

Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica, 6(1), enero-junio 2025 , pp. 29-40.
ISSN: 2730-4833 (papel), 2730-4957 (en línea). DOI: doi.org/10.53693/ERPPA/6.1.2.

DERIVAS CLÍNICAS DEL EMBARAZO DE LA PSICOTERAPEUTA

*CLINICAL DERIVATIVES OF THE PSYCHOTHERAPIST'S
PREGNANCY*

DERIVAS CLÍNICAS DA GRAVIDEZ DA PSICOTERAPEUTA

Juliana Artola

Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica

Montevideo, Uruguay

Correo electrónico: mj.artola90@gmail.com

ORCID: 0009-0007-9623-5283

Recibido: 26/3/25

Submitted: 3/26/2025

Recebido: 26/3/25

Aceptado: 29/4/25

Accepted: 4/29/2025

Aceite: 29/4/25

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

ARTOLA, J. (2025). Derivas clínicas del embarazo de la psicoterapeuta. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 6(1), 29-40. DOI: doi.org/10.53693/ERPPA/6.1.2. Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Resumen

El trabajo aborda y problematiza aspectos clínicos vinculados al embarazo de la psicoterapeuta. A partir de mi propia experiencia, se inician preocupaciones clínicas que posibilitaron reflexionar sobre los movimientos que esta situación genera en la díada terapéutica, tanto en el mundo interno como en la intersubjetividad del paciente, así como en relación a los cambios que esta situación implica en el campo de trabajo, particularmente en relación al encuadre, la transferencia y la fantasmática movilizada. Para ello, comparto situaciones clínicas que permiten profundizar la reflexión teórico-técnica.

Palabras clave: embarazo, cambio, psicoterapia.

Abstract

This paper explores and problematizes clinical aspects related to the therapist's pregnancy. Drawing from my own experience, it raises clinical concerns that allow for reflection on the movements this situation generates within the therapeutic dyad—both in the patient's internal world and intersubjectivity—as well as the changes it brings to the therapeutic setting, particularly regarding the frame, transference, and the fantasies it activates. To this end, I share clinical situations that help deepen theoretical and technical reflection.

Keywords: pregnancy, change, psychotherapy.

Resumo

O trabalho aborda e problematiza aspectos clínicos vinculados à gravidez da psicoterapeuta. A partir da minha própria experiência, reflito sobre os movimentos que essa situação gera na díade terapéutica, tanto no mundo interno quanto na intersubjetividade do paciente, bem como no enquadre, a transferência e a fantasmática mobilizada. A gravidez e a maternidade colocam desafios que influenciam no campo clínico e requerem uma elaboração técnica cuidadosa. Por isso, compartilho vinhetas clínicas que permitem aprofundar na reflexão teórico-técnica.

Palavras-chave: gravidez, mudança, psicoterapia.

TRABAJO¹

Mi embarazo dio lugar a una serie de inquietudes y preocupaciones sobre cómo abordar, con mis pacientes, lo que estaba ocurriendo en mi cuerpo y en mi psiquismo: ¿qué podía provocar en ellos o ellas y en los procesos de trabajo en marcha? Este escrito es un intento de elaborar lo vivido y, al mismo tiempo, de compartirlo para reflexionar sobre mi experiencia, con el deseo de que sirva como lazo con/para otras psicoterapeutas que cursen un embarazo y puerperio. Traigo más preguntas que certezas: ¿cómo pensar el embarazo de las psicoterapeutas en clave de género?, ¿qué nos sucede a las mujeres psicoterapeutas ante este retiro temporal de la actividad profesional?, ¿cómo lidiamos con las preocupaciones que nos generan algunos o algunas pacientes en estas circunstancias?, ¿cómo se inscribe un embarazo en el encuadre y en el vínculo transferencial?, ¿qué conflictivas y fantasmáticas se despliegan a partir de esta experiencia tan particular y cómo transformarla en una oportunidad de trabajo?

Frente a estas preguntas, inicié una búsqueda —no exhaustiva, pero sí curiosa— de bibliografía sobre el tema y me encontré con escasos materiales disponibles. En los textos hallados, las autoras se lanzan a escribir desde sus propias vivencias de embarazo en un intento por «transcribir estas reflexiones ya, como temiendo que escapen» (Angulo y Doria, 1995, p. 371), algo que me sucede también a mí.

Uno de los elementos atribuidos a la constitución de la subjetividad femenina es la posibilidad de ser madre. Como describen múltiples autoras (Burín, 2010; Carril, 2018; Dio Bleichmar, 2011; Meler, 2013), nuestra cultura ha perpetuado la imagen de la mujer ligada a la maternidad, lo que implica una sexualidad ejercida y, al mismo tiempo, reprimida y desexualizada en la figura materna. Sin embargo, poco

¹ La editora Laura de Souza aprobó este artículo.

se dice sobre los avatares que este destino implica en el ejercicio profesional, en general, y en nuestra práctica como psicoterapeutas, en particular. En este sentido, Angulo y Doria (1995) dicen:

nos ha llamado la atención la escasa bibliografía que hemos encontrado sobre el tema en nuestro medio, en una profesión en la cual [...] el número de mujeres es predominante y donde el embarazo es transitado por la mayor parte de las terapeutas en su ciclo vital [...] la dificultad estaría en que la terapeuta embarazada revela más aspectos de su vida privada, así como es un constante desafío mantener la actitud analítica en un momento de mayor vulnerabilidad emocional. (p. 375)

Compartimos estas conjeturas mientras reflexionamos sobre el silencio que rodea este tema, el cual podría evidenciar un conflicto largamente abordado por los estudios de género: el espacio público y el mundo del trabajo han sido históricamente masculinos. Aunque las mujeres hace ya décadas accedemos a estos ámbitos y trabajamos para ampliar y mejorar nuestra participación, hablar de lo que implica esta presencia en relación con la tensión entre vida productiva y reproductiva resulta aún una tarea difícil. No hablar públicamente sobre el tema lo invisibiliza y vuelve a relegar a las mujeres a resolver en el ámbito privado los aspectos relacionados con lo reproductivo, como si fuera necesario fingir que no ocurre nada.

Poco hablamos y escribimos sobre nosotras: mujeres psicoterapeutas, embarazadas, madres, puérperas, jóvenes, envejecidas, atravesadas por un duelo, entre tantas otras experiencias. En definitiva, poco reflexionamos sobre nuestras vivencias y sobre cómo estas conforman el campo de trabajo y actúan como matriz desde la que es posible tramitar, junto con nuestros y nuestras pacientes, lo que acontece. Lo que nos acontece como dñada en el trabajo se inicia en lo que me ocurre como analista y en lo que eso convoca en cada paciente, en relación con su mundo interno y su intersubjetividad. De hecho, «el encuentro entre terapeuta y paciente es como una danza en la que ambos se

acomodan a un ritmo, en una relación en la que los movimientos de uno van a condicionar los del otro y viceversa» (Silva y Weigensberg, 1992, p. 62).

En este sentido, ya en la década del cincuenta, Winnicott (1958/1999) comienza a introducir la idea de que el analista debe *tratar de ser sí mismo*. Señala: «el tratamiento y [la] dirección de este caso ha exigido la participación de cuanto poseo en mi calidad de ser humano, de analista y de pediatra» (Winnicott, 1999, p. 374).

Más adelante, en los años setenta, algunos autores intentaron cuestionar y tensar la separación entre vida privada y ejercicio de la clínica. En esta línea, Zac (1971) propuso incluir dentro del encuadre psicoanalítico lo que denominó *la persona real del analista*, una categoría difícil de integrar en aquellos tiempos marcados por la rigidez del encuadre. Por su parte, Little (2017) insiste en que el analista debe asumir un compromiso total con su paciente, lo que supone implicarse y responder de diversas formas, soportar los derroteros transferenciales, asumir riesgos, sentir con y para el paciente, identificarse con él, entre otras implicancias.

A su vez, dentro del campo de los estudios de género hemos saldado la discusión acerca de que existe la escucha de género, es decir, que nuestra construcción identitaria en términos de género compone una posición simbólica desde la que escuchamos, definimos y miramos. Alkolombre (2004) propone que «el género supone inevitablemente puntos ciegos, prejuicios y contratransferencias, así como también sensibilidades, capacidades y comprensiones particulares» (p. 94).

Una escucha como mujer, sí, pero ¿cómo qué mujer?, ¿en qué etapa de su ciclo vital?, ¿en qué circunstancias específicas? Entonces, ¿cómo se ve atravesada esa posición simbólica en los procesos de embarazo y puerperio? ¿Cuál es el impacto de esa mirada específica, portadora de ese cuerpo específico, sobre el psiquismo de su paciente?

Vives (2004) plantea que

el ejercicio del psicoanálisis es en sentido estricto la puesta en escena de una identificación parcial con la madre o con funciones de

sostén que históricamente se han adjudicado y ejercido por la figura femenina: las de contener, cuidar, cobijar, consolar cuando hay dolor y sufrimiento, confrontar, etc. [...] cuidar, metabolizar contenidos, transformar y traducir mensajes caóticos en contenidos verbales para producir pensamientos, promover la modulación y el enriquecimiento de la vida emocional. (p. 163)

¿Qué ocurre, entonces, cuando una psicoanalista debe retirarse temporalmente de esta puesta en escena para replegarse a los cuidados de un hijo real?

La abstinencia, como elemento central del encuadre y bastión de la técnica psicoanalítica —entendida como *privación* que, al no gratificar los deseos del paciente, habilita el despliegue de su conflictiva (Allegue, 2021; Schkolnik, 1999)— queda tensionada ante un embarazo. ¿Qué tipo de abstinencia es posible construir y sostener cuando el cuerpo mismo de la terapeuta enuncia algo de su vida personal? Casas de Pereda (1968) lo expresa así: «mi cuerpo modificado y modificándose era el que mostraba el crecimiento de otro, de un tercero, que empezó a ocupar un espacio en el cuarto» (p. 261).

Rosando (2019) plantea que el embarazo se presenta como la introducción del otro, de forma presente y efectiva, en la relación que era, hasta entonces, dual. Esta situación «obliga a incluir en el *setting* a un invitado involuntario, convirtiendo el consultorio en un espacio triangular con estímulo real para los pacientes» (Alcorta, 1996, p. 142). Esta situación introduce un cambio que modifica la escena analítica y la fantasmática que en ella se despliega: «Esta presencia enfrenta al paciente a la evidencia de que en el mundo de la terapeuta existen otros [...]. El bebé en gestación empaña la ilusión de un vínculo exclusivo» (González et al., 1992, p. 65).

El embarazo de la psicoterapeuta, en este sentido, es una experiencia vincular. ¿Cómo integrarla al campo de trabajo sin que se viva como una intrusión, favoreciendo además el despliegue de fantasías y la elaboración de conflictos? ¿Cómo se juega esto frente a la particular separación-interrupción del proceso que esta situación conlleva? En

este sentido, Weiss (1975) equipara la situación analítica con soñar. El embarazo sería una intrusión de la realidad, que despierta rápidamente al paciente y lo trae de forma violenta, lo que ubica en primer plano fenómenos transferenciales. Poner esto a disposición del trabajo analítico, en tanto posibilitador, al mismo tiempo que nos la arreglamos con todo lo propio en juego en este momento vital, resulta un desafío.

DERIVAS CLÍNICAS

A partir de lo mencionado, el embarazo genera en los y las pacientes movimientos de todo tipo: afectos agresivos, amorosos, identificatorios, envidiosos, persecutorios, miedos a la pérdida y al abandono, entre otros. Intentaré ilustrar algunas de estas derivas clínicas que permiten pensar en los diversos procesos puestos en juego en mis pacientes.

Con Melina,² una adolescente de diecisiete años, se pone en escena una larga historia de abandonos y negligencias. *Cuando descubre mi embarazo, me transmite una mezcla de alegría e inquietud. En las sesiones siguientes emergen angustias y dificultades para tomar distancia de un exnovio: «Es lo único que tengo, él está siempre», me dice. Cerca del cierre, logra poner en palabras: «Me preocupa un poco y me pinta el miedo al abandono, que tengas a tu bebé y no vuelvas más. Además, me paso pensando que vos querrás estar descansando con tu bebé y no escuchándome a mí». Que yo le asegurara que iba a volver no era suficiente para ella: «Todos los adultos dicen lo mismo». En la última sesión antes de mi retiro, comienza diciendo: «Lejos de querer dejarte ir a parir preocupada...». En tono divertido le respondo: «Lo vas a hacer».*

Todos estos movimientos nos permitieron trabajar cómo la interrupción de la psicoterapia venía a reeditar otros abandonos previos

2 Para salvaguardar la identidad y preservar el anonimato se modificaron algunos datos personales de las pacientes.

y cómo mi embarazo activaba algo de su vínculo temprano con su madre. También abordamos su desconfianza hacia los adultos en funciones de cuidado, una desconfianza cimentada en múltiples experiencias de abandono y promesas no cumplidas. En este sentido, poder hacer acuerdos y cumplirlos ha sido fundamental para construir un modelo vincular distinto, que abrió un espacio nuevo para el psiquismo de Melina. A partir de ese trabajo incluso pudimos bromear sobre el tema, lo que marcó un hito que fortaleció la alianza terapéutica.

Con Leticia el asunto de la maternidad estuvo siempre muy presente. Ella, mamá de cuatro hijos, inició psicoterapia en pleno puerperio de su hija menor. Consultó buscando lo propio y sabía que algo de esto lo encontraría fuera del mandato de la maternidad, pero aún no sabía qué era ni dónde buscarlo. Estaba muy angustiada, perdida de sí misma. La subjetividad de Leticia se constituyó sobre la base de lo que podía (procrear, ser buena madre y buena esposa) y también de sus restricciones (no poder construir proyectos singulares fuera de sus mandatos de género). Desde dichos preceptos comenzó la producción de diferencia en el trabajo con ella.³ Vivía la maternidad con angustia y, además, con mucha hostilidad debido a que su construcción identitaria estaba casi exclusivamente relacionada con esa función, aspecto que rechazaba, pero del que no podía zafar.

Al momento de mi embarazo habíamos trabajado muchos de esos aspectos y habían ocurrido en ella cambios significativos en relación con la construcción de un proyecto que sin desconocer su maternidad, tenía nombre propio, lo que supuso mucho trabajo en relación a su mundo interno y también a sus vínculos. «¿Eso es lo que yo pienso que es?», dice, refiriéndose a mi panza. Su comentario habilita la posibilidad de visitar sus propios embarazos a través de una identificación conmigo y lo hace desde un lugar más amoroso hacia sí misma. «Qué lejos estoy de esa», agrega. Esta revisita se fue dando antes y después

3 Con *producción de la diferencia* me refiero a la posibilidad de producir algo distinto a lo esperado para ella de acuerdo a los mandatos de mujer-madre aprendidos durante todo su proceso de socialización, así como a lo impuesto por el corset de género.

de mi licencia, y el devenir del trabajo nos permitió, de forma conjunta, concluir que era tiempo de cerrar el proceso psicoterapéutico, lo que efectivamente ocurrió algunos meses más tarde.

Otros aspectos se ponen en juego con pacientes graves, con quienes, una vez establecida la transferencia, pueden generarse vínculos terapéuticos marcados por una alta demanda y dependencia. En estos casos, las interrupciones de la psicoterapia —ya sea por vacaciones, enfermedad u otras razones— suelen movilizar angustias primarias difíciles de elaborar,⁴ por lo que cada retiro parcial requiere de un trabajo anticipado y sostenido.

El vínculo terapéutico cobra especial relevancia en relación con los movimientos vitales que estos pacientes logran sostener en el marco de la relación analítica. Con algunas pacientes con estas características, mi retiro temporal generó profundas angustias, que me preocuparon especialmente, y se desplegaron también temores sobre la posibilidad de contener la angustia y los pensamientos, muchos de ellos de carácter persecutorio. Parafraseando a Winnicott (1963), se produjo un profundo miedo al derrumbe.

Con este tipo de pacientes fue fundamental explicitar lo que estaba ocurriendo, contener la desorganización y la intensa demanda que generó la noticia tanto del embarazo como de mi retiro. Trabajamos en la creación de espacios transicionales donde pudieran alojarse en caso de desborde durante mi ausencia, con el objetivo de construir una continuidad objetal. Esta forma de transitar la separación se sostuvo a través de apoyos externos (Alcorta, 1996), anclados en un vínculo transferencial positivo, que permitieron preparar y sostener la interrupción, y dieron continuidad al proceso terapéutico a pesar de mi ausencia.

4 Si bien en todos los casos se movilizan angustias primarias en diferentes momentos del proceso psicoterapéutico y en particular el embarazo de la psicoterapeuta genera un contexto posibilitador para la aparición de estas angustias; los riesgos de estos movimientos y las posibilidades de tramitarlas suelen ser diferentes en función a los recursos yoicos, las defensas, las capacidades de separación y de simbolización con las que cuentan los y las pacientes.

REFLEXIONES FINALES

La percepción del embarazo ocurre de forma particular y específica en cada paciente. Hay quienes, a pesar de las evidencias físicas, no lo ven; algunas personas lo ven tempranamente, otras muestran afecto o curiosidad... Al margen de las reacciones manifiestas, Motta (2009) plantea que embarazo y puerperio contienen aspectos importantes para la vida humana: lo primitivo, la indiferenciación, la simbiosis; la discriminación, la integración y la identidad. Por este motivo, esa situación tan particular en la vida de la psicoterapeuta podría pensarse como una oportunidad para el trabajo, del que intento dar cuenta en las situaciones clínicas planteadas. Estas, si algo tienen en común, es que ponen en evidencia la *profunda tormenta de transferencia* (Lax, 1969) que genera nuestro embarazo y puerperio. Esta tormenta se vincula con la presencia de una otredad real, con lo que viene a contarle a los pacientes esta presencia, que además será causante de una separación que no forma parte del encuadre planteado.

En este escenario, cabe preguntarse: ¿conviene comunicar o no comunicar el embarazo? Creo que introducir el tema se vuelve necesario, en un tiempo que sea oportuno para el paciente, pero que también lo sea para nosotras, en tanto necesitamos poder trabajarlo y generar las condiciones de posibilidad para irnos tranquilas. La bibliografía revisada recomienda «introducir el tema después del primer trimestre, cuando la gestación es evidente y así dar tiempo para analizar los mecanismos que contribuyeron a la negación» (Alcorta, 1996, p. 164). En este sentido, tiene un rol central «la búsqueda de apoyos, tanto por parte del paciente como del analista, para aligerar la elaboración de la angustia en la relación» (Alcorta, 1996, p. 166).

Es necesario también reflexionar en torno a lo que vendrá después en relación con los ideales de vínculos deseados en modo exclusivo, comprometido y hasta quizá excluyente de todo otro deseo de parte de la terapeuta que no se encuadre en la relación terapeuta-paciente.

A modo de cierre, cito a Rosando (2019), que con estilo prosaico dice: «Cuando Yo fuimos Nosotros, fue así y además ¡todo aquello que

yo no vi!» (p. 138). La intención ha sido poner estas inquietudes teórico-clínicas y personales en diálogo para que se potencien de otras derivas y experiencias posibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCORTA, A. (1996). Efecto del embarazo de la analista en la relación psicoanalítica. En A. Alcorta (ed.), *Psicoanálisis en América Latina: Teoría y técnica*. Federación Psicoanalítica de América Latina.
- ALKOLOMBRE, P. (2004). Sexualidad y género en el vínculo analítico. *Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 29, 85-103.
- ALLEGUE, R. (2021). Abstinencia y neutralidad de Jorge Rosa. *Equinoccio. Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 2(2), 123-133. <https://doi.org/10.53693/ERPPA/2.2.7>
- ANGULO, B. y DORIA, M. (1995). Una situación embarazosa: La terapeuta embarazada. En *Lo arcaico, temporalidad e historización* (pp. 371-376). Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- BURÍN, M. (2010). *Género y salud mental: Construcción de la subjetividad femenina y masculina*. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Repositorio Institucional. <https://dspace.uces.edu.ar/jspui/handle/123456789/1529>
- CARRIL, E. (2018). El género en el espacio psicoanalítico. *Topía*, 84.
- CASAS DE PEREDA, M. (1968). Regresión y embarazo de la analista. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 10(3-4), 259-266. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/751>
- DIO BLEICHMAR, E. (2011). Mujeres de siempre... Mujeres del siglo XXI. En E. Dio Bleichmar (coord.), *Mujeres tratando a mujeres: Con mirada de género* (pp. 13-52). Octaedro.

- GONZÁLEZ, E., MOLINOLO, L. y ZITO, G. (1992). Embarazo y contratransferencia. En *La mujer desde el psicoanálisis: Jornadas interdisciplinarias en honor a Marie Langer* (p. 65). Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica.
- MELER, I. (2013). Psicoanálisis y género: Deconstrucción crítica de la teoría psicoanalítica sobre la feminidad. En *Recomenzar: Amor y poder después del divorcio* (pp. 199-228). Paidós.
- MOTTA, I. (2009). Quando a psicanalista está grávida: Facilitação de pesquisas sobre o interior materno e feminino. *Jornal de Psicoanálise*, 42(76), 91-105.
- LITTLE, M. (2017). *Transferencia neurótica y transferencia psicótica*. Pólvora.
- ROSANDO, A. (2019). Embarazo de la psicoterapeuta y relación psicoterapéutica: Cuando yo fui nosotros. *Clínica e Investigación Relacional*, 13(1), 134-139. <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2019.130109>
- SCHKOLNIK, F. (1999). ¿Neutralidad o abstinencia? *Revista Uruguaya De Psicoanálisis*, 89, 68-81. <https://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1313>
- SILVA, E. y WEIGENBERG, A. (1992). Acerca del encuentro entre dos mujeres: Paciente y terapeuta. En *La mujer desde el psicoanálisis: Jornadas interdisciplinarias en honor a Marie Langer* (p. 62). Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica.
- VIVES, J. (2004) ¿Qué desea la psicoanalista? En M. Alizade y T. Lartigue (comps.), *Psicoanálisis y relaciones de género* (pp. 153-166). Lumen.
- WEISS, S. S. (1975). The effect on the transference of special events occurring during psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 56(1), 69-75.
- WINNICOTT, D. W. (1993). El miedo al derrumbe. En *Exploraciones psicoanalíticas I*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1963)
- WINNICOTT, D. W. (1999). Escritos de pediatría y psicoanálisis. Paidós. (Trabajo original publicado en 1958)
- ZAC, J. (1971). Un enfoque metodológico del establecimiento del encuadre. *Revista de Psicoanálisis*, 29(2), 593-610.