en relación con la sexualidad de la mujer, supone un desequilibrio ambivalente entre la aceptación o el rechazo al coito; sin embargo, se ha encontrado un descenso mayor en quienes son madres primerizas que en aquellas que ya han tenido otros embarazos; incluso refieren un desempeño menos efectivo durante sus encuentros sexuales, presentan miedo a dañar al bebé, rechazo al marido y una preocupación por el

futuro del hijo y la responsabilidad que les espera (Bing & Colman, 1990; Videla, 1997). En comparación con las madres multíparas, Videla (1997) no halló diferencia en cuanto a su interés sexual, incluso una mínima parte reportó un aumento de su deseo.

A este respecto, ante la idea de un nuevo ser que se desarrolla dentro de ella, la mujer es entonces presa de angustias y fantasías produciendo una desestabilidad psíquica, la cual puede llegar hasta un rechazo pleno de su sexualidad.

Si bien Masters y Johnson (citado en Inesspa, 2011) siguieron a un grupo de embarazadas desde el inicio de la gestación hasta el parto y obtuvieron los mismos hallazgos, es claro que los resultados variarán entre cada mujer, de esta manera, puede haber un número, quizás mínimo, de embarazadas que no experimenten el descenso de su deseo sexual. Por otra parte, en esta etapa se observa un aumento en la lubricación vaginal, en tanto que su capacidad de excitación se mantiene igual en un 70% de las mujeres (Océano, 1996, citado en Vera-Gamboa, Riestra-Cañedo & Joil-Santos, 2000).

### ***3.1.2 Sexualidad en el segundo trimestre de gestación.***

El segundo trimestre, la parte media del período de gestación a partir de la semana 14 y hasta cumplir la 27, es un momento en el que la intensidad y los deseos sexuales cambian drásticamente, y es que ahora hay un considerable aumento del erotismo y la afectividad durante el acto sexual, hay también mayor interés en practicarlo, y de ser así, las experiencias orgásmicas aumentan en calidad y cantidad, sin importar la edad de la mujer o el número de embarazo que se desarrolle (Videla, 1997). La mayoría de las mujeres

manifiesta un aumento del deseo, ya que las primeras molestias han desaparecido, y el temor a perder al bebé ha disminuido (Vera-Gamboa, Riestra-Cañedo & Joil-Santos, 2000). Al respecto, Masters y Johnson, (citado en González & Miyar, 2001) realizaron un estudio con mujeres embarazadas en tres momentos diferentes de la gestación, y encontraron que en el segundo trimestre, el 80% de las participantes sintieron renovar su sexualidad.

En este momento puede aumentar la frecuencia del coito, pero sólo al compararla con el primer trimestre, no así con la frecuencia antes del embarazo (Corrales & Villaseñor, 1990). Asimismo, hay un aumento de las fantasías y los sueños con contenido erótico (Aliño, 1983; Videla, 1997) que se pueden ver menguados por el inicio de los movimientos fetales, que son percibidos al comienzo con sobresaltos y temor, así como con desconcierto ante tanta actividad. Dada la percepción de los movimientos, los padres comienzan a involucrarse más, el embarazo ha sido confirmado, y el parto está a meses de distancia, por lo que la ansiedad en ambos padres puede declinar (Bing & Colman, 1990).

Las características previas y cómo la mujer vivía su sexualidad antes del embarazo influirán en lo que ahora haga con ella, es decir, la mujer reticente a explorar su sexualidad y vivirla en plenitud, podrá no experimentar ningún cambio a lo largo de su gestación, y menos aún ante la llegada de este segundo período; el caso contrario ocurriría con aquellas mujeres que disfrutaron previamente de su sexualidad y pueden entonces notar esta diferencia. Así por ejemplo, estas últimas pueden soñar con hombres y evidentes implicaciones sexuales o, en sentido opuesto, hostilidad y fantasías destructivas.

En síntesis, sea la postura que sea, pareciera cierto, por unanimidad, que el segundo trimestre es el momento más placentero para tener relaciones sexuales, ya que el abdomen aún no es un obstáculo y los temores iniciales han expirado; incluso hay parejas que presencian niveles de excitación nunca antes percibidos (Bing & Colman, 1990).

### ***3.1.3 Sexualidad en el tercer trimestre de gestación.***

Luego de un notable aumento, al tercer trimestre, que corresponde de la semana 28 y hasta el término de la gestación, llega entonces una disminución de la frecuencia de actos sexuales en la mayoría de las embarazadas, sólo un 5% de las mujeres ha reportado notar un aumento en su deseo sexual (Vera-Gamboa, Riestra-Cañedo & Joil-Santos, 2000). Incluso Leite, et. al. (2009) encontraron que este declive significativo ocurre ya sea que se tratara de padres adolescentes o adultos.

La interrupción de encuentros sexuales es movida la mayoría de las veces por el miedo a dañar al bebé (González & Miyar, 2001), ante el temor de suscitar un parto prematuro, por factores somáticos, así como una ansiedad insistente de la mujer por sentirse poco atractiva (Bing & Colman, 1990); ante esto, surge una angustia más o menos absorbente que tiene como tema el futuro parto, miedo a morir en él, a tener un hijo con malformaciones, un futuro incierto, etc. frente a esta ansiedad, la sexualidad no tiene más cabida, y es que pareciera que con la llegada del embarazo, la "idea" de belleza y el placer en la mujer han sufrido una estrepitosa caída (Lemoine-Luccioni, 2001).

Por otro lado, aquellas mujeres que se aventuran a tener relaciones sexuales deben sobrellevar la dificultad con que se puede ejecutar y buscar

nuevas posturas, la posición de el hombre sobre la mujer puede resultar incómoda y casi imposible, por lo que deberán experimentar nuevas experiencias que lo mismo supongan gozo y placer (Bing & Colman, 1990).

González & Miyar (2001) coinciden en que debe existir un proceso de aceptación y adaptación al embarazo, así como a la variación de sus actos sexuales en la medida de sus posibilidades y deseos. En este momento aparecen dificultades como que decaen las contracciones vaginales y la posibilidad de ocurrir espasmos en el tono muscular, lo cual puede dotar al acto de dispareunia (Von Sydow, 1999). Para Leite, et. al. (2009), el tercer trimestre de gestación es caracterizado por cambios significativos en el cuerpo de la mujer, estos cambios quizás sean la razón para el decremento de la libido y la actividad sexual en dicho período. Por ende, afectará la noción que tengan sobre belleza y sobre su propio cuerpo (Bing & Colman, 1990).

No obstante, quienes practican su actividad sexual algunas se pueden inhibir al percibir los movimientos del bebé; y no sólo ellas, sus parejas pueden sentir que invaden un espacio que no les pertenece, o fantasear con que pueden ensuciar al feto (Aliño, 1983). Leite, et. al., (2009) creen que otro factor que contribuye al decremento de la actividad sexual de la mujer es el poco interés de su pareja, pues teme dañarla a ella o al mismo bebé. Dicho esto, algunos hombres experimentan el sentirse desplazados de la relación madre-hijo, “...quizás otra fantasía sea la relación entre madre y bebé, como si éste sustituyera a la figura paterna.” (Sapién & Córdoba, 2011b).

Respecto a estas fantasías incestuosas, Freud en *Tres ensayos para una teoría sexual* dice que la elección de objeto ocurre en la pubertad primero en la

fantasía, momento en que la orientación sexual hacia alguno de los padres decae sin más; por tanto, muchas de las fantasías de seducción responden a la defensa contra el recuerdo de las prácticas masturbatorias de la infancia, o de manera más clara, como una defensa contra el reconocimiento de deseo (Garza, 1996).

Dice Álvarez-Gayou (1996), dado que en este trimestre son percibidos en mayor medida los movimientos del feto, es probable que influyan decisivamente en las fantasías generadas, fantasías por ejemplo que si el feto se mueve mucho después del acto, los padres piensan que es una forma de protesta o que el bebé está molesto e incómodo, aspecto que puede influir en que los padres se sientan culpables.

Durante esos meses son notorios los cambios experimentados en el cuerpo de la mujer, lo que para ella puede suponer fealdad, que trae a colación sentimientos depresivos y fantasías celosas respecto a su marido y a un posible distanciamiento sexual, por lo que muchas perciben claramente una disminución de su libido. A escasos días del parto, y ante la nueva posición del bebé, cabeza abajo, es admisible la sensación de pérdida, y no sólo aumentan las fantasías de vaciamiento, sino también el desconcierto y temor, lo cual es desde ya rival de un posible acto sexual. A manera de conclusión, en este apartado, no podríamos decir que el interés y deseo sexual se han perdido, sino simplemente que han variado su énfasis (Macy & Falkner, 1980).

Como resumen y ejemplo más claro, Gómez & Amilivia (1985) exponen algunos de los comentarios emitidos por mujeres embarazadas, reflejo de distintas fantasías respecto a tener o no relaciones sexuales:

- *“Una amiga mía lo hizo hasta el último día, ¡qué horror!”*
- *“Te sientes torpe, no puedes hacer lo mismo que antes.”*
- *“Yo no creo que una mujer pueda tener ganas de estar con un hombre sólo por las relaciones sexuales.”*
- *“Yo procuro que no me vea mi marido desnuda.”*
- *“Cuando voy a hacer el amor y lo siento a él, pienso, pobrecito, lo voy a apachurrar.”*

### **3.2 Fantasías comunes que presentan las embarazadas.**

Vale recordar que para fantasear se requiere una base real, por tanto, el hecho real que dará pie a la consecución de fantasías y que revivirá la vida infantil de la madre es el bebé como tal. Ese ser que tan es real que pueden percibirse sus movimientos, tan es real que tras nueve meses lo podrán conocer; esta realidad estará siempre ligada a una historia infantil; es decir, el embarazo reviva el acontecer infantil de la madre, lo cual dará como resultado un bagaje fantástico, fantasías inconscientes que se prestan a interpretación.

Pero, por más real que sea el feto, por más que se sientan sus movimientos, el bebé no deja de ser un objeto imaginario que viene a satisfacer un deseo muy antiguo en la mujer (Lemoine-Luccioni, 2001). Ahora bien, para Brazelton y Cramer el embarazo supone una etapa de representaciones y fantasías que los padres elaboran (citado en Armengol, Chamarro & García-Dié, 2007). El cerebro de la mujer cambia durante su embarazo, al menos a nivel emocional, esto deja al descubierto, por ende, que durante el embarazo se modifique también de manera significativa la vivencia

de su sexualidad, de sus emociones y su apego, trasmudadas todas en sus fantasías expresadas (Molina, 2011).

Debemos aclararlo, se trata de comprender los imaginarios que tienen lugar entre las mujeres que inician la maternidad (Marcús, 2006). Si bien con la percepción de los movimientos aumentan las fantasías y ensoñaciones de las futuras madres, la relación de ellas con su bebé no es sólo imaginativa, sino también de importancia sensorial que se traduce como un vivenciar erógeno al percibirlo, que circula entre emociones, percepciones, afectos y representaciones del hijo esperado (Zelaya, 2003).

Como ya se mencionó, son pocas las investigaciones que se han realizado al respecto de este tema, no obstante, Herman y Mónica Lukesch (citados en Aliño, 1983) estudiaron la reacción que tienen las mujeres cuando su bebé se mueve dentro del vientre, así como las actitudes respecto a su sexualidad. Entre sus hallazgos se encuentra una notoria diferencia entre las mujeres que disfrutaban del sexo y aquellas que no, las primeras, con una actitud positiva, viven los movimientos y las patadas de sus bebés como algo agradable y placentero; en tanto que las segundas los perciben como molestos cuando han tenido una mala relación sexual, rechazan incluso la menor caricia de sus parejas, pues refieren incomodidad ante un nuevo ser que se interpone entre ellas y sus bebés.

Algunas de las razones que las mujeres embarazadas refieren como motivo para evitar tener relaciones sexuales durante su período de gestación son por ejemplo el pensar que el feto o su pareja contraerían infecciones, creer que un orgasmo desencadene el parto, incomodidad física, simple pérdida por

el interés sexual o por percibirse menos atractivas para sus parejas, y sentir que traen consigo un “bulto”, un obstáculo, y que con la llegada del bebé pueden perder a su pareja. Ante esto, algunas mujeres hacen bromas como “¿qué es lo que tengo allí, un elefante?” (Macy & Falkner, 1980), u otro tipo de fantasías y expresiones de incomodidad, tales como sentir que, durante el coito, son observadas por su hijo. Esto último es más probable en la recta final del período de gestación, y es que ante la posibilidad de mirar al bebé a través del vientre como si fuese un cristal, lo perciben luego como un tercero entre ambos, lo cual genera también diálogos imaginarios entre madre e hijo.

Este fenómeno lo encontró también Raphael-Leff, y es que con el desarrollo fetal la mujer realiza un intercambio imaginario con el bebé de la fantasía, lo que llamó “*Paradigma de la placenta*”, paradigma que se refiere al doble proceso de nutrir y metabolizar, física y psíquicamente el embarazo (citado en Zelaya, 2003).

Esto nos deja claro que no todo será placentero durante el embarazo, así, la ansiedad de que es presa la embarazada está compuesta, en una parte por sentimientos de culpa debido a la relación tan íntima que está formando con su hijo, y que no admite al padre entre ellos; por otra parte, es ansiedad y culpa porque en este período se reactivan en el inconsciente las fantasías incestuosas y masturbatorias de la propia madre en su etapa infantil (Soifer, 1977). Incluso Videla (1997) sostiene que hay ocasiones en que se le carga al hijo la responsabilidad de que sus padres puedan o no unirse sexualmente, pareciese que esto va más allá y esperan entonces la unión con un tercero: el hijo. Sebastiani (1994) cree que la presencia del feto puede ser vista no sólo como uno más, sino específicamente como un intruso entre la pareja.

En un estudio realizado por Sjögren, et. al. (2004) donde aplicaron cuestionarios para evaluar el apego materno en mujeres en estado de gestación, participaron tanto mujeres que cursaban la 13° semana de embarazo como las que oscilaban en la semana 36. Los resultados muestran que aquellas del grupo de casi concluido su embarazo hablan más con su bebé, muestran un cuidado más estrecho y refirieron creer saber lo que el feto piensa y siente; sin embargo, pensar cómo sería su hijo y preguntarse si las podía oír, no fueron ítems significativos. Entre sus hallazgos también se encuentra el que ambos grupos refirieron preguntarse si sus bebés las podrían mirar (96%), aquellas que se han imaginado cómo serán sus bebés (78%), y las que están en desacuerdo de que su bebé vaya a ser feo (80%).

Por otro lado, por lo general los comienzos del embarazo colman a la mujer de hipersomnia, la cual supone una regresión, de acuerdo a Marie Langer (citado en Soifer, 1977) el dormir corresponde a una regresión que se representa por una identificación fantaseada con el feto y a un retraimiento en sí misma. En *La partición de las mujeres*, Lemoine-Luccioni (2001) afirma que si la mujer duerme su embarazo, el despertar será abrupto.

El contenido de los sueños será determinante para forjar la relación madre-hijo, en el cual aparecerán elementos continentales (el papel de la mujer en este momento) así como de interiores (clara fantasía de su vientre interno), y lo que es más, se caracterizarán ahora por situaciones en las que aparecen elementos de sangre. También es frecuente hallar entre sus sueños a gusanos en lugar de un niño al parir, bebés con dientes o un niño sin rostro, entre otros. La fecundación y nidación, son percibidas en el inconsciente de la madre como

fantasías persecutorias de robo y vaciamiento, de ahí que en sus sueños predominen tales imágenes.

Otro ejemplo para designar el tipo de fantasías que protagonizan el desarrollo embrionario para la mujer gestante son las de tipo fantasmagórico de suspenso y contacto fugaz, las cuales representan un retorno a lo reprimido (Soifer, 1977). Estas surgen a partir de la percepción de los movimientos del bebé, que en un principio parecieran una caricia, burbujas o un aleteo, a decir de las propias embarazadas. Un tema también recurrente en cuanto a las fantasías experimentadas son las de persecución, ver al ser que se desarrolla dentro de ella como un reencuentro con sus fantasías infantiles, que se caracterizaban por el deseo de obtener un hijo, pero lo son también de destrucción.

Por otra parte, algunas embarazadas recurren a defensas maníacas como la ensoñación o el fantaseo de un hijo perfecto, que no dará sino alegría y felicidad a su vida; estas se basan en una tendencia a reparar la imagen materna y recrearla mediante identificación (Soifer, 1977). La idealización del hijo esperado aparece como defensa contra fantasías persecutorias, especialmente de una madre a la que cree haberle robado un hijo, obteniendo así lo que tanto deseó cuando niña (Segal, 2001). Águila (1972) argumenta que los temores paranoides ante el hijo esperado se contraponen con el deseo de reparar, a través del embarazo, a su madre destruida.

Ahora bien, el sexo del bebé juega un papel fundamental en la elaboración de fantasías, ya sea que se trate de un niño o una niña. Dicho esto, y de acuerdo a Soifer (1977), cuando se está esperando un niño

predominan las fantasías terroríficas y ansiedades persecutorias, se crea una imagen de él hostil y que amenaza con la muerte, a mordiscos; estas fantasías inconscientes pueden traducirse como un consciente rechazo hacia el marido o el padre. En tanto que si se trata de una niña, las fantasías son de carácter depresivo o paranoicas, las primeras son movidas por una ansiedad de pérdida y vaciamiento, se expresan como culpa por haber vaciado y destruido a la propia madre en la fantasía infantil inconsciente; mientras que las segundas, son producto de fantasías narcisistas de ver en la hija el reflejo propio, que se traspone como un peligro de perder a su marido.

Los síntomas digestivos son los más comunes en cuanto a fantasías de deshacerse del feto se refieren, en lo que respecta a las náuseas, los antojos y los vómitos, no distan de ser producto de sentimientos ambivalentes, y en la fantasía de algunas, corresponden por un lado a deshacerse de los aspectos molestos y desagradables del embarazo; o bien, hacen alusión a la fantasía infantil del nacimiento de los niños basada en la creencia de que la mujer se embaraza por la boca (Gómez & Amilivia, 1985), ese algo que comió y embarazó a la mujer es evidentemente el pene (Águila, 1972).

Para Helene Deutsch (citado en Langer, 1988) los vómitos y los antojos corresponden a la ambivalencia sentida entre deshacerse del feto y reincorporarlo a ella, respectivamente; a lo que Águila (1972) agrega diciendo que los vómitos, trastorno muy frecuente en el embarazo, surgen a raíz de la presencia, en el inconsciente, de la fantasía infantil de haberse embarazado por la boca. Susana Hupfer, en 1932, señaló que los antojos se expresan bajo el deseo de afirmar el embarazo y repetir simbólicamente la concepción (citado en Águila, 1972).

Esto es, siendo objeto de tanta ansiedad, para disminuirla, la mujer gestante puede recurrir a defensas de tipo oral como náuseas, vómitos y antojos, o utilizar defensas anales como lo es el estreñimiento; en tanto que si su ansiedad es insoportable, la defensa psicósomática más común será el aborto (Águila, 1972).

Tal y como hemos visto hasta ahora, pueden ser muy variadas las fantasías que acompañen este proceso, pero lo cierto es que tras la consecución de éstas, y de los deseos que tienen como base, la mujer podrá adquirir la capacidad de tolerar su ansiedad y proseguir entonces con su embarazo (Soifer, 1977).

### ***3.2.1 Mitos y realidades referentes a las fantasías de las mujeres embarazadas.***

Previo a los mitos relacionados con lo que pueden o no hacer durante la gestación, las mujeres tienen ideas erróneas sobre cómo fue que quedaron embarazadas. Así por ejemplo, la idea de haber quedado embarazada tras un beso, con el uso del baño o por sentarse en una silla caliente es mucho más común de lo que podríamos imaginar, el grado de conciencia o inconsciencia depende en buena parte del conocimiento intelectual de la mujer (Deutsch, 1977).

Por otro lado, una vez que se ha comprobado la concepción, en lo que convergen la mayoría de las mujeres embarazadas es en un temor infundado a dañar al bebé, peor aún, a romper la placenta y provocar la salida del líquido amniótico; ante esto, es menester señalar que el útero está cerrado y tiene un tapón mucoso que impide la entrada de semen o de cualquier otra sustancia,

por lo que la placenta está perfectamente protegida; así, el temor a suscitar una infección en el feto está infundado justamente por esta protección de la bolsa en la que se desarrolla el bebé (Bing & Colman, 1990).

De la misma manera, se cree que las contracciones pueden provocarse ante la consecuencia de un orgasmo, sin embargo, las contracciones en la recta final del embarazo pueden desencadenarse por diversos motivos, por ejemplo ante un susto, y no sólo con un orgasmo. Incluso, para algunas parejas la ocurrencia de un orgasmo durante el embarazo es sinónimo de privar de oxígeno al bebé, lo cual es claramente un mito (Álvarez-Gayou, 1996), y es que si bien aumenta su ritmo cardíaco, el cambio es tan pequeño que no tiene consecuencias adversas (Bing & Colman, 1990).

Las contracciones uterinas que surgen a raíz de un orgasmo en mujeres embarazadas o no, en las primeras no afecta verdaderamente al feto, ni supone un parto prematuro, sin embargo, en voz de médicos especialistas, esto aún carece de generalización y las respuestas son inconsistentes o sin relación con las características de cada persona (Bing & Colman, 1990; Corrales & Villaseñor, 1990). Tal y como lo señala Goodlin, el peligro para el feto ante un orgasmo, aunque haya posibilidades teóricas, es todavía difícil de documentar (citado en Corrales & Villaseñor, 1990).

De manera tajante Corrales & Villaseñor (1990) citan a *The Boston Children's Medical Center* (1973), donde se enuncia que si las relaciones sexuales durante la gestación produjeran abortos, posiblemente la raza humana se habría extinto hace ya algún tiempo.

Si bien las contracciones no son equivalentes a las producidas durante un orgasmo, es cierto que en las últimas semanas de gestación esta intensidad puede desencadenar el parto. Sin embargo, continuar con la vida sexual como pareja a pesar del embarazo traerá armonía en la vida conyugal, además de que será posible disminuir los celos, ya sea de el padre hacia el bebé, o de ella ante la posibilidad de que su marido busque encuentros sexuales con alguien más, así también contribuye a la flexibilidad de los músculos perinales de la mujer.

No es descabellado pensar que tener relaciones sexuales durante la gestación suponga un riesgo, sin embargo para Sapién & Córdoba (2011a) el riesgo de tener relaciones sexuales depende de variables como las condiciones fisiológicas y sanitarias de la gestación, la actividad diaria de la embarazada, la etapa del desarrollo fetal en que se desee practicarlas, así como el comportamiento que se tenga al hacerlo, ya sea sin cuidado y omitiendo la condición de embarazada de la mujer. Ante el temor de los futuros padres de desencadenar el parto ante su actividad sexual, Wagner aclara que el coito en sí mismo no es causa de prematurez documentada (citado en Corrales & Villaseñor, 1990).

Mantener la vida sexual durante el período de gestación es una de las preguntas que pueden agobiar a los futuros padres, pregunta que puede también nunca ser expuesta ante el recato o un posible rechazo por parte de los médicos, una gineco-obstetra responde cuando las embarazadas le preguntan de qué manera pueden tener relaciones sexuales con su pareja *“...como les dé su gana, no es pecado, no es malo”* (Sapién & Córdoba, 2011b). En un estudio realizado por Uwapusitanon & Choobun en 2004,

entrevistando a mujeres embarazadas hallaron que sólo el 22% de las participantes había recibido información respecto a su actividad sexual por parte de sus médicos; es decir, más de tres cuartas partes de las mujeres gestantes se habían quedado con la duda y a la deriva en lo que concierne a su vida sexual durante este período. Pareciera entonces que los médicos hablan de sexualidad con sus pacientes embarazadas sólo si ellas se los preguntan (Bing & Colman, 1990), lo que puede indicar la existencia de prejuicios desde la misma figura médica.

Bien podemos concluir que la postura de los profesionales es de una relativa apertura, siempre cuidando al feto (Sapién & Córdoba, 2011b). Tal es el caso de Wilson (citado en Vera-Gamboa, Riestra-Cañedo & Joil-Santos, 2000) que menciona como restricción médica hacia la actividad sexual a mujeres con historial de abortos o amenaza de aborto en el presente embarazo, con historial de parto prematuro o la presencia de contracciones previas. Sin embargo, parece ser que a lo largo de las investigaciones, a partir de la década de 1980, la postura de los ginecólogos ha sido más tolerante respecto a la vida sexual, lo cual se agradece (Von Sydow, 1999). Si bien se reconoce la importancia de la salud sexual durante el embarazo, la investigación al respecto ha sido escasa (Sebastiani, 1994).

Queda claro pues que no hay razón suficiente para prohibir las relaciones sexuales en mujeres que aún no presentan alguna anomalía, y es que, sólo porque en otras sí la hubo, no se traduce como que en ellas sucederá lo mismo (Videla, 1997). Podemos ver con frecuencia por parte de los médicos una postura de prohibición, pero no de permisividad ante el mantener la sexualidad durante el embarazo (Corrales & Villaseñor, 1990).

Por tanto, es menester la introducción de educación y un programa de entrenamiento respecto a la vida sexual durante el embarazo, el cual debe ser abordado tanto por las mujeres como por los médicos, pues son ellos quienes en ocasiones adolecen también de información suficiente y clara (Uwapusitanon & Choobun, 2004). Dice Reamy que se les debería educar también acerca de las fluctuaciones de su deseo, las posiciones recomendables, adaptarse a sus cambios corporales y pensar en opciones no coitales, pues esto podría enriquecer el embarazo y la vida de la pareja (citado en Corrales & Villaseñor, 1990).

Dicho lo anterior, para Von Sydow (1999), por un lado, las relaciones sexuales pueden ser un factor de riesgo durante el embarazo pues podría dañar al feto, por otro lado, la actividad sexual puede ser un factor psicológico que mejore la calidad de vida individual y en pareja. La vida sexual es un área muy vulnerable en cuanto a las expectativas que se tienen juntos, de ahí que deba ser foco de nuevas investigaciones.

Sin más que agregar, sean cuales sean los motivos para evitar o vivir su vida sexual durante el embarazo, lo cierto es que si bien deben tenerse precauciones, se puede lograr una vida sexual satisfactoria ajustándose a las nuevas condiciones; ante esto Sapién & Córdoba (2011b) atinan a decir que se pueden tener relaciones sexuales siempre que se cuide al nuevo ser, lo cual bien a bien no se sabe qué significa.

Finalmente, para Brtnicka, Weiss & Zverina (2009) la sexualidad puede verse influenciada negativamente por el embarazo, o éste puede también ser una significativa mejora en la relación sexual de la pareja. Cada miembro de la

pareja puede reflexionar sobre sus tiempos, sus deseos y darse nuevas oportunidades de conocer su sexualidad; expresarla y llegar a acuerdos placenteros para los dos es un acto de conciencia durante el embarazo.

Tal y como vimos, son variados los estudios referentes a la sexualidad durante el embarazo, y sólo pocos han incluido los pasajes psicológicos por los que atraviesa la mujer gestante. Dicho esto, es menester la implementación de mayor investigación al respecto que pueda dar conclusiones homogéneas, mejor aun cuando estos resultados reflejen el sentir de la población mexicana para nuestro caso.

## MÉTODO

### Pregunta de investigación

¿Cuáles son las fantasías de las mujeres embarazadas en el segundo y tercer trimestres de gestación?

### Objetivos

- Objetivo general
  - ✓ Identificar, describir y explicar las fantasías que tienen las mujeres embarazadas y que surgen a raíz de la percepción de los movimientos fetales, comparando el segundo y el tercer trimestre de gestación.
  
- Objetivos específicos
  - ✓ Lograr una categorización de las fantasías de las mujeres embarazadas, que permita un entendimiento de los pensamientos en relación a su vida sexual durante esta etapa.
  - ✓ Diferenciar las fantasías, comparando el segundo trimestre con el tercero.
  - ✓ Explicar las fantasías emanadas por las mujeres embarazadas.

### Hipótesis

La emisión de fantasías es proporcional al período de gestación, de esta manera, haciendo una comparación entre las mujeres del segundo trimestre y

aquellas que cursen su tercer trimestre de gestación, serán estas últimas quienes presentarán mayor narración y emisión de fantasías.

#### Variables

Trimestre de gestación, edad y número de embarazo.

#### Tipo de estudio

Se trata de una investigación de tipo exploratorio no probabilístico, es decir, por voluntariado, de orden cualitativo y de tipo transversal, en la que se empleó una de las técnicas más utilizadas en este tipo de investigación, me refiero a entrevistas semiestructuradas, esto a merced de la flexibilidad y la riqueza de información que se puede obtener de éstas apoyada en la evidencia, en la que las participantes darían cuenta de sus ansiedades, temores, alegrías, preocupaciones, etc., en un libre pero guiado discurso. El análisis de los resultados se realizará conforme a la categorización de los datos obtenidos.

No se personalizará la información obtenida en los resultados ni las conclusiones debido a que se pretende agrupar los datos obtenidos en categorías que las mismas mujeres vayan reportando en las entrevistas y con base en la literatura revisada.

#### Participantes

30 mujeres embarazadas, divididas en dos grupos, uno de 15 mujeres en el segundo trimestre de gestación, y el otro de 15 en el tercer trimestre de su embarazo. Cada una con ocupación, nivel de escolaridad y número de gesta, diferentes. Si bien se incluye a participantes en edad adolescente, la gran

mayoría corresponde a edad adulta, con una media de edad de 28 años para el segundo trimestre, y 26 años para aquellas en la recta final de gestación.

Entre los criterios de inclusión o exclusión, se busca la participación de mujeres que mantengan una vida sexual más o menos activa durante su embarazo, y que se encuentren en el segundo o tercer trimestres de gestación. Se excluyó a aquellas mujeres que no continuaron con su vida sexual durante su gestación, ya fuese por no tener una pareja sexual, porque simplemente no lo hacían o que por cuestiones médicas se los hubiesen contraindicado. La oportunidad de participar se le brindó a toda mujer embarazada que cumpliera con los requisitos de inclusión.

#### Diseño

Se buscó una Clínica de Medicina Especializada en Ginecología y Obstetricia, esto por el acceso y facilidad para contactar a mujeres en etapa gestacional. La Unidad Médica de Alta Especialidad en Ginecología y Obstetricia, No. 4 “Dr. Luis Castelazo Ayala” (UMAE-4) accedió a permitir realizar esta investigación. Primero el protocolo de investigación se sometió a consideración del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3606; y de acuerdo a sus integrantes, el protocolo fue autorizado con un número de registro R-2013-3606-9. Una vez dicataminada aprobada la investigación, se invitó a participar a toda mujer embarazada que acudía ahí a consulta.

Las participantes se contactaron en la sala de espera, afuera de los consultorios médicos o en un auditorio al que asistían por razones del Hospital, se les explicaba brevemente la razón de ser de este trabajo, así como en lo que consistía su participación.

A quienes estaban interesadas en participar se les leía un escrito informando el trabajo a realizar (Anexo 1) en el que se ajustaba el día y la hora de la entrevista según su disposición de tiempo. Llegado el momento de la entrevista, al empezar se recabaron sus datos sociodemográficos, se les pedía permiso para ser audiograbadas, anunciando los lineamientos éticos con que se manejarían sus datos, y se iniciaba un pequeño rapport. Lo primero fue abordar en qué condiciones se había suscitado el embarazo, así como su estructura familiar; una vez indagada esta información, se procedía a preguntar respecto a los tópicos de interés para la presente investigación, el orden podía variar según cada una de las participantes, pero siempre procurando transitar por todos los tópicos (Anexo 2). Al abordar todos los puntos se les preguntaba si querían agregar algo, de no ser así se agradecía su valiosa participación.

Una vez que se hubo realizado el total de entrevistas, el discurso de las participantes se transcribió, y con la implementación del programa ATLAS.ti en su versión 6.2 se analizaron las respuestas emitidas para agrupar y analizar los datos en alguna de las siguientes categorías:

- Fantasías benéficas

Las mujeres que se incluyen aquí creen que su actividad sexual trae un beneficio al feto, ya sea para facilitar el parto, como relajación o estimulación para él; de tal manera que afirman no haber por qué temer, aun mejor, su vida sexual le ayuda o beneficia a su bebé (Segal, 2001).

- Fantasías de daño de la madre hacia su bebé

Se trata de la expresión de temor por parte de la mujer, a que ella o su pareja puedan herir o dañar a su bebé, serán reportadas bajo la idea consciente de

preocupación por dañar al feto en el momento de llevar a cabo su actividad sexual o como un deseo culposo debido al posible daño hacia su hijo (Aliño, 1983).

- Fantasías de daño del bebé hacia la madre

Estas giran en vistas de creer que el feto podría herir o lastimar a alguno de los miembros de la pareja (Mendoza, 1965); el temor a ser dañado por el nuevo ser que en la mujer se desarrolla le confiere al feto tintes monstruosos, por tal razón, los movimientos son percibidos como bruscos, agresivos y sádicos, provenientes de un ser peligroso que pueden causar un daño severo. Estas fantasías se traducen como la rivalidad hacia el padre, proyectadas muchas veces en el hijo esperado, desplazando sobre el niño la imagen de un ser terrorífico (Langer, 1988).

- Fantasías de exclusión

Los comentarios que corresponden a estas fantasías dan cuenta de la omisión del feto a voluntad (Maldonado-Durán & Feintuch, 2001), argumentan que durante su vida sexual el bebé está ajeno, como en un mundo aparte de la pareja; por ende, sus pensamientos no se enfocan en él, ya sea que se trate de la posibilidad de lastimarlo, ni como algún beneficio con su actividad.

- Fantasías de fealdad

Estas emisiones son comunes una vez percibidos cambios severos en el cuerpo, es la angustia por verse deforme y quedar así aún después del parto, el sentimiento de fealdad que puede atormentar a estas mujeres es base de depresiones y fantasías celosas respecto al marido y una posible relación

extraconyugal, la libido disminuye dando cabida a estas fantasías (Corrales & Villaseñor, 1990).

- Fantasías de regresión

Es la primera muestra de regresión descrita por Marie Langer (citado en Soifer, 1977), en la que el menesteroso deseo de dormir encubre la necesidad de una identificación fantaseada con el feto, esta hipersomnolia favorece el mecanismo de negación, y sirve también como una defensa biológica para afrontar la nueva etapa que iniciará ahora como madre (Maldonado-Durán & Feintuch, 2001).

- Fantasías incestuosas

Representan la ansiedad dominante durante todo el embarazo, aparecen frente a la percepción de los primeros movimientos fetales, y surgen a raíz de la creencia de que en este momento de sus vidas tener relaciones sexuales no es ya un asunto de dos, sino de tres participantes (Álvarez-Gayou, 1996) en donde el tercero es justamente el feto, que interviene como uno más sin importar que esté dentro del cuerpo de la mujer; esto puede incrementar el placer recibido o ser objeto de rechazo, especialmente por el padre que puede sentirse ajeno a esa relación diádica (Aliño, 1983; y Sapién & Córdoba, 2011b).

- Fantasías monstruosas

Estas representaciones inconscientes, si bien no son propiamente de índole sexual, son pensamientos o temores que acechan a la mujer encinta. El bebé esperado es la imagen encubierta de la propia madre que podría vengarse

oralmente, se traducen bajo la idea de concebir a un monstruo o a un ser anormal, lo que se entiende como los propios deseos infantiles de la embarazada y sus exigencias hacia su madre; un hijo con malformaciones o monstruoso representa también el horror al incesto, y en consecuencia manifiestan un claro rechazo al acto sexual (Águila, 1972).

- Fantasías negación de daño

Aparecen como un mecanismo de defensa ante la posibilidad o el deseo inconsciente de lastimar al bebé (Langer, citado en Soifer, 1977), aclarando con sus lexis que su actividad sexual no es dañina para el feto; justificándose además con la idea de que el bebé está protegido o simplemente no habría manera de poder hacerle algún daño.

- Fantasías voyeuristas

Se forman ante la idea de creer que el feto tiene la habilidad de mirar a través del vientre, no sólo a la madre sino también a la pareja mientras tienen relaciones sexuales; lo cual puede dar como resultado una cohibición o un exhibicionismo por parte de ellos ante la posible “mirada” del bebé (Freud, 1916b).

Además de categorizar las respuestas según la clasificación previamente señalada, también se hará un análisis de resultados, el cual incluirá el análisis de los principales miedos y sueños que inundan a las mujeres embarazadas. Anticipado esto, a continuación se exponen los resultados obtenidos, haciendo alusión a las fantasías, los miedos y los sueños de las mujeres encinta,

teniendo claro que de ninguna manera suponen una generalización, sino una evidencia de lo que se encontró con este grupo de participantes y sus características previamente delimitadas; así también, aclarando que son todas ellas normales y comunes durante el embarazo, sin suponer patología alguna en este grupo de mujeres. Por tanto, no se descarta la posibilidad de que estos mismos hallazgos competan a otras mujeres con características similares ajenas a las participantes aquí reportadas.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tal y como hemos visto a lo largo de este trabajo, las fantasías son universales, aparecen en algún momento en todos los seres humanos, y esta no fue la excepción en el caso de las mujeres embarazadas, quienes justamente por encontrarse en período gestacional, etapa por excelencia propicia para la regresión, revivieron recuerdos de su infancia, manifestaron sus deseos, sueños, temores y/o rechazos durante este período, los cuales se desglosarán a continuación. Si bien autores como Freud (1908) o Isaacs (1971) se refirieron al grado patológico de las fantasías, las aquí reportadas corresponden a la completa naturalidad y normalidad del embarazo, afirmación basada en la ambivalencia que caracteriza dicha etapa reproductiva.

Se intentó que cada una de las participantes figurara entre los ejemplos en al menos una ocasión, aquellas quienes menos resistencias ofrecieron y lograron hacer de su participación una valiosa contribución aparecen en más de una cita, pues son ejemplos claros en lo que a cada fantasía se refiere. Cabe la posibilidad de que los comentarios más detallados correspondan a mujeres que hayan tenido buenas experiencias durante su embarazo, así como que otras mujeres ajenas a este trabajo se sientan identificadas con las lexías aquí reportadas.

### **Segundo trimestre de gestación.**

En lo que concierne al segundo trimestre de gestación, etapa comprendida entre la semana 14 y la 27 del desarrollo fetal, aparecen muchas de las fantasías previamente categorizadas, ordenadas de mayor a menor incidencia y a cada una le proceden ejemplos del discurso de las mismas embarazadas,

de quienes se modificaron sus datos personales para conservar su participación en el anonimato.

- Fantasías de daño de la madre hacia su bebé

Recordemos que son expresiones de temor por parte de la mujer, a que ella o su pareja puedan herir o dañar a su bebé mientras conllevan su actividad sexual, por lo que puede volverse un deseo culposo. En las narraciones vemos que su sentimiento de culpa incluso le confiere voz al feto, quien se manifiesta en contra de que la mujer disfrute de su vida sexual, castigando así su deseo.

El temor ante continuar con su vida sexual se basa en la posibilidad de causarle dolor a su bebé o incluso provocarle la muerte, en algunas participantes el temor continúa aún cuando su médico les haya negado esa posibilidad; sin embargo, a pesar de su temor no todas irrumpen su vida sexual revelando de esta manera su contradeseo y hacerle daño al feto. Se trata de una defensa contra la revelación de la castración, según estas respuestas, el temor a hacer daño lo siente principalmente la mujer, y sólo pocas mencionan también a su pareja, pues es ella la que vive esta relación de amor y rechazo para con el feto (Freud, 1931); aquellas que mencionan a su pareja, lo culpan de ser él quien puede herir al bebé, y es que la idea de mujer “pura” no le permite continuar con su vida sexual y disfrutar también como mujer (Bing & Colman 1990).

Citando a Hanna Segal (1989) el instinto de muerte y los impulsos destructivos que incluyen las mujeres en su narrativa responden al cumplimiento alucinatorio hacia un objeto desplazado, quizás destruido y

atacado, en este caso el feto. Se trata de una de las dos fantasías más emitidas, con un total de 16 emisiones, a continuación algunos ejemplos.

Adriana: 30 años, 2° embarazo (hijo 5 años), 18 semanas de gestación.

*“...yo siento que demasiada penetración, o con brusquedad, o a lo mejor estar apachurrando la pancita o algo así, y que él (refiriéndose a su pareja) también tiene mucha precaución en eso, en cierto miedo de no lastimarme, de no lastimar al bebé”.*

Aidé: 21 años, 2° embarazo (hijo 4 años), 22 semanas de gestación.

*“...lastimarlo (se refiere al feto) en ese sentido de estarlo presionando, nada más, me lo imagino así diciéndome: mamá, me estás aplastando”.*

Alejandra: 18 años, 1er embarazo, 23 semanas de gestación.

*“a veces siento como que la lastimo o estoy en mala posición...”*

Alma: 26 años, 2° embarazo (hija 2 años), 14 semanas de gestación.

*“...pues yo digo que lo lastimamos, aunque me dice el doctor que no, que porque a ellos los protege una telita y que no sé qué, pero pues yo digo que sí se lastima”.*

Laura: 34 años, 2° embarazo (hijo 12 años), 18 semanas de gestación.

*“...a lo mejor lo lastimo o no sé, no me había puesto a pensar pero pues le molesta, pues a lo mejor lo lastimo y le duele”.*

Lucía: 29 años, 2º embarazo (hija 1.2 años), 18 semanas de gestación.

*“siento que se altera un poquito, pues por los movimientos que puedes llegar a sentir, o por el momento en sí yo creo que sí se altera, por el mismo acto no por otra cosa”.*

Margarita: 36 años, 3er embarazo (hija 13 años, 1 aborto hace 3 años), 15 semanas de gestación.

*“...pienso que a lo mejor hacer menos esfuerzo, de a lo mejor no sé, tener mayor cuidado porque pues, digo: no, a lo mejor y si hago un esfuerzo extra o más, a lo mejor lo lastimo o puedo provocarle que nazca antes, que haya algún aborto”.*

Mónica: 36 años, 1er embarazo, 25 semanas de gestación.

*“bueno a mí me incomoda porque digo: ay pues, vaya yo a lastimar a la bebé... como que me da miedo”.*

- Fantasías incestuosas

En este momento tener relaciones sexuales es un asunto de tres participantes, los padres creen que el tercero es justamente el feto (Álvarez-Gayou, 1996); la mujer puede experimentar ansiedad culposa al vivir una unión tan íntima y personal, exclusiva de la madre y el bebé, en la que aumenta su relación simbiótica y que revivirá sus propias fantasías incestuosas de su etapa infantil (Soifer, 1977); o bien, que la madre es capaz de generar placer no sólo a su pareja, sino también a su bebé y tratarse entonces de fantasías de seducción. Bien lo dijo Freud (1908), al tratarse de mujeres predominan fantasías con

deseos de índole erótico en busca del querer-alcantar amoroso, en este caso las mujeres desean satisfacer a su bebé también.

En algunas emisiones el feto es visto con celotipia ante la cercanía del padre, la madre le adjudica a él la responsabilidad del rechazo al acto sexual (Videla, 1997); y es tan estrecha la relación entre madre y bebé que parece que éste sustituyera al padre (Sapién & Córdoba, 2011b).

En su mayoría, refieren que la sensación de agrado es la misma que el feto está percibiendo, a la que responde con movimientos y que ellas los viven con un componente erógeno; es decir, en este acto donde participan 3 personas, lo que la pareja transmite son sensaciones placenteras. De igual manera, hay atisbos de protegerse y justificar su deseo, asegurando que el bebé no sufre. También con 16 ocasiones, he aquí cómo se ejemplifican.

Adriana: 30 años, 2° embarazo (hijo 5 años), 18 semanas de gestación.

*“...siento que sí, él llega a producir alguna reacción, algún movimiento, porque sí lo llego a sentir, siento como mariposas, lo que le llaman mariposas en el estómago... el calor y todo, yo siento que pues él también lo ha de disfrutar y él va a sentir, sin dolor y sin nada, pero sí lo va a sentir”.*

Aidé: 21 años, 2° embarazo (hijo 4 años), 22 semanas de gestación.

*“...te afecta porque no es lo mismo cuando no estás embarazada a ahorita, pues ya no están dos personas, sino están tres”.*

Alejandra: 18 años, 1er embarazo, 23 semanas de gestación.

*“tal vez piensa que estoy jugando, no sé, pues yo creo que le gusta porque pues yo estoy feliz entonces le estoy transmitiendo mi felicidad a ella”.*

Itzel: 31 años, 3º embarazo (niña 11 años, niño 1.5 años), 18 semanas de gestación.

*“yo creo que sí se forma algún vínculo, no sé si sea como tal afecto entre el bebé, porque a lo mejor todavía no lo distingue, pero yo creo que sí debe sentir como, como alguna sensación de bienestar”.*

Lucía: 29 años, 2º embarazo (hija 1.2 años), 18 semanas de gestación.

*“...yo siento que él percibe los sentimientos, más bien las emociones que tienes, entonces como es una emoción, pues también reaccionan ante ella, pero no siento que sea físico, si no emocionalmente que también lo perciben, entonces también se mueve”.*

Margarita: 36 años, 3er embarazo (hija 13 años, 1 aborto hace 3 años), 15 semanas de gestación.

*“...yo siento que siente, por ejemplo no sé a lo mejor la sensación de estar contento, o sea lo bonito que se siente yo siento que el bebé también lo percibe... a lo mejor no le gusta que la verdad, sí sentía como que a lo mejor no le gusta que tenga relaciones”.*

Rocío: 35 años, 3er embarazo (hijo 3 años, 1 aborto hace 1 año), 22 semanas de gestación.

*“como que siento que él también se relaja mucho, a mí me relaja también mucho, entonces siento que es como esa simbiosis de estar pues él en mí”.*

- Fantasías negación de daño

Aparecen como un mecanismo de defensa donde se niega la posibilidad (o el deseo) de lastimar al bebé (Langer, citado en Soifer, 1977), estas mujeres argumentan que su actividad sexual no es dañina para el feto, se justifican con comentarios que hayan escuchado y leídas racionales que separan la cavidad vaginal del saco embrionario; es decir, si bien tiene bases fisiológicas el hecho de que el bebé esté a salvo en una bolsa, es claro que les funciona como su mejor defensa ante el sentimiento culposo de llevar a cabo su vida sexual. Ante esto, recordemos lo que decía Freud (1908), las fantasías están asociadas al vivir placer o dolor, felicidad o culpa, por lo que las fantasías de estas mujeres estarán envueltas en estos grandes alones.

Algunos comentarios reflejan el temor al incesto, motivo por el cual niegan la participación activa del bebé, otras refieren que el bebé duerme, para que dormido no pueda culparla de lo que hace o el posible daño que pudiera generar. Vemos también narraciones que hablan del daño de sus parejas, como si fuese sólo él capaz de herir al bebé, y no ellas.

Estos comentarios podrían ser un reflejo de la voracidad con que la mujer deseaba herir a su madre, y ahora lo refleja en su hijo. Sólo una de ellas se refiere al bebé como “feto” y segura que no entiende lo que sucede en el

exterior aun a expensas de que seguramente le habla o hace alguna otra acción que denote que puede entender, sin embargo, pareciera que no así lo sexual, con lo que defiende su actividad. Fue mayor en este trimestre posiblemente debido a que todavía no se convencen de la veracidad de su embarazo, creen que aún están en riesgo de perderlo, y no quieren ser ellas quienes lo ocasionen; con un total de 10 emisiones, estos son sus ejemplos.

Adriana: 30 años, 2° embarazo (hijo 5 años), 18 semanas de gestación.

*“...yo no tengo inconveniente en que siga siendo (su actividad sexual) sé que no le hace daño al bebé, mientras sea de una forma tranquila... hasta donde yo sé, el feto no lo puede entender”.*

Elena: 23 años, 2° embarazo (hija 3 años), 27 semanas de gestación.

*“yo creo que a veces están dormidos, si no es que a lo mejor hasta uno a veces los duerme con el movimiento”.*

Lucía: 29 años, 2° embarazo (hija 1.2 años), 18 semanas de gestación.

*“yo leí que al bebé no le pasaba nada, ni lo tocaba él (su pareja) ni mucho menos, a lo mejor sí es cierto, realmente no le pasa nada al bebé”.*

Sandra: 18 años, 2° embarazo (1 aborto hace 1 año), 27 semanas de gestación.

*“...pues está aquí abajito (señala su vientre) no creo que el pene de mi esposo llegue hasta arriba, tampoco, después me pongo a pensar...”*

Sofía: 22 años, 1er embarazo, 22 semanas de gestación.

*“yo siento que a lo mejor y no lo sentía, o a lo mejor y como sentía el calor de su papá y el mío pues como que no, no sé, siento que no le caía extraño, yo siento que... yo creo que a lo mejor a la bebé no le causaba, bueno no se le hacía extraño”.*

- Fantasías benéficas

Creen que su actividad sexual trae un beneficio al feto, ya sea para facilitar el parto, como relajación o estimulación para él, esto oculta sus verdaderos deseos culposos de disfrutar con su pareja; recurren a defensas maníacas y afirman no haber por qué temer, justificando así el posible daño que pudiesen ocasionar al tener vida sexual, algunas incluso mencionan que es el bebé quien lo desea y no la pareja.

Los comentarios se pueden entender también como una defensa ante su ambivalencia, se trata de una madre buena, es tan buena que incluso su actividad sexual beneficia al feto; se toman de algo para defender su actividad sexual que parece ir en contra del embarazo y de la posibilidad de gozar, lo hacen incluso sin estar seguras de sus beneficios, esta defensa aminora su ansiedad. De esta manera, las ideas de un posible daño son separadas de la realidad y se sustituyen por otras que sí satisfagan, pues estas ilusiones hacen más cómoda la vida; así, depositamos en otro los sentimientos que nos parecen intolerables en nosotros, tales como que es el bebé quien disfruta del orgasmo y a quien benefician con su actividad sexual (Segal, 2001). Esta fantasía apareció menos de la mitad de ocasiones respecto a las más emitidas, con 7 lexias, he aquí sus ejemplos.

Alma: 26 años, 2° embarazo (hija 2 años), 14 semanas de gestación.

*“tratamos de hacerlo por pensar para que el bebé esté bien”.*

Regina: 30 años, 2° embarazo (1 aborto hace 1.5 años), 27 semanas de gestación.

*“hay estudios que te dicen que el tener relaciones y el que tengas un orgasmo a él le ayuda mucho más que no tener”.*

Sandra: 18 años, 2° embarazo (1 aborto hace 1 año), 27 semanas de gestación.

*“...me han comentado que es bueno (tener relaciones sexuales) porque se abre el cuello o no sé qué cosas y que es más rápido tener al hijo”.*

Sofía: 22 años, 1er embarazo, 22 semanas de gestación.

*“...yo pensaba pues es que si me dan ganas y eso es porque pues no le pasa nada a mi bebé, y él (su pareja) sí se espantaba y me decía: no es que no, mejor no, es que con cuidado, es que esto, es que aquello...”.*

- Fantasías de exclusión

Estas mujeres creen poder omitir su condición de embarazadas a decisión negando así su realidad, como si se les olvidara estar encinta (Maldonado-Durán & Feintuch, 2001); con esto, logran evadir lo que produce ansiedad, ventaja elemental de las fantasías. Vemos en sus comentarios que el contradeseo de estar embarazadas las hace apartar a su bebé, como si éste pudiese interferir en su vida en pareja, tal como ella (la mujer) deseaba hacerlo a sus padres. Así también, parece una defensa contra el castigo que pudiese

contraer al vivir su sexualidad, y claro lo mismo para el temor al incesto o a un niño que mira a sus padres en un acto sexual, negando con ello las fantasías que dan cuenta del origen del hombre.

Argumentan que durante su vida sexual el bebé está ajeno a la pareja, e insisten en poder apartarlo de sus pensamientos durante ese momento, lo cual muestra una actitud celosa hacia el hijo que figura como el eje de atención; esto parece claro con la primer participante aquí descrita quien está esperando una niña, por lo que entre sus fantasías encontremos un temor a perder a su pareja al verse ella reflejada. Con sólo 5 ocurrencias, algunas son las siguientes.

Elena: 23 años, 2º embarazo (hija 3 años), 27 semanas de gestación.

*“...yo creo el bebé hasta respeta ese tiempo, ese espacio, dejándonos”.*

Mónica: 36 años, 1er embarazo, 25 semanas de gestación.

*“...tratar de satisfacerlo a él (se refiere a su pareja) no tanto enfocarme en el bebé, o pues tratar que los dos disfrutemos el momento, sí bueno, trato de no hacerlo, trato de vivir el momento, a la mejor yo tengo tantas horas en el día para pensar en el bebé, y entonces cuando estoy con él trato de disfrutarlo”.*

Thalía: 32 años, 1er embarazo, 14 semanas de gestación.

*“pienso que está en su mundo, en esos momentos... a lo mejor está dormido, porque ni siquiera siento los piquetitos que te comenté antes.”*

- Fantasías de fealdad

Es la angustia por verse deforme y quedar así, la libido disminuye dando cabida a estas fantasías, por lo que pueden negarse a cualquier encuentro sexual (Corrales & Villaseñor, 1990); sus comentarios giran en torno a considerar la panza como un estorbo o impedimento y creer que han perdido su sensualidad como mujeres. Lo dijo claramente Schmukler, la maternidad puede conferirle a la mujer el rol de soporte afectivo y doméstico, sacrificando con esto su imagen de seductora (citado en Marcús, 2006), y tal parece que a estas participantes les ocurrió eso justamente.

Perciben su cuerpo deforme, como si representara el castigo luego de haber obtenido el representante fálico que tanto deseaban, su consecuencia será quedar feas, pues así se sienten. Se trata de un rechazo a su embarazo, mostrando así su ambivalencia y conferirle al feto la capacidad de alejarla de su pareja. Se trata también de un rechazo a su cuerpo que sugiere el de una mujer gestante y ya no más el de la niña que era. Su deseo cumplido se ve menguado pues no disfrutaban realmente su embarazo, estas participantes no hacían esmero en su arreglo personal y parecía que ocultaban su vientre. En 4 ocasiones apareció esta fantasía, y así se puede ejemplificar.

Regina: 30 años, 2° embarazo (1 aborto hace 1.5 años), 27 semanas de gestación.

*“...de alguna manera es incómoda la panza, pues para tener relaciones es muy incómoda la panza porque ya no tienes como el acercamiento, o sea para abrazar, besar, pues ya no”.*

Sandra: 18 años, 2° embarazo (1 aborto hace 1 año), 27 semanas de gestación.

*“ahorita no quiero, no sé si sea por el embarazo o no sé, y a veces, antes sí quería y ahora no, no me dan ganas de hacerlo, antes no tenía panza, no me cansaba...”*

Sofía: 22 años, 1er embarazo, 22 semanas de gestación.

*“hay cosas que pasan en mi cuerpo que sí me sacan de onda, los cambios físicos, ahorita ya me siento diferente, me veo en el espejo y ya no me veo yo, es normal por el bebé pero sí es extraño que tu cuerpo cambie en tan poquito”.*

- Fantasías de daño del bebé hacia la madre

Lo dijo Soifer en su trabajo de 1977, él explica que cuando una mujer está embarazada es debido a que su tendencia a la maternidad superó su terror a los hijos, sin embargo dicho temor seguirá presente atenuado bajo fantasías inconscientes. En este caso, dichas fantasías demuestran que el embarazo no es la dulce espera, estas mujeres creen que el feto podría herir o lastimar a alguno de los miembros de la pareja, le confieren tintes monstruosos, los movimientos no siempre les gusta percibirlos, y los sienten como bruscos, agresivos o sádicos, provenientes de un ser peligroso y son reportados con quejas (Mendoza, 1965).

En el feto están depositados sus propios deseos de destrucción, como si fuera él quien deseara herirla y no en relación inversa. Esto a raíz de que algunas consideren la culminación de su maternidad como un castigo o una

trampa tendida por su propia madre debido a que ahora tienen algo que le pertenecía a ella (Águila, 1972), lo cual implica peligro de castigo y destrucción.

No obstante, Videla (1997) afirma que los sueños y las fantasías durante el segundo trimestre de gestación se ven modificados debido a que comienzan a percibirse los movimientos, en un inicio con sobresalto y temor, por lo que sus narraciones son justificadas y naturales. Fueron sólo 2 participantes quienes lo mencionaron, una de ellas es la siguiente.

Alejandra: 18 años, 1er embarazo, 23 semanas de gestación.

*“a veces sí me duelen porque se mueve mucho, o luego como que se encaja, entonces sí siento molestias”.*

- Fantasías voyeuristas

Para estas mujeres, el feto posee la habilidad de mirar a la pareja mientras tienen relaciones sexuales; lo cual puede dar como resultado una cohibición o un exhibicionismo por parte de ellos ante la “mirada” del bebé, mirada que perciben como celos ante la cercanía del padre. Es decir, el bebé castiga la relación y la inclusión del padre entre ellos, esto a raíz de que el feto representa para la madre a su Superyó materno, quien la castiga y culpa (Águila, 1972); estas fantasías de la escena primaria intentan responder al origen de la propia mujer (Diccionario de psicoanálisis, s. f.).

Los comentarios que la madre adjudica al feto son realmente los de ella hacia estar con alguien más que no sea el bebé, como si su deseo sexual estuviese prohibido. También con 2 emisiones, a continuación una de ellas.

Mónica: 36 años, 1er embarazo, 25 semanas de gestación.

*“en la relación se mueve a la mejor diciendo: ya, ya, o: ya, ya, ya no tengas; ya, ya, ya párale, más que nada, sí siento mucha molestia a la hora de (refiriéndose al acto sexual), como que aumentan sus movimientos”.*

- Fantasías de regresión

El deseo de dormir encubre la necesidad de una identificación fantaseada con el feto, esta hipersomnolia favorece el mecanismo de negación, y sirve también como defensa biológica y un retraimiento en sí misma (Langer, citado en Soifer, 1977); si bien es característica de casi todo embarazo, hay quienes pasan buena parte de estos meses durmiendo alimentando su relación simbiótica. Dormir también evita pensar y sentir la angustia de la que son presa. Fue sólo una la ocasión en que apareció, y así se manifestó.

Sofía: 22 años, 1er embarazo, 22 semanas de gestación.

*“en las mañanas me cuesta mucho levantarme, ahora tengo que esperar a que suene el despertador, y que me despierten porque si no, no me levanto”.*

- Fantasías monstruosas

La idea de concebir a un monstruo, a un ser anormal o un hijo con malformaciones representa también el horror al incesto, y en consecuencia manifiestan un claro rechazo al acto sexual; y justamente este comentario surgió a raíz de preguntar si había algún temor para continuar con su vida sexual. El temor a que esto suceda encubre el rechazo inconsciente de la

embarazada hacia su madre, deseos de destrucción traducidos ahora hacia su hijo (Águila, 1972); un hijo con malformaciones sería un castigo ante estos deseos, de ahí el temor. Esta fantasía está relacionada de manera directa con el poder herir o dañar al bebé, el daño sería tan intenso que el resultado ha de ser un hijo con malformaciones, castigándose así. La única participante que lo dijo aparece a continuación.

Itzel: 31 años, 3° embarazo (niña 11 años, niño 1.5 años), 18 semanas de gestación.

*“...de repente no sabes si tu bebé va a nacer bien, tienes ese temor que tu bebé vaya a nacer bien, sano”.*

### **Tercer trimestre de gestación.**

En lo que respecta al tercer trimestre de gestación, por ser la recta final, desde la semana 28 y hasta la llegada del nuevo ser, los resultados son diferentes. Así por ejemplo, es común encontrar más comentarios cargados de culpa, de ansiedad, psicastenia, inhibición-agresión, tal y como lo reportó Sjögren, et. al. (2004), cuyos ítems se correlacionan positivamente con la etapa del embarazo. Dice Álvarez-Gayou (1996) que en este trimestre se perciben en mayor medida los movimientos fetales, lo cual posiblemente influya en las fantasías generadas, de acuerdo a la hipótesis planteada, ahora lo corroboraremos.

Veamos entonces las fantasías comenzando por las que corresponden a mayores emisiones hasta concluir con las de menor incidencia de las participantes, a quienes por obvias razones se les ha modificado su identidad personal.

- Fantasías incestuosas

En este momento tener relaciones sexuales es un asunto de tres participantes, donde el tercero es justamente el feto (Álvarez-Gayou, 1996), al menos así lo afirman las mujeres quienes dicen que su bebé disfruta al igual que la pareja pues le transmiten la misma satisfacción; el creer que su bebé piensa y siente lo que ocurre en el exterior aumenta una vez entrado el tercer trimestre de gestación, por lo que ahora le confieren habilidades al feto.

La mujer puede experimentar ansiedad culposa al vivir una unión tan íntima y personal, exclusiva de la madre y el bebé, a quien le adjudica la habilidad de desear, rechazar o sustituir a su pareja (Videla, 1997), y no ser ella quien realmente se niega a incluir a uno más entre ellos dos. Así, se reactivan en el inconsciente de la madre fantasías incestuosas de su etapa infantil (Soifer, 1977), una vivencia erógena y culposa al percibir los movimientos de su bebé, los cuales en este trimestre son mayores.

Es decir, entre las narraciones, atribuyen al feto la capacidad de prohibir el acercamiento a la madre de alguien más; no obstante, realmente es ella quien no permite que haya un tercero entre ellos, una mujer lo dijo claramente, hablando de que el bebé pudiera estar celoso, y es que de acuerdo a Doltó (2001) el bebé supone un tributo sólo para ella, y no admite al padre en su relación. Sjögren, et. al. (2004) afirman que es justamente en la última fase del embarazo cuando la mujer no admite la unión de un tercero entre ella y su bebé, y efectivamente es lo que estas mujeres mencionan.

La seducción ejercida por la madre la depositan en sus bebés, pues ellos disfrutan lo mismo que sus parejas, lo cual deja a la mujer como objeto de

placer de dos hombres, la mayoría de las veces, lo que claramente alimentará su narcisismo, pues su libido antes se dirigía a su pareja y ahora lo hace también hacia su bebé.

Al padre pocas lo mencionan en sus relatos, dejando claro que ha sido excluido, o que puede herirlos. Una participante mencionó el dilema entre permitir la cercanía de su pareja y el deseo de mantenerlo alejado, es decir, un deseo y rechazo entre el distanciamiento y la necesidad de sentirse acompañadas (Maldonado-Durán, Saucedo-García & Lartigue, 2008), esto es, en todo embarazo hay ambivalencia y no hay razón para pensar que es nociva.

Ante el temor a ser castigada por ejercer su sexualidad, niegan que el bebé sepa lo que es, pero sí lo pueden percibir, temen que descubra lo que hacen, sin embargo, sí se da cuenta, lo cual da al feto tintes voyeuristas; así también hubo quien reiteró que se trataba del padre, justificando así su unión sexual, pues parece que con él sí está permitido. Una participante menciona que le transmite satisfacción a su bebé una vez concluido el acto sexual, reparando así lo que fue un deseo culposos. Es notoria la superioridad en este trimestre, la fantasía más emitida contó con 30 emisiones, y he aquí varios ejemplos de las lexias.

Carolina: 26 años, 2° embarazo (hijo 3 años), 37 semanas de gestación.

*“el bebé no puede ver que se me acerquen o que me toquen porque igual no se mueve, pero sí últimamente sí ha habido como que si él (su pareja) me abraza o algo, ya se empieza a mover más con su papá, se mueve y todo... creo que cuando uno tiene una buena*

*relación hasta sexual, igual moral y todo o sea el bebé lo incitas a ese amor, a esa ternura...”*

Cecilia: 24 años, 1er embarazo, 36 semanas de gestación.

*“yo creo que no quería (el bebé), yo me imagino que no quería o a lo mejor porque yo no quería, yo pienso, pienso que él no quería, por el hecho de que se ponía como duro, y más que nada es eso, en realidad no me explico por qué, yo creo que es como cuando dicen que tú le transmites al bebé lo que quieres o lo que vas a hacer, yo me imagino que así yo no quería y hacía que el bebé tampoco, me imagino que ha de ser así”.*

Dalia: 30 años, 1er embarazo, 37 semanas de gestación.

*“todo lo que siente uno se lo transmites a la bebé... más bien las sensaciones son las que le comunicas, si tú transmites una sensación de felicidad pues también como que ella la percibe”.*

Diana: 19 años, 1er embarazo, 31 semanas de gestación.

*“pues a lo mejor le gusta, como que se estimula, o no sé, yo creo que le gustaba la sensación o algo así... yo creo que está muy feliz porque ha de decir que sus papás se quieren, quieren estar juntos y con él o con ella”.*

Gabriela: 34 años, 2º embarazo (1 aborto hace 2 años), 36 semanas de gestación.

*“pues yo creo que él también se tranquiliza mucho, no sé, siente que sus papás están contentos, o que están felices...”*

Miriam: 32 años, 2º embarazo (hija 4 años), 36 semanas de gestación.

*“no sé si se puso celoso, como diciendo que está presente, oye: estoy aquí yo, como que de territorio me imagino una cosa así, de: es mi mamá...”*

Nadia: 22 años, 1er embarazo, 30 semanas de gestación.

*“pues él no creo que todavía sepa lo que estamos haciendo, bueno todavía no sabe, pero no sé así como que dice: ¿ay qué estarán haciendo mis papás, por qué estaré así?... ¿ay qué estarán haciendo mis papás o por qué me muevo tanto?”*

Rebeca: 18 años, 1er embarazo, 35 semanas de gestación.

*“pienso que ha de estar tranquilo porque no sé, o sea estamos felices y él está tranquilo... pues no sé, que como es su papá, pues entonces se queda no sé, pues como es su papá lo deja, y este... se queda quieto porque es su papá”.*

Samantha: 22 años, 1er embarazo, 33 semanas de gestación.

*“yo creo que cuando lo disfruto yo igual y él se siente como tranquilo... aja, digo: ¿ay le incomodará?, pienso”*

Valentina: 35 años, 3º embarazo (hijo 7 años, un aborto hace 2 años), 35 semanas de gestación.

*“pienso que al terminar, que era una satisfacción plena que entonces se la podía transmitir yo al bebé, que a él no le afectaba en nada, y pues que no quedaba guardado en su memoria, realmente no lo sé”.*

Verónica: 39 años, 3º embarazo (17 y 12 años, hombres), 31 semanas de gestación.

*“yo creo igual dice: ¿ey qué le haces a mi mamá?... yo creo lo rechazó (el bebé), yo creo su humor, las hormonas, eso me pasó con mi primer hijo que a principios del embarazo igual llegaba su papá y era de sólo verlo irme a vomitar, no permitía que se me acercara, y ahora con él fue lo mismo... a mí nunca me ha gustado el anís, yo a mi pareja le percibía un olor a anís tan intenso pero yo sentía feo decirle que me daba asco, y me tenía que aguantar, aguantar que me abrazara y como es tan encimoso, tan besucón, yo decía: ay dios mío que ya se quite, pero sí sentía feo rechazarlo, yo creo que el bebé también lo rechazaba porque uno se escuda de: ay son las hormonas, digo a lo mejor después lo va a amar pero mientras hay que echarle la culpa a las hormonas”.*

- Fantasías de daño de la madre hacia su bebé

Son expresiones de temor a que la mujer o su pareja puedan herir o dañar a su bebé mientras conllevan su actividad sexual, por lo que puede ser un deseo culposo al satisfacerlo a costa de una posible lesión al feto, es un equilibrio entre amor y deseo de ese vínculo entre ellos (Freud, 1931); es por supuesto un deseo de daño hacia el bebé, que lo expresan con considerable ansiedad, sin dar explicaciones, sólo reiterando el temor a lastimarlo y sentir que quitan un espacio que no les pertenece (Aliño, 1983).

Haber satisfecho su deseo de daño amenaza con culpa de poder perder al bebé; su culpa las inquieta y parece que no disfrutan su sexualidad completamente, castigan su satisfacción; lo dijo claramente Gonzáles & Miyar

(2001), que los encuentros sexuales en esta etapa de la gestación disminuyen ante el temor de dañar al bebé o suscitar un parto prematuro. Es decir, fantasean con que su daño adelante el parto, o peor aun, que puedan perder al bebé; parece que justo cuando van a obtener lo que anhelaban, su culpa las castigara atentando contra su deseo. Incluso, para H. Segal (1989) los impulsos destructivos responden al cumplimiento alucinatorio de deseo contra un objeto desplazado, quizás destruido y atacado.

El verbo “lastimar” aparece reiteradamente, sus narraciones encubren también un temor a la castración. En este momento la relación simbiótica entre ellas y sus bebés es más fuerte, motivo por el cual adjudican el daño sólo en ellas, no así en sus parejas, lo que las hace sentirse más culpables. Con la mitad de emisiones respecto a la fantasía más emitida en el segundo trimestre, a continuación algunos de los 15 comentarios.

Blanca: 25 años, 1er embarazo, 36 semanas de gestación.

*“que al bebé se le haga algo extraño o que incluso eso me pudiera provocar que un aborto... yo creo que a lo mejor lo despertaba por el movimiento, se le hacía algo raro, o a lo mejor hasta se asustaba...”*

Dalia: 30 años, 1er embarazo, 37 semanas de gestación.

*“tienes esa... esa espinita por así decirlo de que no vayas a lastimar”*

Ingrid: 21 años, 1er embarazo, 36 semanas de gestación.

*“...es que yo tengo la idea que se puede lastimar o sea que se puede lastimar, dañar la placenta, no sé, así de ese tipo”.*

Nadia: 22 años, 1er embarazo, 30 semanas de gestación.

*“lastimarlo en el sentido de que, pues no sé, es así como, no sé un movimiento brusco digamos, que la posición no sea correcta... siento como que le podría lastimar una partecita de su cuerpo al hacer un movimiento”.*

Rebeca: 18 años, 1er embarazo, 35 semanas de gestación.

*“...no sé a que se me rompiera la fuente, algo así, algo muy absurdo, no sé, pero pues no... o sea sí me daban ganas pero no sé”.*

Samantha: 22 años, 1er embarazo, 33 semanas de gestación.

*“siento que también aja, como que lo podría aplastar, es que se siente extraño, como que sientes que le estás robando su espacio”.*

- Fantasías de daño del bebé hacia la madre

Las mujeres aquí categorizadas creen que el feto podría herir o lastimar a alguno de los miembros de la pareja, le confieren al feto tintes monstruosos, sus movimientos son percibidos como bruscos, agresivos o sádicos, provenientes de un ser peligroso, y los refieren a modo de quejas y dolor; si bien Mendoza (1965) afirma que la ambivalencia puede desaparecer tras los primeros meses del embarazo, hay mujeres en quienes los movimientos

fetales son percibidos como quejas a lo largo de toda la gestación, y esto justamente ocurrió con las siguientes emisiones.

El componente sádico de ellas lo proyectan en el bebé, como si fuera él quien deseara dañar, la mujer aparece como víctima de un ser que la lastima. Esto es, a su deseo de daño le corresponde un bebé efectivamente agresivo, que las lastima, dicho así, su deseo fantasioso tiene con qué sostenerse en la realidad. Para Soifer (1977) es natural que cuando se espera a un bebé predominen fantasías terroríficas, y se forje de él una imagen hostil y amenazante.

En el feto son depositados los mismos deseos de rechazo que la madre pudiera sentir hacia él, pero que evidentemente no serían permitidos; o bien, la agresión percibida proveniente de su madre está ahora trasmudada en el bebé quien la lastimará con la misma crueldad con que ella deseaba hacérselo a su madre (Langer, 1988); es su castigo por obtener o robar lo que deseaba. Parece que en este trimestre el daño es percibido indistintamente de la dirección, pues también con 15 emisiones, algunas así lo dijeron.

Carolina: 26 años, 2º embarazo (hijo 3 años), 37 semanas de gestación.

*“yo nada más sentía como una bolita como si se me enterrara en esta parte de aquí (señala su vientre) como si se me encajara, y yo así de: ay cómo me duele”.*

Cecilia: 24 años, 1er embarazo, 36 semanas de gestación.

*“ya bien que se siente, yo me imagino que me araña o mueve sus manitas, se siente así raro...”*

Diana: 19 años, 1er embarazo, 31 semanas de gestación.

*“sí pues me pateo o luego se pone duro... se hacía una bolita y me dolía, entonces ahí ya no quería porque me dolía”.*

Jesica: 30 años, 2° embarazo (hijo 10 años), 36 semanas de gestación.

*“se mueve bastante, luego sí me lastima porque jala como que el cordón umbilical...”*

Miriam: 32 años, 2° embarazo (hija 4 años), 36 semanas de gestación.

*“de repente sí te llega a lastimar un poquito... empiezo a sentir muy fuertes los movimientos...”*

Valentina: 35 años, 3° embarazo (hijo 7 años, un aborto hace 2 años), 35 semanas de gestación.

*“me lastiman porque hacen como hueco adentro, entonces ese hueco cuando se mueve me lastima, o sea así como que digo: ay...”*

- Fantasías de fealdad

Es la angustia por verse deforme y quedar así, ahora que el vientre abultado es ya una norma les parece un estorbo, perciben que han perdido su atractivo, no se han habituado a su nueva imagen, ahora se enfilan a ser mamás, seres tiernos y pareciera que no se permiten ser sensuales; por ende, la libido disminuye dando cabida a estas fantasías y es posible que se nieguen a un encuentro sexual (Corrales & Villaseñor, 1990). Así también, su cuerpo cambiado indica que la niña se ha convertido en mujer gestante, por lo que el rechazo a su cuerpo está relacionado al grado en que acepta su maternidad.

Desmienten la idea de que el embarazo es un estado de plenitud, no mencionan al bebé como autor de su cuerpo cambiado, a pesar de que es él a quien albergan, y es que pareciera que la mujer debe disfrutar su maternidad, incluso a expensas de su vida sexual, esfera que no va de acuerdo con su rol afectivo y doméstico (Schmukler, citado en Marcús, 2006). Un total de 13 comentarios ejemplifican a esta fantasía, algunos son los siguientes.

Ingrid: 21 años, 1er embarazo, 36 semanas de gestación.

*“eso sí me dio así como que muy, muy de golpe, pero igual ya no te mueves con la misma agilidad, te tienes que esperar, tienes que medir tu cuerpo, ya no cabes por un espacio más pequeño, entonces te tienes que dar la vuelta, entonces pues sí es así como que muy diferente”.*

Nadia: 22 años, 1er embarazo, 30 semanas de gestación.

*“físicamente, pues todo, yo no tenía estrías, y me están saliendo estrías, yo estaba bien flaquita, no sé cómo quede”.*

Rebeca: 18 años, 1er embarazo, 35 semanas de gestación.

*“pensaba que era como que me daba cosa, así ya panzona y tener relaciones como que me daba cosa, no sé...”*

Samantha: 22 años, 1er embarazo, 33 semanas de gestación.

*“por la posición también porque por mi peso y todo como que no sé, me siento muy pesada y no me siento muy atractiva... pienso en él (habla de su pareja) y también como en: ay estoy toda aja, como toda gorda... digo: de seguro no lo atraigo, o algo así, por cómo me*

*ve, no me gusta estar mucho en la posición yo arriba de él, porque digo: no, o sea me está viendo toda y como que no”.*

Verónica: 39 años, 3° embarazo (17 y 12 años, hombres), 31 semanas de gestación.

*“porque psicológicamente ya no soy la mujer, me vuelvo la mamá y ya me bloqueo, entonces digo: no, no, hasta ahí. Lo que pasa que, es que mis hijos, él (se refiere a su pareja), todos, sus papás, sus hermanas, es una fijación en mi panza, le dan besos y todo, entonces yo lo veo no sé, yo lo veo mi panza grandota como sinónimo de madre, de ternura, de protección, no sé, y que él me toque mi panza cuando nos estamos apapachando entonces así como que: no, no porque dejo de tener sensaciones como mujer; es la mamá, y la mamá no permite”.*

- Fantasías voyeuristas

Las participantes creen que el feto posee la habilidad de mirar a la pareja mientras tienen relaciones sexuales, para Macy & Falkner (1980) creer que durante el coito son observados por el hijo es común en el tercer trimestre, y efectivamente la prevalencia fue mayor en este momento del embarazo. Estas narraciones no hablan de unos padres que se oculten, sino que es el bebé quien decide darles su espacio pues sabe lo que están haciendo; esto a expensas de que es en el sexto mes de gestación cuando sus sentidos ya están desarrollados, sin embargo, aún no son conscientes del significado de lo que escuchan, pues responden indistintamente a las ondas sonoras que emite la madre (Maldonado-Durán, Saucedo-García & Lartigue, 2008).

O bien, le dan al feto el papel de juez que no aprueba lo que hacen y deben ocultarlo, se trata de un deseo culposo y de un temor al incesto, esto a raíz de que en el feto está depositado el Superyó materno que puede castigarlas (Águila, 1972). Son fantasías que hablan del origen del ser humano y cómo ellas traducen el haberlo descubierto; al respecto Doltó (2001) habla de que la escena primaria permanece oculta y muchas veces sale a la luz a raíz de su primer embarazo, motivo por el cual estas participantes lo reviven ahora, lo cual le permite a la mujer liberarse del sentimiento de culpa por envidiar a su madre.

Entre las narraciones también es posible hallar a quien utiliza el humor para ocultar así su ansiedad. Una participante en particular ejemplifica la fantasía de creer haber visto a sus padres cuando la concebían, lo cual constituye un extremo del fantasear para Freud (1916b). Con 8 lexias, algunas así lo manifestaron.

Rebeca: 18 años, 1er embarazo, 35 semanas de gestación.

*“se queda quieto, como que no sé, me imagino que ha de estar pensando que qué hacemos, qué es eso, pero que no, no sé, no se mueve...”*

Samantha: 22 años, 1er embarazo, 33 semanas de gestación.

*“...nos está escuchando a los dos pues en un estado supongo que de felicidad... a veces siento como si nos estuviera cachando... ay que no nos escuche”.*

Valentina: 35 años, 3° embarazo (hijo 7 años, un aborto hace 2 años), 35 semanas de gestación.

*“Yo suponía que el bebé también pudiera tenerlo registrado en la memoria... yo tuve un consulta con un tratamiento de dianética, ¿dianética, si se llama así? Bueno es como psicólogo, pero donde te hacen que te duermas, o cierras los ojos y empiezas a regresar, entonces yo logré ver cuando mi mamá me estaba concibiendo”.*

Verónica: 39 años, 3° embarazo (17 y 12 años, hombres), 31 semanas de gestación.

*“es educado, dice: mis papás están haciendo cochinadas mejor no me meto”.*

- Fantasías benéficas

Ante la cercanía del parto, creen que su actividad sexual trae un beneficio al feto, principalmente para facilitar el parto ahora que lo tienen tan próximo, como relajación o estimulación para él, omitiendo así sentimientos negativos hacia el bebé y defendiéndose con lexias maníacas en las que hablan de una madre seductora que obra en función del beneplácito de su bebé. Depositar en otra persona sentimientos que nos parecen intolerables en nosotros es un mecanismo de defensa en la fantasía (Segal, 2001), el ejemplo claro es decir que quien disfruta el acto sexual es el bebé y no ellas, que lo hacen por su bien.

Se trata también de defensas contra el posible daño que pueden o desean ocasionarle al feto, así como de una defensa contra ejercer su sexualidad, y es que reemplazar lo que nos causa angustia con ideas que sí

nos satisfagan en la fantasía hará más cómoda la vida dice Julia Segal (2001).  
Sólo 4 emisiones hubo aquí, algunas aparecen en seguida.

Dalia: 30 años, 1er embarazo, 37 semanas de gestación.

*“de hecho es un estímulo para el bebé, o sea no se lastima, es una sensación agradable para él”.*

Noemí: 25 años, 1er embarazo, 35 semanas de gestación.

*“de hecho le ayudaba al cuello como a estar más como no sé, como elasticidad o una cosa así, no tengo ahorita la palabra, le ayudaba más a abrirse al cuello del útero”.*

- Fantasías de regresión

El deseo de dormir encubre la necesidad de una identificación fantaseada con el feto, esta hipersomnia favorece el mecanismo de negación (Langer, citado en Soifer, 1977), es común en el embarazo y sirve también como defensa biológica y una dependencia para con su pareja, mostrándose como una figura infantil, un retorno a lo reprimido y a sus ideas primitivas en las que dependía de otros para subsistir.

Maldonado-Durán & Feintuch (2001) encontraron esta situación justamente el final del 9º mes de gestación, en que las mujeres se muestran dependientes de su pareja o de cualquier persona a su alrededor, lo que podría llamarse una “regresión relativa”. Con sólo 3 ocasiones en que apareció, un ejemplo es el siguiente.

Miriam: 32 años, 2° embarazo (hija 4 años), 36 semanas de gestación.

*“le digo (a su pareja): simplemente abrázame porque no puedo dormir, porque yo para dormir necesito que me abracen”.*

- Fantasías negación de daño

Aparecen como un mecanismo de defensa ante poder o desear lastimar al bebé debido a conflictos persecutorios ambivalentes hacia el embarazo (Langer, citado en Soifer, 1977); argumentan que su actividad sexual no es dañina para el feto pues está protegido o no se entera de lo sucedido; lo anterior no dista de ser cierto, pues los médicos lo apoyan señalando que la bolsa en la que está inmerso el feto lo protege de los golpes o caídas que pudiese tener la madre (Moore, 1988), sin embargo, en este caso se trata de una defensa que aminora su ansiedad de daño, lo cual es una ventaja del uso de fantasías (Isaacs, 1971).

Citando a Águila (1972), aclara que las fantasías le confieren a la persona un control omnipotente y la pueden dotar de mecanismos de reparación, lo cual es claro que fue utilizado por estas mujeres; y es que finalmente responden a sus deseos eróticos aunque muchas veces no se den cuenta de ello o no quieran hacerlo. Fueron sólo 2 emisiones, las cuales aparecen a continuación.

Gabriela: 34 años, 2° embarazo (1 aborto hace 2 años), 36 semanas de gestación.

*“no le pasa nada, tiene su protección siempre y cuando lo haga uno como se recomienda de un ginecólogo...”*

Miriam: 32 años, 2° embarazo (hija 4 años), 36 semanas de gestación.

*“pues me imagino que está como dormido, yo creo que está como tranquilo”.*

- Fantasías de exclusión

Estas mujeres creen omitir al feto intencionalmente, realizan su actividad como si no sintiesen al bebé, negando con ello su condición de embarazadas (Maldonado-Durán & Feintuch, 2001); argumentan que durante su vida sexual el bebé está ajeno a la pareja, como si él impidiera que continuase su aporte placentero, pareciera una actitud celosa por parte del bebé, actitud que evidentemente le ha conferido la mujer. Bien lo dice Segal (2001), creer que si hacemos caso omiso de algo, separándolo de la realidad y nos concentramos en otra cosa, eso desaparecerá y lo hará también nuestra ansiedad.

Con base en lo que dice Marie Langer, en estas mujeres hay un rechazo al hijo esperado, traducido como fantasías persecutorias a raíz del conflicto edípico, por lo que ahora recurren a la negación como mecanismo de defensa (citado en Soifer, 1977). Dicho esto, para Susan Isaacs (1971) estas fantasías de negación sirven como defensa contra su ansiedad, y es además un control contra sus pulsiones y poder entonces satisfacer sus deseos.

Da la impresión que el embarazo no va de la mano con el placer, sus lexis encubren temor a ser observados, o temor a ver la escena primaria de la misma mujer, por tanto, niegan la presencia del bebé en escena. Los siguientes son las 2 ocasiones en que pareció esta fantasía.

Samantha: 22 años, 1er embarazo, 33 semanas de gestación.

*“...trato de no pensar en el bebé porque sí no dejo de sentir placer”.*

Valentina: 35 años, 3° embarazo (hijo 7 años, un aborto hace 2 años), 35 semanas de gestación.

*“...no la sentía, no se movía”.*

- Fantasías monstruosas

Es la idea de concebir a un monstruo o a un ser anormal, un hijo con malformaciones representa también el horror al incesto, y en consecuencia manifiestan un claro rechazo al acto sexual; estas ideas agobian a la embarazada y encubren verdaderos deseos hacia su madre (Águila, 1972), quien podría castigarla por poseer algo que no le pertenece. Esta lexía denota el temor a parir un hijo enfermo, lo cual significaría una herida narcisista ante la posibilidad de ser madre y querer ocupar un lugar que siente que no es suyo, sobre todo siendo tan joven y primigesta, aún le falta identificarse con su madre y saberse mujer como ella, capaz de engendrar un niño sano. A pesar de la proximidad del parto, momento en que quizás aumentaría esta fantasía, fue sólo una participante quien la mencionó.

Diana: 19 años, 1er embarazo, 31 semanas de gestación.

*“que algo le pudiera pasar, me imagino que nazca enferma, que nazca enferma”.*

## **Miedos y sueños en el período gestacional.**

Así como las participantes manifestaron sus ideas al percibir los movimientos fetales asociados a su actividad sexual, también compartieron sus miedos o algunos sueños que habían tenido durante los meses de gestación de manera general, es decir, no en una situación específica como lo es su vida sexual en pareja. Al revisar los resultados, vale recordar a Águila (1972) quien dice que los temores paranoides ante el feto se contraponen con el deseo de reparar a la madre destruida, por lo que buena parte de estos temores tendrán como base la imagen que las embarazadas se han forjado de sus madres.

Para Lemoine-Luccioni (2001) a partir del tercer trimestre de gestación la mujer es presa de ansiedad que tiene como tema el futuro parto, miedo a morir en él, tener un hijo con malformaciones o un futuro incierto, y ahora veremos que esto ocurre pero no se limita sólo al último trimestre, sino que las de la mitad de su embarazo son protagonistas de lo mismo.

Se buscó categorizar tanto los miedos como los sueños y englobarlos de acuerdo a aquellos que comparten características. Para su exposición aparecen ordenados de mayor a menor incidencia sin diferenciar el trimestre de gestación en que se encuentra la participante, hasta terminar con aquellos de menor incidencia agrupados en conjunto; dicho esto, a cada ítem le procede su definición según las mismas narraciones y con base en la literatura revisada previamente, posteriormente se enlistan algunos fragmentos del discursos que los ejemplifican, cada cual con las características de la participante a quien de igual manera se modificó su nombre por respeto a su privacidad.

- Miedo al parto

En este miedo se engloban los que refirieron las embarazadas relacionados al momento de desencadenarse el parto, ya fuese en función del hospital, los médicos, el dolor o ellas mismas, etc. Sus comentarios se notan cargados de ansiedad, principalmente en aquellas para quienes el parto es muy próximo, y es que ahora en la recta final es común que las aseche un sentimiento de pérdida en el que deben ceder al mundo a ese ser con quien se sentían únicas, motivo por el cual la idea del parto les causa angustia.

Al respecto dice Lemoine-Luccioni (2001) que luego de errar buscando su completud, ahora la mujer embarazada la ha encontrado con su hijo para luego perderla tras el parto, lo cual les crea un delirio de omnipotencia, una participante lo dice claramente en su siguiente narración:

*“me acuerdo mucho del momento en que nació mi otro hijo, que de momento me desinflé como un globo, cuando lo sacaron, me da un poco de tristeza llegar porque se siente un vacío bien feo, aparte de que te da así como que el... la post... ¿el postparto le llaman? me acariciaba el vientre ya sin el bebé y sentía como que algo me faltaba, te acostumbras tanto a sus movimientos que ah”* (Adriana: 30 años, 2° embarazo (hijo 5 años), 18 semanas de gestación.)

Así también, las participantes aquí mencionadas temen al dolor, porque se les ha dicho que dolerá más de lo que es real, como si el dolor fuese un acompañante inevitable del parto (Águila, 1972); temen a la anestesia, y es que quieren estar despiertas en el momento justo en que nazca el ser con el que han vivido simbólicamente y del que temen separarse (Videla, 1997). Al respecto, Zar, Wijma & Wijma (2002) refieren que el temor aumenta cuando la

mujer está anticipada a que se utilizará el método de cesárea, y es claro lo que ocurrió con una de las participantes.

Con base en lo que dijeron Corrales & Villaseñor (1990), el temor a sufrir alguna adversidad en el parto aumenta en mujeres primigestas, y la mayoría de las participantes de esta categoría efectivamente transitaban por su primer embarazo; sin embargo, aquellas mujeres con partos previos temían lo mismo, pues argumentaban que ya sabían lo que les esperaba. Así también, las participantes se nombran como principales responsables en caso de que el parto se complique; y si bien es cierto que ellas tendrán una participación activa, en sus narraciones se perciben atisbos de culpa, así como un contradeseo hacia el convertirse en madre.

Como lo dijo Villareal (1971), este temor es más común a partir del 7° mes, momento en que el tema del futuro parto aparece colmado de miedos y se comprueba ahora, pues 10 narraciones corresponden efectivamente a este trimestre. Con un total de 14 emisiones, algunos ejemplos son los siguientes.

Adriana: 30 años, 2° embarazo (hijo 5 años), 18 semanas de gestación.

*“el temor de llegar a la cesárea, a pesar de que ya sé lo que es la raquia y todo, el temor a la raquia, como fue muy doloroso para mí, ya sé a lo que voy, ya sé lo que duele y sí le tengo un poco de miedo”.*

Blanca: 25 años, 1er embarazo, 36 semanas de gestación.

*“ahorita ya los nervios han incrementado, el hecho de estar en la camilla, de no saber no sé, o no hacer bien lo que me dice el doctor*

*para que el niño no sufra a la hora de salir de manera natural, porque lo quiero tener de manera natural, no quiero que sufra, me da miedo que el doctor lo jale mucho y le llegue a ocasionar una fractura en su bracito o en su cabeza, no sé, eso me da mucho miedo porque yo no lo voy a poder ver”.*

Diana: 19 años, 1er embarazo, 31 semanas de gestación.

*“me pone nerviosa cuando vaya a dar a luz, que se enferme mi bebé o yo me enferme y no la pueda ayudar a salir, no sé, que no tenga la fuerza para ayudar a que ella salga, eso es lo que me da miedo”.*

Samantha: 22 años, 1er embarazo, 33 semanas de gestación.

*“me da miedo que a la hora del parto lo lastimen, no sé por qué, me da mucho miedo eso, me da miedo como sentir dolor a la hora del parto, y así me da mucho, mucho miedo”.*

- Miedo al fracaso

Este miedo hace alusión a la idea que tienen las mujeres embarazadas de no poder educar de manera correcta a su bebé, que no podrán afrontar los retos o sus demandas, comienzan a preocuparse por la responsabilidad que trae consigo un hijo y dudan sobre su rol de madre, si bien Villareal (1971) menciona que comienza en el segundo trimestre, la mayoría de las participantes de este estudio cursaban el tercero. Entre las narraciones hay también indicios de un temor a lastimarlo, de que se cumpla su deseo de rechazo y destrucción ahora en el bebé real.

El temor al fracaso viene dado ante el errar ya no sólo como mujer, sino atenuado ahora al ser madre, por ende, no poder ocupar el lugar de su propia madre; como dice Lemoine-Luccioni (2001) con la maternidad las féminas dejan de ser niñas y se convierten en mujeres, lo cual requiere un proceso de duelo, el temor aumenta cuando las gestantes no han tenido una buena relación con sus madres o no se han reconciliado con ellas, por lo que un fracaso sería un fiasco directo contra esta nueva etapa de sus vidas tras el peligro o la seguridad de saberse identificada con su madre.

El ejemplo más claro lo ofrece la tercera participante, quien tras ser abandonada por su mamá ahora no sabe cómo ser una buena madre y le resulta complicado aceptar su maternidad, teme repetir patrones indeseables (Maldonado-Durán, Saucedo-García & Lartigue, 2008), y es que sabe cómo no quiere ser, pero tampoco tiene el ejemplo de cómo afrontar la maternidad. Fueron 8 las emisiones, a continuación aparecen algunas de ellas.

Blanca: 25 años, 1er embarazo, 36 semanas de gestación.

*“el no saber cuidarlo, cuando lo bañe, me da miedo bañarlo, no me gustaría bañarlo solo, prefiero estar con mi mamá o mi esposo y bañarlo o que se me caiga...”*

Ingrid: 21 años, 1er embarazo, 36 semanas de gestación.

*“después de que nazca, ya es así como que: ¿cómo lo voy a educar, qué le voy a enseñar, lo voy a hacer bien?”*

Sofía: 22 años, 1er embarazo, 22 semanas de gestación.

*“... le hablo mucho, pero pues no sé a lo mejor hablarle como mamá, no sé ser mamá, entonces pues sí me cuesta trabajo aceptarlo, no sé cómo vaya a ser... y no ser una buena mamá porque a lo mejor porque no tuve el ejemplo de la mía, me da mucho miedo regarla, me da mucho miedo ser como mi mamá, trato de no, trato de no hacer lo mismo que hacía mi mamá”.*

- Miedo a lastimarlo

A expensas de su actividad sexual, este miedo se presenta ante la idea de la madre de poder hacerle daño a su bebé con cualquier actividad que ella realice, pero principalmente al dormir, como si de manera inconsciente lograra lastimarlo, lo cual viene a colación de un sentimiento de culpa ante el rechazo con que pudo haber vivenciado su embarazo (Langer, 1988), y que su deseo se cumpla lastimando al ser que se gesta dentro de ella. La prevalencia fue, aunque poca con 5 emisiones, casi igual sin importar el trimestre de gestación de la participante, estos son algunos ejemplos.

Lucía: 29 años, 2° embarazo (hija 1.2 años), 18 semanas de gestación.

*“pues lo que me produce miedo es llegarlo a lastimar así para dormir, porque sí por ejemplo ahorita no puedo dormir bien, porque de repente me volteo de un lado y siento que lo lastimo, me volteo del otro lado y siento que lo lastimo, y a veces pues no, no puedo dormir por eso, ese es el temor que me da”.*

Mónica: 36 años, 1er embarazo, 25 semanas de gestación.

*“por ejemplo yo a la hora de dormir me acuesto de lado, entonces siento mucho movimiento y entonces a lo mejor lo estoy molestando en algo”.*

- Miedo a perder al bebé

Este miedo hace alusión al deseo culposo de algunas mujeres que una vez logrado tener el hijo deseado, temen que alguien se los quite, principalmente su figura materna, como si no les perteneciera. Así también, el temor a perder al bebé está fundado en el temor a ya no saciar sus deseos como fémina (Langer, 1988), pues al hacerse madre se sentirá completa y se vivirá como creadora. Con la muerte del niño, la mujer perdería también algo de ella, lo cual pondría en duda su feminidad (Doltó, 2001).

Lemoine-Luccioni (2001) habla de un delirio que puede envolver a algunas embarazadas, se trata de un deseo de muerte en el que el hijo real es rechazado, por lo que ahora temen que su deseo en verdad se cumpla y pierdan al bebé que están esperando.

Curiosamente, la prevalencia fue mayor en el segundo trimestre, es decir, cuando están aún lejos del parto, y sólo una participante hubo en el tercero; así también, del total de emisiones, todas tenían un aborto previo, lo cual evidentemente aumentó su temor como bien lo predijo Corrales & Villaseñor (1990) pues temen que este embarazo tampoco pueda lograrse, con un total de 5 emisiones, estos son algunos ejemplos.

Margarita: 36 años, 3er embarazo (hija 13 años, 1 aborto hace 3 años), 15 semanas de gestación.

*“incluso hasta ahorita tengo el miedo a que de repente pues vaya a tener un aborto o algo, la verdad aunque yo sé que ya pasaron los 3 meses que son los más, pues de más delicados, sé que todavía corre el riesgo”.*

Rocío: 35 años, 3er embarazo (hijo 3 años, 1 aborto hace 1 año), 22 semanas de gestación.

*“de repente por la misma situación que viví del aborto hace un año, pues que vuelva a suceder, yo sé que bueno ya ahorita tengo casi 6 meses pero bueno pues el que pueda suceder un aborto y demás pues eso sí me asusta”.*

- Miedo a no poder alimentarlo

Si bien el temor pudo haber decaído producto del ritmo de vida de algunas mujeres que ya no todas amamantan a sus bebés, lo cierto es que se mantiene presente en unas cuantas; ahora los senos dan muestras de que la joven es una mujer gestante, capaz de alimentar y dar vida a un ser, y de no poder hacerlo fracasaría como fémina (Doltó, 2001); al respecto Winnicott (1993a) mencionó que el vínculo que se produce entre la madre y el bebé cuando es amamantado no se equipara a alimentarlo con biberón, sin embargo hacer esto tampoco es pecado; la presión social sí cae sobre la madre, por lo que poder amamantar a su bebé sería más importante para ella que para el propio recién nacido. Del total de comentarios pertenecientes a esta categoría, a continuación algunos ejemplos de las narrativas.

Blanca: 25 años, 1er embarazo, 36 semanas de gestación.

*“no poder alimentarlo, o sea sí quiero amamantarlo, y me da miedo no poder, no tener leche para no alimentarlo”.*

Regina: 30 años, 2° embarazo (1 aborto hace 1.5 años), 27 semanas de gestación.

*“no sé por qué mi preocupación, es lo único que me preocupa, que no pueda agarrar el pecho y no pueda comer bien, que lo tenga que tener a mamilas, a cosas que ni siquiera le van a nutrir como la leche”.*

- Otros miedos

En este apartado se engloban miedos que por ser de mínimas emisiones no se englobaron en otra categoría, por estos me refiero como a que algo les suceda en el parto, que puedan robarles a sus hijos, que sea equívoco el sexo del bebé, etc. El temor a perder a su bebé es producto del deseo cumplido de haber tenido al hijo deseado del padre y que alguien las castigue llevándoselo (Soifer, 1977). De igual manera, algunas temen a la muerte de ellas mismas, sobre todo quienes tienen otros hijos y temen dejarlos desamparados, y es que con la posibilidad de dar vida pueden también tener la muerte, lo cual reactiva las angustias y depresiones del nacimiento de la propia madre (Videla, 1997).

Referente al sexo del bebé, particularmente el que sea niño representa la fantasía cumplida hacia el narcisismo de la madre, y ahora su miedo es que no se realice finalmente. De la misma manera, no dejan de ser fantasías respecto a la diferencia entre los sexos y su defensa contra la revelación de la

castración, de ella como mujer y su hija que vendrá a reparar la relación entre ella y su madre (Diccionario de psicoanálisis, s. f.).

Alma: 26 años, 2º embarazo (hija 2 años), 14 semanas de gestación.

*“...que me tenga que poner mal y dejar a mi hija, nada más eso, bueno eso sí me da mucho miedo”.*

Lucía: 29 años, 2º embarazo (hija 1.2 años), 18 semanas de gestación.

*“también de los bebés, que luego dicen que se los roban de los hospitales, y eso es lo que también me da mucho miedo”.*

Rocío: 35 años, 3er embarazo (hijo 3 años, 1 aborto hace 1 año), 22 semanas de gestación.

*“si fuera niño, no porque me desagrade la idea, sino porque a lo mejor el hecho de ya tener a un niño y volver a tener otro, como que siento que a mí me pondría como un poco decir: bueno pues chin, ni modo, no porque lo vaya a rechazar, igual ya sea niño o niña es bienvenido y se va a recibir con muchísimo amor y con muchísimo cariño, sin embargo mi deseo sí es muy fuerte hacia una niña”.*

Valentina: 35 años, 3º embarazo (hijo 7 años, un aborto hace 2 años), 35 semanas de gestación.

*“mi temor ahorita es que me dijeron que era niña, pero que realmente cuando nazca sea niña, ese es mi único temor”.*

## **Sueños.**

Una vez revisados los miedos que agobian a las mujeres embarazadas se enlistan ahora los sueños que recordaban o hayan querido compartir para este trabajo, recordemos que la pregunta se hizo de manera general, por lo que bien pueden guardar relación con su vida sexual, no obstante, otros son ajenos a su sexualidad. De manera similar, se enlistan de mayor a menor prevalencia agrupados según características en común y cada uno con ejemplos del discurso de las participantes.

- Sueñan a un bebé pero no logran verle su rostro

Esta emisión fue muy común, como lo anuncia la literatura, y es que el bebé real será real una vez que haya nacido, cuando ellas finalmente lo conozcan, por lo pronto sólo responde a sus fantasías y/o anhelos. El bebé de sus sueños aparece con el rostro cubierto, algunas fantasean que es suyo porque lo están cargando o porque ya no tienen su vientre abultado, sin embargo no logran mirarlo con claridad. Del total de las participantes, 5 cursaban el tercer trimestre pues están más próximas al parto y finalmente podrán conocerlo, y otras 2 transitaban por el segundo trimestre de gestación.

Margarita: 36 años, 3er embarazo (hija 13 años, 1 aborto hace 3 años), 15 semanas de gestación.

*“o sea nada más me acuerdo o sea que era un bebé, de su silueta, pero la cara no”.*

Nadia: 22 años, 1er embarazo, 30 semanas de gestación.

*“o sea he soñado sus manitas, sus pies, pero nunca la cabeza, o sea nunca le veo los ojos, su boca, su nariz, nunca se la veo, o sea sí la veo y que yo le estoy dando de comer pero nunca le veo a él la carita”.*

Noemí: 25 años, 1er embarazo, 35 semanas de gestación.

*“sueño que ya nació pero no la veo nunca, o sea no la conozco en mis sueños, sólo así que estoy recuperándome en el hospital a veces, pero no la veo, y yo les digo que me la lleven o algo y ya me dicen que sí que me la van a llevar, pero me despierto y ya no la veo, o ya también que estoy en mi casa y que la voy a bañar o algo, pero no, nunca la veo, o sea sé que está ahí ya porque ya no tengo la panza, pero no la veo nunca, nunca”.*

- Sueñan a un bebé sano

Estos sueños están relacionados directamente con las fantasías monstruosas revisadas previamente. Aunado al temor de traer al mundo a un ser monstruoso este sueño aparece como su contraparte, esto para disminuir la ansiedad con la que espera la embarazada la llegada de su bebé y que su papel de creadora sea satisfactorio (Lemoine-Luccioni, 2001); con lo cual disminuye también la culpa ante el rechazo con que por momentos vivió su embarazo, en una normal e inevitable ambivalencia. Los fantasmas de su infancia se traducen ahora sobre el hijo esperado, por lo que dudan que todo esté bien con él, que pueda nacer enfermo o con alguna malformación (Maldonado-García & Feintuch, 2001). Con un total de 4 emisiones, sólo apareció en el segundo trimestre, a continuación ejemplos.

Elena: 23 años, 2º embarazo (hija 3 años), 27 semanas de gestación.

*“siempre lo sueño que venga sano y esté pues grande, saludable”.*

Mónica: 36 años, 1er embarazo, 25 semanas de gestación.

*“me lo imagino que venga sano, obviamente que venga sano”.*

- Sueño reparador

En este sueño aparece la llegada del bebé vista como un acontecimiento que sólo traerá alegría y felicidad a la mujer, que las complementará como féminas, omitiendo así la ambivalencia del embarazo en la que se pudo haber rechazado a ese nuevo ser; se alimenta de la ensoñación o el fantaseo de un hijo perfecto. De acuerdo con Doltó (2001), la fertilidad le da a la mujer la satisfacción de haber obtenido el representante fálico que tanto deseaba, lo cual le brinda placer personal y social, ahora se sabe poseedora de un aparato genital fértil, por lo que sólo pueden estar felices. Esta ensoñación les permite reparar la imagen materna y recrearla en forma positiva (Soifer, 1977), que les dará lo que les faltó cuando niñas.

En la misma categoría se engloban sueños similares a los reportados en el estudio realizado por Sjögren, et. al. (2004) el 80% de las participantes estaba en desacuerdo en que su bebé fuese feo, una participante de esta investigación concuerda con dichos resultados, dice que se lo imagina guapo. De 3 emisiones en total, a continuación ejemplos.

Alma: 26 años, 2º embarazo (hija 2 años), 14 semanas de gestación.

*“pero bueno a veces sueño que mi hijo es güero con su cabello quebrado, así como que guapito, porque sí le digo a mi esposo que la*

*niña está, bueno que mi hija no va a ser bonita pero pues tampoco va a ser fea, que va a ser así como que una niña no simpática pero pues tampoco va a ser así como que... yo digo que a lo mejor mi hijo va a ser güero y guapo”.*

Diana: 19 años, 1er embarazo, 31 semanas de gestación.

*“sí he soñado que he estado embarazada, pero el que me gusta más es cuando sueño que ya la tengo en mis brazos, porque siento que soy muy feliz”.*

- Sueños en los que aparecen sus padres

Ya sea el padre o la madre de la misma embarazada aparecen en sus sueños, ambos como una historia edípica no elaborada, en la que tener un bebé supone la fantasía cumplida de obtener el hijo deseado del padre o haberle robado algo a la madre (Langer, 1988). Ya lo decía Winnicott (1993b), es común escucharles creer que el bebé le pertenece a alguno de sus padres, o ver en el hijo a uno de sus progenitores representados.

Cuando aparece el padre, da muestras de que ahora la mujer posee lo que tanto anheló de él cuando niña (Lemoine-Luccioni, 2001). En tanto que si aparece la madre, para la embarazada puede suponer que su hijo le pertenezca a su madre y no a ella (Langer, 1988). De 3 emisiones, únicamente en el segundo trimestre, los siguientes son ejemplos.

Sofía: 22 años, 1er embarazo, 22 semanas de gestación.

*“bueno yo la veía que la estaba cargando mi papá y que mi papá tenía una pareja, entonces que él y su pareja la estaban cargando y la*

*estaban cuidando, y que yo no dejaba que la persona, la pareja de mi papá, la agarrara, pero que mi papá sí, que me enojaba porque ella la agarrara”.*

Thalía: 32 años, 1er embarazo, 14 semanas de gestación.

*“bueno cuando recién tuve la noticia del embarazo, soñaba que mi mamá que murió el año pasado me enseñaba un bebé y ella me decía: este va a ser tu hijo, pero yo todavía no sabía que estaba embarazada, poco tiempo después lo supe, y últimamente sueño que ella está también cuidando al bebé y me lo está llevando”.*

- Otros sueños

Aparecen a continuación los sueños que no tuvieron más de una mención, pero aun así es menester reportarlos y ejemplificarlos. Las menciones van desde un parto sin complicaciones, y bien dice Videla (1997) que quien habla de la concepción con amor y planeación, fantasea con un parto de la misma naturaleza; de ahí pasamos hasta sueños en donde pueden mirar su vientre como si fuese un cristal, como una fantasía de su vientre interno; en la fantasía por ver, aparecen también elementos de sangre.

Asimismo, hay sueños con situaciones adversas en las que nadie las ayuda, como si fuese un castigo por haber engendrado con éxito, que están solas o no pueden con ambos hijos, etc.

Aidé: 21 años, 2º embarazo (hijo 4 años), 22 semanas de gestación.

*“que era una niña y estaba muy gordita, estaba gorda, gorda, gorda y que me iba a aliviar yo sola, que no había nadie que me acompañara ni nada, es lo que soñé, que era una niña y estaba muy gordita”.*

Dalia: 30 años, 1er embarazo, 37 semanas de gestación.

*“Yo quiero un parto normal entonces así lo soñé y afortunadamente viene bien colocada etc. y con las condiciones necesarias para que pueda ser un parto, y fue algo pues... pues casi, no sé, tangible, una sensación de satisfacción, de gusto, te levantas como de muy buen humor, como relajada, entonces te digo no tuve en mi sueño ninguna sensación de dolor, al contrario, todo fue muy bueno y rápido”.*

Gabriela: 34 años, 2º embarazo (1 aborto hace 2 años), 36 semanas de gestación.

*“no, nada más tuve un sueño en el cual yo lo veía a mi bebé, así de mi pancita como si tuviera nada más... como si hubiera abierto mi pancita, de la herida que me quedó de mi cirugía del quiste, y como que se veía una películita y de ahí lo veía yo nada más, así como que muy tenue su imagen de él pero fue el único sueño que he tenido...”*

Thalía: 32 años, 1er embarazo, 14 semanas de gestación.

*“sueño que mi esposo a veces se va y no sé por qué se va, sigo embarazada pero él se va, y dice que va por medicamentos porque yo me siento mal pero no regresa entonces pido ayuda.”*

## CONCLUSIONES

El objetivo de la investigación era describir las fantasías que presentan las mujeres embarazadas en cuanto a su vida sexual, esto a colación de percibir los movimientos fetales, y efectivamente fue lo que se hizo; sus lexías dieron la posibilidad de categorizarlas conforme a las propuestas en la metodología, así también, se pudo hacer una comparación entre el segundo y el tercer trimestres de desarrollo fetal. Sin embargo, luego de llevar a cabo el análisis, ha quedado claro que las narraciones no siempre pertenecen sólo a un tipo de fantasía de los aquí propuestos, sino que hubo ocasiones en que las narraciones bien podrían pertenecer a otra fantasía, por lo que queda claro que una fantasía puede contener a su vez otra o emerger juntas.

De acuerdo a la hipótesis planteada, se comprobó que fue este último momento del embarazo en el que la producción de fantasías fue mayor, incluso con casi el doble de emisiones, esto a pesar de que las investigaciones reportan que la vida sexual durante el embarazo tiende a decaer en este momento de la gestación, no obstante, los movimientos fetales aumentan, por lo que pudieron servir de contención para el afloramiento de fantasías.

Y no sólo se analizaron las fantasías que dan pie tras percibir los movimientos fetales, pues lo mismo se hizo con los sueños y aquellos miedos que albergaban el inconsciente de las mujeres, tópicos además que no distan de ser fantasías, y lo mismo son una huella de la vida psíquica de estas mujeres.

Por ende, los resultados aquí reportados no deben tratarse con banalidad, a pesar de que fue un grupo pequeño de participantes, los

hallazgos no merecen tomarse a la ligera, y es que el presente estudio contribuye a esclarecer el bagaje emocional que viven algunas embarazadas y cómo podemos interpretarlo; tiene entre sus utilidades reportar elementos que pueden ser utilizados por profesionistas de otras áreas, ver de manera conjunta las ideas de estas mujeres encinta, y por supuesto en un momento dado, trasladarlo a otras mujeres en igual estado gestacional.

Al respecto, debe señalarse como limitantes de la investigación el hecho de que en un inicio el trabajo fue planteado como un proyecto ambicioso, que a razón de ser de los objetivos del estudio sólo se incluyeron los datos más importantes; sin embargo, la información es en sí misma contundente y brinda información basta respecto a las fantasías inconscientes de las mujeres en estado gestacional, mujeres además de población mexicana; lo cual se convierte en una contribución valiosa, pues si bien los datos corresponden a ellas y sus características, lo cierto es que se puede generalizar al menos de manera parcial y así servir como representante de mujeres con otras cualidades pero en similar condición.

Así también, la manera en que se eligió a las participantes fue con una invitación general, en la que cumpliendo con los criterios de inclusión, cualquiera podía formar parte del estudio. El lugar, por tratarse de una sala de espera o un auditorio, que si bien era un espacio entre la participante y la entrevistadora, no dejaba de ser un lugar amplio que pudiese haber obstaculizado la afluencia plena de sus discursos, pues parece que el tema requería de un sitio más pequeño y limitado.

El estudio incluye una comparación entre el segundo y el tercer trimestres de desarrollo embrionario, esto a raíz de que los movimientos comienzan a percibirse a partir de entonces. Y no sólo eso, algunas mujeres desconocen su condición de embarazadas hasta iniciado el segundo trimestre de gestación, por lo que es en ese momento cuando acuden a una clínica especializada en maternidad. Dicho esto, queda claro por qué no se incluyó a participantes que tuvieran apenas tres meses de gestación.

Una vez revisados los resultados, queda entonces la duda de qué viene ahora como posibilidad en cuanto a contribuciones en investigación, y es que se señaló a lo largo del trabajo la insuficiente información respecto a sexualidad y embarazo, parece que este escrito puede aclarar algunas dudas, pero lo cierto es que deja también varias puertas abiertas. Entendamos por estas la opción de replicar el estudio en otra población, ya sea en otra Clínica de Ginecología y Obstetricia o en la misma UMAE-4 pero con otras características sociodemográficas; es claro que durante los primeros meses de gestación aún se tiene incertidumbre de éste y los movimientos fetales todavía no son reportados por la mayoría de las madres, no obstante, parece viable ampliar la investigación lo mismo en este primer trimestre, pues posiblemente interesantes y benéficos serán los resultados.

Así también, sería fructífero e interesante preguntarle sus fantasías a las parejas de las mujeres embarazadas, ¿qué pasará con los hombres mientras continúan con su vida sexual?, pues parece que las fantasías de ellos serán de la misma valiosa contribución; si bien el acontecer emocional de mujeres en estado gravídico se ha estudiado poco, menos aun se ha realizado un estudio a las parejas que acompañan a las mujeres en la espera de sus hijos, por lo

que la extensión de esta investigación posiblemente esclarezca todavía más las fantasías que inundan a una pareja mientras están esperando un bebé.

Es mucho lo que sucede en la vida mental de las mujeres gestantes, sin embargo, es poco lo que sabemos al respecto. Queda claro que todos fantaseamos y durante el embarazo no podría ser la excepción, esos meses que cambian la vida no sólo de la mujer en cinta sino lo mismo de su pareja y familia evidentemente revivirá situaciones de su vida infantil y qué mejor que su narrativa para hallarlas; así, desde el inconsciente, como sólo se puede hacer desde esta perspectiva psicológica. Puedo hablar de los cambios, bagaje de sentimientos y de la nueva situación a la que se enfrentan las mujeres embarazadas no de manera personal pero sí gracias a escucharlas de manera directa, de estar ahí cuando lo hablaban, cuando lloraban, cuando bromeaban... lo cual intenté plasmar en este escrito y espero haya dejado al lector con una postura similar respecto a la gestación.

Sin más que agregar, a manera personal esta investigación me deja una nueva visión del embarazo, lo que pocos vemos o de lo que no sabíamos, así también una apertura hacia la investigación, y no sólo a mí, pues creo que a cualquier profesional adscrito al área de Psicología, Medicina o Ginecología puede serle enriquecedor el trabajo presentado y encaminar nuevas investigaciones para seguir contribuyendo al entendimiento de las mujeres en estado gestacional.

## REFERENCIAS

- Águila, M. (1972). *Fantasías inconscientes durante el embarazo*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Filosofía y Letras, Colegio de Psicología, UNAM.
- Aliño, L. (1983). *Vida sexual durante el embarazo*, México: Universo.
- Álvarez-Gayou, J. (1996). *Sexualidad en la pareja*, México: El Manual Moderno.
- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*, México: Paidós.
- Andino, L. (1994). *Psicoanálisis de la maternidad*, Madrid: Grupo Cero.
- Armengol, R., Chamarro, A. & García-Dié, M. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. *Anales de psicología*, 23 (1), 25-32.
- Bautista, L. (2000). *Sexualidad durante el embarazo*. Tesis de Diplomado en Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, UNAM.
- Bing, E. & Colman, L. (1990). *El amor durante el embarazo*, México: Pax México.
- Brtnicka, H., Weiss, P. & Zverina, J. (2009). Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy*, 110 (7), 427-431.
- Corrales, A. & Villaseñor, H. (1990). *Estudio comparativo sobre actividad sexual durante la gestación en mujeres con embarazo normal*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.

Deutsch, H. (1977). *La psicología de la mujer*, Buenos Aires: Losada, 6ª ed.

Diccionario de psicoanálisis, (s.f.). *Fantasía*, recuperado el 09 de noviembre de 2012, de <http://www.elortiba.org/dicpsi/fg.html>

Doltó, F. (2001). *Sexualidad femenina. La libido genital y su destino femenino*, Barcelona: Paidós, Psicología profunda.

Freud, S. *Obras completas*, Buenos Aires: Amorrortu.

- 1908: El creador literario y el fantaseo. En *El delirio y los sueños en la "Gradiva" de W. Jensen, y otras obras*, V. IX
- 1916a: Conferencia 20. La vida sexual de los seres humanos. En *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, V. XVI
- 1916b: Conferencia 23. Los caminos en la formación de síntoma. En *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, V. XVI
- 1919: "Pegan a un niño". Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales. En *De la historia de una neurosis infantil*, V. XVII
- 1931: Sobre la sexualidad femenina. En *El porvenir de una ilusión, el malestar de la cultura y otras obras*, V. XXI

Garza, E. (1996). *El concepto de sexualidad en Freud: de la función a la fantasía*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.

Gómez, R. & Amilivia, S. (1985). *Mujer, deseo y embarazo*, Madrid: Editorial Fundamentos.

González, I. & Miyar, E. (2001). Sexualidad femenina durante la gestación. *Revista cubana de medicina general integral*, 17 (5), 497-501.

- Inessa, (2011). Embarazo y sexualidad. *Diplomado en sexualidad humana*, Instituto de Estudios sobre Sexualidad y Pareja, A. C., 179-185.
- Isaacs, S. (1971). Cap. 3 Naturaleza y función de la fantasía. En *Desarrollos en Psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós, 73-114.
- Langer, M. (1988). *Maternidad y sexo*, México: Paidós, 2ª reimpresión.
- Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (1986). *Fantasía originaria, fantasía de los orígenes, origen de la fantasía*, Buenos Aires: Gedisa.
- Leite, A. et. al. (2009). Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras*, 55 (5), 563-568.
- Lemoine-Luccioni, E. (2001). *La partición de las mujeres*, Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Macy, C. & Falkner, F. (1980). *Embarazo y nacimiento. Problemas y placeres*, México: Harper.
- Maldonado-Durán, M., Saucedo-García, J. & Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatol. Reprod. Hum.*, 22, 5-14.
- Maldonado-Durán, M. & Feintuch, M. (2001). Salud mental del bebé, intervenciones durante el embarazo. *Perinatol. Reprod. Hum.*, 15 (1), 31-41.
- Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista Argentina de Sociología*, 4 (7), 99-118.

- Mendoza, M. (1965). Psicología y Psicopatología del embarazo, parto y puerperio. *Revista médica hondureña*, 33 (2), 94-97.
- Molina, P. (2011). *La relación, durante el embarazo, entre apego, inteligencia emocional e inteligencia sexual*. Tesina de máster de Sexología, Facultad de ciencias de la Salud, Universidad de Almería, España.
- Moore, K. (1988). *Embriología clínica*, México: Interamericana, 4ª ed.
- Rosales, A. (2005). *Nacimiento y evolución del concepto "Fantasía" en la obra de Sigmund Freud y su relación con la histeria*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.
- Sapién, L. & Córdoba, B. (2011a). Comportamiento sexual de varones durante el embarazo: casos en la ciudad de México. *Terapia Psicológica*, 29 (2), 185-190.
- Sapién, L. & Córdoba, B. (2011b). Sexo y embarazo: ideas de profesionales de la salud. *Psicología & Sociedad*, 23 (3), 608-615.
- Sebastiani, M. (1994). *Embarazo, ¿dulce espera?*, Buenos Aires: Paidós.
- Segal, H. (1989). *La obra de Hanna Segal. Un enfoque Kleiniano de la práctica clínica*, Buenos Aires: Paidós, 1ª ed.
- Segal, H. (1996). *Introducción a la obra de Melanie Klein*, México: Paidós.
- Segal, J. (2001). *Ideas en Psicoanálisis. La fantasía*, Buenos Aires: Longseller.
- Sjögren, B., et. al. (2004). Maternal fetal attachment and personality during first pregnancy. *Journal of reproductive and infant psychology*, 22 (2), 57-69.

- Soifer, R. (1977). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*, Buenos Aires: Kargieman.
- Uwapusitanon, W. & Choobun, T. (2004). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *Journal Med Assoc Thai*, 87 (suppl.3), 45-49.
- Vera-Gamboa, L., Riestra-Cañedo, L. & Joil-Santos, L. (2000). La sexualidad durante el embarazo y el puerperio en una comunidad rural de Yucatán, México. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 6 (1), 17-41.
- Videla, M. (1997). *Maternidad, mito y realidad*, Buenos Aires: Nueva visión, 2ª ed.
- Villareal, L. (1971). *Análisis psicológico de algunos estados emotivos del embarazo*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Filosofía y Letras, Colegio de Psicología, UNAM.
- Von Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (1), 27-49.
- Winnicott, D. (1984a). *Conozca a su niño: Psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia*, Buenos Aires: Paidós, 1ª reimpresión.
- Winnicott, D. (1984b). *La familia y el desarrollo del individuo*, Buenos Aires: Ediciones Horne, 3ª ed.
- Winnicott, D. (1993a). *El niño y el mundo externo*, Buenos Aires: Ediciones Horne, 4ª ed.

Winnicott, D. (1993b). *Exploraciones psicoanalíticas I*, Buenos Aires: Paidós, 1ª reimpresión.

Zar, M., Wijma, K. & Widma, B. (2002). Relations between anxiety disorder and fear of childbirth during late pregnancy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 122-130.

Zelaya, C. (2003). *La depresión post-parto desde la pulsión de muerte*. Tesis de magíster en estudios teóricos del psicoanálisis, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Žižek, S. (1999). *El acoso de las fantasías*, México: Siglo XXI editores.

## Anexo 1



UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD #4

“DR. LUIS CASTELAZO AYALA”

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**A ti Mujer Embarazada, FELICIDADES por tu bebé,**

**pero antes de su nacimiento puedes ser parte de una investigación.**

Mi nombre es Ana Alarcón Quiroz, soy egresada de la Facultad de Psicología de la UNAM y estoy realizando mi Tesis en colaboración con este Hospital. El tema a tratar son las fantasías durante tu embarazo, por ejemplo tus sueños, temores, o la percepción de los movimientos de tu bebé.

Tu participación consiste en una entrevista individual con una duración alrededor de 25 minutos, la cual podemos ajustar al día de tu próxima consulta a esta Clínica. La realización es con todos los lineamientos de investigación, ética y privacidad necesarios. Si estás interesada en participar, no dudes en dejar tus datos y en tu próxima consulta ahí nos vemos.

Nombre: \_\_\_\_\_

Semana de gestación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Próxima consulta: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Consultorio: \_\_\_\_\_

¡¡Gracias por tu participación!!

## Anexo 2

Al tratarse de la sexualidad, es primordial tener en consideración la sutileza con que se debe manejar la temática, por tal motivo, la postura de la entrevistadora será en todo momento no intrusiva, no enjuiciadora, pero sí amigable y permisiva, que incite a la calidez respecto a cualquier tema o idea que surja en el transcurso de la sesión.

Una vez concientizado el mostrar respeto y una escucha cuidadosa, se presentará la entrevistadora, repitiendo el propósito de la entrevista, los fines de la investigación y que sus datos se manejarán de manera completamente confidencial.

Los temas por los que se guiará la participación de las mujeres son los siguientes. Antes de iniciar la entrevista en sí misma, se abordarán temas como:

- Edad, ocupación, número de gestación, pareja
- Situación en la que se suscitó el embarazo
- Transcurso del embarazo: amenaza de aborto, dolores, vómitos...

Una vez indagados estos datos sociodemográficos, se procederá con los tópicos de interés principal para el presente trabajo, los cuales aparecen a continuación:

- Relaciones sexuales ahora que están embarazadas, ¿son diferentes, de qué manera?
- ¿Cómo perciben los movimientos de su bebé?
- ¿Hay respuesta del bebé durante su actividad sexual?

- El papel del bebé, ya sea para la consecución o no de éstas
- Pensamientos que las inducen a continuar su vida sexual en relación con su embarazo
- Ideas que las frenan a hacerlo
- Principales temores ante su vida sexual en relación con su embarazo
- Principales temores en general, durante esta etapa
- Algún sueño que recuerden de su etapa de embarazo o con su bebé

El orden dependerá de cada participante, lo cual es una de las ventajas que representa esta técnica, pues es flexible y variará en función de la línea que cada una tome, pero siempre cuidando que se hable de todos los temas; otra ventaja que representa utilidad es la libertad de introducir algún tópico más según surja tal o cual situación, así como pasar rápidamente a otro si es que se nota incomodidad en la persona entrevistada.