

DESORDENES PSICOSEXUALES DEL CICLO GENITAL FEMENINO

DR. AUGUSTO COLMENARES

INTRODUCCION

Mi participación en este symposium de sexología con el tema "Desórdenes Psicosexuales" me aboca a una consideración incompletamente panorámica de los mismos. Los estudios relativos al hombre, ser biosocial, son de sí complejos y polifacéticos. Por ello, debo imponerme muchas limitaciones además de las que me impone el tiempo. A falta de erudición sobre la materia, debo concederme algunas veces la licencia de opinar en base a mi experiencia clínica personal. Es, con ello, que en este **IV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología** nos ocuparemos selectivamente de la mujer, a la que antropológicamente denominamos también hombre, como hembra de su pareja, el hombre varón.

Contemporáneamente existen cuatro enfoques dominantes en el estudio de la conducta humana normal y patológica: el relativismo cultural, el criterio estadístico, la teleología naturalista y el enfoque clínico. Según el relativismo cultural, la homosexualidad pudiera haber sido normal para los griegos de Pericles, mas no para los contemporáneos, v. gr. Es con el criterio estadístico que las mujeres han venido consolándose, aún en tiempos recientes, de ser frías en muy alta proporción. Para el criterio teleológico-naturalista la homosexualidad ha debido ser y será anormal en todo tiempo y lugar, por contrariar el óptimo funcionamiento específico de la condición natural humana. Según el mismo criterio teleológico, la mujer está dotada de suficiente capacidad orgástica como para permitirse un desempeño sexual muy por encima de lo que reflejan las estadísticas. Ultimo, el enfoque clínico, admite

tres importantes subdivisiones: la medicina somatológica, la medicina psicoanalítica y la investigación experimental. Es en esta penúltima provincia en que daremos contexto a nuestro enfoque sobre los desórdenes psicosexuales de la mujer y la pollicromía de su problemática.

Hasta 1920, Freud había tratado de explicar la psicopatología humana, y en especial los desórdenes psicosexuales, en base a su teoría de la libido. Pero, a partir de entonces, el creador del psicoanálisis se abocó también al estudio de la innata disposición humana para explicar la hostilidad, la violencia, la destrucción y la muerte. A esta fuerza dinámica, contraparte de la libido, se la conoce hoy como instinto de agresividad. Fue precisamente la agresividad el tema central del 27 Congreso Internacional de Psicoanálisis celebrado en Viena en Julio pasado.

Básteme señalar que el instinto agresivo comparte hoy con el instinto sexual similares méritos en la génesis de la psicopatología humana. Consideraría afortunada mi participación en este symposium si con ella contribuyese a reivindicar en algo la imagen tan difundida, según la cual se hace aparecer a Freud sosteniendo que toda la psicopatología humana tiene un origen en lo sexual.

Con explicable desdén, aún cuando sin docta justificación, el pensamiento de Freud (1) ha sido a veces rechazado de plano, motejándose de "pansexualista". Con ello, se ha venido difundiendo como causa lo que Freud, en su madurez científica, admitió, mas bien, como consecuencia: que ningún enfermo mental, o quien padezca de neurosis grave, goza de una vida sexual normal.

El aporte del psicoanálisis a la clínica de

(1) Freud, Sigmund, Obras.

los desórdenes psicosexuales, en concordancia con los lineamientos previamente expuestos, me permitirá incidir sobre éstos. Perdóneseme las veces que lo hago con el matiz de la recomendación pragmática, algo sanchezco, si se quiere; y las otras, en que no me es posible eludir el refinamiento dialéctico a que el asunto obliga.

MENSTRUACION.

A juzgar por lo que sabemos, sería hoy aconsejable para los padres celebrar la menarquia de sus hijas con una íntima fiesta o ceremonia familiar, a la manera como ocurre en otras culturas originales. Tal festividad concedería un sentido de aceptación ritual a la niña dentro de la comunidad adulta, proclamándola como joven mujer. Como consecuencia, se atenuaría la rivalidad inconsciente con la madre, que es en toda mujer un inescapable rezaño edípico. Al mismo tiempo, se opondría el sentimiento de orgullo y legitimidad al de vergüenza y ocultamiento, con que algunas niñas sobrellevan o inician su menstruación. Clínicamente, esto podría redundar en una disminución en la presentación e intensidad de las dismenorreas y algunas incidencias amenorreicas.

Me viene al recuerdo el caso de Anita, paciente mía, quien hace una psicosis en la pubertad con amenorrea de tres años de duración, restablecida al año de tratamiento, conjuntamente con los síntomas psicóticos más graves. El temprano desarrollo infantil de Anita había sido muy defectuoso. Rechazaba la identificación con la madre y con todo lo que representase sus funciones genitales. Al propio tiempo, se sentía muy privada por causa de varios hermanitos que habían excitado sus celos y voracidad. En sus fantasías había querido atacar el vientre embarazado de su madre y destruir su contenido. Al menstruar, su sentimiento de culpa se reactivaba, ha-

ciéndola sentirse castigada taliómicamente y destruída por dentro, lo que expresaba diciendo que su sangre menstrual estaba podrida. Tenía también miedo de sangrar hasta morir.

No todos los casos revisten la seriedad del citado. En el otro extremo del espectro, algunas niñas ecuacionan la pérdida de sangre con la de heces y orina, con la consiguiente vergüenza infantil retroactiva que evoca la pérdida del control evacuativo.

LEUCORREA PSICOGENA.

En 1965 veía yo a la Sra. Cristina, de 36 años, quien durante el tratamiento psicoterapéutico curó de una leucorrea crónica y resistente a todos sus previos tratamientos, sin que yo jamás me lo propusiera. Es el caso que la paciente nunca se quejó ante mí de tal leucorrea ni sabía yo de su existencia. El hallazgo terapéutico se produjo retrospectivamente, meses después de haber secado con aparente espontaneidad. La reconstrucción terapéutica se hizo en base a dos sueños que le había sido oportunamente interpretados. En el primero, la paciente sueña que había encontrado los bolsillos de su pijama sucios con harina, y había despertado con gran ansiedad. En el segundo sueño, en cuyo relato prorrumpo a llorar, se ve tirada en un charco de excrementos y orinas, mientras unos muchachos la señalan y le arrojan piedras. La interpretación que enlazó ambos sueños había sugerido que esta mujer era presa de un sentimiento de culpa genital por haber tenido relaciones incestuosas a la vez que adúlteras con un primo. Consecutivamente, el bolsillo de su pijama, o, lo que es lo mismo, su vagina estaba manchada con polvos sucios, que en un sueño ella llama harina y, en el sueño complementario, llama excrementos y orina. Su sentimiento de vergüenza, autorreprimió y culpa la deprimían hasta el punto

de sentirse apedreada públicamente. La reconstrucción terapéutica total se validó aún más tarde, al comprobar que la paciente había podido llorar su culpa en mi oficina hasta secársele los ojos, antes de dar término a su llanto genital crónico que simbolizaba con su leucorrea.

VIRGINIDAD

Quienes hemos crecido como niños católicos, fuimos enseñados oportunamente a rezarle a la madre de Jesús con la invocación: "bienaventurada y siempre Virgen María, Santísima Madre de Dios y Madre mía". Aparte de los sentimientos piadosos que esta tierna evocación sugiere, se comprueba que la madre de Krishna, por ej., como la de otras excelsas divinidades fueron también vírgenes. Freud nos enseñó que a los niños no les gusta aceptar la idea de la relación sexual de sus padres, lo que ven como algo impuro y feo. Pero, por debajo de esto, todavía subyace el deseo que tienen los niños sanos y curiosos de participar de estas relaciones, sea bajo el pretexto de tenerle miedo al cuco o a dormir solos de noche. Es de suponer que en los hogares de todo el mundo la culminación de este deseo no se permite. De aquí surge el tabú del incesto y de él también se deriva la transacción que en su mente hace posteriormente el niño: "ni para mí ni para mi papá tampoco". Y, así, se ve ya surgir el mito de la virginidad de la madre.

Respetando el misterio religioso que pudiera trascender los niveles psicológico y mitológico, la importancia clínica que tiene lo que acabo de exponer es de no pequeña envergadura. Lo que se deriva de ello para los varones lo dejaré a un lado por

ser éste un certamen ginecológico. En cuanto al sexo femenino, llegado el momento en que una niña debe florecer como mujer, esta eventualidad será ya vista como un potencial ultraje, una violación, una mancilla; es decir, como un ataque a la pureza. De ahí que a este evento que, en mi lenguaje particular me gustaría llamar florecimiento, nuestra cultura asigne el sombrío nombre de desfloración.

No me será, pues, ocioso comendar a mis colegas ginecólogos la simpatía que esta rectificación semántica pudiera merecer. Médicamente, algunas dispareunias, particularmente las asociadas con vaginismo y otras formas de rechazo sexual inconsciente se verían atenuadas, si las causas subyacentes no son ya ni muy profundas ni muy complejas.

FRIGIDEZ

Alguna vez un humorista sugirió que "no existe mujer frígida, sino mal calentada". Aparte el matiz de vulgaridad y travesura que constituyen la esencia misma del humor festivo, las investigaciones de Masters y Johnson (2) estarían dando al humorista de marras, cuando menos, parcial razón: La mujer es sexualmente bien dotada en lo relativo a su capacidad orgástica latente. Su drama estriba en la diferencia existente entre esa aptitud de reserva o potencia, frente a su actual rendimiento, o competencia sexual. Henriette Klein (3) suscribe también la idea advocada por la citada pareja de investigadores: que la frigidez femenina es en buena medida atribuible a insuficiente estimulación clitorídea. Este sería el aspecto más importante de la frigidez desde el punto de vista mecánico.

(2) William Masters M.D. y Virginia Johnson: "Human Sexual Response" Little Brown and Co. Boston, 1966 y "Human Sexual Inadequacy" Ibidem, 1970.

(3) Henriette R. Klein, M.D. "Obstetrical and Gynecological Disorders" en "Comprehensive Textbook of Psychiatry" Edit. por A. Kaplan, The Williams and Wilkins Co., Baltimore, 1967.

Desde el punto de vista dinámico, en cambio, toda mujer es facultativamente frígida, como lo afirma Marie Langer: "porque no llegará al orgasmo en situaciones desfavorables o con un compañero inadecuado". Añádase a ello la influencia refrigerante de la tradición moral victoriana con que se formaron y deformaron nuestras generaciones mayores. Tal moral hacía ver en el orgasmo femenino el signo vergonzoso de un desenfreno indecente sólo digno de las prostitutas. Semejante melindre hoy no puede menos que parecer tragicómico, si se tiene en cuenta que han sido siempre las prostitutas las mujeres frías por excelencia, aún a despecho de sus aparentes desinhibiciones. Con ellas, ingresamos ya en un nivel más serio de frigidez psicógena. Algunos ven en la frigidez neurótica un síntoma conversivo, la anestesia histérica. Pero, por debajo de ella, pueden hallarse aún más graves trastornos de la personalidad.

La literatura y la experiencia clínica recogidas por Marie Langer (4) y otros señalan los siguientes factores subyacentes de la frigidez.

Culpa por fantasías inconscientes incestuosas con el padre que han sido más tarde desplazadas hacia el esposo.

Temor a la represalia de una madre celosa, en relación al fenómeno anterior.

Identificación defensiva con el padre y negación de la propia genitalidad vaginal; actitud viril y activa, envidia del pene y hostilidad competitiva con el marido.

Regresión a la fase oral y culpa asociada al sentimiento desplazado de voracidad vaginal, con o sin fantasías concomitantes de vagina-vampiro y vagina dentada que destruye por succión o trituración al falovíctima.

Lo anterior se seguiría, en el caso de la frigidez, por pasividad reactiva, con objeto de anular las fantasías destructivas, reparar al objeto y mitigar la culpa.

La figura conversa a la anterior, o sea el temor a la fantasía del falo trompa que penetra el genital femenino, succionando los órganos internos y dejándolos destruídos. Esto también se expresa como "la angustia de ser comida durante el coito".

Temor a la homosexualidad, por fijación libidinal a la madre.

Disociación de la maternidad con la sexualidad o frigidez después del parto, con fantasías de volverse madre pura.

Disociación entre lo prohibido y lo legal o frigidez después del matrimonio, cuando ya no se puede disfrutar más de los placeres asociados con las cosas prohibidas. Si consideramos que los factores antes citados no se excluyen necesariamente entre sí y que, muchas veces, se refuerzan complementariamente, advertiremos que la frigidez es asunto de delicado diagnóstico diferencial en cada caso particular. Mi recomendación es que se haga énfasis en el estudio del desarrollo temprano infantil, particularmente en las relaciones madre-hija, desde el nacimiento hasta el destete, y, a partir de éste, se investigue el papel que empieza a desempeñar el padre en la configuración del triángulo básico familiar.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INFERTILIDAD RELATIVA

Con este título tengo una comunicación publicada en la Revista del Hospital Obrero de Lima, (5a) por lo que sólo mencionaré aquí el resumen de dicho trabajo.

(4) Marie Langer: "Maternidad y Sexo" 2a. Edic. Actualizada, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1964.

(5a) Augusto Colmenares: "Aspectos Psicológicos de la Infertilidad Relativa". Revista del Cuerpo Médico del Hospital Obrero de Lima, Vol. 7, N° 1; Marzo, 1968.

RESUMEN

La esterilidad psicofisiológica femenina no es infrecuente. En su evaluación es útil considerar ampliamente las condiciones psicobiológicas y socioculturales. Atención especial merecen los antecedentes del desarrollo psicosexual temprano de ambos cónyuges. El estudio caracterológico de la pareja ayudaría a deslindar los perfiles de identidad psicosexual de cada miembro, lo mismo que las pautas de su encuentro. Es todavía mucho lo desconocido acerca de los mecanismos intermediarios de las reacciones psicofisiológicas. No obstante, la posibilidad de tales conexiones es clínica y experimentalmente sostenible. Es significativo que mujeres crónicamente estériles dejen de serlo por influencias terapéuticas o extraterapéuticas que implicarían una modificación, buscada o fortuita, de estructuras conflictivas básicas. La literatura psicoanalítica muestra los perfiles de infantilización y virilización inconscientes como las formas más generales y constantes de estructuración de tales conflictos. Cito dos casos. El primero, para mostrar los posibles alcances de la psicoterapia profiláctica en la infancia; y el segundo, por ser un tanto insólito, tratándose de una esposa virgen a despecho de sus ocho años de vida matrimonial.

EMBARAZO Y PARTO

Comenzaré por referirme a lo que podría llamarse "pseudociesis a término" o embarazo fementido, pues, para quien no lo haya visto, resulta difícil admitir que una mujer pueda engañarse y hacer extensivo el engaño al prójimo, con la patraña de estar embarazada durante nueve meses. Sólo que aquí no se trata de una mera patraña obstétrica, sino de una enfermedad

mental incuestionable, cuyo espectro pasea por la histeria, la personalidad psicopática, la psicosis fronteriza y la psicosis franca, aunque desplazada de la cavidad craneal a la cavidad abdominal. Se pudiera dar el caso, frente a esta clase de pacientes en el que un obstetra joven o inexperto resulte víctima de alguna confusión mental él mismo, mientras esclarece debidamente su diagnóstico.

Siempre dentro del subcapítulo de las pseudociesis, las que podríamos llamar pseudociesis menores, presumo que son ocurrencias más bien frecuentes en la vida profesional de obstetras y psiquiatras. Viene a la mente mi paciente, Bertha, obesa y soltera de 27 años con marcada fijación libidinal al padre viudo, la que hiciera síntomas de amenorrea y náuseas. Como antecedente, recordó haberse tragado accidentalmente una pepita de naranja, a la vez que pensó involuntariamente: "ahora voy a quedar embarazada". Esta capción se fundamenta en las teorías sexuales infantiles, descritas por Freud y en las que el embarazo oral y el parto anal son fantasías muy corrientes. En personalidades infantiles es frecuente la sustitución del aparato digestivo en lugar del aparato genital, con persistencia de la fantasía de la cloaca primitiva.

A juzgar por lo precedente, la precoz clarificación de las nociones anatómicas y funcionales en la educación infantil podría ser de algún valor en la prevención de las náuseas, antojos orales, constipación, diarrea y vómitos coercibles e incoercibles a predominio psicógeno.

Helen Deutsch (6) ve en el embarazo y parto los fenómenos conexos con una doble identificación de la hija con su madre, en tanto que la revive en la situación de haberla gestado a ella; y con su feto, en tanto que se revive ella misma en su gesta-

(6) Helen Deutsch: "La Psicología de la Mujer" Edit. Losada, Bs. As. 1947.

ción, parto y trauma de nacimiento. The- rese Benedek (7) habla de identificación anamnésica para señalar el carácter retrospectivo de esta situación. Y Melanie Klein (8) perfecciona aún este conocimiento con su concepto de identificación proyectiva. Si Uds. siguiendo mi consejo, suman el conocimiento de estas tres damas y anteponen el prefijo **re** al resultado, tendrán la clave del significado psicoanalítico del embarazo: este equivale a una doble reidentificación anamnésica proyectiva, en la que se reviven simultáneamente las situaciones básicas hija-madre, hija-feto, mecanismo aproximado por el cual alguna vez señalé en otro trabajo la posibilidad simbiótica de tres generaciones (5b).

Las consecuencias clínicas que de esto se derivan son múltiples y complejas, como revivir con el hijo el propio trauma recibido a expensas de una madre rechazante. Si la mujer aborta en estas circunstancias, ello equivaldría a abortarse ella misma psicológicamente, junto con su feto, para consumir de esta manera el rechazo a su propia madre. También puede ocurrir el fenómeno inverso: sobreproteger ansiosamente al feto y, con él, sobreprotegerse psicológicamente a sí misma frente al pánico suscitado por la evocación del rechazo de la madre-abuela, con la consecuencia de perder involuntariamente el nieto. Mientras que el primer aborto sería un aborto depresivo; el segundo, sería un aborto paranoide.

En mi temprana formación psiquiátrica tuve tal vez un caso de los que audazmente se denominan **embarazos respiratorios** en Jane, una paciente histérica de 21 años y recién casada con un joven igual o más enfermo que ella. La angustia de Jane cursaba con acentuada hiperventilación sus-

pirante en fuelle de órgano, que se complicaba con una ofensiva halitosis y que significaron la más dura prueba para mi experiencia y mi motivación terapéuticas de entonces. Deserté el caso frente a mis superiores, con sentimientos de fracaso y de culpa que, con motivo de esta evocación, inexorablemente me visitan.

Parir puede ser agradable y, en los casos extremos, una experiencia orgástica. En el polo contrapuesto, parir puede ser también sentido como el doloroso castigo conexo con una divina o diabólica maldición, según el caso y la cultura prevalente. En este sentido, mi experiencia en la sala de partos es más bien amplia, tratándose de un psiquiatra. La debo a un año de externado en el Servicio 3 de la Maternidad de Lima y a dos años adicionales en sendos internados, el primero en la ciudad de Chimbote, donde hacía obstetricia a tiempo completo y el segundo, en los EE. UU., donde lo hice en forma rotativa. Actualmente, sigo siendo partero a la manera socrática; es decir, a nivel del polo céfalico en lugar del polo pélvico.

Mi experiencia del parto feliz podría resumirla así: Una relación psicológica previa con la paciente que favorezca la transferencia de sentimientos de confianza, apoyo y seguridad. Utilización de los sentimientos libidinales, inevitablemente transferidos entre paciente y médico, con fines de facilitación obstétrica, en lugar de ganancia erótica personal.

Trabajo de parto con asistencia personal del médico. Ambiente higiénico, sedante y agradable. Luz suave e indirecta. Melodioterapia coadyuvante, con música que favorezca la relajación muscular y psicológica, induciendo un estado crepuscular con mínima dosis de fármacos: En mis

(5b) Augusto Colmenares: "An Introduction to the Study of the Symbiotic Failures" En "Psychiatric Communications" Vol. 5, Nº 2. Pittsburgh, 1962.

(7) Benedek, Th. Obras.

(8) Klein, Melanie, Obras.

tiempos de partero, prefería la asociación Mantovani-escopolamina. Y, por último, mas no lo último, las dos manos como todo instrumental en la dilatación, coronación, expulsión y defensa de la horquilla perineal. Obviamente, una mínima asistencia de apoyo post-partum daría término a esta situación supuestamente feliz. Sé que comparto esta experiencia con muchos de mis colegas. Ella se facilita de modo preferente durante el internado y la residencia en la especialidad. También admito que la vida profesional aleja al médico de la posibilidad de aplicar un esquema de trabajo poco práctico o, cuando menos, **ideal** en todos los casos. Con todo, es preferible reducir la inducción y mecanización de los partos a los estrictamente necesarios y, en el peor de los casos, no adoptar el método como rutina. La relación madre-hijo puede verse definitivamente perjudicada, aparte la desvalorización genital que sufre la madre con ello.

En el parto se reviven las ansiedades básicas del trauma del nacimiento, de la angustia de la separación original; de la culpa por haber hecho sufrir y puesto en peligro la vida de la propia madre. No menos se vive la angustia anticipatoria que significa el reto de una futura relación de dependencia y responsabilidad inexorables. Por todo ello, debiera considerarse como norma saludable parir conscientemente y con agrado.

La contraparte obstétrica del varón es el fenómeno conocido con el nombre de couvade. Se manifiesta en su más cabal expresión en algunas tribus primitivas, pero no es privativo de ellas. En sus formas atenuadas el couvade puede ser también una experiencia clínica común para obstetras y psiquiatras. El fenómeno psicológico subyacente parece cifrarse en la imagen de la madre introyectada en la mente del varón y que se reactiva en la identificación proyectiva doble, con ésta y con la esposa. Contribuirían a ello los senti-

mientos de culpa y deseos de reparación del marido por haber inflado y deformado a la mujer, haciéndola sufrir y exponiendo su vida en el peligro del parto. Iguales sentimientos se referirían retrospectivamente a la propia madre por haberla expuesto, como feto, a similares vicisitudes.

LACTANCIA

Psicológicamente, la lactancia mitiga la angustia de separación consecutiva al parto, tanto para la madre como para el hijo. El beneficio ulterior de esta ocurrencia es de valor inestimable. El pecho es el primer objeto parcial con el que el niño se relaciona, antes de adquirir la capacidad de relacionarse con objetos totales o personas. Y, en este proceso gradual, deviene un sujeto total y una persona él mismo. Piedra fundamental en el edificio de la vida es la fase oral, cuyo ritual externo debe culminar en un benigno destete. En la realidad, este destete se prolonga psicológicamente a lo largo de toda la vida, en unos individuos con menos complicaciones que en otros. Las consecuencias de una fase oral desfavorable son las más indelibles y trágicas para el curso de la vida. Psicoanalíticamente se sostiene la evidencia de fallas en la fase oral en numerosos casos de psicosis y de suicidio. Males menores son las personalidades psicóticas fronterizas, la debilidad funcional del yo y otras caracteropatías y sociopatías. No se crea por ello que, lactando a los niños, invariablemente se erradicarán estos males. Mas bien, y esto sí parece sostenible: con ello no se favorecería su aumento.

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

Haciendo una última concesión al sentido del humor lingüístico, podríamos definir la menopausia como la pausa que refresca o la que agobia. Lo primero, si la vida genital de la mujer ha sido fecunda y fe-

liz, con la promesa implícita de continuar siendo feliz a despecho de no ya fecunda. Lo segundo, en todos los casos contrarios y donde sólo se admitirían dudosas excepciones. Desde luego, que la patología acepta todos los cursos intermedios. El climaterio, exteriormente dramático para la mujer, epitomiza en ésta un remedo del mito del juicio final. En el meridiano óptimo del ciclo de la vida, señalado por esta crisis psicofisiológica, el ser humano se ve abocado a contemplar la finalidad e irreversibilidad de los actos de su vida. De

ahí que las melancolías involutivas sean de cabal factura en esta sazón. El sentido regresivo de la psicosis melancólica sugiere la ansiedad conexas con el deseo de recuperar el camino recorrido con sentido de culpa y reparación frente a la imposibilidad material de hacerlo. Hay quienes, como la bíblica mujer de Lot, quedan convertidas en estatuas de sal en este intento de mirar atrás, clínicamente reconocibles por la condición estuporosa o catatónica, que es remedo de la muerte en vida. El suicidio es, por ello, un riesgo frecuente.