



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons  
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



# PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGÍSTER EN ESTUDIOS TEÓRICOS DEL  
PSICOANÁLISIS

“La Depresión Post-parto desde la Pulsión de Muerte”

Carmen Rosa Zelaya P.

1974.42980

LIMA - PERU

2003

## Tabla de Contenido

Introducción	I
Capítulo 1: Psicodinamismos de la maternidad	1
1.1 Embarazo : deseos y fantasías	
1.2 Parto: de la pérdida a la reintegración	
1.3 Depresión Post-parto	
Capítulo 2: La Pulsión de Muerte	
2.1 Perspectiva Freudiana	
2.2 Klein y los post-kleinianos	
2.3 Nuevas aportaciones	
Capítulo 3: Discusión	
Referencias bibliográficas	

A mis abuelas, Manchi y Mamacita.

A mi madre, Elena.

A mis hermanas, amigas, y  
pacientes, de quienes aprendí, y  
al vivirlo me convencí, que la  
maternidad se constituye,  
muchas veces, en una  
experiencia que va que va *Más  
allá del Principio del Placer.*



## Agradecimientos

Deseo expresar mi reconocimiento a todas las personas que contribuyeron a la realización y culminación de este trabajo:

A Carla Mantilla, por su generosa disposición, rigurosidad, lucidez y buen humor a lo largo de todo su trabajo de su asesoría.

A Moisés Lemlij, Max Hernández, y demás profesores, quienes enriquecieron mi formación y contribuyeron a esclarecer mis intereses teóricos.

A Lizzi Haworth, por su amistad, paciente escucha y afectuosas sugerencias en la precisión de mis ideas.

A Johanna Mendoza y demás compañeros de la Maestría en Estudios Teóricos del Psicoanálisis, por cada una de las valiosas ideas aportadas, de las que me nutrí para la elaboración de mi tema de tesis.

Especial agradecimiento deseo expresar a mis hijos, Alonso, Lucía e Ignacio, así como a Manuel Scorza, por el respeto y tolerancia mostradas frente a mis horas de trabajo.

“Si los cuerpos se separan en el alumbramiento, no ocurre lo mismo con las psiques, que se encuentran, en parte, en lo que llamo un “funcionamiento psíquico común” (Missenard, 1987).

Para su madre y su padre, el hijo ocupa un lugar como “proyecto” en la prolongación del narcisismo de ellos, y además se aloja en el deseo inconsciente de su madre. Menciono aquí estas evidencias para precisar que el deseo inconsciente no remite sólo a lo *reprimido* (constituido, por ejemplo, por representaciones verbales antes conscientes), sino también a lo que *nunca* ha sido representado y que, en consecuencia, permanece no representable, al menos por medio de palabras. Esto reprimido, por una parte, y esto no representable, por la otra, se sitúan en el núcleo del funcionamiento psíquico inicial y constituyen la “sustancia común” de la madre y del infans.” (Missenard, 1989, p. 16).

## Resumen

La DPP constituye un tema de interés reciente para el psicoanálisis, al que ha arribado como parte de su evolución teórica y clínica. Si bien existen estudios que dan cuenta de los efectos del estado depresivo en el desarrollo psíquico de su hijo, aún resulta escasa las investigaciones sobre la dinámica que se produce en la madre cuando se va afectada por este tipo de depresión. Este trabajo discute la utilidad del concepto de pulsión de muerte para profundizar en la comprensión de los psicodinamismos que se producen en los cuadros de depresión post-parto. Propone una especial consideración del estado narcisista desplegado durante el embarazo, para explicar la intensidad del trabajo psíquico que debe realizar la madre tras el parto para conseguir elaborar e integrar la dolorosa pérdida del estado de omnipotencia desarrollado durante el embarazo. Se revisa, también la noción de Pulsión de Muerte, abordando el desarrollo del concepto, y sus controversias, a lo largo de la evolución teórica del psicoanálisis. Finalmente, las conclusiones que de él se extraen, pretenden contribuir al estudio de la clínica contemporánea.

## Introducción

En los últimos años de mi práctica clínica, con niños y adultos, he ido madurando una inquietud que advertí desde los comienzos de esta experiencia. Frente a cada paciente que atendía aparecía la pregunta de cómo y cuándo se había configurado el problema motivo por cual acudía a consulta, y sobretodo, si se hubiera podido contribuir con una ayuda a tiempo para que dicho problema no derivara en mayores sufrimientos. Así mismo, en el marco de las discusiones clínicas apreciaba el monto de responsabilidad que, con respecto a la problemática del paciente, se le tendía a atribuir a la madre, situación que por cierto me parecía bastante limitada e injusta. Rara vez escuché una aproximación sensible y teóricamente bien fundamentada sobre los estados y conflictos por los que podría la madre estar atravesando, como un intento por profundizar en la comprensión de los psicodinamismos de la maternidad, y por consiguiente otorgar, a partir de ello, mayor coherencia a la pretendida intervención.

Al introducirme en la revisión sobre la maternidad y sus dificultades, me enfrenté inevitablemente con una cuestión que, al parecer, inconscientemente había estado intentando abordar hacía tiempo, a modo de esclarecer precisamente mis inquietudes iniciales. El tema de la depresión postparto apareció como una importante posibilidad de

ingreso a la comprensión de los conflictos que explicarían las limitaciones, o bien discapacidades, de la madre para desplegarse en el rol de la supuesta “madre suficientemente buena” (Winnicott, 1956).

La depresión postparto (DPP) es un fenómeno clínico reconocido hace varios siglos, sin embargo, a pesar de su recurrencia –como otros temas referidos a la mujer- la atención que se le ha dedicado ha sido reducida, limitándose mayormente al campo psiquiátrico<sup>1</sup>. La DPP consiste en el desarrollo de un profundo estado de tristeza, ansiedad e irritabilidad en la madre tras el nacimiento de su hijo. En mi opinión, dicho estado de alta vulnerabilidad psíquica, revelaría el sufrimiento de un conflicto interno, expresado como una grave dificultad para salir al encuentro del “gesto espontáneo” de su bebé (Winnicott, 1956).

Según la mayoría de estudios (Raphael-Leff, 1995; Lucas, 1993; Mills, 1997) la DPP es un fenómeno que afecta, en distintos grados, aproximadamente del 50% al 80% de las mujeres en la sociedad occidental. Se manifiesta a través de llanto, irritabilidad, sentimientos excesivos de culpa, trastornos del sueño y apetito, problemas en la concentración y aislamiento social. Tales síntomas conllevarían una pérdida de interés e indiferencia hacia el niño, o bien, se expresarían a través de actitudes intrusivas u hostiles hacia éste (Murray, 1997). En otros casos la DPP se acompaña de síntomas hipocondríacos, somatizaciones, temores y fantasías de la madre de dañarse a sí misma o a su bebé. (Raphael-Leff, 1995).

La sintomatología descrita por las investigaciones psiquiátricas (Lucas, 1993), así como del estudio de casos reportados desde la consulta clínica (Raphael-Leff, 1995), indican la vivencia de una crisis emocional en relación a factores hormonales, efectos

---

<sup>1</sup> Los antecedentes del conocimiento de la DPP se remontan a la época de Hipócrates (460 a.C) reconocida como un síndrome puerperal al que se denominó “amencia”, término que alude a estados de confusión y/o perplejidad.

[http://geosalud.com/depresion/depresion\\_postparto.htm](http://geosalud.com/depresion/depresion_postparto.htm)

[http://www.alcmeon.com.ar/4/15/a15\\_04.htm](http://www.alcmeon.com.ar/4/15/a15_04.htm)

fisiológicos de partos difíciles, falta de apoyo de la pareja y de la familia, pobreza y desempleo.

Para el psicoanálisis, la DPP constituye un tema de interés más reciente, al que ha arribado como parte de su evolución teórica y clínica. Si bien existen varios estudios (Winnicott, 1965; Green, 1993; Murray y col, 1991; Stern, 1985; Tustin, 1985; Trevarthen, 1985) que demuestran las nocivas implicancias de los estados depresivos de la madre en el desarrollo psíquico de su hijo, por otro lado es muy escaso lo que se ha escrito sobre los psicodinamismos que se producen en ésta cuando se ve afectada por una depresión de dicha clase. Los estudios que se han realizado sobre el tema se refieren básicamente a la actualización de conflictos edípicos (Pines, 1978), considerados como provenientes de la envidia del pene o dificultades en la aceptación de la femineidad (Deutsch, 1944). También hay muchas referencias a conflictos pre-edípicos (Lucas, 1993; Raphael-Leff, 1995; Kristeva, 1997; Marioti, 1997), que en general se asocian al duelo por la pérdida de la unión con la madre (Laufer, 1988), todos ellos reactivados en el contexto del puerperio.

Considero que el estudio de la DPP desde la perspectiva psicoanalítica remite a la necesidad por revisar conceptos tan centrales, y al mismo tiempo tan controvertidos, como lo es la pulsión de muerte, para la descripción y análisis que se haga de éste fenómeno. Ciertamente es un tema extremadamente complejo, en tanto pretende dar cuenta de los aspectos más primarios y destructivos del ser humano. Sin embargo, la relación entre la DPP y la pulsión de muerte representa un importante intento por entender un trastorno grave desde el psicoanálisis. Debido a estas particularidades es que el presente trabajo pretenderá proponer una modalidad diferente de las ya planteadas, en la aproximación a la comprensión de la DPP.

A mi entender, los aportes teóricos contemporáneos en torno a las relaciones objetales, en el estudio de los estados fronterizos y narcisistas, trazan valiosas vías para una mayor profundización en la comprensión de los psicodinamismos que subyacen a éste cuadro.

Considerando que el parto constituye una experiencia emocionalmente intensa, que interrumpe el estado de regresión narcisista vivido durante el embarazo y de gratificación por la ilusión de completud e identificación con los aspectos omnipotentes de la figura materna (Kristeva, 1980, 1997), es de suponer que el cambio de un estado a otro implique la exigencia de un intenso trabajo psíquico de elaboración. La ruptura de la simbiosis, podría ser vivida inconscientemente como una salida radical del estado infantil. En ese sentido, para la madre, el parto podría representar la pérdida de un estado de plenitud, vivido como una dolorosa pérdida de objeto, al pasar de un estado profundamente narcisista, a la confrontación de la realidad de dos cuerpos separados, cada uno con sus respectivas necesidades de atención y cuidado.

Desde ésta perspectiva, postulo que la experiencia de separación en el momento del parto podría considerarse como un importante factor desencadenante de ansiedades de aniquilación y desintegración, en la medida en que este evento no sólo definiría el paso de un estado de fusión física y psíquica, a otro de marcada discontinuidad psicosomática, sino que representaría una pérdida de objeto fundamental. La intensidad de la excitación que implica el parto, a lo que se agrega el modo impersonal de intervención médica -como suele ocurrir en nuestra sociedad occidental- (Bouchart-Godard, 1992), conllevaría la fuerza potencial de desencadenar la emergencia de estados de confusión, activando núcleos psíquicos primitivos, desorganizados, huellas mnémicas originarias, inconscientes e irrepresentables (Green, 2001). La vivencia tangible de la separación física remitiría a las primeras experiencias de pérdida y angustia de desintegración correspondientes.

Como consecuencia de la intensidad de ésta vivencia, pienso que el sufrimiento psíquico producido por la separación física en el parto podría desencadenar, cuando existe una organización conflictiva latente, la manifestación de los impulsos destructivos en su más alta y primaria expresión. El bebé en éstos casos podría ser percibido como enemigo, pudiendo despertar en la madre impulsos filicidas (Rascosky, 1973), la dramática de Medea (Alizade, 1992), o bien la “perversión del instinto maternal” (Welldon, 1995).

Los distintos modos como se enfrente y se logre procesar esta experiencia dependerá del nivel de estructuración yoica alcanzada hasta ése momento. Las dificultades para elaborar esta situación se reflejarían en el grado de severidad que adquiriera la depresión post-parto. Estos abarcan desde, los ligeros “baby blues” que duran unos pocos días, la depresión post-parto propiamente dicha, que puede prolongarse hasta dos años, hasta los casos extremos de psicosis puerperal.

La hipótesis del presente estudio plantea que la dificultad que manifieste la madre para investir libidinalmente a su bebé, su retracción narcisista, su insensibilidad e indiferencia como parte del cuadro que caracteriza a la depresión post-parto, pueden ser descritas y entendidas como las manifestaciones de una fusión pulsional patológica, en la que predominaría la fuerza de la pulsión de muerte, que se revelaría, como una defensa primaria de ataque al vínculo, en un movimiento de desinversión que anularía todo deseo libidinal, en su función de violenta desobjetalización (Rosenfeld, 1971; Bion, 1959; Aulagnier, 1982; Green, 2001). Se trataría entonces, de un mecanismo a través del cual la madre necesitaría defenderse del profundo y doloroso sentimiento de desgarramiento que representaría la separación, y al mismo tiempo, evidenciaría un estado mental incapaz de integrar, elaborar y pensar la experiencia (Anzieu, 1985; Bion, 1962).

La relevancia del estudio de la DPP se basa en el creciente conocimiento sobre los efectos adversos que ésta tiene sobre el desarrollo psíquico, cognitivo e intelectual del niño

(Murray y Cooper, 1997), así como sobre el riesgo de que éste estado persista y derive en mayores complicaciones en la evolución de una saludable maternidad .

El estudio de la DPP constituye para el psicoanálisis un importante campo de articulación teórica y clínica. Considero que, a pesar de lo controversial que ha venido siendo el concepto de pulsión de muerte dentro de la teoría psicoanalítica, éste continúa revelando una significativa utilidad para entender la dinámica intrapsíquica de las ansiedades y conflictos de las depresiones graves. La conveniencia de relacionar los temas de DPP con la pulsión de muerte se apoya en la idea de poder contribuir al desarrollo de la clínica contemporánea, cuyos alcances favorezcan, no sólo a un mayor esclarecimiento del fenómeno, sino a la posibilidad de que su manejo terapéutico se nutra de los recientes aportes de autores como André Green (1990, 1993), al referirse a clínica de los estados fronterizos y narcisistas.

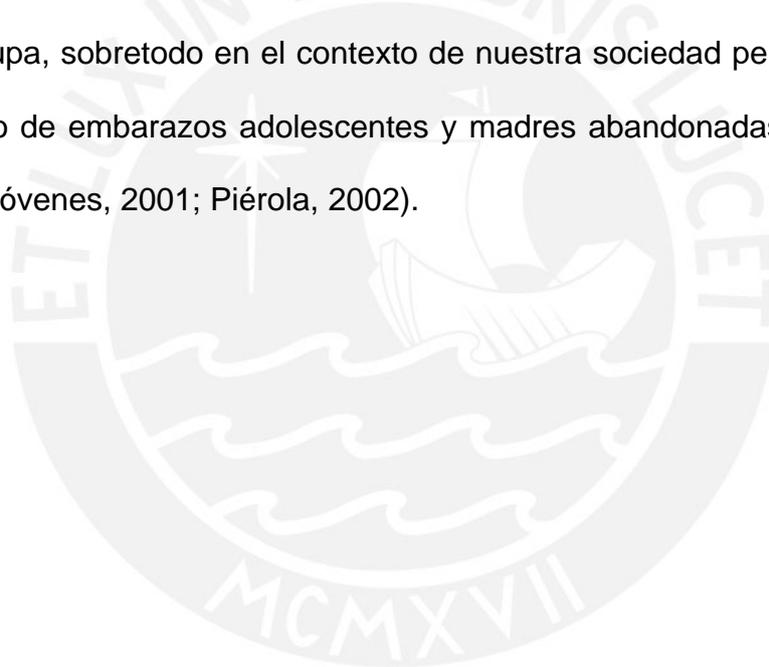
Dada la importancia que se le otorga desde el psicoanálisis, en términos de salud mental, a la calidad del vínculo temprano para la salud mental de la madre y el niño, surge la necesidad de desarrollar diagnósticos precisos así como métodos que detecten precozmente los alcances perjudiciales de la DPP.

Si bien la DPP tiende a resolverse en los casos más leves pasados algunos días, en la mayor parte de ellos el sufrimiento y desgaste psíquico que implica su desconocimiento hace que se mantenga y sea vivida en silencio, soledad y confusión. Así mismo, es fundamental, establecer tipos y niveles de conflicto, que orienten el diseño de estrategias de intervención preventiva, farmacológica y psicoterapéutica, capaces de ayudar a la madre a elaborar su depresión, y faciliten con ello, el establecimiento de un vínculo más gratificante y sano con su hijo.

El estudio de la DPP constituye una tarea interdisciplinaria, que convoca la participación de la psiquiatría, ginecología, pediatría, psicología, psicoanálisis y

antropología en el intento por elaborar una comprensión integral, establecer formas de detección oportuna, diagnósticos precisos y modos de intervención.

La aproximación a la problemática de la DPP que la presente investigación intenta abordar, pretende remitirse al valor del concepto de pulsión de muerte como noción capaz de aportar una importante aproximación en la comprensión de dicho fenómeno. También pretende contribuir a la tarea del psicoanálisis actual, en continuar ligando sus conceptos a las necesidades de la clínica contemporánea. Así mismo es de esperar que las conclusiones que se obtengan del presente trabajo, favorezcan la apertura de un espacio de estudio clínico y teórico capaz de generar mayor interés de investigación y de discusión del tema que nos ocupa, sobretodo en el contexto de nuestra sociedad peruana, en donde existe un alto número de embarazos adolescentes y madres abandonadas por los padres de sus hijos (Redes Jóvenes, 2001; Piérola, 2002).



## Capítulo 1: Psicodinamismos de la maternidad

### 1.1 Embarazo: deseos y fantasías

En el psicoanálisis, el estudio de la maternidad no puede abstraerse del tema de la sexualidad femenina, el cual, precisamente, ha generado intensa controversia entre los psicoanalistas por más de ochenta años. Entendemos dicha polémica como reflejo del esfuerzo por intentar esclarecer la supuesta masculinidad atribuida, inicialmente por Freud (1931), al desarrollo de la sexualidad en la niña.

El conocido debate Freud-Jones, ocurrido entre los años 20 y 30, se centró en la discusión de la noción propuesta por Freud sobre el monismo fálico, el que sostiene la idea de un desconocimiento temprano de la vagina, aún en el inconsciente de la niña.

Los opositores de Freud, liderados por las ideas de E. Jones, promotor de la llamada escuela independiente, junto con Karen Horney y Melanie Klein como principales exponentes, planteaban la existencia de una pulsión biológica que impulsaría a la niña en una dirección heterosexual. Para estos autores la anatomía femenina sería percibida por ella y no experimentada simplemente como una falta. Sostienen, de modo más preciso, que habría una fase femenina primaria en que la vagina sería distinguida a través de las excitaciones provenientes de su interior, paralelamente al reconocimiento de sus capacidades receptoras, de las cuales se derivarían ansiedades y defensas específicas.

Las posteriores propuestas teóricas que se han sostenido, ya sea continuando la obra freudiana o introduciendo críticas y modificaciones a la misma, se hallan atravesadas por insuficiencias conceptuales y/o metodológicas para dar cuenta de la constitución de la feminidad (Dio Bleichmar, E; 1997).

Dentro del enfoque freudiano, el deseo de tener un hijo se configura e inscribe dentro de la situación edípica, como parte del proceso de identificación sexual. Para Freud (1931), el reconocimiento de las diferencias sexuales lleva a que la niña perciba su cuerpo como castrado, trayendo como consecuencia en ella el desarrollo de sentimientos de inferioridad y envidia del pene. De acuerdo a Freud, el deseo de un hijo representaría, para la niña, la compensación a dicha falta, la ilusión de completud y la fantasía edípica de recibir un hijo de su padre.

La teoría del monismo fálico (Freud, 1905, 1909, 1923, 1925, 1931), lleva a que se sostenga, más adelante, la idea de que en la etapa pre-edípica tanto niña como niño, en el contexto primario de la relación íntima y erótica con la madre, desearían ambos darle o recibir un hijo de la madre, para constituirse con ella en una dupla de completud. La instalación de la diferencia sexual desencadenaría en la niña la envidia del pene, decepción y rencor hacia la madre, y frustración por haber nacido mujer, en tanto el valor fálico, según este enfoque, se adscribiría al pene.

Estudios más recientes amplían la mirada sobre la sexualidad femenina. Centran su atención en la complejidad del proceso de separación temprana. E. Laufer (1993) propone un enfoque diferente para entender la castración en la mujer planteada por Freud. No considera traumática la percatación de la ausencia del pene, sostiene más bien, que se produce un tipo de proceso gradual en la experiencia de placer corporal, que organiza las percepciones y experiencias tempranas, a través de las cuales se fundaría el camino de cómo la niña se llegue a concebir como mujer. Para ella, la calidad de la relación temprana

con la madre, en sus aspectos sensoriales, crea una organización narcisista que no sólo le permite a la niña reconocerse gradualmente del mismo sexo, sino a percibirse “con un cuerpo que no la llevará a ser hombre” (p.71). Es decir, con un sexo diferenciado - es así como entiende lo “castrado” formulado por Freud- correlativamente a la consciencia, desde la niñez, de poseer una vagina con capacidades receptoras.

M. Alizade (1992), A. Anzieu (1993) y J. Kristeva (1997) destacan la afirmación de un orden femenino en la mujer, instalado en la falta, a través de la positivización del “no tener”. La resolución del complejo de Edipo en la mujer implicaría la integración de los aspectos masculinos y femeninos, a través de la actualización de su bisexualidad psíquica. Alizade precisa que, “La bisexualidad se le presenta (a la mujer) en toda su riqueza. Por un lado, sabe que el falismo no le está vedado, y por otro recupera su femineidad primordial, salta la valla defensiva de la envidia del pene y se entrega a una “activa pasividad” (p.24).

El tener un hijo no sólo representaría un alcance fálico, un desplazamiento de la castración, y/o una revalorización de lo femenino, sino también la posibilidad de desplegar y gozar del erotismo vivido en la fusión temprana de la relación con la madre (Kristeva, 1980). También involucra la capacidad de percibir su complementariedad en el vínculo genital con el hombre, integrando la figura masculina como contribuyente y participante activo en el proceso procreativo (Mariotti, 1997).

La genitalidad femenina obedecería más bien a un orden sublimatorio, más allá del reconocimiento de las diferencias sexuales, de la envidia de género y de la realidad reproductiva en sí misma. La elaboración del duelo por las supuestas faltas o minimizaciones se expresaría a través de una sublimación creativa que abarcaría los distintos modos de participar en procesos de desarrollo, constituyéndose lo que J. Raphael-Leff (1997) ha denominado la “identidad generativa”.

La experiencia clínica psicoanalítica en torno a la maternidad (Pines, D; 1978; 1982, Raphael-Leff, J; 1993; 1995; 1996, Laufer, E; 1993) revela conflictos relacionados a la incompatibilidad entre el deseo de quedar embarazada y el deseo de traer un niño vivo al mundo y convertirse en madre.

Desde la temprana infancia los niños y niñas juegan el rol de mamá (Pines, 1978). Eligen un objeto, sea un juguete o a la madre misma, para imitar la manera como siente que su madre lo trata. Así, podrá alimentarlo, cuidarlo o maltratarlo, en identificación con el poder de la madre pre-edípica. El tipo de relación que se establece en esta etapa estaría marcada por el predominio de componentes narcisistas, en la que el objeto sería utilizado para la satisfacción de fantasías omnipotentes.

Existen otras razones intrapsíquicas para el embarazo que no tienen que ver con el verdadero deseo de criar un bebé. El embarazo en la adolescencia puede responder a necesidades infantiles, de ser ellos los bebés, o bien, estar más ligado a ansiedades por establecer una madurez sexual e identidad de género (Pines, 1978). Otros motivos para el embarazo pueden darse a modo de compensación de carencias pasadas, trastornos orgánicos o edad avanzada que hace necesario concebir en determinado momento (Raphael-Leff, 1995).

El embarazo reactiva fuertes representaciones inconscientes que se expresan en sueños, fantasías y estado afectivo. La idea de estar “encinta” alude a un estado psíquico particular que encierra a la mujer con la agitación psíquica de su mundo interno<sup>2</sup>. Las motivaciones pre-edípicas o edípicas configurarían las representaciones conscientes e inconscientes sobre el hijo y la maternidad (Raphael-Leff, 1995). En tal sentido, el mundo interno de la mujer sufriría una particular activación, en la que emergerían experiencias primitivas que exigirían un modo de contención y elaboración. La madre iría desplegando

---

<sup>2</sup> *Enceinte*, término utilizado por J. Kristeva (1980) alude antiguamente a una muralla protectora que rodea un pueblo.

paralelamente al desarrollo fetal, una progresiva capacidad de intercambio imaginario con el bebé de la fantasía, proceso al que J. Raphael-Leff (1995) ha denominado, el “Paradigma de la placenta”, aludiendo al doble proceso de nutrir y metabolizar, física y psíquicamente la experiencia de embarazo.

La concepción por sí misma produce una alteración sómato-psíquica que, al promover distintos grados de regresión, demanda un intenso y prolongado proceso de adaptación. Luego de un largo proceso de separación-individuación (Mahler, 1977) que la mujer ha debido desarrollar para percibirse separada de los otros, el embarazo la retrae a concebirse unida a otro en su propio cuerpo, con el potencial de movilizar problemáticas tempranas de separación con respecto a la relación objetal (Raphael-Leff, J; 1995).

En este contexto, el embarazo puede representar inconscientemente la deseada fantasía de retorno a la fusión simbiótica dentro del vientre materno<sup>3</sup>, favorecida por los procesos regresivos que retraen la libido hacia el cuerpo y hacia el mundo interno. Se actualizan los sentimientos de unidad con la propia madre, y a la vez se produce una identificación con el feto como si se estuviera dentro del cuerpo de la propia madre (Marioti, P; 1997, Kristeva, J; 1980). La intensidad de la regresión arrastra hacia vivencias muy primarias, acompañadas de la fantasía de reunión de la mujer-madre con el cuerpo de su propia madre. Julia Kristeva (1980) ofrece una sensible e intuitiva descripción de la atracción que puede experimentar una mujer en estados regresivos hacia un contacto fusional con la madre, a modo de protección. Dice que, “El cuerpo de su madre es siempre la Madre-Maestra de los impulsos instintivos, reguladora de la psicosis, sujeto de la biología, pero también, alguien a quien la mujer aspira apasionadamente alcanzar,

---

<sup>3</sup> La fábula de Aristófanes hace referencia a ésta fantasía originaria “Cuando el ser primitivo fue desdoblado por ese corte, cada uno, extrañando a su mitad, intentaba encontrarla. Abrazándola, enlazándose uno con otro, deseando no formar más que un solo ser, morían de hambre, y de inanición también, porque no querían hacer nada el uno sin el otro” (El Banquete) (citado por P. Verhaegue, 2001).

simplemente porque carece de pene: dicho cuerpo no puede penetrarla como lo hace el hombre cuando posee a su mujer” (p.303).

La negación de la ambivalencia surgida precisamente de la relación simbiótica con la madre contribuiría a que se intensifique la gratificación de fantasías de fusión, actuando la idealización como defensa frente a una hostilidad y destructividad inconsciente (Niemelä, P; 1998). Por el contrario, en otros casos la fusión puede ser vivida como una amenaza a la identidad y como un peligro a la integridad física. La madre intentaría defenderse de la confusión, negando los síntomas y minimizando la importancia de su maternidad (Raphael-Leff, J; 1995).

El embarazo también encarna la representación humana de la creatividad, simboliza la fertilidad en sus aspectos fálicos. Por tal motivo, la maternidad favorecería el despliegue de fantasías omnipotentes y reivindicatorias (Dolto, F; 1994) que en algunos casos posibilitarían la compensación de heridas, carencias y frustraciones del pasado (Mills, 1997).

El embarazo constituye un proceso gradual, en el cual la evolución fetal tiene su correlato en la psiquis de la madre. Así como el feto tiene una implantación física, también lo tiene psíquicamente en el mundo interno de ésta, desde el comienzo hasta el final del embarazo. El embrión va adquiriendo un significado particular para la madre (y su pareja) a lo largo de los nueve meses de gestación. De lo que comienza siendo sólo una fantasía, teñida de representaciones psíquicas más o menos ambivalentes, va transformándose progresivamente en una representación más real, favorecida por los movimientos fetales, permitiendo reconocer al bebé como separado (Raphael-Leff, 1995). La relación con el bebé no sólo es imaginaria, se da una importante relación sensorial interoceptiva que se traduce psíquicamente en un vivenciar erógeno, en tanto circula entre emociones, percepciones, afectos y representaciones.

En el cuerpo de la mujer embarazada se constituye un programa biosocial, pre-consciente, en el que se experimentan gratificantes y variadas excitaciones somáticas (Damasio, 2000), vividos como estados “psicóticos” privilegiados (Winnicott, 1956; Kristeva, 1980). Simultáneamente, éstos van adquiriendo una representación consciente e inconsciente, en función a las expectativas y modelos que brinde la cultura (Kristeva, 1980).

Así mismo, podría pensarse que el feto se constituye para la madre, durante y algún tiempo después del embarazo, en un “objeto transicional” (Winnicott, 1971), ubicado en el área intermedia donde la realidad interna y la vida externa se intersectan. Del mismo modo, el curso del embarazo daría cuenta del desarrollo paulatino de la capacidad para acercarse y discriminar la realidad (Fonagy, P y Target, M; 1996), a partir de la posibilidad de la elaboración de la ambivalencia y duelo por la renuncia al bebé imaginado y anhelado.

La vivencia del embarazo, en general, remite a estados regresivos de tipo narcisista, en la que se tiende a borrar “saludablemente” la huella del Otro para centrarse en el deseo de lo Uno (Green, 1993; Winnicott, 1956; Stern, 1985). Si bien este estado psíquico particular tiene por finalidad permitir la profunda identificación de la madre con sus procesos corporales y su correlato de gestación psíquica, la intensidad afectiva que supone la vivencia del embarazo, sobretudo en el caso de adolescentes primerizas (Laufer, 1993), exige también un trabajo psíquico de discriminación, en el cual se consiga percibir al bebé, hacia el término del embarazo como un ser con existencia propia, que buscará de manera natural desprenderse de su cuerpo para continuar la interacción de modo diferente.

## 1.2 Parto:

Indudablemente el parto es una experiencia física de dolor intenso, provocado por las contracciones uterinas, la distensión pélvica y la dilatación del conducto vaginal, que favorecen la salida del bebé del cuerpo de la madre. Al progresar el trabajo del parto aparecen sensaciones diferentes tanto en el cuerpo como en la mente de la madre que se interrelacionan entre sí. La sobreexcitación experimentada en la zona genital desencadena fantasías sexuales en las que el dolor y el placer adquieren un significado. El dolor físico experimentado adquiriría un sentido específico para la madre. Podría asumirlo como parte de un proceso que la lleva a dar vida, como un acto creativo, responsable y satisfactorio, en el que confía para tolerar el dolor y concentrar sus energías en la expulsión. O, por el contrario, podría también vivirlo como una experiencia masoquista, sentida como una amenaza violenta a la unión simbiótica, invadida por angustias de desintegración.

Si bien es de esperar que la madre se haya anticipado psíquicamente para el alumbramiento durante el embarazo, el parto no deja de ser un evento puntual y abrupto que produce intenso desconcierto. Este representa un cambio radical de estado, una discontinuidad psicosomática, que expone a la madre a la irrupción de angustias intolerables e irrepresentables (Bion, 1962).

Las experiencias subjetivas y objetivas del parto son extremadamente variables, y así como existen mujeres que se sienten desestructuradas, otras consiguen enfrentarlo a través de mecanismos obsesivos, donde el dolor y la ansiedad quedan controlados, o negados en los estados de mayor disociación (Bouchart-Godard, 1992).

La materialización de la separación física en el parto, predispondría a la actualización de experiencias de separación temprana vividas como traumáticas. En éste sentido, el parto puede ser representado inconscientemente como un estallido o un desgarramiento de

la envoltura psíquica (Anzieu, D, 1998), en el que la separación se viviría como a una pérdida narcisista de una parte vital, correspondiente a una relación de objeto parcial, precipitando en éstos casos, angustias de desintegración.

La separación, vivida como violenta discontinuidad somatopsíquica reactiva la memoria del registro inconsciente de las separaciones primordiales, aquellas producidas en el contexto instintivo con el cuerpo de la madre (Kristeva, 1980).

Cuando existe un sustrato psicopatológico, fijaciones orales de la libido, severas injurias narcisistas, relaciones pre-edípicas, “la separación de una parte de sí desencadena la irrupción de angustias confusionales, de sentimientos paranoides y depresivos” (Lucas, R; 1993, p.86). Con el nacimiento se produciría un conflicto entre la persistencia de las demandas de fusión narcisistas y la constatación de la separación en la realidad.

El parto puede representar las fantasías de castración, por un lado por la pérdida de una parte sentida como del propio cuerpo, y por otro, por el corte que simboliza la episiotomía. En éste contexto, los aportes de Melanie Klein (1928) a la comprensión de fantasías destructivas de la niña hacia la madre permiten entender los sentimientos ambivalentes y paranoides que emergen en la escena psíquica, contribuyendo a acentuar el desborde y desolación.

Dar a luz es considerado en cada cultura de manera distinta. A. Bouchart-Godard (1992), sostiene que en nuestra cultura occidental, a diferencia de otras culturas más primitivas, el parto se caracteriza por su sadismo. La atención a la mujer parturienta es impersonal, se la aísla en una sala de trabajo de parto, se la rasura, se le coloca un enema y se la instala en una camilla horizontal, todo ello para facilitar el trabajo del médico y para tener mayor control sobre el parto. La participación de la mujer es dirigida, pasa a depender de las indicaciones médicas, las que le reducen el contacto con su propio llamado instintivo a parir. Esta modalidad, de participación dependiente y pasiva, lejos de

favorecer su confianza, protagonismo y apropiación activa del evento para ser vivido como un acto creativo, pareciera más bien predisponer a una mayor regresión y disociación.

La misma autora señala que, tal como lo demuestra la experiencia clínica, el parto haría revivir en la madre su propio nacimiento. Sostiene que la mujer da a luz de la misma manera como ha registrado inconscientemente su propio nacimiento, por lo tanto, alumbrando en función al significado que su propio nacimiento tuvo para su madre. En éste acto se actualizaría el discurso de la madre de la mujer que da a luz con respecto al alumbramiento, otorgándole un sentido particular. En tal sentido, el parto podría ser percibido como un evento natural y confiable, o más bien terrorífico. Cuando evoca angustias de muerte, el parto es vivido como una situación incontrolable, la angustia de aniquilación en estos casos se apodera de la parturienta.

En los momentos de la expulsión aparecen los deseos de pujar, los que generarían en la mujer una sensación de confusión, entre pujar para expulsar la salida del bebé y defecar. Los conflictos anales encontrarían en estos momentos un espacio de expresión. Las angustias de separación pueden provocar retención del bebé, y las destructivas una rápida expulsión.

El parto, por todo ello, se trata de un evento altamente movilizador, que pone a prueba los recursos yoicos de contención frente a la irrupción masiva de impulsos y ansiedades, en su carácter más primario e irrepresentable. El sostén y apoyo ambiental que la mujer reciba de su propia madre, de otras mujeres, de la pareja, la familia y del equipo médico, también cumplen una función significativa que la contiene y la ayuda a elaborar e integrar la experiencia.

El nacimiento representa la salida radical del estado infantil, no sólo de la madre sino también de varios participantes. El recién nacido se inscribe en una continuidad entre el pasado y el futuro de un grupo familiar. “(...) el niño no es el único en nacer, para que

nazca verdaderamente, es necesario también que una madre nazca, así como un padre, y que cada uno de ellos cambie su lugar dentro del orden de las generaciones” (Bouchart-Godard, A; 1992, p. 27).

Dentro de un marco de relación con su entorno, la madre podrá ir elaborando la experiencia de separación, para dar curso a un distinto pero similar modo fusión simbiótico con su bebé, “(...) estableciendo un lazo de continuidad entre su útero y placenta, con lo que pueden aportar sus senos, manos, rostro, voz, y todo lo que ella dispone para que el bebé los convierta en objetos parciales” (Bouchart.Godard, A; 1992, p. 30).

Precisamente, la posibilidad de establecer la continuidad del intercambio somático a través de la lactancia, crearía los lazos libidinales que repararían el dolor de la pérdida y favorecerían la recuperación física y psíquica generada por la intensidad del parto.

## 1.2 La Depresión Post-parto:

La depresión post-parto ha sido identificada desde el año 460 antes de Cristo<sup>4</sup>. Sin embargo, a pesar de ser conocida hace tanto tiempo, es recién en las últimas décadas que ha surgido el interés por profundizar en su estudio (Raphael-Leff, 2000). Como cuadro psicopatológico ha venido relegándose al ámbito de la psiquiatría para el tratamiento psicofarmacológico (antidepresivos o tranquilizantes mayores) e incluso a terapias electroconvulsivas (Lucas, 1993).

Las razones por las que se produce la DPP no están aún muy claras. Las investigaciones psiquiátricas le atribuyen factores que van desde el desajuste hormonal,

---

<sup>4</sup> [http://geosalud.com/depresion/depresion\\_postparto.htm](http://geosalud.com/depresion/depresion_postparto.htm)  
[http://www.alcmeon.com.ar/4/15/a15\\_04.htm](http://www.alcmeon.com.ar/4/15/a15_04.htm)

efectos fisiológicos de partos altamente difíciles, hasta el aislamiento social, falta de apoyo familiar, pobreza y desempleo.

Desde la perspectiva psicoanalítica, los estudios sobre el tema le adscriben a la DPP la combinación de factores de vulnerabilidad infantil actualizados por la exacerbación de experiencias adversas (Brown y Harris, 1993), tales como los mencionados anteriormente.

El puerperio constituye un momento de alta vulnerabilidad para la aparición de desórdenes afectivos. A la fragilidad y desorientación que deja el parto, se le agrega la exposición inmediata a emociones muy primarias de carácter pulsional que caracteriza el intercambio inicial con el recién nacido (Kristeva, 1988). El llanto, los gemidos, los olores, los roces se constituyen en intercambios capaces de evocar en la madre la memoria de sus angustias más arcaicas (Raphael-Leff, 2000).

La presencia y apoyo de una red familiar (Stern, 1985), sobretodo la atención y cuidado de la madre de la madre, se constituyen en estos momentos en un importante soporte que ayuda a la madre a contener sus propios temores y angustias. Sin embargo, en la sociedad actual, las familias extensas, capaces de brindar este apoyo, son cada vez más escasas. Difícilmente se logra construir una red de abuelas, tías y hermanas que sostengan a la madre y la ayuden a enfrentar la experiencia.

Desde la experiencia de la madre, el nacimiento del bebé constituye un cambio que la conduce a transitar desde el replegamiento centrado en su mundo interno, hacia la inminente realidad externa. El primer llanto llama a que la madre salga de su profundo ensimismamiento, para responder a las intensas y constantes demandas y exigencias de una criatura sentida inicialmente como extraña, diferente a la imaginada o soñada. El desconcierto de dos cuerpos en escena, en donde el bebé representa lo más arcaico de lo inconsciente, puede despertar reacciones de rechazo, de repulsión, de abyección (Kristeva, 1988; 1997).

La DPP se revela como una incapacidad para responder al mandato biológico de la pulsión de vida, de “hacer sobrevivir”, de responder a la angustia del bebé por “sobrevivir” (Pérez, A; 1993), de salir al encuentro del “gesto espontáneo” (Winnicott, 1956).

La depresión post-parto puede presentarse bajo tres modalidades, en función a su grado de severidad. La condición más leve y la que afecta al mayor porcentaje de las mujeres se denomina "etapa melancólica" o "baby blues", que dura unos pocos días. La condición moderada se conoce con el nombre de Depresión Post Parto (PPD)<sup>5</sup>, que puede extenderse por aproximadamente dos años, y la reacción más severa se llama Psicosis Puerperal, caracterizada por una pérdida del contacto con la realidad por extensos períodos de tiempo (Lucas, R; 1993).

El acercamiento al estudio psicoanalítico del tema de la depresión post-parto ha sido escaso. Algunos lo relacionan a la actualización de conflictos edípicos, como la envidia del pene o con conflictos vinculados a la feminidad (Deutsch, H; 1944; Bradley, E; 1990), en el contexto del embarazo y puerperio.

Estudios más recientes ubican su origen en las fases más tempranas de la relación objetal. Lucas (1993) señala el despertar de conflictos tempranos no resueltos de la relación con la figura materna, que traduce el retorno de lo reprimido. Sostiene que la identificación edípica con la figura de la madre adulta, puede sufrir un quiebre como resultado de la vulnerabilidad propia del puerperio. De una total y gratificante identificación narcisista con los aspectos omnipotentes de la figura materna vividas durante el embarazo, el nacimiento colocaría en escena la vida instintiva y las necesidades del bebé, previamente negadas.

Generalmente aquellos casos donde se presenta este nivel de patología están relacionados con la aparición en la mujer de fantasías de vaciamiento, robo y pérdida,

---

<sup>5</sup> De acuerdo al DSM-IV-TR la DPP está considerada como un episodio depresivo mayor o como un trastorno psicótico breve.

correspondientes a ansiedades esquizo-paranoides, por ello es importante que el bebé tome contacto con la madre lo antes posible después del parto.

Para Eglé Laufer(1993), la depresión post-parto deviene como proceso final del duelo por la pérdida de la unión con la madre al convertirse la mujer en madre. También la entiende, en otros casos, como resultado de la identificación con la fantasía persecutoria de una madre insatisfecha y depresiva que inhibe la capacidad para gozar de la maternidad.

La fragilidad física y psíquica que deja el parto predispone a que la madre sufra la irrupción de impulsos, ansiedades y fantasías que hasta antes había conseguido contener o reprimir. La infiltración de sensaciones primitivas, arcaicas, caóticas, no procesadas, “salvajes” como las llama Raphael-Leff (1989) tiñe de angustia el encuentro post-natal. La confusión de espacio y tiempo que le sigue a los primeros días y semanas después del nacimiento, constituye un factor adicional que amenaza el equilibrio emocional. Dentro de este delicado contexto la madre queda expuesta, no sólo a sus experiencias primitivas sino a las que provienen de su bebé.

Sin embargo, a pesar de su vulnerabilidad, ella es designada como continente (Bion, W; 1962) de las ansiedades primitivas del bebé, las que le son proyectadas para que las metabolice y devuelva procesadas. Algunas madres podrán entregarse a vivir y disfrutar de la fusión inicial, como un modo de ir elaborando el dolor de la separación y pérdida de objeto, mientras que otras, pueden sentirse amenazadas por la confusión y pérdida de identidad. En éstos últimos casos, señala J. Raphael-Leff (1995), el llanto del hijo evocará sensaciones arcaicas de dolor, angustia de aniquilación y desamparo. Sintiendo invadida por el bebé lo convierte en el depositario de sus fantasías paranoides, de quien buscará defensivamente distanciarse y desconocer sus necesidades. Las defensas podrán adquirir expresiones neuróticas hasta psicóticas, tornándose en lo que ella ha llamado “Persecución Maternal Primaria”. A veces el rechazo hacia lo que representa el bebé consigue ocultarse

a través de recursos socialmente aceptados, como contratar una niñera o volver precipitadamente al trabajo. Para ésta autora, la incompatibilidad entre los ideales maternos y la realidad psicosocial de la experiencia postnatal constituyen componentes adicionales a dicho cuadro.

M. Mills (1997), entiende la DPP como el resultado del quiebre de las idealizaciones defensivas, en aquellas madres para quienes el deseo del hijo se estableció como una necesidad por reparar los objetos internos. La realidad de las demandas y angustias del bebé las confrontaría con las carencias y desamparos tempranos de ellas mismas, recuerdos dolorosos de los cuales pretendieron pero no pudieron escapar.

“Spilt Milk”<sup>6</sup> (Raphael-Leff, 2000) alude con claridad al dolor y frustración sufrido por la madre frente a su incapacidad por contactarse y disfrutar del intercambio con su hijo. Se refiere a las defensas que la madre necesita recurrir como intentos por contener y elaborar la experiencia, pero que al mismo tiempo la alejan del contacto íntimo con su bebé..

Los aportes de John Steiner (1995), sobre la función que tienen las organizaciones patológicas de la personalidad en la contención y neutralización de los impulsos destructivos primitivos, nos muestran modos de defensa muy primarios que podrían explicar la incapacidad de la madre para acercarse al bebé, los cuales pueden ser entendidos como mecanismos de protección a la integridad del yo.

Detrás del estado depresivo se ocultarían sentimientos de frustración, rabia y odio, sentimientos todos ellos incompatibles con las representaciones que sobre la maternidad se tienen en nuestra cultura, en la cual se idealiza el rol de la madre abnegada, quien se ve empujada a negar sus necesidades, fantasías y deseos pulsionales (Kristeva, 1997).

Además de las contribuciones a la comprensión de la DPP que he revisado, postulo que, la vivencia de separación y pérdida materializada en el parto contiene la fuerza de

---

<sup>6</sup> Traducido por mi como “llanto sobre la leche derramada”.

poder revivir experiencias traumáticas tempranas en un alto porcentaje de madres en nuestra actual sociedad occidental, dificultando la tarea de la madre para asumirse como responsable activa de la atención y cuidado de su bebé. En estos casos, la madre quedaría presa en un estado narcisista, fijada en una identificación con el objeto perdido (Freud, 1917).

Las manifestaciones de la DPP –la tristeza, ansiedad e irritabilidad- en sus distintos grados, podrían considerarse como defensas contra la angustia esquizoide de fragmentación, y sus peligrosas consecuencias, comparable al movimiento intrapsíquico que describe Julia Kristeva (1997) al referirse a la depresión cuando señala, “En efecto, la tristeza reconstruye una cohesión afectiva del yo que reintegra su unidad en la envoltura del afecto. El humor depresivo se constituye como un soporte narcisista...que lo protege contra el pasaje al acto suicida...El depresivo no se defiende de la muerte pero sí de la angustia que le provoca el objeto erótico. El depresivo no soporta a Eros, prefiere entenderse con la Cosa hasta el límite del narcisismo negativo que lo conduce a Tánatos”. (p. 22-23).

## Capítulo 2: La pulsión de muerte

### 2.1 Perspectiva Freudiana:

En el curso de la construcción de la teoría psicoanalítica apreciamos los grandes problemas que Freud enfrentó para insertar los nuevos conceptos en el conjunto de la teoría. Si bien su campo de estudio se centra en los datos clínicos surgidos de su experiencia psicoanalítica, su fuerte arraigo a las ciencias naturales lleva a que la teoría general se extienda hacia terrenos que escapan a la investigación.

Las dificultades más extremas se relacionan a la formulación del concepto de la pulsión de muerte, introducido en su texto de 1920 “Más allá del principio del placer”. Muchos psicoanalistas importantes y significativos como Anna Freud, Glover, Winnicott, Fairbairn, o, para mencionar a otros más recientes, Joseph y Anne Marie Sandler o Christopher Bollas, objetaron su inserción en la teoría considerándola como el nivel de especulación más alto al que Freud arribó. Otros la han discutido y la han reformulado dentro de un enfoque teórico distinto, reconociendo por sobretodo, su utilidad como elemento clínico (Laplanche, 1967, 1970, 1984; E. Rechar, 1984; C. Yorke, 1984; Green, 1984, 2001;). Las bases biológicas en las que para él se sustenta la existencia de la pulsión de muerte, hace pensar, en su momento, que se produce un salto que va por encima de los hechos y los datos de la práctica. Sin embargo, Freud mismo, consciente de ésta limitación, fue el primero en reconocer la falta de argumentos objetivos que avalasen dicha formulación. Por ejemplo, Rosenfeld (1971) destaca la afirmación de Freud expresada en su texto “Nuevas lecciones introductorias” (1933), en donde precisa con

nuevo vigor la existencia la pulsión de muerte, en un intento por alentar a los analistas a remitirse a la consideración de los aspectos destructivos dentro del trabajo clínico. En él, Freud sostiene que, “Esta hipótesis (la de la existencia de la pulsión de muerte) abre una línea de investigación que puede algún día ser de enorme importancia para la comprensión de los procesos patológicos. Las fusiones pueden deshacerse, y puede esperarse que de dichas defusiones aparezcan las más serias consecuencias para el adecuado funcionamiento. Pero éste punto de vista es aún muy nuevo. Nadie aún ha intentado hacer un uso práctico de él” ( p.169).<sup>7</sup>

La aproximación freudiana al concepto de pulsión de muerte, sólo puede ser comprendida a la luz de la concatenación de los descubrimientos que se sucedieron en la evolución de la teoría. El desarrollo seguido por Freud en éste magnífico y continuo polémico salto debe rastrearse a lo largo de una serie de artículos y textos publicados entre 1910 y 1920, básicamente en “Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia” (1911), “Introducción al Narcisismo” (1914), “Recordar, repetir y reelaborar” (1914), “Las pulsiones y sus destinos” (1915), y finalmente en el ya citado “Más allá del principio del placer” (1920), donde plantea la idea del carácter regresivo de la pulsión: “...un instinto sería pues una tendencia propia de lo orgánico vivo a la reconstrucción de un estado anterior” (p. 1103).

Sin embargo, la formulación de la pulsión de muerte como tal se remonta desde 1914. En su artículo “Recordar, repetir y reelaborar”, Freud reafirma la importancia de la repetición, ya constatada desde sus primeras concepciones sobre la represión y los síntomas. No considera aún que la repetición fuese contraria al principio del placer, ya que al oponerse al recuerdo, sería para evitar el displacer que produciría la memorización de

---

<sup>7</sup> Los recientes descubrimientos en biología acerca del extraño fenómeno conocido como apoptosis (muerte celular programada) pareciera comenzar a iluminar los fundamentos con respecto a la pulsión de muerte, aunque todavía hay mucha distancia entre los datos biológicos y la meta de destrucción otorgada a éste concepto, cuya finalidad, según Freud, sería restablecer el estado anterior de no-vida. (A. Green, 2001)

las vivencias traumáticas y de los deseos censurados. La repetición en la transferencia sería una forma de recordar, posibilitando la elaboración de dichos recuerdos. También va constatando en su experiencia clínica, que no siempre la transferencia estaría al servicio de la cura, puesto que también podría convertirse en un obstáculo para el proceso analítico al producir momentos de estancamiento en torno a las satisfacciones que procuran el padecimiento de la enfermedad y el propio análisis, a las que no se quisiera renunciar. En ése mismo año escribe “Introducción al narcisismo” (1914), trabajo que aporta las primeras relaciones entre el yo y los objetos externos, diseñando una nueva distinción entre la libido del yo y la libido objetal, en la cual da cuenta de las dificultades que sufren algunos sujetos para establecer relaciones de objeto satisfactorias, necesitando retornar defensivamente a estados de estancamiento libidinal.

Al parecer, en los inicios de su práctica psicoanalítica, Freud no pudo prever que se enfrentaría con una fuerza adversaria que atentaría contra el trabajo terapéutico y contra la búsqueda consciente de un estado de bienestar. Su experiencia clínica lo va confrontando con la existencia de una fuerza pulsional, a parte de la libido, que no obedecería al principio del placer, considerada primero como independiente de ella, pero que se revelaría como su antagonista.

Para C. Millot (1979), la introducción del concepto de pulsión de muerte permitió describir cierto número de fenómenos extraños y aberrantes del comportamiento humano, contrarios a su ser biológico, a su esencia de vida. “La pulsión de muerte como concepto es un monstruo lógico, que por ello mismo, resulta apto para designar a la propia realidad humana como monstruosa con respecto a la de otros seres vivos”( p.126).

Por otro lado, como es sabido, la teoría de las pulsiones en Freud siempre fue dualista. En “La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis” (1910) se plantea el primer dualismo: pulsiones sexuales y pulsiones del Yo o de auto conservación,

las que tienen por fin la conservación del individuo. En el texto de 1911 “Formulaciones sobre los dos principios del acontecer psíquico” Freud distribuyó esos dos grupos pulsionales según modalidades de funcionamiento del aparato psíquico: las pulsiones sexuales que serían gobernadas por el principio del placer y las de auto conservación, que estarían al servicio del desarrollo psíquico determinado por el principio de realidad.

En 1914 el desarrollo del concepto de narcisismo trastornó ese dualismo. A partir de sus propias observaciones sobre la psicosis y de las lecturas de trabajos de Bleuler, Abraham y Kraepelin, Freud llegó a la conclusión de que en estas formas patológicas se estaba en presencia de un retiro de la libido de objetos externos y de una vuelta de la libido hacia el yo, para convertirse en este caso en objeto de amor. Esta revisión teórica planteó una nueva distribución de las pulsiones sexuales, asignadas por una parte al yo (de allí la denominación de libido del Yo o libido narcisista) y por la otra a los objetos exteriores (de allí la denominación de libido de objeto u objetal).

En “Los instintos y sus destinos” (1915), Freud relaciona el estado narcisista de placer con el odio y la destructividad hacia el objeto externo. Indica que el odio sería más antiguo que el amor, derivando de la repudiación primordial del ego narcisista hacia los estímulos provenientes de mundo externo.

En “Duelo y melancolía” (1917), extiende sus ideas acerca de la regresión narcisista y retracción libidinal hacia el yo, en identificación con el objeto perdido, como parte del proceso de la melancolía. Destaca los efectos demoledores de los sentimientos de culpa provenientes del interior del sujeto, de ésta manera, los reproches del yo hacia el objeto perdido se convertirían en autorreproches, culminando en una expectación ilusoria de castigo. Freud sostiene que en la base de todo este proceso hay una elección de objeto narcisista, es decir, que el sujeto elige como objeto amoroso a uno que lo representa en algún sentido. El sujeto aquí se retrotraería a formas primitivas de identificación, que es la

identificación oral canibalística (ya que 'incorpora' al objeto perdido) de tipo narcisista, en donde ya no existe la relación de objeto.

Estos trabajos muestran cómo la experiencia clínica va obligando a Freud a confrontarse con el gran alcance general del masoquismo, la importancia y la extensión del sentimiento inconsciente de culpa, y la muy frecuente aparición de la reacción terapéutica negativa. Son éstas configuraciones clínicas las que van impulsando una evolución en su pensamiento teórico, obligándolo a modificar la estructura del cuerpo conceptual. Es así como en 1920, con el texto de “Más allá del principio del placer” se produce un importante giro, en el cual la problemática central de la teoría y la clínica se orienta hacia la comparación entre la neurosis y la psicosis (A. Green, 2001).

Con el planteamiento de la pulsión de muerte dentro de la teoría del dualismo pulsional, Freud abrió un profundo entendimiento del fenómeno autodestructivo en la vida mental. La constatación de la compulsión a la repetición, referida sobretodo a situaciones penosas observadas, tanto en el juego infantil (el juego del carretel), como la neurosis transferencial, lo llevan a pensar en la existencia de tendencias que van más allá del placer, contrariamente a lo que fue anteriormente concebido. Atribuye a la pulsión de muerte un carácter más primitivo, más elemental, más arcaico y más instintivo que el Principio del placer, al cual sustituye. En su intento por explicar, describir y fundamentar ésta tendencia, es que Freud se remite a los niveles más arcaicos, ubicados ya en el terreno de la biología. El carácter radical de éstas ideas residía en plantear como meta de la pulsión de muerte, la reducción completa de las tensiones, como un retorno al estado inorgánico cuyo resultado sólo se alcanzaría con la cesación completa de la vida. La formulación de dicha hipótesis sólo pudo ser sustentada en una especulación puramente teórica, punto del cual parten las principales críticas que realizan los adversarios a ésta nueva teoría.

Con la nueva teoría pulsional, la hipótesis de un conflicto que se repite, que se reedita y se resiste a todas las transformaciones, sigue presente en Freud. En su nueva reformulación de las pulsiones, plantea la tesis de un conflicto original, entre la Pulsión de vida, representada por la sexualidad y la Pulsión de muerte, cuyo representante sería la destructividad. Freud, convencido de la importancia de la pulsión de muerte como hipótesis de trabajo, continúa reafirmando en sus sucesivos desarrollos teóricos.

J. López Peñalver (1996) describe cómo Freud persiste en precisar ciertos aspectos de la pulsión de muerte en su artículo “El problema Económico del Masoquismo”. En éste, modifica la idea de que el Principio del Placer coincida con el Principio de Nirvana, y además plantea la fusión pulsional, “La pulsión de vida conquista un lugar junto a la pulsión de muerte en la regulación de los procesos vitales, y su tarea será volver inocuas las pulsiones de muerte...Las pulsiones de vida van a tener además como función dominar los efectos de la pulsión de muerte..” ( p.82).

López Peñalver (1996) ha de notar que, si bien Freud describe la fusión pulsional en la que parte de la pulsión de muerte queda ligada a la sexualidad, no llega a aclarar qué pasaría con la otra parte no ligada, haciendo suponer que quedaría libre y susceptible de desorganización si la ocasión se presentara.<sup>8</sup>

En sus siguientes escritos, tales como “La Negación” (1925) y “El Malestar en la Cultura” (1930), Freud afina el concepto y lo articula con su nuevo enfoque estructural, en el que la pulsión de muerte se revelaría como una fuerza que oprime y somete al yo en aras de una convivencia social pacífica. El superyó del melancólico le parecería a Freud “una cultura de la pulsión de muerte” (1923).

---

<sup>8</sup> Rosenfeld (1971) las relaciona más adelante con las defusiones extremas, y más tarde Green (2001) con las desintringaciones extremas observados en casos de melancolía y suicidios.

Por último, en “Análisis Terminable y Análisis Interminable” (1937), Freud regresa a la aplicación clínica de la pulsión de muerte, para la comprensión de las profundas resistencias que hacían fracasar, limitar o hacer interminable el análisis<sup>9</sup>.

Freud, parece tratar, a lo largo de su construcción teórica, de esclarecer y nominar las fuerzas que se oponen al desarrollo y actualización de los impulsos de vida. El gran problema -como lo es todo lo referido al psiquismo- es la dificultad para lograr una clara y coherente formalización de los descubrimientos, “...y ello, por su inserción en el conjunto de la teoría en la que participan, y donde la terminología que sirve para designarlos puede modificar el sentido que transmiten o asignarle un contenido dudoso” (A. Green, 2001).

A pesar de éstas dificultades, la persistencia e inflexibilidad de Freud por reservar el estatus del concepto de pulsión de muerte hasta el final de sus escritos, sólo hace suponer en su fuerte convicción respecto de su utilidad, con la esperanza de obtener a través de desarrollos teóricos posteriores mayor sustentación a su formulación.

## 2.2 Klein y los post-kleinianos:

Melanie Klein se adhirió a la teoría freudiana del dualismo pulsional, tanto en su trabajo teórico como clínico. Una de sus hipótesis principales es que el psiquismo se origina en el vínculo del bebé con su madre. En éste contexto, su teoría se basa esencialmente en la formulación de la pulsión de muerte, a la cual le otorga un carácter constitucional. De tal modo, la ansiedad, que está presente desde los primeros momentos del desarrollo, estaría relacionada con la actualización de la pulsión de muerte dentro del organismo, expresado en sadismo temprano. Así, el yo primitivo expulsaría defensivamente las emociones y fantasías que lo hiciesen sentir en peligro de

---

<sup>9</sup> Algunos analistas vieron en éste texto un lado pesimista de Freud en cuanto a los resultados terapéuticos, mientras que otros lo encontraron realista y crítico, abriendo nuevamente el campo para nuevas investigaciones

desintegración o aniquilamiento, a través de mecanismos de escisión, separando lo bueno de lo malo.

El área que ella abordó, en términos de objetos parciales, envidia, objetos internos persecutorios y mecanismos psíquicos primitivos, ampliaron y profundizaron significativamente el terreno de la mente. Remitió las bases de sus conceptos teóricos a premisas absolutamente biológicas, innatas. Sin embargo, su aplicación a fenómenos psíquicos iniciales, desconocidos, postulando la existencia de un yo temprano que desde el principio debe enfrentar a la angustia, no deja de crear resonancias especulativas. M. Etchegoyen y M. Rabith (1981), señalan con respecto a éste punto que Klein no aporta pruebas convincentes más allá de su intuición clínica, y que tampoco llega a precisar por qué algunas personas presentarían más envidia que otras sin causas aparentes para ello.

En torno a la descripción que M. Klein hace de la agresión, define el concepto de identificación proyectiva en su texto publicado en 1946, "Notas acerca de los mecanismos esquizoides". La considera como el prototipo de la relación objetal agresiva, que representa un ataque anal a un objeto por la vía de insertarle "partes del yo" a fin de apoderarse de sus contenidos o de controlarlo, y que ocurre en la posición esquizo-paranoide desde el nacimiento. Precisa que se refiere a una "fantasía alejada de la consciencia" que supone la creencia de que ciertos aspectos del self están localizados en otra parte, con el consiguiente vaciamiento y debilitamiento del sentimiento de sí y de la identidad, y además, que tiene el alcance de una despersonalización, tras el cual podrían sobrevenir profundos sentimientos de extravío o una sensación de aprisionamiento.

En 1957, describe en "Envidia y Gratitud" cómo la envidia se entrama con la identificación proyectiva, articulada como extensión de la pulsión de muerte. La presentación de este trabajo suscitó mucha polémica, llegando a costarle la ruptura teórica

---

(J. López Peñalver, 1996).

con algunos de sus más cercanos adherentes (Grosskurth, 1990). Sostiene que la envidia, particularmente en su forma disociada, o defusionada de las pulsiones de vida, sería la expresión más pura de la pulsión de muerte. Melanie Klein considera la envidia en su forma primaria, como la expresión oral-sádica y anal-sádica de los impulsos destructivos, siendo un "...sentimiento de irritación porque otra persona posea y goce de algo deseable" (p. 41). La define en relación al pecho bueno, al cual se buscaría atacar robándole los contenidos maternos, para colocar en él excrementos y partes malas del yo, a fin de dañarlo y destruirlo, mediante la identificación proyectiva. En el contexto del dualismo pulsional, postula la envidia primaria como una defusión entre las dos pulsiones, con predominio de la pulsión de muerte.

Si bien la envidia primaria es concebida como dirigida hacia los contenidos del pecho de la madre, en sus manifestaciones evolutivas ésta se transfiere a la incorporación del pene en la madre, a su capacidad de concebir, de dar a luz y de alimentar bebés. En tanto su finalidad se orienta a la destrucción y daño del objeto, es decir, a su capacidad creadora, es que la considera - en el contexto clínico- como un importante factor en la producción de actitudes negativas crónicas hacia el análisis, incluyendo la reacción terapéutica negativa. Asimismo, dependiendo de la intensidad y duración de éstos ataques destructivos, éstos afectarían el desarrollo temprano del yo, así como al desarrollo mental en general.

En éste sentido, en la línea kleiniana, la envidia primaria implicaría un ataque al vínculo con el objeto primario, en las etapas tempranas del desarrollo. Del mismo modo, constituiría un ataque a toda forma de vínculo en patologías graves, de tipo narcisística.

Los aspectos destructivos de la pulsión de muerte, en relación al vínculo con el objeto, fueron desarrollados de diversos modos por autores post kleinianos.

En "Ataques al Vínculo" (1959), Bion describe el funcionamiento destructivo de pacientes psicóticos dirigido hacia el vínculo de objeto, considerando los ataques

fantaseados al pecho como el prototipo de todos los ataques a objetos que sirven de vínculo, y en su otra versión, ataque al pensamiento. La envidia propuesta por M. Klein en 1957, es considerada por Bion responsable de la actitud que el psicótico puede tener hacia su pensamiento o hacia el analista. La envidia podría tratar de destruir ambas cosas hasta el punto de parecer un verdadero fenómeno de desmentalización o de oligofrenia.

Según Bion, este proceso patológico, se inicia desde el comienzo mismo de la vida del bebé, en la que éste se ve obligado a expulsar masivamente la ansiedad, utilizando el mecanismo de identificación proyectiva, frente a una madre vivida por él como carente de “reverie”. El autor, en total acuerdo con Melanie Klein, considera que la ansiedad está conectada al sadismo y a la pulsión de muerte, sin embargo, le da un mayor peso a los factores ambientales (Bleichmar y Bleichmar, 1989).

Continuando en el esfuerzo por tratar a pacientes psicóticos, se destaca H. Rosenfeld, quien en 1971<sup>10</sup> investiga las condiciones clínicas en donde predominan los impulsos agresivos, y los relaciona con la teoría freudiana acerca de la fusión y defusión de los instintos de vida y muerte. Examina los aspectos libidinales y destructivos del narcisismo, en un intento por definir los factores que contribuyen al alcance de fusiones normales y patológicas. Señala que la fuerza y persistencia de la relación objetal narcisista omnipotente está íntimamente ligada con la fuerza de los impulsos destructivos envidiosos, estando la destrucción, como defensa, dirigida tanto a cualquier relación objetal positiva, como contra cualquier parte libidinal del self que experimente la dependencia hacia un objeto.

---

<sup>10</sup> Una aproximación clínica a la teoría psicoanalítica de los instintos de vida y muerte: una investigación de los aspectos agresivos del narcisismo (1971)

### 2.3 Nuevas Aportaciones:

Desde otro marco teórico, pero desde el modelo de las relaciones objetales, los planteamientos en torno a la pulsión de muerte que provienen de la escuela francesa han aportado nuevas perspectivas en relación a sus manifestaciones clínicas.

En “Condenado a investir”, siguiendo el dualismo pulsional freudiano, Piera Aulagnier (1982) sostiene que la pulsión de muerte se manifiesta clínicamente como un movimiento de desinvertidura del objeto, que no se realiza en beneficio de otro objeto sino que amenaza toda relación de objeto. Lo refiere a un tipo de sufrimiento que se produce ante una pérdida, en las psicosis y depresiones graves, en las que se actualiza la fuerza de la pulsión de muerte, anulando las investiduras logradas por la pulsión de vida, dejando en el psiquismo “un agujero, un borramiento de toda huella de que un objeto había sido investido... un borramiento definitivo de la representación de objeto” Aulagnier, s/f<sup>11</sup>). En ése sentido, propone que la meta de la pulsión de muerte es un “deseo de no deseo”, y cuya meta última entiende, sería la desaparición de la totalidad de los objetos, cuya ausencia se hace responsable del surgimiento del deseo y que obliga a reconocerse deseante de un objeto que falta. En el contexto de la dualidad pulsional, plantea como función de la pulsión de vida lograr que la desinvertidura se desarrolle paralelamente a la búsqueda y localización de nuevos objetos que puedan ser investidos libidinalmente.

Desde un enfoque más descriptivo, en relación a la actualización de la pulsión de muerte, Julia Kristeva en su libro “Sol Negro” (1997) reconoce en la formulación freudiana la existencia de una fuerza de poder de desintegración de los nexos en varias estructuras y

---

<sup>11</sup> Diálogo con Luis Hornstein

<http://www.pieraaulagnier.com/notas/dialogo/pulsion%20de%20muerte.htm>

manifestaciones psíquicas. Además de los datos clínicos, señalados por Freud, incluye las diversas patologías de la infancia que se presentan anteriores a la relación de objeto (anorexias, mericismos y algunos autismos). Señala que éstas “...invitan a aceptar la idea de una pulsión de muerte que apareciendo como una ineptitud biológica y lógica para transmitir las energías psíquicas, destruye circulaciones y nexos” (p. 21). Más adelante describe en “Los Poderes de la Perversión”(1980), el mecanismo de “abyección”, definiéndolo como una defensa primaria, un afecto violento de repulsión, fundado en la angustia y el miedo a la vida, que excluye el deseo y el objeto, pero que no los desaparece. Dice, “Hay en la abyección una de esas violentas y oscuras rebeliones del ser contra aquello que lo amenaza y que le parece venir de un afuera o de un adentro exorbitante, arrojado al lado de lo posible y de lo tolerable, de lo pensable. Allí está, muy cerca, pero inasimilable”. (Kristeva, 1988, p.7).

Lo abyecto es definido, en su extremo, como lo más repugnante, comparable con el rechazo que puede producir la presencia de un cadáver, en tanto remite a la vivencia de infestación, de la muerte hacia la vida. Además, se caracteriza por ser algo rechazado de lo cual uno no se separa, ni de lo que se puede uno proteger.

Kristeva entiende la abyección como la negación del objeto del deseo, negación que se constituye entre un sujeto y el objeto de su pasión: el lugar de la fobia, de la indefinición y de la dislocación del orden. En ése sentido, considera lo abyecto como una reacción defensiva que contiene la fuerza de la pulsión de muerte.

En términos evolutivos, la abyección remitiría a épocas tempranas de intentos de diferenciación de la entidad materna.

Finalmente, considero fundamental referirme a los aportes más contemporáneos de André Green, los que considero como aquellos que más se aproximan a la descripción de los procesos intrapsíquicos de la DPP.

En Green se destaca su empeño por articular la teoría de las pulsiones con las teorías de las relaciones objetales en el marco de la clínica moderna. Para éste autor, “el objeto es el revelador de las pulsiones. Si éstas crean el objeto, éste es necesario para que las pulsiones se manifiesten” (en López Peñalver, 1996, p.84).

Green (1993) establece una relación entre el narcisismo y el dualismo pulsional. Continuando con la teoría del narcisismo freudiano, en la que se considera solamente los aspectos positivos, en virtud de los cuales se los refiere a las pulsiones sexuales de vida, Green se aventura a ampliarlo al postular la existencia de un narcisismo de muerte, que él denomina “narcisismo negativo”, vinculado a la pulsión de muerte. A diferencia del narcisismo de vida, que estaría dirigido a favorecer la unidad del yo, el narcisismo de muerte por el contrario, tendería a su destrucción en su aspiración a anular los vínculos.

Una importante contribución de Green al estudio de las pulsiones se refiere a la función que éstas ejercen en el seno del aparato psíquico. Define como función objetalizante, propia de las pulsiones de vida, al ejercicio psíquico libidinal para transformar las funciones y estructuras en objetos, a través de su investimento. Por el contrario, lo característico de la pulsión de muerte sería la función desobjetalizante, que no sólo comprendería un ataque a la relación de objeto, sino a todos los sustitutos de éste, incluyendo al Yo y el proceso de investidura, idea como vimos compartida por Bion. La melancolía sería “...el último bastión contra la desobjetalización sometida a las vicisitudes del narcisismo negativo” (Green, 1996, p.40)

En el contexto de la relación de objeto, las pulsiones se definirían por sus posibilidades de ligazón al conseguir investir al objeto, o de desligazón, al desinvertirlo, alternándose y sucediéndose dinámicamente en el seno del psiquismo. Sin embargo, en ciertas ocasiones es posible se rompa el equilibrio de ésta alternancia, dando lugar al predominio de las pulsiones destructivas y de la desligazón, tal como puede observarse en

algunos estados psicóticos. Las reacciones violentas y destructivas, que podrían orientarse hacia el exterior o hacia el interior, representarían un intento desesperado por detener una situación sentida como intolerable. En estos casos, la tensión y la angustia irrumpirían en el psiquismo impidiendo diferenciar afecto y representación; casi siempre darían paso a situaciones psíquicas irrepresentables (Green, 2001).

En su hipótesis sobre la función desobjetalizante, Green (1990) describe formas extremas de expresión destructiva orientadas hacia el objeto, a través de la cual se deshumanizaría al otro, situación que no es compatible con el goce sádico por cuanto el objeto quedaría totalmente desinvertido. En palabras de Green, “esto corresponde a lo que se puede observar como ausencia de reacción identificatoria, y por lo tanto a la ausencia de un vínculo común con el objeto de la agresión por parte de quien la ejerce” (A. Green, 2001, p.304). En tales casos, en los que se practica la destructividad a gran escala, la insensibilidad y la indiferencia se sitúan en primer plano, el otro deja de ser percibido como semejante, con derecho a una alteridad, para pasar a ser concebido como una cosa, y por ello susceptible de convertirse en depositario de la agresión, parcial o totalmente, sin culpa y además sin placer. Al respecto, Green señala los altos alcances de la destructividad, “En la base de semejante actitud hallamos una racionalización: el otro, en tanto absolutamente otro, es decir, alguien a quien se le niega la menor humanidad, es considerado como la causa de mi desdicha y por lo tanto debe desaparecer cueste lo que cueste o, en todo caso, desaparecer de mi espacio vital” (A. Green, 2001, p.304)

### Capítulo 3 : Discusión

El psicoanálisis, a pesar de sus constantes divergencias teóricas internas, continúa su crecimiento. Los conceptos freudianos demostraron, y siguen demostrando tener la cualidad de ser repensados en función de las variaciones con que se van presentando los fenómenos clínicos. Es así cómo los desarrollos teóricos, desde diferentes perspectivas, son impulsados por la necesidad de acercamiento y comprensión, cada vez más refinada, de las manifestaciones más profundas y determinantes del psiquismo.

Por lo tanto, en la actualidad, la clínica psicoanalítica se enfrenta con la necesidad de investigar nuevos campos en respuesta a las interrogantes surgidas de la experiencia directa con los pacientes. La observación, cada vez mayor, de casos cuya patología revela claramente una estructuración temprana conduce obligatoriamente a un descentramiento de las referencias teóricas y clínicas pre-existentes enmarcadas dentro del campo de las neurosis. Dentro de éste contexto, el análisis del poder de las fuerzas que impiden el despliegue saludable y creativo de la libido en los vínculos de objeto, constituye un tema que exige y justifica la diversidad de aportes -convergentes y divergentes- en el intento por elaborar aproximaciones que continúen explicando las tendencias destructivas. El psicoanálisis postula distintos enfoques que consideran por un lado, la destructividad como un componente natural de la constitución humana, como es la propuesta del origen biológico de la pulsión de muerte, hasta otros que sólo la entienden como una derivación de la agresividad que se potencia por la combinación de factores externos e internos.

La permanencia de la pulsión de muerte en el engranaje teórico, no solo pretende mantener la fidelidad a los postulados freudianos, como pensarían muchos de sus

adversarios. Más bien, continúa ofreciendo la posibilidad de explicar los aspectos más ilógicos, aberrantes y sinuosos que conforman, muy a nuestro pesar, el psiquismo humano. El incesante actuar de dicha pulsión, aunque muda, silenciosa, o bien desobjetalizante, exigiría una contraparte de igual o mayor proporción para lograr neutralizar sus efectos destructivos, fuerza que solo puede provenir del intercambio libidinal y afectivo que se establece y desarrolla en la relación intersubjetiva más primaria con la madre.

Tal como nos lo muestran los estudios sobre la sexualidad femenina, la maternidad constituye un evento en el desarrollo psíquico de la mujer que reporta cambios significativos internos, exigiéndole –en ciertos momentos de extrema vulnerabilidad- la elaboración de ansiedades, sentimientos de pérdida y culpa, para lograr el despliegue libidinal que ligaría sus afectos en el intercambio con su hijo. Comprender el movimiento intrapsíquico en la mujer que se inicia como madre, constituye en la actualidad, un tema de vital importancia. Implica, sobretodo, desmitificar visiones idealizadas que sobre la maternidad se han venido sosteniendo, para poder ampliar su comprensión hacia los movimientos internos y las dificultades que ésta debe resolver en determinados momentos tan cruciales, de intensos cambios, como es el nacimiento de sus hijos. Su estado afectivo no sólo determinará la calidad de la experiencia compartida con éstos, sino que tendrá una fundamental contribución en la estructuración psíquica de los mismos. Por tal motivo, el estudio de los estados maternos, normales y patológicos, constituye para el psicoanálisis moderno un tema que reporta valiosas claves para la complementación de la teoría del funcionamiento psíquico y de sus inscripciones más tempranas.

La depresión postparto, como una de las patologías de la maternidad, ha sido una entidad clínica relegada por mucho tiempo al campo psiquiátrico. La comprensión

psicodinámica, basada en conceptos psicoanalíticos, ha sido escasa. Sin embargo su ingreso, desde las últimas décadas, en la práctica clínica psicoanalítica impulsa a que se utilicen, para su mayor comprensión, las nociones y definiciones que han venido sirviendo para la descripción de los fenómenos narcisistas y los estados fronterizos. En éste sentido, el estudio de la DPP coincidiría con uno de los grandes temas de interés de la investigación psicoanalítica actual, es decir, con aquellos que se orientan a explicar la constitución de los vínculos tempranos.

Desde esa perspectiva es que pienso que la consideración y análisis de la depresión postparto se inserta en un punto de encuentro entre las demandas clínicas y los desarrollos teóricos. Aproximarse a su comprensión plantearía una doble ubicación: por un lado la interpretación de los síntomas depresivos desde un nivel clínico, y por otro, la comprensión de los conflictos intrapsíquicos desde un nivel dinámico.

Tal como lo señalé desde el inicio de este trabajo, mi intención es destacar el concepto de pulsión de muerte, que a mi entender ilumina la comprensión de los psicodinamismos más profundos, en la descripción de los síntomas y fenómenos intrapsíquicos que se generan y se desarrollan en un cuadro como el de la DPP.

Abordar el análisis de la DPP remite indefectiblemente a la noción psicoanalítica de pérdida de objeto, desarrollado por Freud en su texto “Duelo y Melancolía” (1917). La intensidad y prevalencia de los síntomas (llanto, irritabilidad, sentimientos de culpa, trastornos del sueño y apetito, problemas en la concentración y aislamiento social) conduce a pensar en los distintos modos de enfrentar y procesar los duelos implicados en la pérdida de objeto. La DPP aparece a simple vista como un cuadro enigmático, por cuanto la presencia física del bebé pareciera contradecir la idea de pérdida de objeto. Además, el innegable estado depresivo de la madre sugiere un grado de dolor psíquico

que sólo a través de una mirada más profunda, se puede comprender como a una vivencia de pérdida, de vacío, o de desgarró.

Freud distingue dos tipos de procesos intrapsíquicos como respuesta a la pérdida de objeto. Dice que, en los procesos normales –como sucedería en la elaboración del duelo- el sujeto atraviesa por un inevitable estado de profundo dolor, no obstante conservaría la capacidad para poder gradualmente aceptar y renunciar al vínculo con el objeto perdido, gracias a la diferenciación y reconocimiento previo del objeto como separado. Por el contrario, en los procesos patológicos -como ocurriría en la melancolía- señala que, la suficiente diferenciación sujeto-objeto no se habría logrado con anterioridad a la pérdida, debido a fijaciones en la relación con el objeto. Los distintos niveles de depresión, que en el presente estudio van desde los “baby blues”, la DPP propiamente dicha, hasta la psicosis puerperal reflejarían el grado de estructuración y diferenciación alcanzada por la madre a lo largo de su vida previa al nacimiento de su hijo.

Freud precisa que en la melancolía se produciría una regresión al narcisismo originario, a la identificación con una etapa previa a la elección de objeto. Cuanto menor fuese la diferenciación mayor sería la intolerancia a la separación. Destaca así mismo, la doble investidura hacia el objeto: por un lado se regresaría a la identificación debido a la fijación al narcisismo, y por otra, bajo la influencia del conflicto ambivalente se desplazaría hacia la etapa del sadismo, volviéndose ésta sobre el yo.

Me interesa destacar los procesos de idealización y su relación con la pérdida de objeto, referidos a la melancolía, en tanto la reacción depresiva no estaría directamente relacionada con la desaparición real del objeto –Freud subraya que la pérdida también puede estar vinculada a un ideal- como sucedería en la DPP, sino más bien con la apreciación que el objeto adquirió desde una posición narcisista. Es de suponer que en los estados narcisistas se ame a lo que posee el mérito que le falta al yo para alcanzar

ese ideal, el objeto se engrandece y exalta psíquicamente, como sucedería durante el embarazo. La pérdida a este nivel se relaciona entonces, con el Ideal del yo (Freud, 1914), en el que el yo sí experimentaría una pérdida fundamental de sí mismo que excedería a la desaparición, ausencia o cambio del objeto. Freud señala que el melancólico “sabe a quién perdió, pero no lo que con él ha perdido” (p. 1068). En este caso la pérdida impresiona como algo enigmático, en tanto no se logra identificar conscientemente, y sin embargo el dolor absorbe enteramente a la persona, “devora a su yo” (p.1068). De tal modo, junto a la pérdida de objeto habría una pérdida del yo.

Por lo tanto, el estado depresivo se contemplaría como una reacción específica a la pérdida –sea ésta real o imaginaria- y se caracterizaría por un deseo intenso y persistente hacia el objeto perdido. De lo cual se ha de suponer que en la DPP la pérdida se relacionaría con la experiencia de haber poseído un objeto, que sería el bebé idealizado durante el embarazo, y distinto del bebé recién nacido.

La mayor parte de los desarrollos psicoanalíticos posteriores a Freud coinciden en admitir la pérdida de objeto como momento fundamental de la estructuración del psiquismo humano, en cuyo trascurso se instaura una nueva relación con la realidad. No obstante, se podría deducir que en personalidades o estados narcisistas el curso de este proceso se vea interferido. La crisis depresiva revelaría una organización psicopatológica latente, en la cual el yo evidenciaría el no haber conseguido diferenciarse suficiente del objeto y de la realidad. La pérdida de objeto en estos casos adquiriría una connotación traumática, vivida como una dolorosa herida narcisista. La tristeza, expresada a través de los síntomas, revelaría el afecto de un yo primitivo herido, incompleto y vacío.

A mi entender la experiencia del parto y nacimiento del bebé constituyen eventos puntuales, de particular intensidad, y por ello capaces de remitir a vivencias primitivas de separación y pérdida de objeto, de índole traumática. La constatación de un yo separado

y demandante podría precipitar el despertar violento de un conflicto latente, generado por las demandas persistentes de una identificación narcisista y la exigencia inmediata de la realidad por atender y cuidar del recién nacido.

Me parece fundamental considerar los aportes sobre los procesos de duelo y melancolía frente a la pérdida de objeto, en tanto permiten relacionarlos con las particularidades narcisistas que se producen en la mujer durante el embarazo.

Las diversas maneras con que diferentes autores se han referido al tema de la maternidad y a los cambios intrapsíquicos que se producen durante el embarazo, implican a la vez, una coincidencia y una divergencia. Describen este proceso como una alteración progresiva y transitoria, que algunos atribuyen a un momento de tipo psicótico, que se desarrolla y acentúa en la madre durante el embarazo, llevándola a disociarse y a replegarse en su mundo interno. Sin embargo, los diversos modos de referirse a esta situación muestra el sesgo personal de cada autor. Winnicott (1956) lo define como un episodio esquizoide al que llama “Preocupación Maternal Primaria”, con matices paranoides, no obstante lo considera “saludable”, en tanto favorecería del encuentro empático con el bebé por nacer. Stern (1985), por su parte, se refiere a un giro interno de la atención de la madre, al cual denomina “Constelación Maternal”. Kristeva (1990) más bien describe el movimiento regresivo como una “faceta materno-homosexual” en tanto se viviría como la fantasía de reunión de la mujer-madre con el cuerpo de la propia madre. Raphael-Leff, (1995) destaca los aspectos bizarros que emergen de la activación del mundo interno a partir de la concepción hasta el encuentro con las expresiones instintivas del bebé, llamándolas “las cosas salvajes”.

El embarazo, tal como ha sido descrito en la literatura revisada, produciría un estado psíquico de tipo narcisista que facilitaría la regresión, en la cual se exacerbarían “normalmente” estados de confusión e indiferenciación, así como la emergencia de

sentimientos de omnipotencia y autosuficiencia, comparables a los rasgos observados en personalidades limítrofes y narcisistas. Además de lo anterior, yo agregaría la descripción del sustrato defensivo que acompañaría al embarazo. Considero que, desde una perspectiva kleiniana se entenderían los sentimientos de omnipotencia como la expresión de una defensa maníaca, que serviría de refugio para la condición paranoide, como un modo de lograr el control sobre los padres internos que amenazarían con irrumpir y desorganizar la psiquis. Así, por ejemplo, la necesidad de comida, interpretada como “antojos” revelaría la necesidad de introyectar objetos buenos, llegando a convertirse en algunos casos de extrema ansiedad, en lo que se ha llamado “fiesta caníbal” (Freud, 1913).

Por lo tanto, la intensa transformación corporal que se produce a lo largo de la gestación va desarrollando su correlato psíquico de comparables proporciones. El terreno para la idealización masiva se vuelve propicio ante la promesa de un nuevo comienzo de vida, las proyecciones sobre el hijo fantaseado emanarían de las fantasías y deseos provenientes de la historia y de la estructuración psíquica de la madre. El despliegue de la ilusión (Winnicott, 1958) tomaría un espacio dominante, resurgiría el yo-ideal (Green, 1990) constituyéndose entre el yo y el objeto (bebé) un circuito predominantemente idealizante.

Por ende, el estado de embarazo facilitaría el despliegue de una fuerte identificación narcisista que representaría la posibilidad de colmar la fantasía de recuperación del objeto originario. Los sentimientos de grandeza y orgullo darían cuenta del grado de idealización experimentada. Extiendo las definiciones de Green (1993) con respecto al narcisismo, para compararlo con los fenómenos que se producen durante el embarazo, al señalar que “...el yo se fusiona con un objeto que es mucho más una emanación de él mismo que un ser distinto reconocido en su alteridad” (p. 22). En

términos de Kristeva (1997) dicho estado representaría el re-encuentro con la relación arcaica de la madre perdida y permanentemente buscada.

Al embarazo como estado narcisista, también se le confiere un sentido fálico, de completud (Kristeva, 1997), estado que se podría calificar, desde las propuestas teóricas de Green (1993) como de bisexualidad autosuficiente. En un sentido inconsciente no sólo favorecería la satisfacción alucinatoria del deseo de fusión, sino también el despliegue de fantasías reparatorias relacionadas a carencias tempranas vividas con la propia madre (Mills, 1997). Como se puede entender, entonces, la idealización durante el embarazo encuentra un terreno fértil para su despliegue. En éste estado, la ausencia de demandas inmediatas de parte de un otro (el bebé) ayudaría a que las necesidades de éste sean negadas, atención que se concentraría exclusivamente en el mundo interno de la madre.

Considerando las particularidades de vulnerabilidad y regresión a la omnipotencia que implica el embarazo, es de suponer, como lo sostengo en el presente trabajo, que la separación experimentada en el parto podría prestarse a ser vivida con un monto de angustia mayor que el de otras experiencias de separación y pérdida. Si bien el embarazo y el parto constituyen sucesos naturales e instintivos, la vivencia subjetiva que éstos adquieran dependerá de factores constitucionales, de la elaboración del narcisismo infantil y de fijaciones de la libido a etapas tempranas de la relación objetal.

Las contracciones y el dolor de la dilatación pélvica producen una aguda excitación corporal generalizada, que podría ser representada psíquicamente como la vivencia más cercana de la intervención de las pulsiones en su más pura expresión (Pines, 1993). Tanto las pulsiones de vida como las de muerte irrumpirían con fuerza en los momentos de expulsión, creando un interjuego dinámico de vida para parir en respuesta al mandato instintivo y de muerte para resistirse a la separación y al cambio. El

predominio de las pulsiones de vida en esta fusión pulsional daría curso a la activa participación física y psíquica de la madre para “hacer nacer” a su hijo.

En términos somáticos, el parto, como experiencia de dolor en el cuerpo, contribuiría a reforzar la investidura narcisista, que al concentrarse en los órganos genitales ejercería sobre el yo un efecto de vaciamiento. En este contexto el dolor corporal producido por el parto adquiere su correspondiente representación psíquica, remitiendo a vivencias de desgarramiento, fragmentación, angustia de aniquilación y muerte (Anzieu, 1988).

Desde una perspectiva narcisista, la separación física materializada en el parto representaría para el yo una decepción, y por ende, un mentís a su ilusión de completud.

Si bien el parto es un evento puntual, que acaba con la expulsión, la recuperación física y sobretodo psíquica necesita de un tiempo mayor del que se tiende a considerar. Es de suponer, que así como durante el embarazo se produjo una transformación gradual en la psiquis de la madre (Raphael-Leff, 1985) en el postparto también prosigan desarrollándose otros cambios, que tienen que ver con la posibilidad de elaborar la pérdida del estado de embarazo, vivida como pérdida de objeto, con la consecuente adaptación a la realidad del cuidado.

El trabajo de reconocimiento y aceptación de una realidad de separación posterior al parto, exigirían al yo una fuerte capacidad de lucha contra la disociación y desprendimiento sin ver amenazada su integridad. Esta labor psíquica se inscribiría dentro de lo que Green (1995) ha llamado “trabajo de lo negativo”<sup>12</sup>, en tanto, la separación confrontaría a la madre con el desconcierto del desvanecimiento del bebé imaginado y del vacío experimentado en su cuerpo.

---

<sup>12</sup> Al referirse a una psiquis en trabajo, en búsqueda de una transformación coherente, integrando el trauma de la separación y erotizando el dolor del acontecimiento.

La gran tarea de relacionar la realidad psíquica con la realidad externa sólo puede ser entendida como un proceso que debe desarrollarse a lo largo de los nueve meses de embarazo hasta un tiempo después del nacimiento, a través del cual la madre consiga desarrollar un espacio psíquico (Winnicott, 1958) en el que el bebé vaya gradualmente adquiriendo –para la madre- una existencia real e individualizada hacia el final del embarazo (Raphael-Leff, 1985). De tal modo, el parto podría ser esperado como un evento, que por más difícil y deseado, debiese llegar a ser confiable y fortalecedor.

Tras el nacimiento, nos enfrentamos a una madre cuya psiquis se encuentra en pleno trabajo, buscando integrar la experiencia traumática. Las pulsiones de vida entrarían en juego para intentar ligar, representar y simbolizar la experiencia (Green, 1993). Es lo que se observa en una madre que cuenta repetidas veces su experiencia de parto, quien –al igual que quienes han pasado por una experiencia traumática- estaría expresando su necesidad por nombrar y dar significado a lo vivido, tarea que Bion (1962) ha llamado “hecho seleccionado”<sup>13</sup>. Implicaría una intensa operación psíquica en la que intervendrían mecanismos defensivos primarios protectores del yo contra las angustias de desintegración.

Si bien la tarea de restablecimiento psíquico debiera seguir un curso natural y progresivo, la alta recurrencia de la depresión postparto registrada por las estadísticas – así como de aquellas no registradas - (Lucas, 1993) en sus diferentes grados, nos muestran que el tránsito y recuperación de éste estado no es una tarea fácil de lograr, al menos en nuestra cultura occidental. Su alto porcentaje de ocurrencia nos podría estar indicando la fuerte persistencia de estados narcisistas en las madres, así como sus dificultades en la construcción de los límites del yo (Anzieu, 1998), o más aún, problemas para establecer vínculos tempranos de objeto y con la realidad en general. Estos datos

---

<sup>13</sup> Para Bion un “hecho seleccionado” define el logro de una síntesis de elementos a la que se consigue nombrar y otorgar significado.

me llevan a pensar en su coincidencia con las características de los cuadros fronterizos y narcisistas que conforman el centro de interés de lo que Green (1990) ha llamado “La nueva clínica psicoanalítica”.

En esa línea, el movimiento intrapsíquico de la madre con DPP revelaría, por un lado, una resistencia para abandonar la omnipotencia que representa el estado de fusión vivido durante el embarazo, y por otro, la irrupción masiva de defensas para no aceptar la frustración, con la consiguiente pérdida de la capacidad para reconocer la realidad.

A pesar de la apariencia de grandiosidad con que se manifiesta el narcisismo, Green (1993) nos recuerda la fragilidad que éste oculta. En sus palabras, dice: “...los logros del narcisismo de vida nunca son completos. En ciertos casos, el efecto combinado de la distancia espacial insalvable y de la diacronía temporal interminable convierten a la vivencia del descentramiento en el infortunio del rencor, del odio, de la desesperación” (p. 23). Entonces, el estado narcisista desplegado durante el embarazo revelaría un lado de fragilidad.

Por consiguiente, el proceso de dolor intenso durante el parto, y por otro, la tangibilidad de la separación manifiesta en la realidad de dos cuerpos desunidos, así como el retiro de la atención que de pronto sufre la madre, convertirían el puerperio en un momento especial y único, altamente vulnerable para la emergencia de una predisposición psicopatológica en la mujer (Lucas, 1993), a través de la activación de núcleos psíquicos primitivos, desorganizados, huellas mnémicas originarias, inconscientes e irrepresentables (Green, 2001). Como mencioné antes, en los casos de DPP, la separación se viviría como una herida narcisista o como una privación.

Las fallas y alteraciones vividas en los vínculos tempranos encontrarían una oportunidad para volver, inevitablemente, a reaparecer<sup>14</sup>, evidenciando duelos no resueltos (Green, 1980), o traumas acumulativos sobrellevados por negación (Khan, 1963) para quedar finalmente marcado el encuentro con el bebé por una vivencia de pérdida irreparable. Green (1993) lo describe como el desencadenamiento de un estado de dolor pasado que se destapa en la actualidad, al señalar que “Cuando se reabre la herida narcisista principal, el estado interno es, como Freud lo describió, el de una experiencia traumática interna continua” (Green, 1993, p. 145).

A nivel psíquico, el parto puede representar la ruptura de la fusión, el corte traumático de la gratificante unidad vivida por en yo en confusión durante el embarazo con un objeto idealizado, y de manera más general, una pérdida de objeto. La instalación y gravedad de la DPP revelaría el quiebre de las defensas adaptativas, al menos temporalmente, estado semejante al que Winnicott (1965) ha llamado “colapso mental”, e indicaría un alejamiento del crecimiento personal en dirección a la fragmentación, para manifestarse como una despersonalización más o menos confusional en los casos más graves.

Las manifestaciones de la DPP, a través de sus diversos síntomas, se expresarían como una reacción defensiva extrema que conduciría a la desinvestidura objetal. Tales estados revelarían un yo paralizado y adolorido, incapaz de renunciar a la pérdida, que se hunde en la aflicción, envuelto en una vivencia de dolor generalizada, a la que Green (1993) llama “painsight”. Un yo que se enfrenta con lo “negativo” (Green, 1997), es decir, que sufre angustias de vacío y de aniquilación, de tal magnitud que impide, por todo ello, el trabajo de lo negativo necesario para elaborar el duelo. En tales estados, se asiste al predominio de la desligazón, así como a la emergencia de los impulsos destructivos en búsqueda de ser mitigados por los impulsos libidinales (Rosenfeld, 1971). Pienso que, la

---

<sup>14</sup> M. Mills (1997) se refiere a la vuelta de recuerdos dolorosos en el contexto del puerperio, titulado muy atinadamente su artículo “Waters under the earth”, aludiendo a la emergencia de fantasías y sentimientos

persistente intolerancia a la separación y pérdida de objeto determinaría el fracaso de este intento de neutralización, para desencadenar finalmente, la activación de diversas reacciones propias de la pulsión de muerte.

Si bien la pulsión de muerte, por sí misma, es irrepresentable y no existe en estado activo –como lo consideran quienes creen en ella- podría ésta sobrevenir como consecuencia de una situación sentida como intolerable. Me parece un esclarecimiento esencial el que Green (2001) sostiene en su artículo “La muerte en la vida”, al señalar, en primer lugar, que la pulsión de muerte sólo podría ser pensable a partir de sus manifestaciones, más que por su origen biológico. Y en segundo lugar, al precisar que su expresión devendría de la activación de núcleos conflictivos. Dice que, “...ciertas organizaciones altamente conflictivas pueden conocer momentos de exacerbación relacionados a menudo con circunstancias externas, capaces de despertar un conflicto que, hasta entonces, había podido hallar soluciones de compromiso” (p. 298).

Los efectos de la pulsión de muerte se manifestarían como reacciones defensivas primarias, que buscarían activamente reducir las tensiones generadas por las angustias de fragmentación y aniquilamiento, que en términos de la relación objetal retraería la libido hacia el yo, inhibiendo toda catexia hacia el objeto. Así como sucede en los estados fronterizos y narcisistas, en la DPP se produciría un quiebre de la identificación narcisista como identificación primaria fundamental. Eso quiere decir, que el yo no podría reconocer la separación, y por ende el objeto (bebé) se convertiría en algo odiable y destructible. Pero este odio, no tolerado ni reconocido se volvería contra una parte de yo, anulando su deseo, su sexualidad y su identidad para sumergirse en un estado depresivo de profundo vacío, cercano a la muerte psíquica, como único medio de preservación. En palabras de Moury (1989), “Así el trabajo silencioso e invisible, que descansa a la vez

---

asociados a las carencias sufridas en la relación con la propia madre.

sobre el clivaje y la desmentida del objeto, tiene por función primordial la supervivencia del sujeto, aunque fuera a costa de su pérdida en tanto yo” (p.198).

Lo que la DPP nos lleva a entender, como quiera que fuera, es que un conjunto de operaciones psíquicas consiguen ser activadas como consecuencia del parto, librando a la madre a sufrir angustias de separación y amenaza de desintegración. La pérdida de objeto en estos casos, como los que se observan en los melancólicos, se asemejaría al duelo imposible del objeto materno. Revelaría una fijación arcaica “...desde la cual el depresivo siente haber sido desposeído de un bien supremo innombrable, de algo irrepresentable, que sólo un devoramiento podría representar” (Kristeva, 1997).

La dificultad manifiesta para elaborar el duelo en la DPP evidenciaría una incapacidad para alcanzar a establecer la representación mental del objeto, los afectos quedarían cercados en un nivel semiótico, privados de una expresión simbólica. El resultado sería una modalidad concreta de depresión, expresada a través de los distintos grados que adquieran los síntomas. A propósito del duelo imposible, A. Green (1983) se refiere a un tipo de dolor “blanco”, caracterizado por un vacío innombrable, desde el cual el ensimismamiento, el retraimiento serían comprendidos no sólo como la expresión de una dolorosa resistencia a catectizar al bebé real, o como un refugio del yo, sino además como el enorme esfuerzo de la madre por contener su ambivalencia, su angustia de desintegración y la amenaza del paso a la acción violenta, como ocurre en algunos casos de psicosis puerperal. Como consecuencia de esta operación se construiría otro tipo de narcisismo, de muerte, como lo definiría Green (1993), a modo de compensación por la pérdida del amor fusional, que con el fin de preservar la integridad del yo atacaría el establecimiento del vínculo libidinal con el bebé. Desde el narcisismo de muerte entiendo el despliegue defensivo de parte de la madre, el “no-deseo del otro” (Aulagnier, 1982), al rechazar la proximidad y contacto con su bebé. Entiendo también la intolerancia a su

presencia y demandas como consecuencia de su identificación con el desvalimiento del bebé, quien a través de su llanto conseguiría hacer resonar desde el inconsciente de la madre, las angustias de desamparo e indefensión más primitivas, o bien, como diría Winnicott (1965) "...en ciertos casos el objeto central de la madre está muerto en el momento crítico de la primera infancia de su hijo, por lo que su estado anímico es de depresión" (p.232). Todo ello nos lleva a entender la amenaza de desintegración que sufre la madre como si ésta quedara expuesta a un derrumbe, comparable a lo que Bion (1962) denomina un "terror sin nombre", vivencia frente a la cual la madre intentaría desesperadamente contener la fuerza de la pulsión de muerte.

Siguiendo la hipótesis de Green (1990) sobre la función desobjetalizante, la presencia del bebé desencadenaría en la madre la expresión de la pulsión de muerte, al rechazar defensivamente el vínculo afectivo con éste, al punto de dejarlo totalmente desinvertido, como sucede en los casos extremos de melancolía narcisista. Las defensas no permitirían o desligarían los vínculos, manifestándose lo que Bion (1959) ha descrito como "ataques al vínculo".

La idea de la manifestación de la pulsión de muerte adquiere sentido si la entendemos en su poder de desintegración de los nexos, al interferir en la continuidad natural del paso de un estado a otro, es decir, del embarazo al parto y luego al puerperio, impidiendo el establecimiento del vínculo libidinal. Su dirección exterior se expresaría en el rechazo por acercarse al bebé, por negarse al contacto afectivo con éste. Se conoce que la atención y cuidado no se limita a la manipulación mecánica del bebé, supone un involucramiento afectivo expresado a través de gestos, tono, ritmo y caricias (Kristeva, 1990). La madre que sufre de DPP se vería impedida de participar del intercambio libidinal, la amenaza de la irrupción tanática absorbería sus energías psíquicas, para concentrarlas en su esfuerzo de control, dejándola psíquicamente ausente frente al bebé, retraída en sí misma, con

una mirada vacía. La emergencia de afectos y fantasías asociadas a contenidos destructivos con respecto al bebé, o desplazadas hacia otros objetos la llenarían de angustia y culpa, los que acabarían dirigiéndose hacia sí misma. De este modo se constituiría en una manifestación autodestructiva, que no solo restringiría el despliegue de las tendencias libidinales, sino que dirigiría sus ataques al propio yo, manifestados a través del llanto, y de sentimientos de inadecuación y culpa.

En ese sentido, entiendo la función de la pulsión de muerte como una fuerza que desconecta y que paraliza, distinta de la función que adquieren las tendencias agresivas que buscan dirigirse al objeto para reconocer su existencia separada a través del ataque destructivo que sobre él se ejerce, operación que Winnicott (1971) ha denominado como el “uso del objeto”. La agresividad en tales casos favorecería el fortalecimiento del vínculo, lejos de impedirlo como pienso que ocurre con la pulsión de muerte.

Así mismo, el alto porcentaje de la DPP que reflejan las estadísticas (Lucas, 1993), remiten también a pensar, además de los procesos intrapsíquicos referidos a la pérdida de objeto antes descritos, en los factores culturales que contribuirían a reforzar su fijación, al ofrecer modelos acerca de la maternidad que llevan a reprimir las tendencias pulsionales.

Si bien la DPP es un fenómeno universal, detectada hace muchos siglos, el análisis de las representaciones culturales revelan las particularidades de los modelos de la maternidad con los cuales la mujer se identifica, los mismos que impregnan de sentido sus experiencias y procesos corporales. Si en estos modelos, tal como ocurre en nuestra cultura occidental, se coloca el énfasis en la imagen idealizada de una madre abnegada y desexualizada, comparable con el de la Virgen María (Kristeva, 1987), es de suponer que opere como consecuencia de ello, una negación de sus necesidades impulsivas, se le

adjudicaría a la mujer una identidad de este tipo sin ver lo propiamente interno: miedo, incapacidad, sus fantasías y deseos.

La postergación de sí misma y la pesada exigencia de ser una madre perfecta, negaría la agresión hacia el hijo y también la sexualidad (Niemelä, 1998; Kristeva, 1980), para constituirse en una fuerte represión de las pulsiones más primarias, que a la vez le impedirían entregarse, a vivir libremente, una “saludable locura”, una “folie à deux” (Steiner, 1997) inherente a la relación más temprana y favorecedora del desarrollo de un auténtico vínculo objetal.

El conflicto que puede representar para la madre la contradicción entre los ideales y aspiraciones psicosociales, con sus necesidades impulsivas y afectivas, puede convertirse en un factor adicional de confusión y de culpa. La emergencia natural de fantasías eróticas y destructivas se enfrentarían inmediatamente con mecanismos de negación y represión, que lejos de facilitar la evolución e integración del vínculo, paralizarían el despliegue pulsional y afectivo.

La DPP debe ser entendida como un fenómeno integral, en el cual participan factores internos, provenientes de la historia individual de la madre, y de factores externos, que tienen que ver con las posibles complicaciones del parto, o del entorno, y sobretudo con el grado de contención y “reverie” (Bion, 1962) que proporcione la familia y la cultura.

De otro lado, la desinvertidura y la desobjetalización a la que se ve empujada la madre, la conducirían a “dejar de ser” (Green, 2001) y a dejar de pensar, para entregarse dolorosamente a la vivencia afectiva generalizada de angustia y culpa.

La elaboración del duelo que implica el parto lleva a compararlo con los procesos que conducen a la aceptación de la pérdida, descritos por Winnicott (1951) al referirse a los fenómenos transicionales, cuando señala que “el sentimiento de pérdida se convertiría en un camino para integrar las propias experiencias de sí mismo” (Winnicott, 1971, p. 12),

comparable con el “trabajo de lo negativo” descrito por Green (1995), y del de “mentalización” de Fonagy y Target (1996).

La DPP más bien, revelaría la reactivación de fallas en la construcción psíquica del espacio de transición hacia la realidad, constituyéndose en lo que Winnicott (1971) ha denominado “psicopatología manifestada en el área de los fenómenos transicionales”, para derivar en una confusión entre la realidad psíquica y la realidad externa. Dicha falla dificultaría la elaboración de las ansiedades surgidas de la irrupción impulsiva (Bion, 1962) así como de la construcción de representaciones internas de la pérdida que faciliten la comunicación.

El predominio de las tendencias destructivas presentes en la DPP representarían la imposibilidad de dar una expresión coherente a la realidad psíquica de una manera representable, el “trabajo de lo negativo” (Green, 1995) quedaría interferido “...ya que lograr esta meta exige reducir la ambivalencia hacia los objetos internos, separarse del objeto primario, protegerse contra el acting de las fantasías homicidas e incestuosas, y tener la autoestima necesaria para la confiabilidad del narcisismo” (p. 794).

La teoría psicoanalítica subraya que existe una línea borrosa entre la normalidad y la denominada “anormalidad”. En consecuencia, desde la perspectiva de la DPP, la oscilación entre estados depresivos y persecutorios a lo largo de su permanencia limitarían la posibilidad de establecer una división clara entre una depresión normal y una clínicamente significativa.

La instalación, persistencia y grado de DPP hablarían no sólo de la presencia de una estructura narcisista despertada con ocasión del parto, sino del triunfo de lo “negativo” (Green, 1995) en el cual la madre pareciera perder la posibilidad de modular sus estados afectivos a los mensajes de su mundo tanto interno como externo, para quedar encerrada en una parálisis o inmovilización de un estado confusional. El cuadro

clínico (retraimiento, llanto, trastornos psicósomáticos, etc) apoyarían la idea de una “locura privada” (Green, 1990).

En éste sentido, la DPP sería entendida clínicamente, por la variedad de sus síntomas como un cuadro depresivo, pero dinámicamente como un estado psicótico, por el grado de desorganización que sufre el aparato psíquico frente a la experiencia de pérdida, y por la confrontación con otro ser separado y plenamente demandante.

Si bien la formulación de la pulsión de muerte ha despertado continuas polémicas y divergencias, pensamos que la pertinencia epistemológica de este concepto se encuentra en que amplía las vías para comprender las manifestaciones clínicas de la destructividad, y su lógica en la estructura inconsciente, poco o insuficientemente abordados por la teoría psicoanalítica.

La DPP se inscribe dentro del interés de la clínica contemporánea, su estudio impulsa la necesidad por revisar y reinterpretar el concepto de pulsión de muerte, como hipótesis útil para una mayor comprensión de aquellas fuerzas inconscientes que empujan hacia un punto que la madre no quisiera alcanzar, a un punto en el que teme perder el control y dar curso a sus actuaciones más violentas.

Los conceptos de pulsión de muerte y depresión postparto provienen de horizontes distintos, el primero de la construcción teórica del psicoanálisis y la segunda, de la psiquiatría. Sin embargo, la actualidad de su convergencia se basa en el análisis de los aspectos psicóticos que subyacen a este cuadro y al de los estados limítrofes de organizaciones narcisistas.

Si bien los fundamentos biológicos a los que Freud recurrió para sustentar las tendencias destructivas del ser humano constituyen una aporía hasta el momento, en tanto no existen pruebas definitivas e irrevocables que validen a la pulsión de muerte como una herencia biológica, tampoco ha conseguido ser descartado del conjunto teórico

como concepto. En las distintas formulaciones que de ella se han venido elaborando, encontraríamos las claves para comprender el funcionamiento psíquico de los estados fronterizos y narcisistas que personas suficientemente bien integradas podrían en algún momento atravesar como resultado de experiencias físicas y psíquicas altamente desestabilizadoras, como puede ser considerada la vivencia del parto.

Finalmente, reflexiono sobre los motivos que llevarían a que en la actualidad surja un particular interés en el estudio psicoanalítico de la depresión postparto, cuando este fenómeno, es un cuadro que ha existido siempre. Una manera de explicarla, para mí, estaría en el análisis del recorrido que el desarrollo teórico y clínico del psicoanálisis. Así, el análisis de adultos se extendió hacia el de niños, y desde éste hacia la observación y abordaje del vínculo temprano. Siguiendo esta dirección, la mirada hacia la DPP aparece como una necesaria tarea de integración y de renovación conceptual.

Pienso que la profundización del estudio de la DPP no sólo abriría la posibilidad de elaborar programas y estrategias de ayuda a mujeres y parejas que se van a convertir en padres, sino también nos acercaría a una mayor identificación de la naturaleza de los primeros objetos internalizados, es decir, de aquellos que van a constituir la base de la estructuración psíquica.

## Referencias Bibliográficas

- Alizade, A. (1988). Simbolizar en femenino. En: *Feminidad y Masculinidad*. Lima: Biblioteca Peruana de Psicoanálisis.
- (1992). *La sensualidad femenina*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Alvarez, A. (1999). *Live Company*. Londres: Routledge.
- Anzieu, A. (1993). *La mujer sin cualidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Anzieu, D. (1998). *El Yo-Piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Aulagnier, P. (1982). *Condenado a invertir*. En:  
<http://www.pieraaulagnier.com/notas/dialogo/pulsion%20de%20muerte.htm>
- Bion, W.R. (1959). Attacks on Linking. *International Journal of Psychoanalysis*.  
40:308-315
- (1962). *Second thoughts*. Londres: Karnac.
- Birsted-Breen. (1985). The experience of having a baby: a developmental view. En: J. Raphael-Leff (ed.) *"Spilt milk" perinatal loss and breakdown* (2000).Londres: Psychoanalytic ideas.
- Bleichmar, N. M; Liberman De Bleichmar, C. (1989). *El Psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica*. México: Eleia Editores.
- Bradley, E. (1990). Pregnancy and internal world. En: J. Raphael-Leff (ed.) *"Spilt Milk" perinatal loss and breakdown* (2000).Londres: Psychoanalytic ideas.
- Bouchart-Goudard, A. (1992). Comment reprendre à son compte la naissance?  
*Dialogue- recherches cliniques et sociologiques sur la couple et la famille*, 4<sup>o</sup>  
Trim, p.27-32.
- Brown, G y Harris, T. (1993). Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. En: *Psychological Medicine*, 23, p. 155-65.
- Brunete, M.F. (2002). En torno a los conceptos de envidia primaria y pulsión de muerte. *Revista Chilena de Psicoanálisis*; Vol 19 (1): 55-64.

- Cox, JL, Murray, D; Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. En: *British Journal Psychiatry*, 163, p. 27-31.
- Damasio, A.(1999). *The feeling of what happens*. Nueva York: Harvest Book.
- Daws, D. (1989). *Through the night: helping parents and sleepless infants*. Londres: Free Association Books.
- Deutsch, H. (1944). *The Psychology of Women: a Psychoanalytic Interpretation*. Nueva York: Grune and Stratton.
- Dio Bleichmar, E. (1997). *La Sexualidad Femenina: de la Niña a la Mujer*. Barcelona: Paidós.
- Dolto, F. (1994). *La Sexualidad Femenina*. Buenos Aires: Paidós.
- Etchegoyen, H ; Rabith, M. (1981). Las teorías psicoanalíticas de la envidia. *Psicoanálisis*. Vol. 3: p. 359-384.
- Fonagy, P & Target, M (1996). Playing with reality I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. En: *International Journal of Psychoanalysis*, 77: 459-479.
- Freud, S. (1913). Tótem y Tabú. López Ballesteros (Trad), *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1914). Repetir, recordar y reelaborar. López Ballesteros (Trad), *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1914). Introducción al narcisismo. López Ballesteros (Trad), *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1915). Las pulsiones y sus destinos. López Ballesteros (Trad), *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- (1917). Duelo y melancolía. López Ballesteros (Trad), *Obras Completas*.  
Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1920). Más allá del principio del placer. López Ballesteros (Trad), *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1923). El Yo y el Ello. López Ballesteros (Trad), *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1924). El problema económico del masoquismo. López Ballesteros (trad), *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1925). La Negación. López Ballesteros (Trad), *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1931). Sobre la sexualidad femenina. López Ballesteros (Trad), *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1937). Análisis terminable e interminable. López Ballesteros (Trad), *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Green, A . (1990). *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1993). *Narcisismo de vida y Narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1995). La experiencia de lo negativo. *Rev. De Psicoanálisis*. APA, 52(3) p. 785-797.
- (1997). La intuición de lo negativo en Realidad y Juego. *Int. J. Psycho-Anal*, 78, pp. 1071-1084.
- (2001). La muerte en la vida. Algunos puntos de referencia para la pulsión de muerte. *Rev. De Psicoanálisis*, LVIII ,2, p. 291-309.

Green, A., Ikonen, P., Laplanche, J., Rechar, E., Segal, H., Widlöcher, D., York, C  
(1986). *La pulsión de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.

Grosskurth, P. (1990). *Melanie Klein: Su mundo y su obra*. Buenos Aires: Paidós.

Khan, M. (1963). The concept of cumulative trauma. En: *The privacy of the self*.  
Londres: Hogarth.

Klein, M. (1957). Envidia y Gratitude. *Obras Completas*. Buenos Aires: Paidós-Hormé.

Kristeva, J. (1980). *Desire in language*. Nueva York: Columbia Press.

------(1987). *Historias de Amor*. Madrid: Siglo XXI.

------(1988). *Los poderes de la perversión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

------(1997). *Sol Negro*. Venezuela: Monte Ávila.

Laplanche, J. (1997). La teoría de la seducción y el problema del Otro. *Int. J. Psycho-  
Anal*, 78, p. 653-666.

Laufer, E. (1993). The female Oedipus complex and the relationship to the body. En:  
D. Breen (ed.), 1997. *The Gender Conundrum*. Contemporary Psychoanalytic  
perspectives on femininity and masculinity. Londres: Routledge.

López Peñalver, J. (1996). Construcción-Destrucción. Reflexiones sobre la Pulsión de  
muerte. *Rev. De Psicoanálisis de la Asoc. Psic. De Madrid*, (1996), Nº 24, p. 79-  
93.

Lucas, R. (1993). Puerperal psychosis: vulnerability and aftermath. En: J. Raphael-Leff  
(ed.) *"Spilt milk" perinatal loss and breakdown* (2000). Londres: Psychoanalytic  
ideas.

Mahler, M y otros. (1977). *El Nacimiento Psicológico del Infante Humano; simbiosis e  
individuación*. Buenos Aires: Marymar.

*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)* (2002)

Juan J. López-Ibor Aliño y Manuel Valdés Miyar (eds.). Barcelona: Masson.

- Marioti, P. (1997). Creativity and fertility: the one parent phantasy. En: J. Raphael-Leff; Josef Perelberg, R. (eds.) *Female experience*. Londres: Routledge.
- Maternidad adolescente. (2001). Año 2, (3). Lima: *Redes Jóvenes*.
- Millot, C. (1979). *Freud Antipedagogo*. Barcelona: Paidós.
- Missenard, A. (1989). Introducción: registros de lo negativo en nuestros días. En: *Lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Moury, R. (1989). El apoderamiento visual o la desmentida de la pérdida. *Lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Murray, L. (1991). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49: p. 1-39.
- Murray, L., Cooper, P y Stein, A. (1991). Postnatal depression and infant development. En: *British Medical Journal*, 302, p. 978-979.
- Murray, L (1997). The effect of Infants's Behaviour on Maternal Mental Health. Joan Raphael-Leff (ed.). En: *Where the Wild Things Are: in infancy and parenting*. University of Essex, 2001: Psychoanalytic Publications Series.
- Niemelä, P. (1998). Las vicisitudes del odio materno. En: *Mujer y Salud Mental*. Vol 2 (2), Asoc. Peruana de Salud Mental de la Mujer.
- Pérez, A. (1996). Vínculo temprano y establecimiento del psiquismo temprano. En: *Psicoanálisis de niños y adolescentes en América Latina*. Córdoba: FEPAL.
- Piérola, M.T. (2002). Embarazo adolescente en el Perú: Ponencia presentada en la Tercera Jornada de la APN, La construcción de la identidad en la adolescencia. Lima: APN.
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British J. of Medical Psychology*, 45: 333-343.

------(1978). On becoming a parent. *Journal of Child Psychotherapy*, Vol 4, N° 4, p. 19-31.

------(1993). *A Woman's Unconscious Use of her Body*. Londres: Yale University Press.

Piontelli, A. (1988). Is something wrong?: the impact of technology in pregnancy. En: J. Raphael-Leff (ed.) *"Spilt milk" perinatal loss and breakdown* (2000). Londres: Psychoanalytic ideas.

Raphael-Leff, J. (1989). El lugar de las cosas salvajes. En: *Mujeres por mujeres*. Lima: Biblioteca Peruana de Psicoanálisis.

------(1993). Climbing the walls: therapeutic intervention for post-partum disturbance. En: J. Raphael-Leff (ed.) *"Spilt milk" perinatal loss and breakdown* (2000). Londres: Psychoanalytic ideas.

------(1995). *Pregnancy*. Londres: Jason Aronson Inc.

------(1996). *Primary maternal persecution*. Londres: Karnac.

Rascovsky, A. (1973). *El filicidio*. Buenos Aires: Orion.

Rosenfeld, H. (1971). A clinical approach to the psychoanalytical theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism. *International Journal of Psycho-Anal.*, 52:169-178.

Sopena, C. (1994). Algunas consideraciones sobre la pulsión de muerte. *Rev. De Psicoanálisis de la Asoc. Psic. De Madrid* (1996), N° 24, p. 69-77.

Steiner, J. (1997). *Refugios psíquicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Stern, D. (1997). *Constelación maternal*. Buenos Aires: Paidós.

Trevarthen, C. (1980). The foundations of Intersubjectivity: Development of Interpersonal and Cooperative Understanding in Infants. En: *Essays in Honor of Jerome S. Bruner*. D. Olson (ed). Nueva York: W.W. Norton & Company.

Tustin, F. (1987). *Defensas autistas en pacientes neuróticos*. Buenos Aires: Amorrortu.

Urribarri, F. (2001). André Green: Una metapsicología contemporánea. En: *Zona Erógena*, 49.pp. 21-28.

Verhaeghe, P. (2001). *El amor en los tiempos de la soledad*. Tres ensayos sobre el deseo y la pulsión. Buenos Aires: Paidós.

Welldon, E. (1991). Psychology and Psychopathology in Women- A Psychoanalytic Perspective. *British Journal of Psychiatry*, 158 (suppl. 10), p. 85-92.

----- (1995). “Maternidad pervertida” o “la perversión de la maternidad”. En: *Perversiones*. Lima: Biblioteca Peruana de Psicoanálisis.

Winnicott, D.W. (1953). Transitional Objects and Transitional Phenomena. En: *Playing and Reality* (1971). Nueva York: Penguin Books.

----- (1956). Preocupación maternal primaria. En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (1981). Barcelona: Ed. Laia,

----- (1963) La comunicación y la falta de comunicación como conducentes al estudio de ciertos pares antitéticos. En: *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Ed. Laia.

----- (1968). The Use of an Object and Relating through Identifications. En: *Playing and reality* (1971). Nueva York: Penguin Books.

[http://geosalud.com/depresion/depresion\\_postparto.htm](http://geosalud.com/depresion/depresion_postparto.htm)

[http://www.alcmeon.com.ar/4/15/a15\\_04.htm](http://www.alcmeon.com.ar/4/15/a15_04.htm)