



ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS DE LA MUJER.

**DANIEL HERRERA SALINAS.*

PRIMERAPARTE

PALABRAS CLAVES:

Mujer, medicina psicosomática, psicopatología.

****Dirección: Hospital Psiquiátrico
"Doctor Mario Mendoza"
Calle La Salud, Colonia Miramontes.
Tegucigalpa, Honduras.
danielherrera_salinas@hotmail.com***

*Médico Psiquiatra. Sub-especialidad en
Medicina Psicosomática.
Profesor Titular III. Departamento de Psiquiatría.
Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

RESUMEN

Este artículo tiene como propósito brindar opiniones, experiencias y consideraciones clínicas específicas de la mujer dentro del terreno de la medicina psicosomática. También se considera una colección de vivencias derivadas del ejercicio profesional, que permiten transmitir y rescatar elementos que nos ayuden a la comprensión del psiquismo femenino, lo que debería contribuir a brindar una mejor calidad en el abordaje de cada patología específica, para superar deficiencias en el trabajo de atención a la población que acude a la asistencia médica, con la ilusión de recuperar su salud. Como aspecto principal se destacan las complejas formas de presentación de la patología que nos lleva a confusiones y errores.

INTRODUCCIÓN

La atención a la mujer se ha caracterizado por la focalización en el cuerpo, dejando por fuera el psiquismo femenino. En este artículo se pretende aportar criterios, conceptos y conocimientos que sirvan para lograr una prestación integral, de tal manera que la práctica médica supere sus deficiencias y evolucione hacia el desarrollo de un nivel que permita superar las cosificaciones que históricamente han caracterizado un ejercicio de la medicina que carga con los vicios de la deshumanización.

Este trabajo es polémico en tanto busca socavar el basamento de una ideología médica que ha tomado como “cosa” a la mujer, rebatiendo todo un conjunto conceptual que tiende a desconocer la especificidad de la problemática que subyace en torno a la atención de la ginecología y la obstetricia.

El propósito es brindar opiniones, experiencias y consideraciones clínicas específicas de la mujer dentro del terreno de la medicina psicosomática. También se pone en consideración una colección de vivencias derivadas del ejercicio profesional, que han permitido transmitir y rescatar elementos que nos ayuden a la comprensión del psiquismo femenino, lo que debería contribuir a brindar una mejor calidad en el abordaje de cada patología específica, para superar un cúmulo de deficiencias en el trabajo de atención a la población que acude a la asistencia médica, con la ilusión de recuperar su salud.

Estas experiencias se derivan de estudios de pregrado en la Facultad de Ciencias Médicas en Honduras, de postgrado en el Policlínico “Evita” de Lanús Oeste y en el Instituto de Investigaciones Médicas “Doctor Alfredo Lanari”, en Argentina y de mi práctica profesional en Honduras.

A través de la cátedra de Medicina Psicosomática, se ha podido constatar los enfoques distorsionados relativos a la atención a la mujer y el cambio de actitud del estudiante en sus actividades asistenciales, para lograr mejorar la calidad de atención de los servicios de salud, a donde acuden las mujeres y de esta manera alcanzar un perfil profesional mucho más evolucionado de las nuevas generaciones médicas.

ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS DE LA MUJER.

El matrimonio es en algunas ocasiones, el espacio de destrucción de la mujer.

Es el lugar del despojo, las leyes divinas establecen la sujeción a su marido.

El hombre la saca de la estructura de sometimiento del hogar de los padres de ella. La aspiración de una vida de libertad y de realización forma parte del idilio.

Los criterios de selección de la pareja son endeble en la medida que aparecen obnubilados por otras premuras:

1.- La habilitación para la vida sexual. Nuestra cultura prohíbe, vía estamento religioso, el coito pre-nupcial. El ímpetu del deseo da conciencia a los jóvenes de su presteza para vivir el sexo, convirtiéndose el coito pre-nupcial en pecado que necesita exorcizarse vía sacramento. La premura nupcial se aumenta si surge un imprevisto embarazo.

2.- Como un escape del núcleo familiar: Nuestra población está asentada en hogares carenciados: Ausencia del padre, frustración de la madre, miseria económica, violencia y desprecio hacia los hijos, abusos sexuales del padrastro. Esto provoca la vivencia en los hijos del hogar como ámbito insoportable. Se trata entonces de escapar sin reflexionar, cómo, ni con quién, ni hacia adónde.

3.- Como un contrato comercial para ascender económicamente: En una sociedad de escasa movilidad social, el casarse con un hombre que posea potencial o real base económica, puede llevar a la mujer a encontrar un aliciente en su elección. Los riesgos para la mujer se darán en la medida que el matrimonio se convierta en un obstáculo para el desarrollo personal de ella.

SOCIEDAD FALOCENTRICA: Nuestra sociedad “reifica” a los poseedores del pene, convirtiéndolo en el falo, entendido este como el significante de los significantes, el valor supremo, eje y organizador. De allí surge una división social, los que lo tienen y los que carecen.

El psiquismo freudiano ubica a la mujer en un movimiento desde el deseo del pene. Serlo o poseerlo. Serlo como mujer fálica, en tanto cree ocupar el lugar del “reificado”, a quien habrá de

castrarlo o, renunciar a la fantasía de la conversión clítoris-pene, aceptarse castrada, sexualizar su cavidad vaginal, para desear desde allí ser penetrada y gozar el pene.

Para esta "reificación" el hombre debe contar con el apoyo social, fundamentalmente con la madre, constructora de futuros verdugos; incluso la niña comenzará a vivir sus postergaciones: alimentación menos calificada, no prioritaria en los estudios, sin ceremonial de nacimiento, más con sabor a luto.

VIRGINIDAD Y VALOR DE USO: Los padres cuidan angustiosamente la virginidad de sus hijas, presionados por las leyes que rigen el mercado de valores. Un artículo posee mayor valor en tanto no haya sido usado.

La vida de la mujer cursara entre la tentación, el deseo y la prohibición. Una exigencia social y familiar es ser tan pura como la virgen, auxiliada por la represión. Necesita establecer una amplia red que atrape los impulsos libidinales. Freno de los afectos, educación para la negación de la sexualidad.

VIOLENCIA CONYUGAL: Violencia mutua, pero predominante del hombre a la mujer. El desarrollo histórico ha llevado a concentrar la fuerza física en el hombre, y la debilidad en la mujer. En la lucha con la frustración conyugal, queda la fuerza física como recurso masculino. En el matrimonio se continúa la cadena sometedor-sometido.

Esta lucha puede resolverse a golpes. Alguien tiene que vencer y someterse, el poder ser hegemónico en un polo. El hombre reificado cree de derecho natural que la mujer "se sujete a su marido", con esta consigna la sacramentaron. Desde la perspectiva de la propiedad, ella es "de él". Ella pasa de persona a cosa. Si él la vive como cosa, nada la detendrá para golpearla, vejlarla, humillarla. No le registra como alguien, es algo.

Ya asumida como cosa, su rol de miseria doméstica queda establecido. A estas alturas se habrá dado la renuncia a un propio proyecto de vida.

EMBARAZO NO DESEADO: ¿Por qué se embarazan, sin desearlo, las profesionales y las estudiantes universitarias?, es fácil apoyarse en la ignorancia, cuando analizamos a las campesinas, pero en grupos de mujeres intelectuales, acuden factores menos evidentes. Como se dijo anteriormente, la represión sexual, temor al coito y el deseo de tenerlo. Puerta a la ambivalencia. El acto pierde conciencia y reflexión, se realiza como acto cargado de impulsividad, se niega en el registro

psíquico. Si el coito se goza, habrá que castigarlo con embarazo no contextualizado. Si fue oculto, el embarazo lo hará evidente.

Otra motivación en el embarazo no deseado es la deliberada decisión de la mujer de tener su hijo, sin entrar a la caja negra del matrimonio. Si en la cadena histórica el hombre es un verdugo, al no articularse en matrimonio, se libraría del daño.

VIDA INTERNA DE LA MUJER: El interior es particularmente especial. Ella es la única que puede contener, es básicamente continente del semen en su vagina, del hijo en el útero (guarda, cuida, protege), en tanto en el hombre predominan las tendencias expulsivas y centrífugas. También ella siente la necesidad de atrapar al hombre. Este interior femenino está relacionado con una conciencia somática de potencial productivo, fundamental en la identidad femenina (1). La mujer recibe a su pareja para mantenerla con y dentro de ella. Esto puede explicar por qué la mujer tiene un mayor sufrimiento en las rupturas vinculares.

Nuevas investigaciones avalan esta fuerza centrípeta femenina. Se ha demostrado la función succionadora de la vagina durante el coito y la capacidad de atraer activamente hacia sí, del óvulo hacia el espermatozoide, el cual no deambula al azar ni solo por sus propios movimientos, sino que al entrar a la vagina es controlado por energía teledirigida por el óvulo. Quizás la necesidad interna de la mujer de atraer esté biológicamente determinada. Así, un motor importante en el deseo del coito, es sentir llenado el vacío vaginal por el pene, de hecho el orgasmo vaginal sin el pene presente puede provocar una sensación de dolor, frustración, e incompletud (Hite).

Según Erikson existe una conciencia somática del potencial productivo, espacio interior destinado al cuidado de infantes. Sin embargo, no todo lo femenino puede deducirse de su estructura anatómica, ya que los homosexuales varones son femeninos, con un cuerpo de varón y las homosexuales mujeres en ocasiones toman características de hombre.

El concepto de avance por etapas de Erikson, hace pensar que la mujer no podría progresar hacia la intimidad con un hombre si no ha resuelto aspectos del espacio interno, logrando conectarse con su espacio interior.

Las mujeres embarazadas logran la vivencia del real llenado de su interior. El post parto reactualizará este vacío. La mujer moderna también está movilizada por el espacio exterior de logros profesionales, laborales, fama, en detrimento de su espacio interior.

GOCE Y PROCREACIÓN: La capacidad orgásmica es un reflejo del grado de identidad sexual. Las defensas frente al placer (frigidez, vaginismo, homosexualidad, dispareunia) evidencian trastornos en la identidad sexual, que pueden dificultar o impedir el embarazo, pero no axiomáticamente. De hecho conocemos madres homosexuales y frías que lograron embarazarse en momentos en los que falló el dispositivo esterilizante intrínseco (DEI) (estados confusionales o de menor represión provocado por sustancias psicoactivas como el alcohol).

Llamaré *Dispositivo Esterilizante Intrínseco* (DEI), al conjunto de factores que pueden ser responsables de esterilidad, o infertilidad. Este dispositivo es dinámico, activo. No incluye aquellos factores permanentes como los daños totales de órganos de la reproducción. El DEI se da tanto en el hombre como en la mujer, aunque en ella está mejor estudiado y es más complejo.

El DEI está constituido por : la virginidad, la frigidez, el vaginismo, la vagina expulsa, la dispareunia, la barrera antiespermatozoides del cervix (medio hostil), el pH vaginal hostil, el peristaltismo aumentado de la mucosa uterina y tubárica, espasmos tubáricos, ciclos anovulatorios de la mucosa uterina y tubárica, disfunción hormonal en el eje hipotálamo-hipófisisovario, oligospermia, alteración del ciclo de la fructuosa en el semen, cambios en el pH seminal, disfunción eréctil, eyaculación precoz , freno eyaculatorio y todo aquel otro factor capaz de sufrir alteraciones por los fenómenos psíquicos. En la eyaculación retrograda el semen se deposita en la vejiga y sale a través de la micción.

La excitación del fondo del saco vaginal en el coito y el orgasmo, desencadena la liberación de oxitocina por el hipotálamo, lo que provoca un aumento del peristaltismo uterino y el rápido ascenso del semen. Existen fuerzas magnéticas de los óvulos que teledirigen a los espermatozoides. Las mujeres

anorgásmicas suelen sufrir de vagina expulsa, donde el semen se derrama de la vagina.

Históricamente y a través de la mitología, el hombre no ha estado relacionado con la concepción. No siempre ha sido considerado como necesario para que nazca un hijo.

La mujer ha sido colocada bajo influjos cósmicos (la luna), o su contacto con objetos en los cuales se deposita la virtud fecunda, el onix de la Virgen de Montserrat en Barcelona, o el Dolmen CreuzMoguen de Carnac o en la serpiente de la India.

Si las creencias populares depositaron la fertilidad exclusivamente en la mujer, también la infertilidad ha sido colocada solo en ellas, como lo demuestra la historia bíblica de Raquel, Sarah, Rebeca y la parábola de la higuera estéril, que sufre la ira divina por no dar fruto.

La deidad Yemanjá de San Salvador de Bahía, Brasil, señora de la concepción, caracterizada por sus prominentes pechos, es la depositaria de la fertilidad de miles de mujeres brasileñas. El carnaval está acompañado de disolución moral. Orgía colectiva para poder desencadenar lo atado como infértil, momento disoluto que inaugura el nacimiento.

Alejandro Magno al derrotar a Darío celebró con 92 heteras.

La persecución contra la sexualidad tiene figuras femeninas destacadas. Frente a los deseos prohibidos, Cristina de Saint Trond se ató a una rueda, se hizo colgar en un cadalso junto a un cadáver, haciéndose enterrar parcialmente en una tumba.

El chemise cagoule fue un camisón totalmente cerrado para aislar el cuerpo femenino de toda tentación. La Difunta Correa, madre mitológica de la provincia de San Juan, Argentina, muere por el calor del desierto, prendiéndose su hijo a sus pechos lácteos. Las mujeres estériles suben de rodillas a su montañoso templo, llevándole agua para calmar su sed. Tanto para el hombre como para la mujer, resulta factible separar goce sexual de la procreación, aunque en mujeres con mayor grado de represión pueden bloquear los recursos anticonceptivos y quedar el embarazo como castigo por gozar.

También existe la esterilidad selectiva con un

determinado “otro” de la pareja y al darse el coito con una persona distinta se logra el embarazo.

Julia de 34 años casada hace 7, ha presentado 3 abortos espontáneos. Se considera muy enfermiza. En los dos últimos años le han tratado por TBC pulmonar y epilepsia.

En su último año se describe con tristeza y llanto. Es infeliz con su marido, el cual es alcohólico y la insulta por “no darle un hijo”, tiene encuentros sexuales con diversas mujeres y dice tener varios hijos con ellas. Durante el transcurso de la psicoterapia ella se divorcia, un año después se casa nuevamente. Su pareja es un hombre afectuoso y protector, con quien procrea 3 hijos. En Julia los abortos expresaban el profundo rechazo a su marido y la intolerancia a tener dentro de ella algo de él. Su útero tuvo el suficiente poder selectivo para retener lo amado como experiencia de pareja.

PERTURBACIONES DEL CICLO MENSTRUAL.

MENARQUIA.

La primera menstruación implica para el grupo familiar la puesta en escena de la sexualidad más madura de la niña. Movilizará diversos conflictos de sus componentes familiares y permitirá un otro momento de despliegue de la ideología familiar en torno a la temática sexual. Unos padres abominadores de la sexualidad, vivirán la primera menstruación como la aparición de la condición del pecado. Ello puede explicar la falta de información desde los padres hacia su hija, la cual quedará a expensas de deformadoras versiones, como vivirla como una herida deshonrosa, experimentada a ocultas y con vergüenza, reforzado por el asco de los padres frente al menstuo, terreno abonado para la dismenorrea.

Es propia de las parejas jóvenes la agobiante duda por retrasos menstruales, que los lleva presurosos a las pruebas de embarazo. Pequeñas, frecuentes, leves y angustiantes pseudociesis, fantasmagóricas y penosas incertidumbres que acompañan a los novios jóvenes.

DISMENORREA.

La dismenorrea provoca entre un 5 a un 15 % del ausentismo laboral femenino y es experimentada

por el 50% de las mujeres en edad fértil. Las causas orgánicas suelen ser endometriosis, esclerosis ovárica y retroversión uterina. El dolor puede aparecer antes de la menstruación, el primer día, o a su finalización. El dolor es espasmódico por cólicos uterinos similares a los del parto. Puede estar acompañada por otros síntomas como cefaleas, náuseas y vómitos. La hipoplasia uterina puede aparecer posterior a un parto. König postula que esta hipoplasia es una manifestación psicosomática de una adolescencia tardía. Wittkover y Wilson(2), sostienen que la dismenorrea es un problema de aceptación de la feminidad, en tanto Hélène Michel Wolfromm nos llamó la atención con su concepto del modelo doloroso menstrual del conjunto femenino familiar, clasificando la dismenorrea dentro de las “mini- histerias”. El 67% de las hijas cuyas madres no padecen dismenorrea, no sufren de dolor premenstrual. Es más frecuente en mujeres infantiles e histéricas que aceptan mal su feminidad. Que “psicosomatizan” sus conflictos psíquicos. Las masoquistas que viven con dolor su actividad genital, convierten en dispareunia las huellas de la desfloración, el embarazo en algias pélvicas.

SÍNDROME DE TENSION PREMENSTRUAL (STP).

Descrito por Laymeyer (1939) como un conjunto de síntomas previos a la menstruación, que incluyen calambres, diarrea, náuseas, cefaleas. Las pacientes requieren dormir más, sufren de crisis emocionales, llanto, a veces se aíslan y tienen que permanecer postradas. Hay ansiedad, ira, malas relaciones interpersonales, irritabilidad, dificultad para concentrarse, olvido, disminución del juicio, descoordinación motora y mayor riesgo de accidentes, inflamación dolorosa de los senos, retención de líquidos en el abdomen por aumento de la aldosterona y estreñimiento.

Una hipótesis explicativa está basada en que durante el STP se produce hiperfagia, con incremento calórico y aumento de los valores de -endorfinas, progesterona y prostaglandinas, las que a su vez aumentan la motilidad intestinal con diarrea, náuseas y vómitos.

Las prostaglandinas disminuyen en la fase proliferativa y se elevan en la menstruación, al bajar la progesterona. En los 10 días previos a la menstruación, existe un incremento de 500 calorías diarias, con un fuerte deseo de comer dulces.

Estudios experimentales demuestran una relación directa entre altos niveles de -endorfinas y obesidad. El STP es más severo entre mayor edad tiene la mujer.

DOLOR PÉLVICO.

A continuación los factores contribuyentes en este tipo de dolor:

1. El persecutorio: Ser dañada y destruida desde el ovario. El fantasma persecutorio se alojó y mordió desde los anexos. Su búsqueda quirúrgica es un “concretismo”, en tanto él habita en la imagen inconsciente del cuerpo. El dolor desapareció por satisfacción del masoquismo femenino.
- 2.- Las fallas en la identidad sexual: Aparece en ella diversas manifestaciones de malestar por ser mujer (dismenorrea, dificultad en constituir una pareja heterosexual y procrear).
3. El sufrimiento por ser mujer: “Así, la más profunda raíz del masoquismo femenino parecería ser el temor de la mujer a objetos peligrosos que ella ha internalizado y su masoquismo no sería otra cosa, que sus instintos sádicos vueltos contra aquellos objetos internalizados” (3). Las algias suelen ser referidas a zonas específicas y estar asociadas a frigidéz (4).

AMENORREAS PSICÓGENAS.

Pueden asociarse a anorexia nerviosa u obesidad. Es desencadenada por brusca pérdida de la libertad (encarcelamiento, secuestros, campos de concentración y violación). Los ginecólogos nazis observaron la frecuencia de estas amenorreas, con veloz envejecimiento y menopausia precoz, en las prisioneras condenadas a muerte. Stieve informó que 68 días después de su prisión presentaban adelgazamiento de su mucosa endometrial, con ovarios climatéricos.

Las amenorreas han sido observables en adolescentes que son internadas fuera de su hogar. Suelen tener un apego excesivo a su madre y al grupo familiar, de tal manera que la separación determina la disfunción de su ciclo, viviendo una disociación entre su cuerpo y sus afectos, los que parecen negados (factor alexitímico). Prevalece entre los 16 a 25 años de edad.

Las hipomenorreas pueden presentarse en períodos de aprehensión, cautela y retracción, en donde el escaso sangrado aparece como condicionado a la

tendencia a “guardarse”, con repliegue sobre sí misma.

Existen tres formas clínicas:

- ✍ Amenorrea con obesidad, bulimia, cefalea, accesos de calor, acrocianosis, constipación, retención de agua, miedo a la sexualidad.
- ✍ Amenorrea con manifestaciones neurovegetativas.
- ✍ Amenorrea con adelgazamiento: Acompañada de síntomas obsesivos y depresivos (establecer diagnóstico diferencial con anorexia mental).

No existen perfiles hormonales establecidos. En su etiología se mezclan factores biológicos y de la personalidad de base.

Los detonantes pueden ser: mudanzas, migración, atentados al pudor, violación, incesto, decepción sentimental, relaciones sexuales culpabilizadas.

METRRORRAGIAS PSICÓGENAS.

Suelen estar asociadas a choques emocionales, con descargas importantes de acetilcolina, o por alternancia adrenalinaacetilcolina, con dilatación brusca de las arteriolas e infarto endometrial. Es predominantemente responsable el sistema nervioso simpático. Otro mecanismo es tensión crónica con hiperplasia de la mucosa, ciclo aluténico o insuficiencia luteínica.

Ellas suelen ser asténicas, con escaso desarrollo de las características sexuales, inmaduras, con rechazo a su feminidad (Deutsch).

PRURITO VULVAR PSICÓGENO.

Un punto de partida inicial es recordar al prurito como la manifestación fisiológica simultánea del placer y el dolor.

Si el deseo de penetración o masturbación no ha sido eficazmente reprimido, puede aparecer tras la búsqueda de sucedáneos médicos como lavativas, óvulos, cremas y sus aplicadores. Ellas suelen ser escrupulosas, fatigadas, inquietas y deprimidas, con alta incidencia en viudas y divorciadas. El rascado puede llevar a infecciones secundarias, erosiones como forma de expiar pecados masturbatorios o deseos prohibidos.

LEUCORREA.

Es una mancha, una marca evocativa que remite a la

una manifestación vaginal autónoma de deseos sexuales, liberados del control conciente de la mujer; somatización de la insatisfacción. En otras ocasiones surge como evidencia punitiva de deseos o prácticas censuradas, con fuertes angustias por ser contaminada por infecciones, o ser destruida por el cáncer, o evidencia de un temido embarazo. La renuncia de hacerse atender por el médico, manteniendo la infección por varios meses, puede estar sustentada por ataque a sus genitales o la utilización de la infección como una barrera hostil a la penetración, o atacar al pene con la leucorrea.

Una mujer de 35 años concurre a la consulta ginecológica afirmando tener nauseabundos olores vaginales. El examen reveló ausencia de olores desagradables y total normalidad física. Esta convicción olfatoria se desencadenó luego de haber iniciado vida sexual con su actual pareja, hombre de 65 años de edad. Esto me hizo pensar sobre la “depositación” vaginal del rechazo, al hecho de tener vínculos sexuales con un hombre mucho mayor que ella.

La leucorrea en niñas puede desencadenar injustas acusaciones, sobre hechos sexuales inexistentes, que se alojan en el psiquismo de una madre conflictuada.

LA ESTERILIDAD.

El abordaje de la consulta de no poder tener hijos debe ser planteado de entrada como un problema de la pareja estéril. Los estudios pasan por el análisis simultáneo de ambos, lo que permite introducir el concepto de responsabilidad compartida. Ello evita dejar a la mujer en la soledad y con la culpa de no poder procrear. Para cada miembro de la pareja, el momento de la procreación implica un balance de las características del desarrollo sexual. Aquellos aspectos no resueltos pueden funcionar como escollos en la concepción (1).

Identidad sexual: Esta identidad se refleja en cómo vive su sexo, su cuerpo erógeno y el cuerpo de su compañero, cómo tolera y puede gozar la introducción del otro en su esfera corporal, cómo obstruye o deja circular los fluidos sexuales y si se los puede apropiar. Si lo que se da es cualitativa o cuantitativamente suficiente y potente y cuál es el grado de movilización defensiva desplegada. A su vez, para cada miembro está en movimiento su capacidad de salida narcisística a través de dar vida a otro, engendrándolo..

La pareja joven adolescente que desde sus inicios no

asume medidas anticonceptivas, logra rápidamente la concepción. La esterilidad aparece más frecuente en personas que tuvieron una práctica anticonceptiva, donde el embarazo es buscado programadamente. Es probable que el organismo ponga en actividad su **dispositivo esterilizante intrínseco (DEI)**. De hecho, la búsqueda consciente del hijo, puede también dejar activos con más fuerza los conflictos que se le oponen. Debemos también tener en cuenta la ambivalencia, en la cual existe el expreso deseo del embarazo y los conflictos inconscientes que contrarresten el deseo.

La identidad sexual implica qué grado de aceptación tiene el sujeto de su propio sexo. Qué significa para sí ser mujer u hombre. Una mujer frígida que ve en ser femenina una desdicha, que aborrece la penetración por parte del hombre y que posee tendencias homosexuales, tendrá mayores dificultades para embarazarse. Igual un hombre impotente, eyaculador precoz, con fuerte angustia de castración será más proclive a desarrollar oligospermias transitorias.

Otro nivel pasa por su tolerancia a su pareja, hasta dónde está dispuesta a “dar un hijo a su marido, albergar algo de él” o a poner en movimiento su inmunología esterilizante. Es posible que conflictos psíquicos inconscientes lleven a la elección de un compañero estéril. El embarazo implica para la mujer el por fin del llenado del espacio interior, enriqueciéndolo, factor importante para la gratitud materna hacia este hijo que llena y al marido que colaboró.

El embarazo puede tener diversas motivaciones, fantasías, propósitos, que no están exclusivamente al servicio del instinto materno, como el buscar un mayor compromiso que lleve al matrimonio, o proponerse solidificar un vínculo resquebrajado. Aquí la procreación aparece como síntoma en tanto nos remite a conflictos relacionales o intrapsíquicos.

Las paradojas de la concepción están dadas por diversos fenómenos. Aquellos embarazos en donde concientemente ningún miembro de la pareja desea el embarazo pero aparece este, y de aquellos que estando clínicamente aptos no lo logran ni aún con los más sofisticados métodos de fertilización. Estos solo son eficaces en el 30%, en tanto en animales es del 99 %.

Existen mujeres que responden a la inseminación artificial con ciclos anovulatorios. La intolerancia al semen se puede manifestar por anticuerpos anti-espermatozoides a nivel del cérvix, o por alteración en la motilidad de la mucosa uterina y tubárica.

La ambivalencia de la mujer frente al embarazo puede estar determinada por el grado de aceptación que tiene para dedicar tiempo a su hijo, con restricción de sus actividades. Mujeres exitosas, activas con tareas fuera de la casa, independientes, que han considerado vital su trabajo, podrán ver en el embarazo un mayor grado de dependencia al patrón tradicional de la mujer ocupada de las tareas domésticas.

TIPOS DE MUJER ESTÉRIL.

Una tipología nos permite agruparlas así(5):

- 1.- Inmaduras psicológicas y emocionalmente, frágiles, sobreprotegidas, dependientes, reprimidas en su hostilidad (igual que sus madres). Establecen una relación padre-hija con su marido, crónica dificultad de adaptación a las situaciones interpersonales.
- 2.- Mujeres masculinas agresivas.
- 3.- Personalidad inmadura, dependientes, encubiertas por una conducta agresiva y dominante.
- 4.- Mujeres femeninas-eróticas, que temen la maternidad por desfigurarlas, viviéndola con fastidio.
- 5.- Mujeres ansiosas frente a todo cambio.

Deutsch descubrió la fantasía de daño de los órganos procreativos a través de la masturbación. M. Langer (4) ha encontrado miedo inconsciente de ser castigada por la madre por los sentimientos hostiles, inconscientes hacia esta, lo que bloquea la identificación y las funciones reproductoras. El excesivo apego al padre puede hacer vivir la concepción como incestuosa.

Un estudio realizado en Canadá (6), entre 348 mujeres estériles menores de 37 años, clasificadas

en 5 grupos causales:

- Causas tubáricas: 60 %
- Endometriosis: 6.5 %
- Idiopática: 14.4 %
- Factor masculino: 4.1 %
- Factores múltiples: 13.8 %

Los investigadores realizaron el estudio tres meses antes de la fertilización in vitro. Utilizaron la "forma E" de medición de la personalidad de la Escuela del Ambiente Familiar, el Inventario de los Comportamientos Socialmente Sostenidos, la Lista de Cotejos para Evaluar Stress, el Inventario de Estados y Rasgos de Ansiedad y el Inventario sobre Depresión de Beck.

En el grupo de pacientes con factores múltiples y causa tubárica prevaleció el abatimiento. Las pacientes con factor masculino fueron dominantes. En el grupo de factor tubárico prevaleció el sufrimiento, frente al grupo de endometriosis y factor idiopático. En el grupo con endometriosis se observó un mayor grado de exhibición.

En la Escala de Ambiente Familiar, los puntos altos en cohesión y actividad recreativa estuvieron en el grupo funcional. El grupo tubárico y de factor múltiple presentó marcada tendencia autodestructiva, sintiéndose culpables y responsables de la esterilidad, a su vez mostraron altas necesidades nutricias. Las pacientes tubáricas presentaron alto nivel de vigor psíquico.

El grupo de factor masculino presentó mayores niveles de sufrimiento, investidas de poca energía y mayor necesidad de control de sus vidas. Las pacientes con endometriosis mostraron mayor exhibicionismo y extroversión. El grupo orgánico evidenció marcadas tendencias autodestructivas y mayor sufrimiento. El grupo funcional tiende a buscar máxima seguridad y mínimo riesgo, con evitación del daño, alto nivel de cohesión conyugal y apoyo de su compañero.

TRASTORNOS DEL EMBARAZO.

Son comunes los trastornos leves que ellas pueden soportar sin mayores dificultades, expresando un cierto nivel de angustia, manifestada en pesadillas, insomnio, bulimia, irritabilidad del humor, períodos oscilantes entre celos e indiferencia, desborde del deseo sexual, una disminución de las ideas, apatía confinamiento y torpeza.

La negación histérica del embarazo es un trastorno severo. Puede existir signo conversivo (dolores dorsales, pélvicos, anorexia alternante con bulimia). Son raros los trastornos de la conducta social como cleptomanía, prostitución, perversiones, las cuales son transitorias. Existen trastornos neurovegetativos, son frecuentes los vómitos gastro-duodenales, colopatías, discinesias biliares, disnea asmátiforme, taquicardia paroxística, hipertensión neurógena.

Son raras las manifestaciones psicóticas, que cuando aparecen lo hacen en la segunda mitad del embarazo. Estos suelen ser cuadros melancólicos, maníacos, o accesos delirantes agudos o una confusión mental aislada. Debemos tener presente qué cuadros orgánicos graves pueden dar indicios con trastornos psíquicos. La eclampsia puede manifestarse temporalmente por cefalea, disforia y lentificación de las ideas.

En el embarazo se da una retracción narcisista y el sentimiento de completud. Puede haber tendencia al rechazo o la negación en el primer trimestre y una mayor aceptación en el segundo trimestre, asociado a los movimientos fetales.

En el tercer trimestre aparece la modificación de la silueta corporal poniendo en juego lo estético, de rechazo o aceptación de verse cambiada (7). El embarazo la pone frente a su madre respecto a cómo fue vivida en tanto femenina y, cómo construyo su sexualidad, el grado de aceptación de sus órganos y su fisiología (menarquía, menstruación, trasformación de sus formas femeninas durante la pubertad).

El ser madre la remite a diversos niveles que si son conflictivos, se pueden traducir en síntomas. Procrear es aceptarse tan competente como su madre, asumir también para sí esta capacidad, renunciando a la sumisión infantil (8).

La constitución de su sexualidad pasa por cómo vivió la transformación de su cuerpo, qué grado de tolerancia había desde sus padres hacia la erotización de su cuerpo, a la exploración corpórea genital y del conocimiento demandado a los mayores ¿cómo percibió a su madre respecto a ser mujer? ¿un hecho feliz y satisfactorio, o una maldición biológica?

Queda en movimiento crucial las identificaciones ¿cómo fue papá: admirable o borrado? Estos registros se presentan posteriormente en la vida adulta y se transferirán en la pareja, donde también se

actualizan a través del cotejo de la imago paterna y del marido, cruce, condensación, desplazamiento.

Pero en el hogar primario hay otros: hermanos ¿cómo elaboró cada miembro de la pareja el complejo fraterno? Asiento de envidias, rabias, sentimientos homicidas, o intensos amores posesivos. El embarazo incluye un tercero en la pareja, para ella implica ocuparse efectivamente de su hijo y su marido. En la infancia la aparición importante de un tercero se da con los hermanos, desarrollando competencia frente a los afectos de los padres y tolerancia a compartir la convivencia hogareña. Es más fácil darle amor a un hijo cuando los padres en su infancia fueron adecuadamente gratificados, apoyados y amados en su hogar.

El embarazo implica para la mujer, el por fin llenado del espacio interior, enriqueciéndolo, factor importante para la gratitud materna hacia este hijo que llena y al marido que colaboró. El embarazo puede tener diversas motivaciones, fantasías o propósitos, que no están exclusivamente al servicio del instinto materno, como buscar un mayor compromiso que lleve al matrimonio a una pareja que de otra manera no estaría dispuesto a ello. O buscar solidificar un vínculo resquebrajado. Aquí, la procreación aparece como síntoma en tanto nos remite a conflictos vinculares o intrapsíquicos.

El avance del embarazo debe ser sostenido por el adecuado equilibrio hormonal y el nivel de armonía de la madre respecto a tolerar a un nuevo ser que habita en sus entrañas. Compartir su cuerpo con otro que está adentro por nueve meses. Que es vital, se mueve, comunica, percibe, registra.

Esta profunda simbiosis puede significar para la madre, su plenitud y completud, al estar en la vía del total desarrollo del instinto materno; en este tiempo compartido se pueden desencadenar diversas ansiedades, fundamentalmente retener-expulsar, cual equivalente de la actividad intestinal.

El embarazo lleva a la mujer a condiciones psíquicas diversas. Una de ellas es la necesidad de sentirse mimada, apoyada. Saber que sus antojos pueden ser satisfechos, como una evidencia del grado de tolerancia de su pareja. El antojo de comidas muy especiales, puede responder a la búsqueda de alimentos con atributos mágicos, que darían a la madre y al feto seguridades particulares, así como puede evocar comidas de los chicos, como

una reminiscencia a aquellos momentos vividos en la edad infantil.

Muchas conductas evidencian el pasaje por un período de menores defensas y la necesidad de ser atendida como chiquita. El entorno debe motivarse bajo la prioritaria consigna de cuidar a la embarazada y su producto en todo tipo de circunstancia.

EMBARAZO Y MOVILIZACIÓN DE LA PAREJA

El embarazo es una situación que provoca cambios en la estructura de la pareja. Soifer(3), describe diversas reacciones del hombre como respuestas a la vivencia de ser excluido y colocado en el abandono. Estas reacciones pueden pasar por el cuerpo como aparición o incremento de enfermedades psicosomáticas, de sus actividades laborales, religiosas, o la fuga del hogar a través de las adicciones o relaciones extramaritales.

Los celos frente al hijo pueden tener diversas modalidades: desde la sospecha de no ser el padre biológico, hasta la acusación y divorcio por la convicción de haber sido engañado. Una agresión psicótica puede llevar a la agresión física contra la esposa y el feto. Un hombre de 35 años fue internado en un servicio de psiquiatría por amenazar con dar muerte a su hijo, si nacía varón.

En los países pobres observamos la tendencia de una paternidad poco asumida. El marido tiende a no comprometerse con el embarazo, lo registra desde la literal observación de su mujer como única embarazada. Esto se manifiesta por el hecho de asistir ella sola a la cita con el obstetra. Además, ningún patrono admitirá que su empleado requiera permiso para ir al control prenatal y es probable que el médico, sobre todo en la consulta de la asistencia pública, no tenga incorporado la presencia del cuarto (hijo-madre-padre-médico).

La mujer suele enfrentar el embarazo y el parto en soledad. En determinadas circunstancias, puede prevalecer en la mujer más el instinto materno, pero no querer el embarazo desde una relación de pareja. Puede estar determinado por la visión de la pareja como un espacio de sufrimiento y degradación de la mujer.

Se buscará el hijo sin padre al lograr un embarazo en un vínculo inmaduro, donde la procreación no ha sido explicitada y en el cual ambos aparentemente sólo buscaron gozar. Queda la mujer frente a la posibilidad de eliminar al padre biológico de su hijo y poder ella intentar la fantasía de cumplir ambos roles. La necesidad de eliminar el rol paterno se puede dar a través de relaciones con sujetos, con los cuales no quede ningún rastro posterior, o desde la inseminación artificial de dadores anónimos, que incluso excluye todo tipo de relación sexual.

Para la mujer, embarazarse implica también tolerar la instalación en su cuerpo y desde él, de un proceso autónomo que le modificará profundamente por dentro y fuera de su organismo. Además de ser habitada por un ser vivo, que le movilizará diversos afectos y le conectará con aquellos que tuvo frente a su madre embarazada y a sus hermanos, habitantes del cuerpo materno.

Una mujer de 30 años, desarrolla una crisis psicótica en el transcurso de la cual se embaraza. Nos pide saquemos su hijo ya que este viaja por todo el organismo y se place provocándole dolor al tironearle el corazón. En la mujer se movilizarán afectos que pueden basarse en el amor a su hijo y la vivencia de satisfacción y darle las tiernas envolturas que lo protejan y se viva provisto de afectos positivos. Si este hijo es producto de diversos conflictos, puede desencadenar sentimientos persecutorios en la madre, buscando expulsarlo o esconderlo.

En la guardia de cirugía general recibimos una joven de 22 años, cuyo padre demandaba atención para ella por el voluminoso abdomen que le hacía sospechar un tumor, además de la preocupación por los fuertes dolores abdominales que habían empezado ese día. El examen físico nos informó que de emergencia debíamos convertirnos en parteros. El embarazo puede estar acompañado de incertidumbres, vinculadas a no poder ser madres o al temor de morir, en tanto este proceso en desarrollo es autónomo de la voluntad de ella (3).

Los valores actualmente planteados alrededor del embarazo, van a repercutir en su curso. Si ella vive que su gravidez está apoyada por un sólido vínculo con su marido y sus hijos, que recibe un franco y transparente respaldo de sus padres y amistades y para su medio social es un acontecimiento feliz, unido a un adecuado respaldo económico, estaremos dando a la embarazada las óptimas condiciones del entorno (4).

Por otro lado, no deja de llenarnos de asombro, embarazadas que venden frutas ambulatoriamente, con un canasto de 40 libras en la cabeza que caminan distancias extenuantes, o las lavanderas del río que están 8 horas con la mitad del cuerpo sumergido, y logran hijos sanos. Los estudios actuales de resiliencia quizás nos ayuden a entender estos hechos.

Se presenta depresión neurótica en un 10% de las embarazadas (8), astenia, sentimientos de incapacidad y de depreciación, con preocupación por su salud y la del niño, con trastornos del sueño. La depresión predomina en adolescentes, con ambivalencia respecto a estar embarazada, conflictos conyugales, pareja inestable, aislamiento afectivo, pobreza moral, o difícil situación económica.

Las psicosis gravídicas son cinco veces menos frecuentes que las puerperales, pueden presentar actitudes tiránicas o de ostentación. Es posible esperar mayores complicaciones del parto (uso de fórceps, cesárea), cuando ha habido trastornos psíquicos en el embarazo, naciendo niño de bajo peso corporal, agravado por ingesta de psicotrópicos, alcohol o tabaquismo.

NÁUSEAS Y VÓMITOS GRAVÍDICOS.

Tienden a desaparecer en los países nórdicos (Congreso de Ginecología Psicosomática de Tel-Aviv). Su aparición se da en el primer mes y desaparecen en el tercero. Expresan inconscientes rechazos hacia el embarazo, con asco y vómito como manifestación del rechazo al feto. Suelen ser mujeres infantiles, dependientes, sugestionables, histéricas. Mejoran alejándolas de su hogar. La hiperemesis gravídica se ha asociado a altos niveles de estradiol (8). Sin embargo, esto no explica por qué hay hiperemesis con niveles altos de estradiol que no vomitan y por qué hay hiperémesis con niveles normales de estradiol.

Síndrome grave de la segunda mitad del embarazo, con hipertensión, edema y albuminuria, al aparecer las convulsiones se convierte en eclampsia. Es más frecuente en embarazadas de bajo nivel económico, o muy jóvenes o muy viejas. Casi ausente en sociedades primitivas. Existe retención de sodio, espasmo vascular e isquemia placentaria, o quizás, renal. Personalidad premórbida esquizoide, con mala integración de su identidad femenina.

Concluye la primera parte

Agradecimiento: Al Consejo Editorial de la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, por dar cabida a este trabajo en la presente edición especial dedicada a la mujer.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Hopkine L D. *Inner Space and Identity in Contemporary Females.* *Psychiatry* 1980, 43:113-117.
- 2.- Wittkover E D, Wilson W. *Progresos en Medicina Psicosomática.* Buenos Aires, Argentina. Ed. Eudeba; 1966
- 3.- Soifer R. *Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio.* Buenos Aires. Ed. Kargieman. 1973.
- 4.- Langer M. *Maternidad y Sexo.* Buenos Aires. Ed. Paidós. 1976
- 5.- Videla M. *Esterilidad de La Pareja.* Buenos Aires. Ed. Trieb. 1978
- 6.- Shatford. *Psychological correlates of differential infertility diagnosis in an in vitro fertilization program.* *Am J Ob & Gyn* 1998; 158:1099-1107.
- 7.- Haynal. *Gynécologie Psychosomatique. Abrégé de Médecine Psychosomatique.* Paris. Masson. Francia. 1978
- 8.- La Ferla. *Psychologic and behavioral factors in hyperemesis gravidarum.* *Am J Ob & Gyn* 1988. Vol. 159.
- 9.- Lempérière. *Troubles Psychiques lies a la Puerpéralité.* Paris. EMC 1984.
- 10.- Rey Jacqueline, *Gynécologie et Obstétrique Psychosomatique.* Paris, EMC, 1966.
- 11.- Gérard Robert. *Gynécologie Psychosomatique.* Paris. Masson. 1983.
- 12.- Dolto Françoise. *Diálogos en Québec.* Buenos Aires. Paidós. 1988
- 13.- Master & Johnson. *El vínculo del placer.* Barcelona. Grijalbo. 1988
- 14.- Desoille Robert. *Lecciones Sobre Ensueño Dirigido en Psicoterapia.* Buenos Aires. Amorrortu Ed. 1988
- 15.- Wilhelm, R. *La Función del Orgasmo.* Ed. Buenos Aires, Paidós. 1988.
- 16.- Semmens. "Sexual function and the menopause". *Clin Ob & Gyn* 1984. 27(3):84.
- 17.- Coulam C; *Edad, estrógenos y psique.* *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas;* 1981. 1:225-236;
- 18.- Howard J. *Menopausia y post menopausia. A healthy approach to menopause. Feeling Fine Programs;* New York, Random House, 1987.
- 19.- Sitruk. *Tratamiento Hormonal de la Menopausia.* *Tribuna Médica.* Febrero(2) 1986.