

¿Qué quieren las madres? 2. Perspectivas del desarrollo, retos clínicos

Publicado en la revista nº030

Autores: Garriga, Concepció - Feig, S.

Reseña: segunda parte del libro **What do mothers want? Developmental Perspectives, Clinical Challenges**, de Sheila Feig, compiladora, Hillsdale: The Analytic Press (2005).

En esta segunda parte se presentaran los capítulos que faltan del excelente libro que reseñé parcialmente en el número anterior. En esta reseña sobresalen dos capítulos. En el capítulo 9, Nancy J. Chodorow aprovecha su interesantísima aportación acerca de las mujeres que posponen tanto su maternidad que no llegan a poder materializarla, para hacer una retractación de su obra de 1978 sobre el tema con la que alcanzó reconocimiento mundial titulada “El ejercicio de la maternidad”. Como toda aportación pionera, parece que tiene que pasar por ciertos movimientos pendulares antes de alcanzar un centro que creo que acaba surgiendo del conjunto de la revisión que presento.

El capítulo 14 es especialmente interesante porque es un trabajo de investigación que maneja datos que arrojan luz a cuestiones fundamentales del papel de los padres y las madres en la crianza de las criaturas que vale la pena leer.

Capitulo 8 ¿Qué quiere y necesita una madre del/la terapeuta de su hijo/a? **Autores: Daniel GENSLER, Robin SHAFRAN**

Los autores empiezan el artículo:

“Una llamada al teléfono de la oficina de un/a terapeuta. Es una madre preocupada porque en la escuela le han dado el teléfono de este/a terapeuta. La propuesta del/la terapeuta es: nos vemos padre, madre y terapeuta, y juntos concertamos cita para Steven”

Se preguntan: quién es el/la paciente, las necesidades de quién hay que satisfacer, la capacidad de funcionar de quién hay que evaluar, la ansiedad de quién hay que aliviar. La respuesta a estas preguntas probablemente sea: “Steven, el chico cuyas dificultades han precipitado la llamada”. No obstante los/las terapeutas infantiles saben que, a no ser que también atiendan las preocupaciones de los padres, su éxito quedará significativamente comprometido.

Historia de incluir a las madres en la terapia infantil

Las bases del tratamiento infantil en perspectiva psicodinámica fueron formuladas por primera vez por Melanie Klein (1932) y Anna Freud (1946). Durante los años 30 y 40 se entendía la psicopatología como producto de conflicto psíquico interno. El tratamiento infantil consistía en el desarrollo de una relación intensa y privada entre paciente y

analista y en el uso de la interpretación (O'Brien, 1992). Klein limitaba el contacto con los padres al mínimo, y se daba poca credibilidad a la posibilidad de que el/la analista pudiera influir en el entorno relacional de la criatura.

En cambio, Anna Freud mantenía contacto regular con los padres de sus pacientes para obtener información y proporcionar directrices. También mantenía contacto con los maestros y maestras. Se compartía información para que mejorara la vida de la criatura. El trabajo con los padres todavía se consideraba “extra-analítico” (Sandler, Kennedy y Tyson, 1980) o “secundario” (Glenn, Sabot y Bernstein, 1978).

Un enfoque relacional para incluir a las madres

Actualmente es más probable que los/las terapeutas infantiles tomen en consideración las necesidades de los adultos significativos para las vidas de sus pacientes infantiles. Tratan a la criatura y a los padres desde dentro de la matriz relacional que tiene lugar entre ellos, de manera que la cooperación parental aumenta la probabilidad de éxito. Incluso hay ciertos terapeutas que trabajan únicamente con los padres (Pantone, 2000; Jacobs y Wachs, 2002).

La visión relacional del tratamiento infantil enfatiza “una comprensión de la naturaleza intersubjetiva compleja de la constelación familiar y las maneras como se manifiestan los problemas refleja un sistema intrincado de representaciones y proyecciones internas” (Jacobs y Wachs, 2002), por ello se considera que el contacto con los padres, y el reconocimiento de sus expectativas, preocupaciones y ansiedades son parte integral de la terapia en curso. Sullivan (1954) ya decía que cualquier persona tenía que salir con algo de la consulta psiquiátrica.

En el tratamiento infantil este axioma se extiende a la madre. Los terapeutas infantiles tienen que atender las necesidades y los deseos de las madres, como consumidoras y para involucrarlas en el curso del tratamiento, que así incluirá también que la madre se sienta entendida.

Deseos conscientes e inconscientes de las madres en relación a la terapia infantil

Los deseos de la madre pueden ser adaptativos (como el deseo de ser ayudada a ser mejor), o defensivos y evitativos (como el deseo de que el/la terapeuta se enganche de manera que la madre no tenga que admitir una dificultad) y, lo más probable, mezclas de ambos.

El/la terapeuta infiere las necesidades no articuladas a través de la interacción con la madre y con la criatura, de la teoría y de la experiencia profesional. Las madres necesitan muchas cosas de los/las terapeutas infantiles; en la medida en que pueden ser articuladas y reconocidas mejora la alianza. Si son pasadas por alto, minimizadas o ignoradas deliberadamente, se puede perder una colaboración potencialmente fructífera.

Idealmente, el/la terapeuta intenta integrar los deseos subjetivos de la madre dentro de una formulación total de lo que tiene que suceder para que la criatura mejore.

Puede ser que una madre inconscientemente quiera ser maternizada, y no quiera que el/la terapeuta exponga su deseo inarticulado. Otra madre puede desear no sentirse culpable, o que el/la terapeuta valide su explicación y solución sin que le pida hacer más cosas o hacerlas distintas.

Los sentimientos maternos, conscientes e inconscientes, se deben reconocer y ser tomados en serio. Sentimientos de vergüenza, culpa y resignación son respuestas comunes al reconocimiento de que la criatura está sufriendo, y deben ser atendidas con compasión. La madre, conscientemente o no, quiere un/a terapeuta que la trate amablemente a este respecto y que no rete directamente su competencia como figura parental.

Inconscientemente, las madres pueden necesitar que el/la terapeuta infantil les permita seguir escondiendo la ansiedad, humillación y rabia que de otro modo tendría que enfrentar, sentir y tratar. También pueden desear inconscientemente proyectar su amor por su hijo/a para protegerlo/a. Así, si conectadas con la rabia pierden el amor, habrá alguien que se lo pueda recordar.

Otro deseo inconsciente puede ser que el/la terapeuta no interfiera con las proyecciones de la madre respecto a la criatura. Por ejemplo, una madre que se siente desvalida ve a su criatura como fuerte y poderosa, y entonces ella se siente fuerte. Esta dinámica puede empujar a la criatura a ejercer tanto control que entren en conflicto. Su madre puede experimentar sentimientos encontrados y esperar que el/la terapeuta, por un lado no la confronte pero, por otro, que la ayude a sentir su propia fuerza.

Los/las terapeutas infantiles se encuentran a menudo mostrando preocupación por cosas que la madre dice o hace a la criatura. Además, si el comportamiento inadecuado es el abuso, está obligado/a legalmente a dar cuenta a las autoridades.

Los conflictos más frecuentes, de todas maneras, tienen que ver con el deseo ambivalente de la madre ante lo que el/la terapeuta propone. Estas situaciones indican más bien la resistencia de la madre a afrontar la realidad de lo que le pasa a su criatura.

Si la terapia se prolonga, puede surgir un vivencia de colaboración entre adultas basada en el respeto del/la terapeuta por la relación madre-criatura, que la involucrará más en el tratamiento. Por otro lado, si la madre siente rechazo o exclusión, el tratamiento puede ser puesto en cuestión.

La Sra. P va a la consulta con la intención de que su hijo empiece tratamiento. En seguida muestra sus preocupaciones. “¿Estará bien Steven? ¿Qué es lo que ella ha hecho, que le ha “hecho” de esta manera? ¿Ella lo ha hecho tan “mal” que su hijo necesita terapia? ¿Pensará mal de ella?” Durante la sesión predominan los sentimientos de vergüenza y culpa.

Situaciones como las de la Sra. P son bastante frecuentes. Ella pide ayuda para su hijo a pesar de lo muy incómoda que se siente por hacerlo. Spiegel (1989) considera que la psicopatología infantil es “un resultado de las dificultades de las relaciones interpersonales, mayormente un reflejo de la parentalidad” y que “de alguna manera es probable que los padres sean conscientes de ello, se sientan culpables y a la defensiva, y por lo tanto les cueste dar el primer paso”. El trabajo del/la terapeuta incluye tratar esta dificultad para que el tratamiento de la criatura pueda proseguir sin daños indebidos a la autoestima parental.

La vulnerabilidad de la madre y su empoderamiento

Hay que ayudar a las madres que se sienten culpables y avergonzadas a entender que ellas no son las únicas responsables de los problemas de sus criaturas. A menudo factores económicos, sociológicos, familiares, médicos o del desarrollo operan más allá del control de una madre (Birch, 1993). Las criaturas se tienen que enfrentar con luchas y retos a pesar de los mejores esfuerzos de sus padres para cobijarlas y protegerlas. Es más, las criaturas varían en lo difíciles que son, y algunas presentarían dificultades a pesar de tener los padres más afectuosos y competentes. A algunas madres, aceptar esta información les produce un alivio enorme.

Hay figuras parentales a las que hay que explicar que el/la terapeuta no será “más especial” que ellas, quienes son en realidad “expertas” en sus propias criaturas, a pesar de requerir atención terapéutica.

Hay un riesgo de que la alianza terapeuta-paciente “sirva para excluir y condenar a los padres del/la paciente” (Jacobs & Wachs, 2002). Hay que poner medios para que esto no ocurra. También hay que evitar culpar y juzgar excesivamente a las madres.

Sea como sea, la constelación de las necesidades y deseos que tiene la madre del/la terapeuta de su criatura y las condiciones que se requieren para permitir que la terapia proceda son similares –el desarrollo de la confianza, del respeto por la mezcla de necesidades adaptativas y evitativas y la necesidad de amabilidad y compasión.

Las expectativas maternas y la confianza

Las nociones infladas del poder del/la terapeuta para cambiar a su criatura pueden reflejar las propias expectativas no razonables para la criatura, escondiendo así las dificultades de estos padres para aceptar los límites de la criatura y los propios. Desarrollar visiones más realistas de los propios recursos y debilidades es fundamental para estos padres, que pueden requerir ayuda del/la terapeuta infantil. Es importante que los sentimientos maternos de duda de sí misma y de vulnerabilidad sean identificados y, en la medida de lo posible, mejorados ayudando a la madre a estar más segura y a ser más efectiva en su manera de ejercer su función.

Hay límites en la capacidad y la conveniencia de que el/la terapeuta infantil satisfaga las necesidades y deseos maternos. Cuando aparece que la ansiedad de la madre o sus necesidades de dependencia, expresadas a través de demandas de contacto, precisan de atención específica, hay que animarla a que inicie su propia psicoterapia.

Habitualmente, los/las terapeutas infantiles se reúnen con las figuras parentales una vez cada varias semanas, y unos minutos al principio o final de las sesiones.

Conclusión

Los/las terapeutas infantiles juegan múltiples roles en las vidas de las criaturas que tratan. Tienen que ser conscientes que también pueden jugar múltiples roles en las vidas de los padres y las madres de sus pacientes infantiles. También ayudan a las madres a sentirse bien consigo mismas y con sus habilidades maternas; con su deseo de reconocer y resolver sus sentimientos de culpa, vergüenza, rabia y resentimiento; y con su inclinación a evitar o negar tales respuestas incómodas a sus criaturas. Estos son sentimientos y deseos normales que surgen al llevar una criatura a terapia. En la medida en que el/la terapeuta tenga éxito al responder a estos deseos de las madres, tanto ellas como sus criaturas estarán bien servidas.

SEGUNDA PARTE. LOS CUERPOS DE LAS MUJERES: OPCIONES Y DILEMAS

Capítulo 9. “Demasiado tarde. Ambivalencia acerca de la maternidad, la elección y el tiempo”. Autora: Nancy J. CHODOROW.

En este capítulo, la autora muestra una manifestación particular de la no reproducción de la maternidad: cómo una constelación de fantasías inconscientes madre-hija-hermana, anclada en una agresión amortiguada contra el *self* y el objeto, puede desestabilizar y minar la fertilidad y la maternidad. En parte porque en la misma persona pueden coexistir estas fantasías con experiencias de tiempo parado (aparentemente no relacionadas). Las mujeres con esta particular constelación de fantasías pueden aplazar pensar en la maternidad o incluso no darse cuenta de que su edad está avanzando. Los conflictos internos y las fantasías de estas mujeres acerca del tiempo parado encuentran cambios externos. Estos cambios se han producido en los papeles de género y en los patrones familiares; en las interpretaciones que la cultura hace de la biología, la edad y el tiempo; y en las limitaciones biológicas reales del envejecer.

Cuando las razones internas y externas para posponer coinciden, un/a terapeuta ve crisis dolorosas en las que se desenmaraña psicológicamente el deseo de tener criaturas cuando simplemente es demasiado tarde.

Chodorow piensa no sólo en mujeres que han utilizado varias razones feministas o inducidas por la carrera para retrasar la maternidad y luego se encontraron luchando

contra el reloj biológico, sino también en mujeres que han saboteado activamente su fertilidad y para las cuáles el tiempo juega un papel particularmente potente en su psicología.

La autora manifiesta que las pacientes que le interesan aquí, han tenido que reconocer, como ella misma, que aunque ahora quieran tener criaturas, nunca las tendrán. Tienen que reconocer que no tener criaturas es una consecuencia de su propia realidad psíquica. Nuestro papel como analistas es mitigar el sufrimiento psíquico y promover la autocomprensión y la autoaceptación, por qué nos movemos entre informes de casos con finales de cuentos de hadas: “cuando terminamos, la Sra. A disfrutaba de su trabajo, respondía sexualmente, y estaba embarazada”, que no son posibles para estas mujeres para quienes es muy difícil mitigar la culpa. Entonces, el reto es para las analistas, como ella misma, cuya identidad maternal es fuerte y que sienten profundamente que no hay nada que pueda sustituir la maternidad. También hay fuertes sentimientos contratransferenciales en juego: es difícil no estar de acuerdo con la paciente en que hay algo absoluto e irrecuperable en su situación.

Las observaciones clínicas de Chodorow reflejan su trabajo teórico previo. Ella afirma que en 1978 argumentó que la maternidad se generaba y se reproducía a través de su mundo interno de objetos, capas preedípicas y edípicas de la relación madre-hija. Posteriormente, en 1999, la autora afirmó que los filtros proyectivos e introyectivos de la cultura están siempre inextricablemente implicados en el género psicológico y ayudan a crearlo.

Lo que va a describir en este trabajo es una manera específica en que el mundo interno madre-hija filtra la cultura y el cuerpo, y de qué manera un fenómeno concreto –la experiencia del tiempo– afecta directamente experiencias de género, como la maternidad o su ausencia. Ella misma descubrió esta relación muy tarde, o con posterioridad a estos tratamientos, de modo que sugiere que pongamos atención a como este fenómeno puede afectar el género.

Finalmente, Chodorow enfrenta una dificultad que se encontraba en el trabajo feminista y psicoanalítico temprano, como “La reproducción de la maternidad” que ella misma publicó en 1978, que retó las visiones normativas de la feminidad, pero lo hizo negando al género, de una forma inadecuada y poco precisa, la centralidad del cuerpo y de la experiencia biopsicológica. La autora afirma que, como ha reconocido en escritos posteriores (1999), “la maternidad biológica está específicamente fundida intrapsíquicamente en términos de este mundo interno madre-hija reflejado corporalmente... El embarazo, el parto, el impulso reproductivo (cuando es sentido) están filtrados por el prisma de la reproducción de la maternidad intrapsíquica e intersubjetiva”. Para las mujeres de las que habla aquí, hay una confabulación intrapsíquica de ataques al útero materno y a su propio útero y sus posibilidades reproductivas.

La maternidad en el pensamiento psicoanalítico

El psicoanálisis clásico ha hecho del embarazo y la maternidad características menores respecto a la genitalidad y la diferencia del desarrollo de las mujeres, pero son centrales desde el principio del desarrollo psicosexual de una mujer. También constituyen fases adultas del desarrollo o crisis psicosociales (documentadas desde 1956).

La maternidad empieza internamente en la caldera de la sexualidad infantil y de las relaciones de objeto. Está sobredeterminada, llena de fantasía y compleja: cualquier deseo de una mujer de tener bebés, sea satisfecho inmediatamente, posteriormente o nunca, contiene capas de afecto y sentido. Tener criaturas, lo mismo que no tenerlas, puede ser escogido libremente, o impulsado patológicamente; enredado en conflictos o relativamente libre de conflictos.

No obstante, lo mismo que con todas las teorías del desarrollo, tenemos que diferenciar cuidadosamente cualquier supuesto resultado normativo comportamental o psicológico de la elaboración interna inevitable, del reto del desarrollo de la reproductividad y generatividad corporal. Por consiguiente, al tomar en consideración la no reproducción de la maternidad, la autora no está sugiriendo que el destino de todas las mujeres sea tener y criar criaturas, ni que sea más patológico escoger no ser madre que escoger la maternidad.

La constelación dinámica y relacional que Chodorow describe como la que da lugar a “es demasiado tarde” difiere de la que describió Bergmann (1985), que también encontró un retraso generado cultural y psicológicamente en ciertas pacientes debido a una relación diádica sexualizada precozmente con el padre y una relación simbiótica con la madre.

Finalmente, aunque la maternidad normalmente tiene un significado central de generatividad para las mujeres -la generatividad significa más que cuidar las propias criaturas biológicas (Erikson, 1950)- también incluye muchos tipos de actividades creativas y de cuidado que fomentan la próxima generación.

La autora sigue remarcando que el tipo de “es demasiado tarde” que está tomando en consideración es aquél que lamenta el retraso, que puede acabar en infertilidad o no.

La autora afirma que el psicoanálisis se ha ocupado más de la infertilidad que del retraso, y aunque aún puede tratar casos de “esterilidad psicogénica” (Pines, 1993; Leuzinger-Bohleber, 2001), está de acuerdo con Apfel y Keylor (2002) en que “ya es hora de retirar el término ‘infertilidad psicogénica’ por simplista y anacrónica”.

Contextos culturales y defensas psicológicas

La autora expone que en el último medio siglo hemos visto cambios remarcables en la familia y en las vidas de trabajo de las mujeres privilegiadas. Cantidades de mujeres y de hombres escogen no tener criaturas, y las mujeres tienen su primer bebé siendo

mayores. Las mujeres profesionales particularmente, incluidas nuestras pacientes y colegas, no tienen criaturas hasta los treinta y tantos, cuarenta, e incluso cincuenta años. Para muchas personas, incluida la “sociedad”, parece que la familia se ha desplazado de ser una necesidad a ser una opción, y en el extremo, parece que haya una actitud implícita, en ciertos medios de EEUU, de que no todos necesitamos que nazcan criaturas y que sean bien cuidadas, sino más bien que tener criaturas es una preferencia personal de algunas personas condescendientes que no deben ser consentidas. Esta actitud implícita incluso supone que las criaturas no necesitan maternaje, que de alguna manera se encontrará alguien que las cuide.

La mayoría de nosotros, afirma la autora, favorecemos estos cambios que han permitido que las mujeres se comprometan en el trabajo remunerado y realizador (¡muchas de nosotras *somosestas* mujeres!) y, junto con la cuestión de la “opción” –la vida de familia como opción- también aparece el derecho de la mujer al aborto, con el que también estamos a favor. Debido a estas creencias, puede ser difícil que reconozcamos algunos de los concomitantes psíquicos potenciales del crecimiento general de la “opción” –no sólo de mantener el embarazo o no, sino nuestra creencia cultural actual –que la autora comparte- que para cada mujer individual, tener criaturas debe ser una opción más que un supuesto destino. Actualmente es mucho más probable que surjan estos concomitantes que antiguamente, cuando simplemente se suponía que la mayoría de mujeres se casarían y tendrían criaturas; para conseguir estos fines hacía falta tanto la aceptación pasiva de rol como las capacidades psicológicas activas.

Para las mujeres contemporáneas, incluidas las que la autora está considerando, hay una variedad de creencias respaldadas culturalmente que han proporcionado racionalizaciones conscientes para las actitudes hacia la maternidad. Primero, estas mujeres pueden estar de acuerdo con una noción generalizada que la maternidad y la vida profesional son incompatibles para las mujeres.

Las pacientes, apropiándose de las críticas culturales y feministas de una manera sentida, informan que observan el atrapamiento de sus madres, su pasividad y sufrimiento, y su servilismo a sus padres; así como la incapacidad de sus madres –“debido a las criaturas”- de autoafirmarse o de separarse. Entre algunas mujeres más jóvenes (las que aún no han alcanzado el estadio de “demasiado tarde” pero que lo pueden alcanzar a no ser que estén atentas a su utilización personal de defensas culturales) hay una insistencia en que no tendrán criaturas a menos que su pareja se comprometa a hacer la mitad de la crianza. Esta insistencia está generada por esta observación de las madres atrapadas y por la ideología feminista, a la que la autora reconoce tristemente haber contribuido con sus primeros trabajos (Chodorow, 1978).

Chodorow también cree que en el conflicto consciente entre carrera y maternidad convergen distintos aspectos complejos. Es una manifestación de la apropiación de ciertos tropos culturales como defensas. Incluye conflictos acerca del trabajo (demasiada implicación, miedo al fracaso, miedo al éxito) y acerca de la maternidad (como el tironeo hacia el involucramiento total con la criatura, las fantasías de triunfo sobre la propia madre, las fantasías de úteros y pechos abultados).

Por lo tanto, sugiere la autora, nuestro clima cultural actual, y quizás el mismo feminismo, al hacer hincapié en la incompatibilidad de carrera y maternidad, proporciona una tapadera a los conflictos y miedos internos, permitiendo a las mujeres enmascarar los conflictos y la ambivalencia acerca de la maternidad transformándolos en conflictos entre maternidad y carrera. Si hay suerte, las mujeres van a ir a terapia lo bastante temprano para examinar la función que hacen tales creencias al impedir que surjan los miedos más profundos a la maternidad y al embarazo. De esta manera se puede hacer una elección real. Mientras que para las mujeres para las que es demasiado tarde, esto no va a ser posible. Las defensas infundidas culturalmente se despejan y entonces se puede ver cómo los miedos y los conflictos psicológicos han afectado más directamente las potencialidades reproductivas.

La experiencia del tiempo

En las pacientes que Chodorow está describiendo, el tiempo tiene implicaciones culturales y psicológicas. El culto contemporáneo a la juventud y la huida del envejecimiento están sostenidos por cambios asombrosos en la longevidad y la salud. Igual que hay personas que cambian de carrera a los cincuenta años, y que hay tratamientos de fertilidad que permiten que las mujeres se queden embarazadas con cuarenta o cincuenta años, todos estos cambios bioculturales pueden contribuir a la fantasía de que no hay reloj biológico.

Varios psicoanalistas han explorado la contradicción entre, por un lado, el desplegamiento necesariamente lento del análisis, llevando a la diada analítica fuera del tiempo ordinario y reconociendo la no temporalidad del inconsciente, y, por el otro, la necesidad de reconocer que el tiempo, en verdad, va pasando a medida que el análisis avanza –el envejecimiento, la vida presente, y la mortalidad están delante mientras trabajamos (Hoffman, 1998; Bhechler, 1999; Cooper, 2000).

Arlow (1984) describe cómo las variaciones en el sentido del tiempo y la atemporalidad pueden llevar a una incapacidad paralizante para tomar decisiones –desde anotar una cita en una agenda hasta planificar una familia. Para las mujeres para las que es demasiado tarde, además de reconocer este hecho, el tiempo ha permanecido parado en su fantasía inconsciente, y esto debe ser analizado para entender su psicología.

Tal vez el tiempo tenga una resonancia característica para las mujeres. Kristeva (1979) afirma que “el tiempo de las mujeres” –el tiempo desde el punto de vista inconsciente de la maternidad y la reproducción- es a la vez cíclico y eterno. Se refiere tanto a la ciclicidad del ciclo menstrual como al lugar de las mujeres en el ciclo de generaciones y al monumental espacio-tiempo-fuera-de-lo-ordinario, ligado a la naturaleza más que a la cultura, un sentido de embarazo y de implicación con la criatura. Este sentido cíclico-eterno es a la dimensión del tiempo lo que el sentimiento oceánico es a la fusión en la dimensión del espacio.

Chodorow cree que en el fenómeno psíquico de las mujeres para las que es demasiado tarde hay una distorsión o una perversión del tiempo de la mujer que configura la

atemporalidad, o el tiempo parado. La atemporalidad del vínculo temprano madre-criatura que una mujer lleva con ella a su propia reproducción de la maternidad ha adquirido una cualidad amortiguada e implosiva más que de crisálida emergente, debido al enraizamiento de la relación interna madre-criatura en las más tempranas fantasías inconscientes de destrucción más que en la generatividad. El tiempo cíclico, en vez de estar activo y en movimiento, se vuelve parado o repetitivamente circular; monumental, el tiempo eterno se congela. El reloj psicológico se para en el momento en que la edad y el tiempo se quedan quietos, el tiempo es repetitivo o circular, y se elimina el reloj biológico.

El cuadro clínico

Hay una variedad de comportamientos que pueden expresar el declive de la fertilidad. Las mujeres pueden tener múltiples abortos, o tomar riesgos sexuales –tener múltiples parejas desde la adolescencia, no protegerse, o no atender los síntomas uterinos o vaginales. Un caso de menopausia muy temprana puede ser una anomalía biológica, pero la misma paciente lo atribuyó a rabia hacia su madre y hacia sí misma- tanta que quería destruir su propio útero. Las mujeres que socavan su fertilidad también pueden tender a evitar o a inhibir su generatividad. Pueden escoger trabajos que más que realizarlas, las castiguen o traumaticen masoquistamente; trabajos, a veces extremadamente desmoralizantes, que implican relacionarse con personas destrozadas.

Las pacientes “demasiado tarde” de la autora sienten que no tuvieron bastante madre porque eran varios/as hermanos/as y la madre estaba deprimida, oprimida, sumisa, y cansada de cuidar tantas criaturas.

Las pacientes llegan a reconocer su deseo de destruir a su madre muy corporalmente, con envidia o maldad, pero también descubren y tienen que trabajar una envidia implacable hacia los/as hermanos/as y deseos de querer destruirlos. En consecuencia, hay una rabia permanente a la madre y un miedo de haber destruido, así como un deseo de destruir en que los/las hermanos/as ocupan un lugar importante.

La autora dice que la madre de la paciente está demasiado cansada para vengarse, de manera que ésta no la teme. En vez de eso, la paciente tiene que volver su merecida destrucción contra sí misma, con un tipo de rabia sorda que aparece como central en su psique. De manera que se combinan los deseos destructivos contra la madre y contra el *self*.

Estos resultados del desarrollo, establecidos en la infancia temprana, tropiezan con, o discurren con una falta de reconocimiento de la realidad del tiempo, una negación de que el tiempo pasa. Puede que la paciente sienta que no merece mejorar sino sólo mantener las cosas estables para no ser completamente desgraciada. El tiempo puede formar un refugio psíquico, representado no por imágenes psicoespaciales de estar en un castillo, rodeada de murallas, sino como una idea de poder de retrasar el reloj y volver a hacer las cosas. Hay fotos que capturan momentos particulares de la infancia que resuenan con los conflictos con hermanos/as y la madre y que están fijadas en la imaginación

como recuerdos pantalla.

Esta idea del tiempo parado representa una resistencia formidable. Esté o no analizada, la negación de que el tiempo pasa es constante e implacable, ya que una de sus funciones es negar el daño que la paciente cree que ha hecho retrasando el reloj a un momento anterior al que los hermanos/as fueron heridos/as o las madres murieron o se deprimieron.

Ejemplos clínicos

La autora, para hacer más vívido el cuadro clínico del filtraje de la fertilidad biológica y de la maternidad a través la psique interna madre-hija y a través del tiempo y la atemporalidad, describe a dos mujeres, una de las cuales no pudo resolver su sentido personal de “demasiado tarde”, y otra que sí pudo lograr una resolución favorable.

J tenía 40 y pocos cuando fue a terapia. Había vivido cuatro años con el mismo hombre y había deseado tener criaturas con él pero no quedaba embarazada. J era la mayor de 5 hermanos. J recuerda estar preocupada desde su más tierna infancia por sí, por su culpa, las vidas de sus dos hermanos siguientes habían sido más duras que la suya. Sus padres se separaban y juntaban hasta que poco después del nacimiento del último bebé, su madre tuvo un aborto espontáneo con una hemorragia severa que la llevó al hospital donde le practicaron una histerectomía, mientras J cuidaba de sus cuatro hermanos/as, y estaba aterrorizada de que su madre pudiera morir, a la vez que aliviada de que no podría tener más bebés. Entonces confirmó su percepción del maltrato brutal de su padre pero, para su alivio, sus padres se divorciaron poco después.

J que afirmaba querer una familia desesperadamente, había tenido seis abortos provocados entre los 20 y los 30 años (el número de los embarazos de su madre). Parecía que J quedaba embarazada sólo para abortar. Cuando, a finales de los 30, decidió que quería tener hijos se estableció en una relación con un hombre divorciado que nunca veía a sus hijos. Empezaron inmediatamente a intentar un embarazo, sin éxito, y luego tratamientos de fertilidad, mientras que en la terapia sus abortos eran una fuente constante de autocastigo. J llegó al convencimiento, bastante realista, de que con sus abortos había destruido su capacidad de embarazarse. Como parte de su negación del tiempo estaba el hecho de que J a menudo tenía tres citas simultáneas, y, o bien se tenía que ir antes o bien llegaba tarde. Y ocupaba su tiempo con trivialidades del trabajo, todo, como descubrió, para mantener sus sentimientos a raya.

Cuando J alcanzó los 40 y tantos se rindió reconociendo que nunca podría ser madre biológica. Entonces sintió que embarazarse tenía que ver con reparar y deshacer el daño que se había hecho a sí misma, a sus hermanos/as y a la madre, y se dio cuenta de que nunca podría deshacer este daño, ni superar su tristeza, culpa y rabia por la destructividad que había infligido a sus hermanos/as menores y a sus capacidades reproductivas. Abandonó el análisis.

Una segunda mujer, S, para quien también era demasiado tarde, pudo resolver sus sentimientos internos de manera distinta después de un largo análisis. S también provenía de una gran familia. Era la menor de seis criaturas. S siempre sintió que no quedaba nada para ella, que sus hermanos ya se lo habían llevado todo de su madre, de manera que cuando nació su madre ya era mayor, cansada, mermada, e incapaz de dar. S tenía una rabia sorda contra su madre por no haber estado disponible, a la vez que se sentía responsable por el agotamiento de su madre, debido a su amamantamiento. Como adulta, S se había expuesto muchas veces a enfermedades de transmisión sexual y, ya que nunca quedó embarazada, especulaba con que había arruinado su fertilidad. S mantenía su análisis y su vida fuera del tiempo.

Trabajar su necesidad de que el tiempo estuviera parado como forma de evitar que se manifestara su destructividad, liberó a S y le permitió aceptar que, entre otras cosas, su no fertilidad podía ser resultado de esas necesidades. Pudo alcanzar una sublimación de su generatividad y un duelo exitoso. A sus 40 y tantos conoció un viudo con dos criaturas de una edad que podían ser suyas. Cuando terminó el análisis podía aceptar, sin castigarse, la vida que había vivido, y se involucró en la construcción de un nido generativo –remodeló la casa, hizo un jardín, y aprendió a relacionarse con sus criaturas adoptivas. S decía: “tengo cosas que lamentar, pero no puedo cambiar las opciones que he tomado”.

Reflexiones y conclusiones

Los dos casos muestran el giro hacia adentro de la agresión sorda contra el cuerpo reproductivo en el contexto de rabia a la madre y a los/as hermanos/as y la negación de que el tiempo pasa.

De la misma manera que cuando trabajamos con pacientes enfermos físicamente, o con pacientes que enfrentan el sufrimiento, podemos trabajar sólo con la realidad absoluta de la muerte pero no podemos hacer desaparecer la muerte, de la misma manera, afirma Chodorow, tenemos que aceptar que debe haber un sentimiento de que no hay sustitución posible para las mujeres que desean mucho tener criaturas pero no pueden. El reconocimiento de esta realidad, particularmente de las mujeres que han negado la realidad del tiempo, y para las que es demasiado tarde, puede ayudar a los/las terapeutas a ayudarlas, a su vez, a mitigar el autocastigo severo y la amortiguación de toda creatividad y generatividad que resultan de él, para que puedan aceptar sus vidas con integridad más que con desesperación. Y, si reconocemos que en el retraso de la maternidad intervienen fantasías inconscientes corporalizadas pero no ostensiblemente relacionadas con el género, de tiempo congelado, entonces estaremos más atentas a buscar manifestaciones de este retiro psíquico particular más pronto en el tratamiento. Quizás así podremos analizarlas antes de que sea demasiado tarde.

Capítulo 10. “El embarazo”. Autoras: Sharon KOFMAN & Ruth IMBER

Históricamente se ha prestado una atención insuficiente a la complejidad del desarrollo de las mujeres. Hasta que las mujeres no empezaron a estudiar y a escribir acerca de sí

mismas, teníamos que apoyarnos en la perspectiva masculina de la feminidad que, a menudo, era limitada e inadecuada. El embarazo ha surgido como foco importante de investigación y atención clínica.

Hay un amplio consenso en que el embarazo es un momento de intensos altibajos emocionales y de reorganización psicológica característica de todas las “crisis normales del desarrollo” (Bibring, 1959), como preparación para la maternidad. Las formas contemporáneas de creación de familia y los avances tecnológicos en intervenciones de fertilidad añaden nuevas dimensiones a esta fase de la vida.

Los estudios psicoanalíticos de los últimos años (Raphael-Leff, 1995, 1996; Lester & Notman, 1986, 1988; Cohen & Slade, 2000) están de acuerdo en que el periodo de gestación es una época de desestabilización y de desequilibrio psíquico, que, óptimamente, da lugar a una organización psicológica enriquecida, más robusta y compleja. Ocurren cambios profundos en muchas dimensiones: “el cuerpo, las relaciones íntimas, las relaciones familiares y sociales, la autodefinición y la formación de la identidad, “el sentido de sí misma de la mujer y sus relaciones cambia drásticamente en el momento que da a luz” (Cohen & Slade, 2000).

Psicológicamente, el embarazo se caracteriza por agitación emocional, vulnerabilidad y labilidad, un desbaratamiento radical de los procesos fisiológicos básicos junto con una reorganización compleja de la imagen corporal (Raphael-Leff, 1996); y una fluidez del funcionamiento defensivo (Goldberger, 1991). Hay un grado de ambivalencia “normal” así como de tendencias regresivas (Trad, 1991), como aumento de los deseos de dependencia, difusión de los límites, acceso intensificado al pensamiento de proceso primario y resurgimiento de los deseos tempranos, conflictos e identificaciones (Notman & Lester, 1988).

Se ha observado que el embarazo representa para muchas mujeres un periodo de profunda realización y satisfacción, como confirmación de la fertilidad, la bondad y la creatividad que representa el estado de embarazo; su afirmación del matrimonio y la continuidad de las generaciones; y el acceso íntimo de la mujer a la conexión con los misterios de la vida y la inmortalidad (Goldberger, 1991; Leon, 1990; Raphael-Leff, 1995). A alguna mujeres embarazarse les ofrece la posibilidad de un nuevo empezar y la oportunidad de reparar el pasado y poner las cosas “bien” (Brdley, 2000).

Muchas pensadoras contemporáneas se han centrado en lo que Raphael-Leff (1995) llama historias dentro del embarazo, poniendo el énfasis en la experiencia subjetiva de la mujer: respecto a las modificaciones intrapsíquicas de las representaciones del *self* y del otro/a (Stern, 1991, 1995); el desarrollo de la conciencia reflexiva (Slade, 2002, 2003); los estilos maternos (Raphael-Leff, 1986, 1991); y los estados de la mente predominantes (Mayes, 2002) que acompañan la transición a la parentalidad.

Otros focos de atención tienen que ver con los aspectos únicamente de género (Raphael-Leff, 1996), en que la biología del embarazo aumenta la consciencia de la diferencia entre los géneros, de maneras fundamentales dentro de las parejas

heterosexuales y también en las homosexuales (Cowan & Cowan, 1992; Cohen & Slade, 2000; D'Ercole & Drescher, 2004).

Mayes (2002) hace la pregunta importante: “¿Qué permite a los adultos cuidar psicológicamente a sus criaturas? ¿Cómo los padres y las madres hacen sitio en sus mentes para su nuevo bebé y su nuevo papel?”, siendo la comprensión y la comunicación intersubjetivas capacidades centrales (Slade, 2002, 2003).

Las autoras enfatizan la experiencia del primer embarazo para remarcar temas básicos. Naturalmente, factores como si el embarazo fue planificado o no, la edad de la mujer, su estatus marital, y el género de su pareja, darán forma a la experimentación de la revelación del embarazo así como a sus sentimientos en los meses siguientes. Si tiene una historia de infertilidad, abortos, u otras complicaciones, los sentimientos de gozo pueden ser templados por miedos de pérdida. Cohen y Slade (2002) han identificado el impacto del apoyo social y marital inadecuado, recursos financieros limitados y la inmadurez psicológica de la mujer como fuentes potenciales de ansiedad inicial y ambivalencia. En los primeros meses la criatura es todavía una abstracción. El bebé es reconocible a partir de las ecografías (Piontelli, 1992, 2000) y con las patadas del cuarto o quinto mes.

Llega un momento en que, como describe Raphae-Leff (1996), “ya no puede mantener la ilusión de ser un individuo gonádico” y entonces Birsksted-Breen (2000) habla de que la mujer embarazada trabaja continuamente su experiencia emocional de la “interioridad” del bebé o la “exterioridad” de sí misma, que trae a terapia como temas de inclusión contra exclusión.

Una mujer puede necesitar más apoyo y seguridad de que su pareja todavía la quiere y la desea a pesar de los cambios de su cuerpo. Si su pareja puede disfrutar de sus cambios y “ligarse” al bebé no nacido, la mujer embarazada será ayudada a sentirse afirmada y orgullosa de lo que está ocurriendo en su interior, y aparecerán fantasías diurnas conscientes acerca del bebé que, si todo va bien, serán de deseos tiernos de cuidarle y nutrirle (Lester & Notman, 1986).

El tercer trimestre suele estar ocupado con la preparación del parto.

A lo largo del embarazo, la-que-va-a-ser-madre reorganiza y transforma su identidad de maneras fundamentales: de hija a madre, de esposa a figura parental, de una generación a otra (Stern, 1995), reelabora la relación con su madre y con su pareja a medida que va asumiendo responsabilidad por el cuidado de una criatura desvalida.

El embarazo también es un tiempo de conflictos (Goldberger, 1991). Por ejemplo, alguna mujer puede dudar de que haya sitio para sus órganos a medida que la criatura llene su espacio interior, o que la criatura “absorberá” la vida de la madre, o que los malos sentimientos de la madre pueden matar a la criatura.

Muchas mujeres han dedicado años a sus carreras, y la maternidad puede *amenazar* este aspecto de su sentido de identidad. ¿Cuánto tiempo le quedará para sí, para sus otros hijos o para la pareja cuando llegue la criatura? Estas preocupaciones pueden ser más agudas para las mujeres cuyas madres no han sido felices, o bien porque estaban frustradas con ser “amas de casa” o bien porque no llegaron a alcanzar un equilibrio satisfactorio entre carrera y rol maternal porque, además, incluso a una mujer que le encanta su trabajo se sentirá culpable algunas veces por el tiempo que le roba a su criatura y, a la inversa, habrá veces en que lamentará los sacrificios que hace en el trabajo para ser una madre suficientemente buena.

Una paciente de las autoras, bailarina profesional, luchó durante años porque creía que si escogía tener familia, con toda probabilidad se acabaría su vida de representaciones. Cuando optó por tener una criatura y estaba embarazada, su miedo de volverse obesa, infeliz y enfadada como su madre era un tema central de su psicoanálisis, porque justamente había escogido ser bailarina para desidentificarse de su madre.

A otras mujeres les cuesta la mayor dependencia que tienen de sus parejas, más si tienen que hacer reposo en cama o si no pueden funcionar a todo ritmo. La dependencia puede ser emocional y financiera. La mano que mece la cuna puede ser menos poderosa que la que llena los talonarios. Si ha visto a sus propios padres colaborar de manera armónica puede serle más fácil permitirse necesitar mayor apoyo de su marido.

Psicoterapia con la paciente embarazada

Para las mujeres que no pueden visualizarse como madres, la psicoterapia les presenta una oportunidad de “redefinir el paisaje representacional” (Stern, 1991).

Si la madre de la mujer embarazada era percibida como degradada, ausente, privadora, rechazadora, preocupada por los otros bebés, perfeccionista, depresiva, o abusiva, esto conformará sus sentimientos acerca de su propia maternidad (Cohen & Salde, 2000).

Muchas mujeres sienten vergüenza de reconocer su malestar y sus dificultades para arreglárselas. Las autoras han descubierto que muchas mujeres están agobiadas por percepciones y sentimientos no deseados acerca de ellas mismas que consideran como malos o inadecuados, y que emergen al anticipar la maternidad. El parto es otro periodo lleno de preocupaciones.

Un/a terapeuta puede encontrar una variedad de sus propias reacciones personales al trabajar con una paciente embarazada. Las autoras creen que una paciente embarazada a menudo necesitará algún apoyo adicional y “maternaje” de su terapeuta, que no tiene que interferir con la exploración simultánea del mundo interno de la paciente.

El mismo embarazo puede suscitar otras reacciones al/la terapeuta, por ejemplo, una

analista mayor puede envidiar la capacidad de embarazarse de una mujer más joven. Cualquier analista hombre o mujer se puede encontrar luchando con las transferencias maternas ante una mujer embarazada. Algunos/as terapeutas pueden tener asuntos pendientes acerca de lo que significa ser madre, y éstos pueden interferir con su capacidad para escuchar todo el rango de sentimientos de sus pacientes. Por ejemplo, si idealiza la maternidad, puede que no permita la expresión de resentimiento hacia la criatura no nacida.

Es importante que el/la analista esté particularmente atento/a a no imponer sus creencias y valores personales de manera sutil. Los analistas hombres deben tener un cuidado especial con no tildar de antinaturales a las mujeres a las que escuece, o que rechazan activamente, el papel tradicional de madre devota, amorosa, a tiempo completo.

La terapeuta embarazada

La terapeuta embarazada tiene que encarar un reto especial, puesto que “su especialidad” es su responsividad emocional junto con su capacidad intelectual, porque, además de arreglárselas con todos los cambios físicos y emocionales que presenta el embarazo, también tiene que tratar abierta y efectivamente con las reacciones intensas de sus pacientes a esta “intrusión en el espacio analítico” (Fenster, Phillips, y Rapoport, 1986). Es justamente en estos momentos que la terapeuta puede ser menos capaz de mantener su “equilibrio emocional” ante las presiones transferenciales fuertes. El trabajo de la terapeuta embarazada es, inevitablemente, complicado.

Mediante el embarazo, la terapeuta revela a sus pacientes algo muy personal que, de otro modo no aparcería, como que es sexualmente activa y que tiene una relación íntima. Además, durante el embarazo se incorpora una tercera persona a la díada (Goldberger y cols., 2003), así como la vida de la terapeuta y sus planes futuros (McGarty, 1988). ¿Cuándo interrumpirá el trabajo, y durante cuánto tiempo? O sus defensas, intentado trabajar como si no pasara nada (Fenster & cols. 1986) por miedo a las reacciones agresivas y enfadadas de sus pacientes; por culpa de abandonar o excluir al/la paciente, y miedo de ser percibida como inadecuada o no profesional especialmente en comparación con colegas hombres (Fallon y Brabender, 2003).

La terapeuta embarazada es más reacia a trabajar con sentimientos negativos, hostiles o agresivos, en esta época en que está llena de expectativas gozosas. Otro problema que puede encontrar es la envidia de las pacientes que desean ser madres y que no lo han conseguida por una u otra razón, que puede llevarlas a abandonar el tratamiento. Otro tema relevante es el momento en que la terapeuta debe comunicar su estado. Normalmente estará atenta a lo que sus pacientes van planteando, pero en esta situación ella deberá coger el liderazgo si su paciente no lo toma. Goldberger y cols. (2003) sugieren que, si el/la paciente no lo menciona, hay que decírselo antes del final del segundo trimestre para que haya tiempo de elaborar los temas que se susciten.

El embarazo puede ser una época muy productiva del tratamiento (Bassen, 1988) porque la terapeuta tiene que hacer frente a los mismos retos y tensiones que cualquier

embarazada. Si no está en análisis es muy conveniente que supervise.

Conclusión

Es bastante frecuente que paciente o analista se embaracen durante el tratamiento. Esta experiencia afecta enormemente el sentido de sí y del/la otro/a de la mujer, cuyas ansiedades, fantasías y síntomas característicos tomarán una forma u otra dependiendo de su psicología personal y su situación de vida. Las autoras esperan haber contribuido a una comprensión más rica del embarazo y de la situación diádica del tratamiento, al haber mostrado la vida interna de la mujer embarazada: sus esperanzas, miedos y estados de la mente.

Capítulo 11. Hechos y fantasías alrededor de la infertilidad. Autora: Allison ROSEN.

La mayoría de mujeres no conocen los peligros de retrasar el tener hijos. La edad de la mujer es la mayor barrera a la concepción natural o al éxito del tratamiento de fertilidad. Debido a la mala información o a la falta de información, una de cada cinco mujeres retrasa tener hijos hasta los 35, cuando la fertilidad empieza a decrecer rápidamente. Como psicoanalistas y psicoterapeutas, estamos cogidos en una red de prescripciones, recetas, y tabúes analíticos acerca de imponer nuestras creencias personales a nuestros/as pacientes. Después de todo, nuestras/os pacientes vienen para que les/las ayudemos a resolver una variedad de problemas, no necesariamente a discutir sus planes respecto a tener criaturas, Pero, a la vez, si no tenemos en mente la realidad del “reloj biológico”, podemos engancharnos con su negación y causar un daño irreparable. Si todavía no está pensando en tener criaturas, ¿cómo sacamos un tema tan profundamente delicado? Si han recibido el diagnóstico de infértiles, ¿cómo les ayudamos mejor? ¿Cómo conceptualizamos nuestro papel cuando nuestros/as pacientes se enfrentan a todo tipo de tratamientos de infertilidad y tienen que decidir, cuándo tienen bastante? ¿O cuándo utilizar donantes de gametos, o la adopción? ¿Cómo negociamos nuestras inclinaciones cuando son muy distintas de las de ellos?

El contexto cultural

Cuanta más educación y poder tienen las mujeres en sus sociedades, menos hijos tienen (Sen y Snow, 1994). En Estados Unidos, en 1700, las mujeres se casaban a los 20, tenían 6 ó 7 criaturas, no trabajaban fuera de casa, tenían la última a los 38, y morían, en promedio, a los 50. Casi apenas llegaban a ser abuelas.

En los 70, con el movimiento de liberación, las mujeres empezaron a examinar el impacto de la maternidad en sus carreras, su autorrealización y su papel en la sociedad. La autora más crítica de la época fue Adrienne Rich (1977). Creía que la maternidad estaba al servicio de la institución patriarcal que la imponía a las mujeres “con el propósito de asegurarse que [...] todas las mujeres quedaran bajo control masculino”. En esta época se estimulaba a las mujeres a hacer carrera y a compartir la parentalidad.

Los efectos fueron que desde 1970 hasta 1984 aumentó un 20% la cifra de madres que trabajaban fuera (Hayge, 1986).

Estos cambios transformaron la sociedad. En 1990, la familia nuclear tradicional era el 7% de todos los hogares (Moen, 2001). Actualmente, en el siglo XXI, las mujeres se casan más tarde y retrasan tener criaturas para establecerse en sus carreras. La mayoría ya no las tienen a los 20, sino a los 30 o a los 40. Y alrededor de dos tercios de madres trabajan, incluso con criaturas de menos de 1 año (Moen, 2001).

En los últimos 20 años se ha doblado la tasa de mujeres que no tienen criaturas. Una de cada cinco mujeres entre los 40 y los 44 no tiene criaturas. Hewlett (2002) estudió la relación entre carrera y criaturas y encontró que el 55% de directivas de 35 años no tiene criaturas, a los 40 años es el 49%, pero de estas solo el 14% había planificado no tenerlas.

Esta situación es injusta para las mujeres. Cuanto más éxito financiero tiene una, tantas menos probabilidades tiene de tener pareja o criaturas (Hewlett, 2004). Los hombres no experimentan la misma distancia entre sus deseos y sus realizaciones respecto a las criaturas. El 79% quieren y el 75% tienen. Lamentablemente, la mayoría de las mujeres que han retrasado tener criaturas hasta los 40 difícilmente las tendrán, a menos que recurran a una intervención médica y utilicen óvulos de donantes (Saber y Paulson, 1992; Saber, 1998).

Hechos acerca de la infertilidad

Afecta aproximadamente al 10% de la población en edad reproductiva. El índice es más alto en mujeres mayores. A los 20, el riesgo de aborto es del 9%; se dobla a los 35, y se dobla de nuevo a los 40. Esta disminución tiene lugar porque a los 42 el 90% de los óvulos son anormales; le queda sólo el 7.8% de probabilidad de embarazo sin óvulos de donante. Sólo el 0.1% de las criaturas nacen de mujeres de 45 o más. A los 37 la mitad de las parejas serán infértiles, y a los 42 el 90% (Scott y cols., 2002). Esto será debido principalmente a la calidad de los óvulos. Con óvulos de donante una mujer puede llevar un embarazo adelante mucho más tarde. Actualmente sólo se pueden congelar embriones. En un futuro próximo se podrán congelar óvulos y ésta será una opción para las mujeres que se lo puedan permitir.

Mitos acerca de la infertilidad

Las mujeres, normalmente, dan por hecho que una buena salud es una garantía de fertilidad. Además no hay cambios en la menstruación que acompañen la disminución de la calidad de los óvulos. Por lo tanto, las mujeres pueden desconocer totalmente que se les está acabando el tiempo, y sus ginecólogos/as les pueden dar falsas esperanzas. Los medios de comunicación crean la creencia de que las mujeres pueden retrasar la maternidad, pero estos mismos medios no informan suficientemente de que muchas criaturas nacidas de madres de 40 ó 40 y tantos lo son de óvulos de donantes. Muchas

parejas mienten al respecto (Golombok y cols., 2002).

En Estados Unidos se estima que entre el 11 y el 25% del 10% de parejas infértiles sigue un proceso de adopción (Mosher y Bachrach, 1996; Winter, 1997). Más de un millón de personas sigue tratamientos de fertilidad y nacen 30.000 criaturas con técnicas de reproducción asistida (Gibbs, 2002)

¿Cuándo y cómo sacamos el tema?

Dado que el primer descenso medible de la fertilidad de una mujer empieza a los 27, es imperativo que los psicoterapeutas tengamos en mente el tema de la reproducción. Si una paciente a los 30 no ha mencionado sus miedos, esperanzas y sueños acerca de tener criaturas, la autora lo saca. No intenta dirigirla hacia tenerlas, sino que se muestra curiosa acerca de la ausencia de pensamientos y/o de preparación. En un tratamiento de largo alcance el/la terapeuta normalmente sabe las razones de la negación, pero la autora prefiere pecar por exceso que por negación.

Con demasiada frecuencia, se le ha consultado acerca de que se ha perdido la posibilidad de que naciera una criatura porque tanto la paciente como el/la terapeuta han evitado (o no sabían) la realidad biológica. Los obstáculos más comunes tienen que ver con temas de apego, rivalidad edípica, falta de pareja, pobre relación de pareja y necesidades de la carrera. Si una mujer no ha podido encontrar a alguien con quien compartir la vida y es consciente de la realidad biológica del debilitamiento de su capacidad biológica puede que sufra una vergüenza adicional, tema de identidad y desesperación (¿Por qué no puedo encontrar un hombre? ¿Qué tengo de malo? ¿Soy incapaz de intimidad? Sólo hay perdedores por ahí. Lo he intentado todo). Puede que no quiera casarse con alguien simplemente para obtener su esperma pero, esperando “tenerlo todo”, muchas mujeres se arriesgan a la infertilidad. Algunas establecen una “fecha tope” para encontrar a alguien a quien amar y entonces, lo hayan encontrado o no, recurren a la inseminación artificial.

El diagnóstico

Las/los pacientes a quienes se diagnostica infertilidad, normalmente sufren más de lo que hubieran anticipado antes del diagnóstico, y el contexto médico no es muy propicio para mostrar estos sentimientos. En una relación terapéutica de confianza el/la paciente infértil “se deja ir” y muestra su dolor, que puede ser intenso.

Retos psicológicos de la infertilidad

La infertilidad supone depresión, sentimientos de vergüenza, y una pérdida de esperanza (Dennerstein y Morse, 1988; Downey y cols., 1989; Scotland, 1990; Berg y Wilson, 1991; Burns, 1993; Greenfeld y Walter, 1993; Rosenthal, 1993; Applegarth, 1996). Se pueden resentir la satisfacción sexual y marital. Puede que también se destruya el propio sentido

de control, junto con la autopercepción de salud y bienestar y la creencia en la justicia de la vida, así como la autoestima (Dickstein, 1990).

Se experimenta la infertilidad con la misma aflicción emocional de un diagnóstico de cáncer o de SIDA (Domar, Zuttermeister, y Friedman, 1993). Las mujeres se suelen sentir responsables de la infertilidad de la pareja, lo sean o no (Newton y Houle, 1993).

En términos de psicología del *self*, el dolor narcisista de “la infertilidad se experimenta como una herida a la cohesión del *self* que da lugar a ansiedad, fragmentación y formas arcaicas de organización del *self*” (Burns y Covington, 1999).

En resumen, la infertilidad desbarata los sueños de la propia vida, la sensación de sentido, el funcionamiento sexual y la espontaneidad. Interfiere con el amor, la autoestima, el sentido de control, y la seguridad en el propio cuerpo y en el mundo. Destruye los recursos financieros. Se sienten distintos/as, y esta diferencia influye en su sentido del *self*, sus relaciones personales, su funcionamiento diario y sus objetivos. Los/las pacientes infértiles se pueden sentir consumidos/as consigo mismos, indiferentes al mundo, desconectados/as de la familia y los amigos, despectivos/as de la pareja (que no entiende), amargos/as, y paralizados en otros aspectos de la vida. Sólo importa una cosa, el embarazo y la criatura. No sólo pierden su prole, se pueden sentir perdiendo la cabeza. Con estos antecedentes, la consecución de la parentalidad aparece como la cura necesaria para volver a sentirse normales, para lo que se emplean todos los medios.

Viñeta clínica: la infertilidad nunca tiene que ver sólo con la biología

Michael y Ruth consultaron a la autora porque estaban considerando divorciarse. Entre otras dificultades, no sabían que hacer con sus embriones congelados. Ruth tenía 45. Habían intentado tener criaturas durante los últimos siete años. Michael era hijo único de supervivientes del Holocausto. Mataron a la mayor parte de su familia, y sus padres murieron justo antes de que conociera a Ruth. Ruth, en contraste, venía de una familia judía grande y bien relacionada que había nacido en América, y quería construir con Michael una familia parecida a la que conocía. Michael a veces estaba enfadado porque sentía que su vida daba vueltas alrededor de la de Ruth y quería construir una propia.

Después de un largo periplo por tratamientos, decidieron utilizar óvulos de donantes. El primer intento fracasó. Ruth se sintió tan mal que se sentía “acabada”, pegada y violada y no quiso continuar. Pero quedaron siete embriones congelados que preocupaban tanto a Michael que empezó a ir frecuentemente a la sinagoga. Ruth no lo soportaba, además sentía que Michael había convertido su vida en un campo de concentración porque siempre miraba documentales del Holocausto. Por otra parte, Ruth se sentía sola y no lo veía como padre, así que decidió que no quería criaturas dados los malos sentimientos que se tenían el uno al otro.

Los embriones tenían un significado emocional distinto para cada uno. Para Michael

representaban la continuidad genética con su herencia judía y eran una demostración de la derrota de los nazis, unos destructores que habían intentado acabar con sus padres y su prole, que él defendía con los embriones. Para Ruth, significaban una amenaza a su salud y bienestar. Ruth normalmente se sentía orgullosa de sí misma, pero ahora su autoestima estaba hecha añicos. Odiaba a Michael por sostener que las criaturas eran fundamentales para el sentido de la vida, y porque ésta era la única cosa que ella no podía hacer –tener criaturas.

Finalmente Ruth encontró una madre de alquiler, y el estado de ánimo de los dos se volvió más optimista, aunque fracasó de nuevo. Pero decidieron buscar una nueva donante y crear nuevos embriones, mientras simultáneamente exploraban la adopción como otra manera de acceder a la parentalidad.

La psicoterapia con pacientes infértiles

Michael y Ruth ilustran algunas de las tareas esenciales de la psicoterapia:

- Establecer el sentido y el significado personal de la infertilidad, el embarazo, y el tener criaturas para cada miembro de la pareja, para la pareja y para sus familias.
- Confrontar la realidad de la infertilidad y los tratamientos médicos necesarios (por ejemplo: las finanzas, los efectos físicos, el tratamiento médico a menudo deshumanizado).
- Construir una red de apoyo para sostener las relaciones con los miembros de la familia, los amigos y otros.
- Demostrar cómo la infertilidad influencia la autoimagen, el sentido de competencia, y la comunicación.
- Bosquejar la interacción interpersonal (de qué manera cada uno provocaba que el otro se sintiera enfadado, aislado, no querido y una carga).
- Analizar los patrones de relación en la pareja (por ejemplo, distanciarse, explotar, y retirarse).
- Explorar nuevas opciones (tomarse “vacaciones” del tratamiento de infertilidad, terminarlo, adopción, etcétera).

Los/las autores/as contemporáneos relacionales e interpersonales subrayan que nuestro sentido de quienes somos, nuestro sentido de capacidad, es el resultado de complejos procesos del desarrollo en los que nuestras psiques individuales emergen de la “matriz relacional, social, lingüística” dentro de la que nacemos (Mitchell, 2000).

Bajo la tensión del tratamiento de la infertilidad, emergen modos más tempranos de organizar la experiencia, que en el caso de Ruth y Michael dieron lugar a la elaboración del significado de sus experiencias mutuas, en vez de permitir que las actuaciones presimbólicas, la rabia y las necesidades narcisistas dominaran sus interacciones. Finalmente, tuvieron que integrar el amor y la pérdida, la conectividad y la autonomía, los parecidos y las diferencias.

Anticipación de las influencias futuras

Sentido del self

Loewald (1972) y Ogden (1989) definen el tiempo como la materia básica de la psique. La razón es que la memoria, al atravesar el entramado de interacciones internalizadas, hace posible la experiencia personal autorreflexiva. Desde este punto de vista, el presente se enriquece con nuestras conexiones asociativas con el pasado. No obstante, el presente está también profundamente atado a como anticipamos el *futuro*, que se construye con el entretrejo de recuerdos del pasado con el presente y las fantasías acerca del futuro que determinan parcialmente los sentimientos y la sensación del *self* en el presente.

La infertilidad y la parentalidad suponen una suavización de los límites yo-otro/a y el acceso a modos más tempranos de experiencia emocional. Las fantasías sobre las criaturas potenciales (en las persona infértiles) enriquecen (o disminuyen) el propio sentido del *self*. Por ej., esperando que las criaturas tendrán lo mejor de sí mismas y de sus seres queridos (o temiendo que tengan lo peor, algún defecto escondido). Con estas fantasías se conecta, mediante el tiempo, el pasado con el presente y con el futuro.

Al ser padres o madres, debido a la capacidad de reexperimentar las propias necesidades, se pueden intuir las necesidades de la criatura. Los pacientes infértiles están atrapados en el tiempo. La muerte de sus sueños les hace sentir como que han perdido parte de sí mismos. La muerte de sus sueños puede reactivar pérdidas tempranas reales ya que, para los pacientes infértiles, el presente es vívido y dolorosamente incierto, y el futuro, a la vez que es esperado, presagia o bien un dolor insoportable o una dicha extática, y el mismo tratamiento puede estar atrapado en un estrecho marco de tiempo.

Otros temas difíciles y remarcables son la capacidad de tolerar los límites flexibles del yo y del no yo. (Por ej. “¿puedo querer a una criatura que no sea mía genéticamente? ¿Cómo se sentirá mi familia?”). Pone de relieve los parecidos y las

diferencias (como: “Me siento distinto/a de todo el mundo”).

La díada paciente-terapeuta tiene que explorar las densas capas de experiencias cognitivas y afectivas alrededor de la infertilidad.

Los/las donantes de espermia o de óvulos como un intento de recuperar el self y el sentido de capacidad

La selección del gameto de donante es una opción que destaca las decisiones importantes y los procesos psicológicos que enfrentan los/las pacientes infértiles, que tienen que decidir qué características quieren de su donante. De manera que el proceso se convierte en una creación conciente (e inconsciente) del tipo de criatura deseada, cosa que no ocurre habitualmente, y se deja a manos de la naturaleza.

Esta selección de características al principio suele ser incómoda para la pareja, hasta que se animan a decir “quiero un donante que sea alto, listo, dulce...” buscando capacidades que permitan el apego al feto/criatura en desarrollo porque, tal como dicen Stern y Bruschiweiler-Stern (1998), “cada madre construye mentalmente la criatura de sus sueños y esperanzas... y extienden estas fantasías a cómo será la criatura cuando tenga un año, sea adolescente, o como adulta”.

Los/las pacientes infértiles suelen querer donantes que sean nociones idealizadas o perfectas de sí mismos/as, que tengan una inteligencia igual o superior a la propia y un aspecto e intereses parecidos, y que sean altruistas. No quieren donantes promiscuos/as, vanidosos, tacaños o narcisistas, ni que tengan una psicopatología o estén gordos/as. A la vez, al buscar un/a donante con características con las que se puedan identificar, los/las pacientes infértiles están reparando emocionalmente su sentido del *self* dañado, de un daño que ha surgido de la misma infertilidad, o del camino personal que han escogido que les ha llevado a la infertilidad.

Contratransferencia

Cuando los/las pacientes infértiles deciden escoger donantes, esto tiene efectos reparadores en sí mismos/as y en los/las terapeutas que los tratan, porque implica que enfrentan sus sentimientos de pérdida de control, desesperación y dolor.

Un estudio mostró que el 52% de las/los terapeutas que se especializan en infertilidad la habían experimentado en sí mismos/as, y de éstos, el 71% empezó a trabajar en el campo después del diagnóstico (Covington y Marosek, 1999).

Al tratar a pacientes infértiles pueden emerger fantasía inexploradas y sueños en el/la terapeuta, que se remueven a partir de las intensas emociones de sus pacientes. También pueden surgir defensas omnipotentes que apoyan el empoderamiento y

desatienden el sentimiento de impotencia del/la paciente desvinculándose de su afecto, ignorando su realidad médica o su significado personal relevante.

Conclusión

La autora termina su trabajo de una manera muy sentida e involucrada diciendo que “al enfrentar la incertidumbre, la desesperación, la pérdida de control y la vulnerabilidad, intentamos reparar sus efectos en nuestras psiques mediante la imaginación de un *self* mejor o un futuro mejor”. Aunque a veces los sueños no realizados, o los fracasos, nunca se van a poder rectificar en el curso de una vida, sí se puede invertir en fantasías acerca de los/las hijos/as. La infertilidad, el proceso de selección de donante, y las propias opciones, pueden revelar áreas de vulnerabilidad narcisista. Los/las propios/as hijos/as representan la esperada mejoría y las esperanzas y sueños de un mundo mejor. La medicina reproductiva es una lente a través de la cual se puede acceder a los propios valores culturales y personales y a la discrepancia entre lo que uno/a es y en lo que se espera convertir.

Capítulo 12. Capa sobre capa. El terreno complicado de los trastornos con la comida y la relación madre-criatura. Autoras: Jean PETRUCCELLI y Catherine STUART.

Cualquier persona con un trastorno alimentario seguro que tuvo relaciones problemáticas en su familia de origen. En el tratamiento se verá que las relaciones han estado inevitablemente llenas de temas de control, de cuestiones alrededor de la intervención, y de ansiedades que impregnan el cuerpo físico de las personas implicadas. Estas ansiedades, a menudo, son abrumadoras; hay luchas por el control intra e interpersonal; la conciencia –y la ignorancia- de la presencia de uno/a ante otro/a oscilan continuamente en ellas. Hay pocos entornos en los que este tipo de temas sean más urgentes que en relaciones en las que prevalecen preocupaciones acerca de la anorexia, la bulimia, o la ingesta compulsiva.

Las autoras se centran en la relación madre-hija, porque han encontrado que, desde muy temprano, se encuentran inmersas en un patrón de comportamientos que gira alrededor del comer. O bien la madre ha intentado parar los atracones, o ha intentado coaccionar a la hija anoréxica para que coma, creándose una estructura interpersonal madre-hija limitada aunque segura. Cuando pide ayuda, la madre se convierte en árbitro de la experiencia de la hija y de esta manera consolida una dinámica en la que se desanima a la joven respecto a tomar la responsabilidad de la propia vida, quedándose dependiente de que la madre le dé indicaciones para luego desbaratarlas en un intento de abrazar la propia vida.

En la psicoterapia, animar a la hija/paciente a experimentar la ansiedad ante lo desconocido abre un nuevo camino de desarrollo. El papel del/la terapeuta debe ser el de colaborar en la integración de las distintas partes de la experiencia de sí de la paciente. Paciente y terapeuta deben ser conscientes de los temas importantes de la vida de la paciente; deben dar voz a las partes innombradas como la bulímica, la

anoréxica o la de los atracones; y deben tejer juntas una nueva comprensión y configuración de su experiencia que sirva a la paciente de función contenedora.

Las autoras presentan dos viñetas clínicas para ilustrar el tratamiento.

El caso de Lori, su madre y la terapeuta (JP)

A Jean le derivaron una chica de 14 años con anorexia, y su madre. Lori tenía un aspecto delgado, atlético, con el pelo rubio y largo, aparatos de ortodoncia y una sonrisa encantadora. Su madre, una mujer atractiva, bien vestida, alta y delgada, de 50 y tantos.

Jean las recibió juntas un momento antes de hablar a solas con Lori. Durante 15 minutos la madre no dejó de hablar ansiosamente de su divorcio. Jean preguntó si solía estar tan ansiosa, y se preguntó si Lori era el recipiente de esta ansiedad. El mismo contenido del discurso de la madre mostró que sí, que la tarea de Lori era consolar a la madre (tenía dos hermanos que no participaban), pero ella ya se daba cuenta de que esto “no era bueno” para la hija e intentaba poner límites, aunque “le costaba”.

Jean se encontró calmada ante la ola de ansiedad de la madre, igual que Lori, que sonreía tranquila. Y se preguntaba como lo hacía Lori para mantenerse tranquila.

Lori restringía sus propias respuestas emocionales ante el nivel de caos y ansiedad incontenible de su madre. De esta manera, Lori se parece mucho a otros/as pacientes con trastornos de ansiedad: discretamente se hace cargo del/la “otro/a” (la madre) con una apariencia de conformidad que, paradójicamente, depende de mantener un control total inmutable por encima del/la otro/a simbólico/a mediante la restricción de su alimento. Lori ha aprendido a negar la comida a su cuerpo cuando tiene hambre. Ha aprendido a “ahogar” las propias repuestas emocionales de su cuerpo y a no confiar en los mensajes internos de comida de su cuerpo. Experimenta sus respuestas corporales como si provinieran de una alienígena alterando sus capacidades instintivas de experimentar *lo que siente*.

Saber lo que se siente, reconocer el hambre fisiológica y la saciedad, supone poder diferenciar entre el control interno (los sentimientos) y el control externo (las influencias). El control interno significa que los hábitos de comer son guiados por el hambre fisiológica instintiva y las señales de plenitud en vez de por el hambre emocional. El control externo significa que los hábitos de comer son guiados por la voluntad, la disciplina, la culpa, el reloj, las normas sociales, las emociones y los estímulos ambientales. Cuando una persona tiene necesidad de demasiado control externo las señales internas que le permiten saber lo que siente están invalidadas y la persona aprende a ignorarlas.

Para Lori, el divorcio inminente de sus padres, sus propios cambios de escuela, y la elevada ansiedad de su madre eran formas de caos externo que creaban un caos

interno. Lori, en presencia de su madre, presentaba una fachada de chica feliz, callada, complaciente mientras se sentía triste, confundida y preocupada. En su ausencia, reconocía su confusión interna en cuidadosas descripciones verbales que mostraban lo muy difícil que era su vida últimamente, y temía perder esta capacidad de verbalización. Lori intentaba reducir su caos interno limitando y simplificando su deseo de comer, concretamente reduciendo sus elecciones de comida.

Brisman (2002a) ha remarcado que en pacientes con trastornos alimentarios el punto crítico no es lo que quieren sino su insistencia en lo que *no* quieren. Para ellos/as desear es inundarse de vergüenza.

En la familia caótica de Lori, las normas y la estructura eran maleables, confusas e imprevisibles. Como resultado, ella aprendió a depender de sí misma, no de la estabilidad de la familia. Podía utilizar la comida para calmar la ansiedad, o podía utilizar su negativa a comer para crearse la ilusión de sentirse más fuerte.

En el terreno terapéutico, el/la terapeuta tiene que reconocer y respetar las soluciones adaptativas, es decir, el trastorno con la comida, como el intento del/la paciente de sobrevivir a lo insoportable. Un trastorno alimentario es una señal de que se están cuestionando las normas y los patrones familiares y la comunicación parental. El intento de utilizar la ingesta de comida y el control del peso para resolver conflictos emocionales ocultos y estados de ansiedad cambiantes tiene poco que ver con la comida o con el peso.

La autora acaba de empezar el tratamiento con Lori.

El caso de Nancy

Nancy fue tratada por Catherine. Tenía 26 años cuando llegó a terapia. Era distinta de los otros miembros de la familia: intelectualmente dotados, profesionalmente realizados, robustos físicamente y atléticos. Nancy nació prematura y desarrolló leves trastornos de aprendizaje. Era físicamente pequeña, tenía intereses artísticos y ansiedad en situaciones sociales. Antes de los 26 sus problemas eran severos y ya había tenido tres tratamientos para su anorexia, dos como interna en un hospital y un tercero en consultas externas de terapia cognitiva del comportamiento. Aunque mejoró con cada tratamiento no consiguió alcanzar los objetivos de estar sana físicamente y de funcionar efectivamente como adulta (no trabajaba, ni estudiaba). Decidieron cambiar de enfoque terapéutico. Así fue como llegó a Catherine.

Nancy había observado a su familia y veía su preocupación por la imagen corporal y por la comida y temía que no hubiera una solución aceptable para ella si seguía sus patrones. Se veía condenada a comer en exceso y a tener una pobre imagen corporal.

Intentaba ser diferente, pero sus padres la presionaban sobremanera, su padre para que

se comprometiera en algo de provecho, y su madre para que comiera. De tal manera que cuando Nancy tomaba decisiones que no eran saludables la familia entera se movilizaba. Estuvieron de acuerdo en que todos sus esfuerzos para que Nancy cambiara no hacían más que exacerbar el problema. Que había que romper este círculo tratando a Nancy como la adulta que era, con sus derechos y responsabilidades.

Enseguida se vio que su madre no podía mantener esa distancia, a pesar de que Nancy estaba progresando. Quería protegerla de sentirse herida e inadecuada, como había hecho desde su infancia, de manera que cada moviendo peligroso de Nancy daba como resultado un movimiento complementario de su madre diseñado para amortiguarle el dolor. En vez de dirigir su vida en base a sus necesidades y deseos internos, Nancy se formó una identidad en reacción a su madre, que la trataba como una inválida, a lo que Nancy consentía, viviendo en un estado regresivo.

Resumen

El proceso de desenredar a los padres y las madres de las luchas de sus hijos e hijas con la comida es multifacético. Incluye reconocer la coexistencia de necesidades variables y cómo éstas se manifiestan en patrones de comportamiento disfuncionales. Lori, por ejemplo, servía de contenedor de la ansiedad de su madre e inhibía la propia. La madre de Nancy veía sus diferencias como debilidades y, al tratar de protegerla, la condenaba a quedarse niña.

La influencia psicológica de los padres y las madres en sus hijos e hijas es incuestionable, compleja y profunda. Históricamente, se ha culpabilizado a la madre como la única causa de psicopatología, una manera de pensar que oscurecía la multitud de otros factores que también son importantes en la determinación de los trastornos con la comida: interpersonales, intrapsíquicos, neurobiológicos, familiares y culturales (Rabinor, 1993). No obstante, la madre sigue siendo enormemente importante en estos casos. Hay que conseguir una comprensión más compleja del papel de la relación madre-hija en la génesis y mantenimiento de un trastorno con la comida para que la relación se convierta en una fuente de fuerza y crecimiento para la hija.

Para que la relación tome esta nueva dirección, el/la terapeuta debe permitir al/la paciente que experimente la ansiedad que acompaña a las necesidades en conflicto y la ansiedad que tiene lugar con las cosas desconocidas. Cuanto más amplia la experiencia resultante de la aceptación de ansiedad mayor la posibilidad de que se creen nuevos patrones de relación, que pueden surgir entre madre e hija, paciente y terapeuta, y paciente y comida.

La reconfiguración de estas experiencias es compleja. De alguna manera el/la paciente debe aprender a agarrarse a su experiencia de deseo ante otras necesidades que compiten con ella. Debe aceptar los parecidos y las diferencias entre sí mismo/a y sus padres sin renunciar a su propio deseo; y a menudo sus padres tendrán que aprender a hacer lo mismo. Debido a que madre e hija pueden jugar papeles recíprocos en la relación que ahogan el deseo de la hija, la conexión y el amor entre ellas pueden

acarrear sufrimiento. En un mundo que refuerza la idea que la conexión interpersonal significa impotencia y dependencia, la hija con trastorno alimentario intenta convertirse en poderosa y autónoma, pero todo lo que consigue es “pseudoindependencia”. En la paciente anoréxica el dilema es que la conexión interpersonal y la dependencia están fundidas (experimentadas como lo mismo); y que, entonces, construye esta experiencia como opuesta a la autonomía en vez de como un complemento importante y necesario de ella.

El tratamiento supone facilitar el acceso del/la paciente a los aspectos multifacéticos de sí mismo/a. Hay que sacar la interacción entre padres y criatura del reino donde sólo se puede expresar un aspecto de cada persona. El tratamiento debe cambiar este estado de cosas y permitir que se despliegue la ansiedad, cambiando así el significado de los viejos patrones de relación y creando unos nuevos. Interesándose por lo que quiere el/la paciente y de qué modo lo quiere, el/la terapeuta anima a nombrar aspectos previamente no integrados de la experiencia del/la paciente y de este modo promueve la individuación necesaria para la criatura. Con esta esperanza, se puede trazar una nueva ruta, que permita una forma de expresión distinta y más sana.

TERCERA PARTE: JUNTÁNDOLO TODO

Capítulo 13. Escúchame bien. La vida materna en colores y los ciclos del tiempo. Autora: Jane LAZARRE

La autora utiliza esta expresión, “¡Escúchame bien!”, como ejemplo de lo que hace una amiga suya como manera de calmar a sus criaturas cuando están fuera de control. Les coge firmemente por los hombros y las pronuncia. A veces funciona y otras veces, no. Esto le permite afirmar que a menudo las madres no escuchan lo que se les dice, y entra de lleno en el tema de la maternidad.

La historia de la maternidad empezó para ella hace más de 30 años, y, en su primer libro llamó al gran nudo de sentimientos que se desplegaron “el nudo de la madre”, el cual se encuentra indudablemente entrelazado de maneras complicadas y a veces inseparables del “nudo de la hija”.

La autora afirma que muchas personas, especialmente mujeres, se identifican con sus madres y luego anhelan la madre de su infancia, o de sus fantasías y sueños infantiles. Cuenta que ella misma se identificó con su madre, que murió cuando tenía siete años, y que la estuvo encontrando y perdiendo –simbólicamente a través de sus relaciones con las personas que quería- hasta que vio que nunca la encontraría.

Jane, la autora, decidió hace unos años ir a la casa donde su madre pasó su infancia, porque se dio cuenta de que se había olvidado de ella excepto cuando estaba en contacto con emociones extremas como la idealización o la rabia. Las experiencias de la

vida, incluido un cáncer de pecho –del que ella había muerto hacía 40 años- la llevaron a revisar sus sentimientos.

Cuando estuvo allí, recordó una foto del lugar en la que aparecían su madre y su tía (hermana mayor de la madre) cogidas de la mano, y Jane empezó a fantasear, a partir de los datos que tenía, sobre las emociones de su madre siendo una niña –su madre como hija. Le dio rabia que su padre (el abuelo de Jean) no la hubiera querido, con lo guapa que era; que su madre (su abuela) fuera una mujer asustada, insegura y enfadada, aunque la quería. Pensó en lo muy sola que se debía haber sentido su madre, crónicamente enfadada y culpable, porque su padre le causó tanto dolor e, inmediatamente, conectó con su propia soledad cuando murió su madre, y le tenía miedo a su padre.

La autora –Jane Lazarre- da clases de literatura, y escribe. También es madre de dos varones. En el prefacio de su libro de 1997, “El nudo de la madre”, de Duke University Press, cuenta esta historia:

Daba un curso titulado: Las voces de Madres e Hijas en las Novelas de Mujeres. Habíamos leído *Jane Eyre*, que introducía los grandes temas y los motivos clásicos del viaje de la hija hacia la auto-realización. Y a continuación tenían que leer *The awakening*, de Kate Chopin, una de las primeras novelas en inglés escrita por una madre que toma el punto de vista de la madre como tema de exploración literaria.

Antes de empezar les propuse este ejercicio: cerrad los ojos y pensad en “la buena madre”, en cómo es, cómo actúa, ¿qué necesitamos de ella? Luego les pedí que escribieran lo que les había venido. Llené la pizarra con frases como: es cariñosa, cuidadora, no es egoísta, dice lo que está bien y lo que está mal, pero no es intrusiva,... a medida que iba escribiendo los/las estudiantes se daban cuenta, sorprendidos/as de sus propias creencias.

Les pedí que volvieran a cerrar los ojos, y que imaginaran que ahora son madres, que son ellos/as mismos/as y que les acaban de decir que esperan una criatura. Se sintieron aterrorizados/as ante las expectativas imposibles que se les venían encima. Sólo por un momento pasajero de imaginación ya sintieron la culpa materna clásica.

Entonces comprendí que la historia de las madres desde su punto de vista tendrá que ser contada una y otra vez. Tendremos que romper el silencio una y otra vez para hacernos reales para nuestras criaturas y para llegar a entender más completamente nuestra sociedad y a nosotros/as mismos/as.

La autora se vuelve a preguntar *¿Qué quieren las madres?* y recurre a Sara Rudick (1989): “Dar a luz es crear una vida que no se puede mantener segura, cuyo despliegamiento no se puede controlar y cuya muerte eventual es segura... En un mundo que escapa al propio control ser humilde es tener un sentido profundo de los límites de las propias acciones y de lo imprevisible del propio trabajo” (p. 72). Para ella esto es más cierto porque tiene la particularidad de ser una madre blanca de hijos negros, y que ha intentado varias veces escribir sobre ello. Nos ofrece una escena:

Es 1992, y su hijo de 18 años acaba de entrar en la universidad. Una institución mayormente

blanca pero con bastantes estudiantes negros. Su hijo escoge a sus amigos, negros, Algunos tienen alguna figura parental blanca, pero, sin embargo, se definen, lo mismo que su hijo, como negros. Entienden que la “mezcla” siempre ha formado parte de la vida negra.

“Soy negro”, le explica su hijo, “tengo una madre judía pero no soy ‘biracial’. Rechazo la identidad de mulato. Cuando Jane dice “te comprendo”, él contesta: “no creo que puedas, mamá. No lo puedes comprender completamente porque eres blanca”.

Jane confiesa que, a pesar de haberse identificado fuertemente con él se siente excluida del mundo de su hijo que aún no ha crecido del todo. “¿Qué es esa “blancura” que amenaza con separarme de mi propio hijo? ¿Por qué no la he visto merodeando, cayéndome encima, rodeándome de niebla irresistible? Quisiera llorar igual como hizo él diciendo, “no me dejes”, el primer día que le llevé a la escuela. Siempre hay esta doble verdad, tan irresoluble como cualquier pasión, la paradoja: ella es yo/no es yo; él es mío/no es mío.

Como madre de hijos negros, abuela de una hija, y miembro de una familia negra, la autora se mueve entre sentimientos de placer y gozo, y violencia, racismo y guerra. La autora ha tenido que aprender que sus hijos tienen que hacer frente a una injusticia particular: la del racismo, que se manifiesta como un desprecio profundo, que es como un veneno (James Baldwin, 1955) peligroso para su espíritu y para su cuerpo. Y ha tenido que comprender que la mayoría de las personas blancas, ella incluida, lo entienden de una manera superficial.

Las madres quieren: compasión para todos los sentimientos humanos a que dan lugar estas experiencias de vida tan complejas y variadas; que las instituciones y los otros significativos, incluidos los/las terapeutas, las escuchen bien; que no interpreten demasiado rápidamente; no reducir una cosa a la otra; recordar el vínculo que ignoran, entre sus preciosas vidas emocionales y su mundo en peligro,

Capítulo 14. Ser pareja y figuras parentales. El reto de las parejas que crean una familia. Autores: Carolyn Pape COWAN & Philip A. COWAN

Los autores son investigadores que han dedicado muchos años a estudiar las relaciones de pareja en el momento en que forman una familia. Al tratar de responder a la pregunta ¿qué quieren las madres? les parece que no hay una respuesta unívoca, que distintas madres quieren distintas cosas, y que no se puede responder sin tomar en consideración lo que quieren y necesitan sus parejas. Cualquier pregunta acerca de la vida de las madres conlleva inevitablemente una evaluación acerca de la calidad de las relaciones que han establecido con el padre de sus criaturas, independientemente de si viven juntos, están casados, o están divorciados.

La información que presentan se basa en datos de dos estudios longitudinales de 200 parejas con criaturas en distintas situaciones: intervenciones en el momento de la espera; observaciones gravadas en video de interacciones madre-criatura, padre-criatura y de la pareja

Antes de pasar al análisis de los datos, los autores plantean esta pregunta a una de sus hijas, madre de dos criaturas de 9 y 6 años además de profesora. Su rápida respuesta: “¡Quiero una hora de paz y quietud!”.

Con este trabajo intentarán mostrar las razones por las que muchas madres y padres de criaturas pequeñas, a las que quieren de verdad, resumen su situación con un simple y conmovedor ruego de alivio. La primera parte muestra por qué este objetivo es tan difícil de conseguir. En la segunda parte presentan los resultados de dos intervenciones preventivas.

En el curso de los dos estudios los autores aprendieron dos lecciones importantes. Una, que en familias de dos figuras parentales con criaturas pequeñas la calidad de la relación entre la pareja juega un papel central en la forma que tomará el desarrollo intelectual, social, y emocional de las criaturas. Dos, que las familias americanas contemporáneas (creo que también se aplica a las europeas del sur) luchan para satisfacer los retos normativos que apenas pueden cumplir. Hay muy pocos apoyos sociales, y muchas barreras, que hacen que sea difícil que los hombres y las mujeres puedan crear el tipo de familias en las que se puedan cultivar las personas y las relaciones de maneras que tengan sentido para ellos.

Las transiciones familiares normativas crean estrés

¿Por qué son tan estresantes los primeros años de crianza?, se preguntan los autores (Cowan y Cowan, 2003). Porque crean retos que incluso los hombres y las mujeres mejor preparados se deben esforzar en manejar. Las transiciones, al sacar a la luz procesos habitualmente escondidos, permiten ver más claramente las estrategias de afrontamiento individuales y de pareja ante los acontecimientos nuevos e inesperados de los nuevos padres: la falta de sueño, la falta de tiempo para reabastecerse, y los cambios significativos en las relaciones con los padres, con la pareja y con los amigos. A veces hay que buscar nuevas estrategias de afrontamiento, y para muchos, estos cambios estimulan el resurgimiento de temas individuales o de relación no resueltos y enterrados, que pueden ir acompañados de ansiedad, depresión o irritabilidad.

A la vez que las transiciones crean las condiciones para el crecimiento porque estimulan el desarrollo de nuevas habilidades, también aumentan el riesgo de disfunciones si se encuentran sin los recursos adecuados para enfrentar los cambios necesarios.

Dos estudios longitudinales de intervenciones preventivas

El “Proyecto de convertirse en familia”, con el que los autores estudiaron la transición a la parentalidad, siguió a las parejas desde el embarazo de su primer bebé hasta que terminó la guardería. Al inicio del estudio, de las 96 parejas, 72 estaban en el tercer trimestre de embarazo y 24 aún no habían decidido si tener un bebé. Se seleccionó al azar un tercio de las parejas expectantes para ser invitadas a participar en un grupo de

parejas dirigido por un equipo hombre-mujer de terapeutas. El grupo se reunió una vez por semana durante los tres meses anteriores y posteriores al nacimiento de las criaturas. Todas las parejas del estudio, con o sin criaturas y con o sin asistencia al grupo, fueron seguidas y asesoradas individualmente durante los siguientes seis años y medio.

Para el “Proyecto de familias con criaturas en edad escolar” se reclutaron 100 parejas cuyas criaturas tuvieran de cuatro a cuatro años y medio. Este proyecto está en proceso en el momento que los autores escriben, y estas criaturas ya van al instituto. En este estudio también se seleccionaron al azar a dos tercios de las familias y se les dio la oportunidad de participar en un grupo de parejas dirigido por un equipo hombre-mujer de terapeutas. Las parejas en los grupos se reunieron una vez por semana durante cuatro meses del año anterior al que las criaturas entraban en parvulario.

Puesto que el objetivo de la investigación era la intervención *preventiva*, las parejas que participaron no sabían que habría una intervención hasta después de haber tenido una entrevista con la pareja de terapeutas. Buscaban parejas que (aún) no estuvieran sufriendo lo suficiente como para solicitar ayuda para sí mismas o para su bebé.

Las parejas participantes en los dos estudios se parecían mucho. Vivían en 27 ciudades distintas de California. El 85% se describían como americanas europeas y el 15% como americanas asiáticas, africanas o hispanas. La mayoría pertenecían a las clases trabajadora y media, algunas se podrían clasificar en media-alta. Los ingresos eran variables, pero había un 15% de participantes que ganaban por debajo de la media del estado.

Un modelo familiar sistémico de desarrollo

Para los autores, para entender lo que sucede en un aspecto de la vida de familia –lo que quieren las madres por ejemplo- es necesario examinar la adaptación en cinco dominios o aspectos de la vida de familia:

1. *Características individuales* de los padres, las madres y las criaturas.
2. *Factores generacionales* que contemplen tres generaciones, las experiencias de relación tempranas del padre y de la madre en sus familias de origen, la pareja, y la familia.
3. Cualidades de la *relación figura parental-criatura*.
4. *Factores externos a la familia*, que incluyan el apoyo de personas pertenecientes a la red social de la familia, así como los factores de vida estresantes en los contextos de:

parentesco, amistades, vecindad, trabajo, y políticas gubernamentales.

5. Cualidades de la *relación entre padre y madre como pareja*.

Virginia Satir (1972) fue la primera en describir a las parejas como “arquitectos” de la familia, que dan forma a desadaptaciones de largo alcance o a contextos saludables dependiendo de sus reacciones ante acontecimientos pertenecientes a los otros cuatro dominios. Las hipótesis de los autores, que ya pueden apoyar con datos, son que: a) los datos de cada uno de estos cinco aspectos de la familia proporciona una información *única* acerca de cómo las personas y las familias afrontan los retos; y b) una *combinación* de información de las evaluaciones de cada dominio proporciona una comprensión más adecuada de la adaptación de cada miembro de la familia individual que la información proveniente de un solo dominio.

Los autores, inspirándose en Erikson (1980), consideran que hay una única tarea del desarrollo asociada con cada uno de estos aspectos de la vida de familia en el momento de su creación. La primera es la necesidad de reformular la propia identidad y equilibrio interior, que no es una tarea menor. La segunda es reconsiderar y reconstruir las relaciones con los padres y familiares. La tercera es establecer una relación de proveimiento con la criatura. La cuarta es enfrentar las presiones externas. Y la quinta, reorganizar la relación de pareja de modo que una familia de dos pasa a ser de tres o más, es el mayor reto de todos, el más inesperado.

a) Reformular la identidad

Una medida de esta reformulación es un instrumento que llaman “el pastel” y que consiste en dividir un círculo en secciones que representen el porcentaje de cada uno de los aspectos de su identidad: figura parental, pareja, amante, trabajador/a, amigo/a.

Para las mujeres, la parte del pastel que correspondía a la maternidad creció del 10% del primer trimestre de embarazo hasta ocupar más de un tercio del círculo cuando la criatura tenía ocho meses. A la vez que la sección etiquetada como trabajo se hacía más pequeña. Un hallazgo que no esperaban fue que la sección pareja o amante también se hacía más pequeño durante el periodo de transición.

Respecto a los hombres, la sección paternidad que empezó siendo el 5%, se cuadruplico después del nacimiento de la criatura. No obstante, la identidad de los hombres como padres seguía siendo considerablemente más pequeña que la de las mujeres como madres. En contraste, la identidad de los hombres como trabajadores básicamente permanecía constante, mientras que la sección pareja o amante disminuyó un poco en la transición.

El hecho de que los hombres y las mujeres cambian de manera distinta, o en distintos

grados, al convertirse en figuras parentales es un tema recurrente en todos los hallazgos que tiene implicaciones para sus relaciones de pareja.

b) Reelaborar las relaciones con las propias figuras parentales

El nacimiento de una criatura tiene el potencial de hacer surgir temas del pasado del hombre y de la mujer. Recuerdos que de otro modo quedarían olvidados o reprimidos - como que se despierta de nuevo el anhelo de satisfacción y la decepción por no recibirla- que luego también intervienen en las discusiones acerca de qué padres ayudarán primero, o cómo son recibidos los consejos de cada parte.

En los estudios, las parejas relataron su deseo de aproximarse a sus padres alrededor del embarazo, con resultados variables, que, de acuerdo con la teoría de la transición como un peligro y una oportunidad, en algunas familias daba como resultado una nueva conectividad y en otras una dolorosa decepción, e incluso un extrañamiento. Estas dinámicas tenían implicaciones para la relación de pareja.

c) Crear una relación con la criatura

Los hombres y las mujeres tienden a utilizar distintos estilos y a establecer distintos tipos de relación con las criaturas. Típicamente los padres son un poco más revoltosos, especialmente con los chicos. Los padres y las madres tienen que aprender a manejar sus reacciones a estas diferencias. Algunos pueden decir: "cada uno contribuye con su propio estilo maravilloso", mientras otros: "estoy preocupado porque mi pareja hace mal las cosas", con la correspondiente implicación para el clima de relación entre ellos, que contribuye al clima en el que se desarrolla la criatura.

d) Enfrentar los factores estresantes y conseguir apoyo social

Hay una terrible falta de apoyo social para los padres y las madres de criaturas pequeñas, lo que hace aumentar los dilemas en relación al equilibrio entre familia y trabajo tanto para los hombres como para las mujeres. Las relaciones de amistad se reorganizan alrededor de otros padres y madres, Además muchas parejas crían a sus criaturas lejos del apoyo potencial de la familia, en entornos aislados.

En Estados Unidos no hay baja por maternidad ni para los padres ni para las madres, sólo doce semanas de permiso. Los/las que escogen, o deben, continuar trabajando, tienen que enfrentar mucho estrés porque además tampoco hay jardines de infancia de calidad. En Europa la situación es distinta dependiendo de los países con una línea de calidad decreciente de norte a sur (para una descripción más precisa ver: "Bienestar insuficiente, democracia incompleta" de Vicenç Navarro (2002), Barcelona: Editorial Anagrama).

e) *Reorganizar la relación de pareja*

Por todo lo visto parece inevitable que la relación de pareja sufrirá cambios. Los reajustes que habrá que hacer serán especialmente difíciles dadas las características biospicasociales que darán lugar a los distintos roles materno y paterno, que parecen lanzar a los hombres y a las mujeres a mundos distintos.

Los autores declaran que son conscientes de que en los últimos 40 años ha existido una *ideología* que animaba al igualitarismo en la organización familiar. Sus resultados muestran que la *realidad* es que las parejas contemporáneas se organizan con una ligera modificación del tradicionalismo, donde los padres hacen más trabajo en la casa y con los niños que el que hicieron en su momento sus padres pero mucho menos del que hacen las madres contemporáneas.

Para evaluar la calidad de las relaciones de pareja hemos utilizado la versión corta del test Locke-Wallace de Ajuste Matrimonial (Locke y Wallace, 1959) que en otros estudios ya había mostrado que la satisfacción marital disminuye a partir del embarazo y durante los años de crianza, y esto se correlaciona no con la cantidad de conflictos sino con la amplitud de la brecha que se abre entre los roles de hombres y mujeres y su percepción de su vida como familia (Cowan y cols., 1985).

Finalmente, los estudios no mostraron diferencia entre las parejas con intervención o sin ella en cuanto al número de divorcios, que llegó al 20% en el momento en que las criaturas entraban en la primaria, cifra que representa casi el 50% de la tasa de de divorcios total en Estados Unidos.

Estos estudios mostraron claramente que la felicidad parental no depende de las criaturas sino de la calidad de su relación. Las parejas que se sentían muy contentas con su relación antes de la llegada de la criatura son las que después puntúan más alto, mientras que las ya estaban descontentas en la fase pre-bebé, se sentían mucho peor dos años después.

Implicaciones de la calidad de las relaciones familiares para el desarrollo de las criaturas y la adaptación a la escuela

La información que los autores van a resumir proviene de múltiples fuentes y de dos cuestionarios: el Inventario de Conducta Adaptativa para Infantes (Cowan, Cowan y Heming, 1995) y la Entrevista con Marionetas de Berkeley (Measelle y cols. 1998).

Empiezan con la afirmación de que la calidad de la relación de la criatura con su padre o con su madre afecta a su adaptación a la escuela. Cuando o bien el padre o bien la madre usan el estilo *autoritario* (Baumrind, 1980) –es decir, son cálidos y responden, pero también estructuran tareas, ponen límites razonables a la edad, y respetan la autonomía de la criatura- la criatura funciona bien en todos los niveles escolares y en

todos los aspectos: logros académicos, competencia social y comportamiento. Estos autores han hallado que el estilo del padre es tan importante como el de la madre en cuanto a la predicción de cómo una criatura se adaptará a la escuela, contradiciendo la creencia típica de que el estilo de la madre es el determinante.

Cuando la pareja no puede resolver sus conflictos, o hay un clima tenso y helado entre ellos, la relación figura parental-criatura tiende a perder eficacia y la criatura tiende a mostrar signos de menor adaptación escolar –social, académica y conductual. Específicamente, cuando las hijas se culpan de los conflictos entre su padre y su madre, se deprimen. Otro ejemplo de especificidad de género en los conflictos maritales es que los padres insatisfechos tienden a tratar a sus hijas de la misma manera que tratan a sus esposas – con irritabilidad y agresión; pero los padres de hijos están más compartimentados y no trasladan el excedente de conflicto marital a su relación parental. Esta diferencia a favor de los chicos no se da de madres a hijos. Por lo tanto, cuando la pareja parental está sufriendo, las hijas están más en riesgo[1].

Para valorar el efecto de la transmisión de patrones familiares en tres generaciones se utilizó la Entrevista de Apego para Adultos (Main, Kaplan y Casidy, 1985). En los estudios encontraron que cuando un padre o una madre tienen un modelo de apego inseguro en funcionamiento, es más probable que él o ella estén envueltos en un matrimonio de conflicto elevado y que sean menos autoritarios en las interacciones con las criaturas.

También encontraron que si el padre tenía un modelo de apego seguro pero la madre no, se producía un efecto parachoques respecto al riesgo de repetir las relaciones de malestar a lo largo de las generaciones, y la parentalidad de la madre era tan efectiva como la de madres con apego seguro, mientras que lo contrario no es cierto: cuando la madre tiene un modelo de apego seguro pero el padre no, no puede actuar como parachoques de las consecuencias de la perspectiva negativa del padre en las criaturas, y sus interacciones no son efectivas.

En resumen, ser una figura parental efectiva predice una buena porción de la adaptación escolar de las criaturas; pero el modo cómo la pareja resuelve sus conflictos del día a día también influye; y finalmente la transmisión generacional de abuelos a padres y a criaturas también tiene un papel en si la criatura se puede concentrar, puede aprender cosas nuevas, y se lleva bien con las otras criaturas de la escuela.

Implicaciones para la terapia

1. Para los/las terapeutas que trabajan con madres nuevas, es importante que eviten interpretar sus malestares individuales, intrapsíquicos o de pareja como indicadores de patología, y que sepan que pueden ayudarlas a adaptarse mejor si focalizan en los retos que suponen las relaciones con la criatura y con la pareja en el nuevo contexto.

2. También les puede ayudar informarlas de las tensiones normales y esperables de este periodo primerizo de crianza.
3. Las criaturas se pueden beneficiar de la terapia de su padre o su madre al aliviarles de malestares de otros ámbitos.
4. Es importante que el/la terapeuta tenga en mente que si mejora la relación de pareja puede mejorar la parentalidad, pero que no sucede igual a la inversa.

Conclusiones

Finalmente, para retomar la pregunta de qué quieren las madres y la reformulación que los autores han hecho de ella, concluyen, recurriendo a los resultados de sus estudios, que un ingrediente fundamental para lograr ser “madres suficientemente buenas” es el tipo de relación que establecen con los padres de sus criaturas, y que esto es válido incluso para parejas divorciadas (Hetherington y Nelly, 2002; Carlson y McLanahan, 2002), lo mismo que para parejas homosexuales (Patterson, 1995; Schwartz y Drescher en este mismo libro)

Los datos también revelan que es posible identificar personas y relaciones familiares en riesgo de sufrimientos futuros. La cuestión es, ¿se puede hacer algo para reducir la probabilidad de que el riesgo acabe dando lugar a una inadaptación? Los estudios que diseñaron para contestar esta pregunta les llevan a la siguiente conclusión: romper el ciclo de relaciones intergeneracionales negativas es muy difícil, pero han observado que ayudando a las madres y a los padres a reconocer los patrones de sus familias de origen, a enfrentar constructivamente la expresión de emociones fuertes, y a resolver algunas de las diferencias de la pareja que *les hagan sentir más satisfechos a cada uno*, su sensación de competencia y su satisfacción con el tiempo irá produciendo efectos en cascada en sus relaciones consigo mismos y con sus criaturas.

Los autores quieren terminar con un consejo que se desprende de sus hallazgos. Dado que los padres y las madres tienen que tratar de lograr un equilibrio desesperado entre sus deseos de ser las mejores figuras parentales posibles, de mantener una relación de enriquecimiento mutuo con la pareja, de estar envueltos en un trabajo que tenga sentido, etc., a menudo están tentados de dejar la relación en suspenso. Los autores insisten en la conveniencia de que la pareja dedique *algún* tiempo a cultivarse porque una buena relación de pareja es la mejor predicción de beneficios a largo alcance para las criaturas.

[1]Nota de la autora de la reseña: Este dato ya fue mostrado en el trabajo de 1994 de Nancy J.

