

Aspectos Psicosomáticos de la Mujer.

SEGUNDA PARTE

* Daniel Herrera Salinas

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.

Palabras Clave: Mujer, Medicina Psicosomática, Psicopatología

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

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

de salud, a donde acuden las mujeres y de esta manera alcanzar un perfil profesional mucho más evolucionado de las nuevas generaciones médicas.

Trastornos psiquiátricos del postparto.

Se estudió en 1978, las pacientes internas en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Mario Mendoza”, de Tegucigalpa, diagnosticadas con psicosis puerperal. El 38% tenían entre 15 a 20 años y el 36% entre 21 a 25 años, esto significa 74% menores de 25 años, el 79% procedían del área rural, el 36% vivían en unión libre y 34% solteras, 36% eran primigestas, el 36% desarrollaron su crisis en la primera semana puerperal, su cuadro clínico se caracterizó por alucinaciones visuales y auditivas (75%), agitación psicomotriz (59%), discurso incoherente e insomnio (63%), con agresión verbal y física, despersonalización (23%), negación del producto (17%), llanto constante (14%) alucinaciones cenestésicas (11%), el 45% de los partos fueron atendidos por partera y solo el 23% por médico.

En el campo de la psiquiatría, carecemos de consenso respecto a si esta es una entidad clínica o una manifestación de otra patología (esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva). En 1858, Marce, publica, “*Locura de las mujeres embarazadas, de partos recientes y de las nodrizas de leche*”; con él están los que reconocen existencia propia a este cuadro ⁽⁹⁾.

En cuanto a su etiología existen tres grupos: La hipótesis orgánica que ubica la causalidad en un estado tóxico-infeccioso (Sivadon 1933), hoy disminuido por los antibióticos, o una psicopatología hormonal. La hipótesis constitucionista, asociada a las teorías de la predisposición premórbida, fragilidad de la personalidad (Cruickshank), la influencia psicosociológica y psicoanalítica (Klein, Deutsch, Bezold Langer). Destacan el enorme peso que tiene en la embarazada su entorno social, la realidad económica, las características del grupo familiar.

El psicoanálisis enfatiza en la reactivación en la embarazada de sus conflictos edípicos y pre-genitales y el efecto traumático del embarazo hasta desestructurar el psiquismo.

Actualmente la tendencia es a considerar la psicosis puerperal como multicausal, sin individualidad propia, determinada por intrincados fenómenos orgánicos y psicológicos.

Existe una baja incidencia de trastornos psiquiátricos mayores en embarazadas, que aumenta 10 veces a partir del parto. Ubicamos el puerperio en las seis semanas post-parto. Los trastornos posteriores pertenecen al período de lactancia.

Los trastornos aparecen en un 80% en las primeras dos semanas. El riesgo es de 1 por 1000 embarazadas.

PSICOSIS PUERPERALES

(Estados confusionales).

- psicosis oniroide
- trastornos esquizofectivos
- psicosis esquizofreniforme
- psicosis cicloide

La característica predominante de estos trastornos se da en las primeras semanas del puerperio, con brusca instalación de confusión mental y alucinaciones (psicosis confuso-delirante aguda). Entre dos a cinco horas post-parto aparece llanto como pródromo, con obnubilación, distorsión de la percepción y trastorno de la memoria. La paciente puede estar inerte, con embotamiento estuporoso, pasando a períodos de lucidez total con perplejidad, abatida o agitada. Luego aparecen ilusiones perceptivas, alucinaciones auditivas, visuales, con delirio onírico-terrorífico y persecutorio, con tendencia a centrarse en el vínculo con el recién nacido, negar haber estado embarazada, haber parido, negar ser madre del neonato, negar a su marido, con delirio triste, fúnebre, con depresión profunda y algún riesgo de suicidio o infanticidio. La gran mayoría de

mujeres se restablecen sin secuelas luego de algunas semanas. En norteamérica predominan las formas esquizofrénicas puerperales, en la Gran Bretaña las psicosis tímicas. En Francia mantienen el diagnóstico de psicosis puerperal definida como crisis delirante polimorfa, con elementos confusionales y tímicos, sintomatología cambiante, evolución fluctuante y pronóstico favorable.

Los desórdenes afectivos depresivos o maníacos se presentan en el 80% de las admisiones psiquiátricas del post-parto, siendo altas las formas maníacas. 10 a 15% de las psicosis puerperales evolucionan hacia la esquizofrenia crónica.

Crisis Tímicas: Lo característico de este grupo es el desarrollo de depresión melancólica, posterior a una breve agitación confusional. Sobre el neonato giran los temas de culpabilidad, incapacidad, visión fúnebre, catastrófica, de ruina y muerte. Existe riesgo de suicidio e infanticidio. Puede fluctuar a un brote maníaco o mixto. Puede presentarse la mezcla de depresión-hipocondría, con astenia intensa, insomnio, dolores somáticos diversos, adelgazamiento y agotamiento.

Crisis Esquizofreniforme: Se caracteriza por agitación delirante, discordancia ideoa-afectiva, negativismo, con delirio paranoide, comportamiento bizarro, impulsividad. En otras aparece un repliegue autista, hostilidad o desinterés hacia el hijo. Debe diferenciarse de una esquizofrenia verdadera, debutante en el puerperio.

Viñeta Clínica.

En sus tres embarazos, luego del parto hace venir a su hermana a casa para que durante tres meses se ocupe del recién nacido, a quien no desea ver, sintiéndose incapaz del más mínimo cuidado.

EL SÍNDROME DE LOS 3 DÍAS AZULES. (POST-PARTO AZUL).

La astenia aparece como temprano indicio de la depresión, con crisis de lágrimas, ansiedad relacionada con la suerte del recién nacido, quejas psicosomáticas, discreta confusión, falta de concentración, dificultades intelectuales y de la memoria, trastornos del sueño. La instalación de un severo insomnio asociado con muchas pesadillas, puede prevenirnos sobre el advenimiento de una psicosis confusional. Existe una deflación brutal de los estrógenos y progesterona, provocando desestabilización del metabolismo cerebral, con aumento del triptófano, variación del AMP cíclico, del hematocrito, con aumento de la capacidad de unión de los α -2-adrenoreceptores plaquetarios. Ellas son madres hipersensibles, que viven bruscamente dos momentos, ser madres y la conexión con su hija(o), desencadenando agresividad, culpabilidad y ambivalencia, conectándola con un imago materno omnipotente y destructivo. Son menos afectadas las madres que dan a luz en su domicilio. Un exceso de medicación sedante puede provocar disociaciones, despersonalización, aislamiento, abandono, desvalorización, desposesión del bebé. La población de riesgo son madres que experimentan mal el desprendimiento de su hijo cuando están en incubadoras y en reanimación.

El 75 al 85% de las psicosis puerperales evolucionan a la curación total sin recidivas. Las restantes suelen ser la primera crisis de un trastorno bipolar o una esquizofrenia.

La discusión con la escuela inglesa es sobre la inexistencia de la psicosis puerperal, ya que se trataría más bien de un trastorno bipolar o una esquizofrenia; Rancurel y Marmie consideran que lo propiamente puerperal estaría entre aquellas mujeres que nunca tuvieron crisis psiquiátricas mayores previas, durante su crisis predominó el cuadro confusional en la primera semana y se resolvió con facilidad. Otro elemento

es la evolución para el grupo de mujeres que no recidivan y no conservan elementos clínicos de una enfermedad psiquiátrica mayor. La recidiva suele ser del 30%. El pronóstico es dudoso si existe una personalidad pre-psicótica, con antecedentes hereditarios, con problemas conyugales, inestabilidad socio-económica, con una cura incompleta y deficitaria y primíparas mayores de 30 años.

Etiopatogenia: El riesgo aumenta en embarazadas mal nutridas, que sufrieron complicaciones obstétricas (distocias, hemorragias, cirugía).

Teoría hormonal ⁽¹⁰⁾: Hoy en día, se sostiene la teoría causal de la brusca caída de la progesterona y de los estrógenos en las depresiones puerperales. Se ha observado un acentuado aumento de los 17-hidroxiesteroides al iniciarse los síntomas psíquicos con agitación tímica. Este aumento se da por deficiencia de sus antagonistas (progesterona). En las psicosis tardías habría un déficit de secreción tiroidea. No obstante carece de aplicación terapéutica la restitución hormonal.

Existe un 30% de antecedentes psiquiátricos familiares y un 50% de antecedentes personales. Hay un riesgo mayor de enfermedad mental en los hijos de madres que sufrieron psicosis puerperal.

Queda planteada la idea de un terreno psíquico vulnerable a crisis psíquicas agudas. Los factores de predisposición neurótica están en relación con una personalidad frágil, pobremente estructurada, ansiosa, inestabilidad emotiva, inadaptación, hiperdependencia, inestabilidad, tendencias depresivas, referenciales-interpretativas.

Los elementos prepsicóticos se caracterizan por rigidez, regresión emotiva y afectiva, defensas obsesivas, aislamiento de las personas.

Sin embargo, la práctica nos enseña de la existencia de mujeres con esta carga y estas características, que nunca desarrollan psicosis puerperal y que sus crisis las han desarrollado fuera de eventos gravídico-puerperales.

Las condiciones ambientales de la atención del parto son cruciales en cuanto a las crisis. Determinadas salas de parto suelen mostrar mujeres más descompensadas psíquicamente que una sala psiquiátrica. Estas maternidades suelen caracterizarse por la violenta ruptura de la parturienta con su marido y sus padres, obligadas a parir sin apoyo de la familia, en tanto el sistema de salud la aísla, mediante los sistemas carcelarios del régimen de visitas, las salas están congestionadas, teniendo que compartir la cama con otras mujeres, con escaso seguimiento de la evolución del parto, que en ocasiones se efectúa fuera de los ambientes específicos, produciéndose una angustia severa en espiral, potenciada por la desesperación colectiva.

El brindar a las parturientas un ambiente con la presencia de su marido, con claras especificaciones del curso del parto, a través de un modelo de control prenatal, en el cual sea incorporado desde los primeros meses junto a los hijos y los padres de ella, creará las condiciones ideales que la respalden, la apoyen desde un ambiente, con un equipo profesional adecuadamente entrenado no solo en los aspectos mecánicos-instrumentales de los procedimientos, sino en el respeto y el trato digno y humano, con la creación de un entorno armónico y tranquilo, como la mejor contribución a la maternidad y los neonatos. El profesor Gérard ⁽¹¹⁾ de la Facultad de Medicina de París, nos convoca a superar «la ginecología salvaje, en cuya conciencia pesan muertes y heridas, por haberse basado en conceptos mal planteados y riesgosos».

Un grupo de población de riesgo lo constituyen las madres solteras, que carecen de apoyo social para avanzar en su maternidad y que sufren hostilidad de su familia. Si agregamos carencias económicas severas, de mujeres que no ven ningún apoyo inmediato al salir del hospital, cabría esperar desequilibrios psíquicos por estas incertidumbres.

Comprensión psicoanalítica: Freud ubica la maternidad como la etapa más elevada del desarrollo psicosexual, con la completud narcisística, alcanzando un momento altamente sublime, puesto en evidencia del logro de su maravillosa capacidad engendradora de vida. Existe en la embarazada una etapa de indiferenciación entre su cuerpo y su hijo, que la remite al período arcaico vivido con su madre, en el que la embarazada cuando bebé no había logrado conocer de la integridad de su cuerpo. Angustia de partición y estallido corporal, siendo el feto el depositario de ansiedades contradictorias (persecutorias, protectoras y tranquilizantes), esta primera etapa corresponde a la ecuación simbólica *bebé = pene*, período oral Kleiniano. Aquí, aparecen las fantasías expulsivas somatizadas (náuseas, vómitos), o de incorporación (hipersalivación, bulimia, antojos). Posteriormente, se reeditará la etapa anal con la ecuación *bebé = heces*, lo que remite a la etapa de la creencia infantil del nacimiento anal. Clínicamente, aparece la constipación (retención), o la expulsión (diarrea), como manifestación de la agresividad, y el comportamiento obsesivo como un intento defensivo ante la desorganización.

El parto representa el trauma de la separación de la simbiosis, caída de la plenitud narcisística, diferenciación corporal (conciencia de un Otro corpóreo). La indefensión del bebé prolonga por meses esta simbiosis, que cuando no se resuelve provoca daños psíquicos graves al hijo. La maternidad implica para ella, poner en evidencia su capacidad de dar, de acoger a su hijo, envolviéndolo en amor, para curar sus innatas tendencias paranoides (Rascovsky) y prepararlo para su futura constitución de un Otro independiente y autónomo (renuncia a ser completada por su hijo, cierre del ciclo indiferenciación-diferenciación). Durante el embarazo la estructura psíquica se aproxima reversiblemente a una estructura regresiva de indiferenciación con el Otro (narcisismo). El embarazo le permite a la mujer vivir psíquicamente una reedición regresiva y

profunda de la constitución de su propio psiquismo, jamás posible para el hombre, aunque este puede vivir regresiones psicóticas celotípicas o desestructuraciones paranoides o psicósomáticas (*fenómeno de la cowade* descrito por Margarette Mead, en el cual es el hombre que vive los dolores del parto).

Causas de la Forma Esquizofreniforme:

Según Zilboorg, es necesaria una malvada identificación con la madre, un profundo sentimiento de castración por el padre, un deseo de revancha con respecto a los hombres, una constelación anal (agresividad y frigidez). La neocastración provocada por el parto, desencadenaría la psicosis. Los rasgos esquizoides con pobreza de su propio esquema corporal. La pobreza imaginativa de las mujeres muy narcisísticas agravaría el cuadro. Las depresiones tardías estarían asociadas a la culpa por el rechazo al bebé. Los elementos delirantes suelen estar asociados a fantasías de mutilación y destrucción corporal durante el parto, viendo al bebé como un parásito dentro de ella. Al no poder la madre dar cobertura anaclítica, vive al neonato como un extraño, incomprensible, al que niega el maternaje. Si en el neonato se depositan fuertes fantasías de ser destruida, se estará cerca del filicidio.

Plan Terapéutico: Pasado el período confusional de la psicosis, es necesario asistir a la madre para construir progresivamente un vínculo de amor con su hijo. No es posible tomar una regla general respecto a si una mujer que desarrolló psicosis puerperal, pueda embarazarse de nuevo. Se requiere una evaluación individual en equipo entre el trabajador de salud mental y el ginecólogo. Tanto en el embarazo como en el puerperio es posible el uso de neurolépticos y antidepresivos. La terapia durante el embarazo no debe ser profundamente movilizadora y va dirigida a dar un ambiente armónico que busque su preservación. Un abordaje profundo es posible posteriormente para lograr más claridad respecto a posibles futuros embarazos.

EMBARAZO NERVIOSO (PSEUDOCIESIS).

Estas pacientes están plenamente convencidas de estar embarazadas, aunque las pruebas laboratoriales demuestran lo contrario. Las formas más leves son aquellas propias de jovencitas que sufren retrasos menstruales en períodos de coitos ocultos y culposos, presentándose amenorrea, lipotimias y deseos inconscientes de estar embarazadas.

Formas espectaculares: Presentan amenorrea, vientre en alforja, con crecimiento gradual a expensas de severa retención de gases, exceso de panículo graso, en algunas ocasiones se encuentra albuminuria y retención urinaria, pechos congestionados, aureolas pigmentadas, a veces secreción láctea, aumento de peso, convicción de embarazo, náuseas, vómitos matutinos. El examen físico demuestra un útero de tamaño normal, test del embarazo negativo, pueden percibir o no movimientos fetales.

En cuanto a su causalidad es esencialmente psicológica, avalado por trastornos hormonales y físicos de base psicosomática. Por acción de las catecolaminas se bloquean los factores liberadores de LH, FSH y prolactina, además de un cuerpo lúteo persistente y activo responsable de la galactorrea. Su actitud hacia el embarazo es ambivalente (deseo y temor). La mayoría cursa con amenorreas pasajeras. Cerca de la fecha hipotética del parto surge la convicción de que su hijo ha desaparecido o muerto. El riesgo de suicidio es alto si no son adecuadamente apoyadas y comprendidas.

Viñeta clínica.

Recibimos a una mujer de 30 años remitida por su ginecólogo. Presenta un abdomen como un embarazo a término. Amenorrea de 9 meses. El ultrasonido revela un útero vacío. Ella me dice: "si no estoy embarazada quíteme esta barriga". Es madre soltera en dos ocasiones, ha estado saliendo con un muchacho, con el cual está intentando finalizar por que no observa que se decida a formalizar el

vínculo y no expresa ningún compromiso con el actual embarazo. En sesiones de esclarecimiento ella decide terminar definitivamente este vínculo; además realizamos sesiones de relajación, la tercera semana de trabajo terapéutico desaparece el abdomen prominente y 1 1/2 meses después menstrua.

ABORTO.

El aborto espontáneo puede evidenciar un conflicto en asumir el embarazo, como manifestación de los factores no elaborados en la infancia relacionados con la angustia de la destrucción del producto.

En otras ocasiones para la embarazada resulta problemático consolidar su madurez y poder compartir con su madre por la maternidad. Si la relación con el marido es muy frustrante, puede transformar en conducta expulsiva, la necesidad de deshacerse de su pareja. El aborto puede provocar una depresión, cuando existía un fuerte deseo por ese embarazo y sentimiento de amor hacia el bebé.

La tensión psíquica provoca aumento de las contracciones uterinas y el consecuente desprendimiento placentario y la posterior caída de los niveles de progesterona. Esta tensión también afecta los niveles estrogénicos y la secreción del cuerpo amarillo.

Estas mujeres suelen ser dependientes, inmaduras, presentan conflictos con la sexualidad, con crecer, aceptación de su cuerpo sexuado, efectúan una *manifestación* inconsciente para expulsar al perseguidor.

ABORTO PROVOCADO: Suele ser consecuencia de problemática no resuelta. Estos embarazos están llenos de ambivalencia entre la búsqueda del goce y la procreación, más peculiar de los adolescentes, que revestidos de omnipotencia, creen ser inmunes a un embarazo, el cual puede responder a un fuerte deseo inconsciente de consolidar una relación más profunda. En los países subdesarrollados,

en los cuales están socialmente sostenida la virginidad, es delictivo para la moral familiar las experiencias sexuales prematrimoniales. Esto deja a las jóvenes a expensas de la casualidad, con experiencias sexuales cargadas de culpa, que son castigadas por el evidente embarazo. Además, el factor ignorancia sumado a la represión y la repetición generacional de madres solteras con hijos no deseados, nos da una población femenina expuesta a gestaciones ausentes de un contexto que las avale desde la configuración de una pareja que respalde este hecho. En ocasiones, todo esto termina con la muerte del feto y la madre, por abortos practicados en pésimas condiciones higiénicas por personal no entrenado, macabro castigo de la falta.

La práctica del aborto provoca múltiples movilizaciones intrapsíquicas, en la pareja, la familia o el grupo social. Son raras las psicosis, más frecuente es la depresión. Existe una mayor incidencia de trastornos post-aborto en mujeres célibes y menor en las casadas. Los sentimientos posteriores suelen ser culpa, temor a la esterilidad, incremento de la fantasía de vaciamiento, sentimientos homicidas, depresión por la pérdida y la culpa. Existe una relación ambivalente con el feto, con la fantasía vengadora del fantasma, que retorna reivindicativamente. En la depresión suele aparecer una identificación proyectiva con el muerto e intento de rectificación de un acto repudiado, no aceptado.

En toda embarazada aparecen tendencias agresivas inconscientes hacia el feto por romper su armonía interna (Deutsch). La patogénesis posible es isquemia en la matriz por contracción de fibras musculares causadas por un choque emocional, generado por conflictos permanentes: desavenencias conyugales, celibato, dificultades económicas, morales, de trabajo, agravadas por el embarazo. La reacción principal es la ansiedad somatizada en el miometrio. Un primer aborto provocado o espontáneo predispone a subsiguientes por la aprehensión residual. Tendencias prevalentes de la personalidad: fóbica u obsesiva, marcada tendencia anal-expulsiva.

Frente a la controversia respecto al aborto, Françoise Dolto (12) expresa que el padre y la madre son los únicos que pueden tomar la decisión de abortar, asumiendo sus sentimientos frente a sus hijos. Propone que la responsabilidad para que el bebé nazca y se desarrolle cuidado y amado, debe ser asumida por los militantes antiaborto demostrando su coherencia financiando estos hijos nacidos de relaciones incapaces de sostener esta vida. Otra alternativa es agilizar la adopción.

DISFUNCIONES SEXUALES.

VAGINISMO

En el vaginismo se produce la contractura involuntaria de los músculos elevadores del ano, de los constrictores de la vulva, con lo cual desaparece la cavidad vaginal, surgiendo un muro impenetrable.

La mayoría son mujeres infantiles, histéricas, frías, con múltiples miedos, sobre todo en la esfera sexual. La penetración es vivida como un acto peligroso y pecaminoso. El deseo de ser penetrada ha sido reemplazado por el horror. Sus maridos suelen ser tímidos, disfuncionales en el sexo.

DISPAREUNIA

Estas mujeres se quejan de dolor en la entrada de la vagina durante las relaciones sexuales. Las causas orgánicas suelen ser himen esclerótico, cicatriz dolorosa de la episiotomía.

Si no hay falla anatómica debemos interpretar el síntoma como un rechazo al coito, conversión masoquista del placer orgásmico en dolor, con culpa por la vida sexual.

FRIGIDEZ.

Bergler la define como ausencia del orgasmo vaginal. Morales como la ausencia completa y absoluta de respuesta agradable a un estímulo erótico. Levine como la ausencia del deseo sexual. (Anafrodisia). Existen diversos grados y tipos de frigidez: mujeres con anestesia vaginal, otras con orgasmo clitoridiano, pero no vaginal, transitoria con la misma pareja y selectiva para determinado compañero.

Un tipo de frígida es la mujer con aspecto femenino que se siente atraída por hombres, goza sexualmente el contacto corporal pero presenta anestesia vaginal, o tiene sensaciones vaginales pero es anorgásmica. El grado mayor es la mujer anhedónica, que carece de goce sexual. Desdeña a los hombres, con tendencias obsesivo-compulsivas, esquizoides y homosexuales.

Es controversial si debe considerarse como frígida la mujer con orgasmo clitoridiano sin orgasmo vaginal.

Una frigidez particularmente grave es la mujer que consumó el incesto con el padre.

La rabia, el asco y la culpa por haber gozado contaminan toda experiencia posterior con otros hombres. El contexto cultural es fundamental para que la mujer logre su capacidad orgásmica. En aquellas subculturas en donde la madre es visualizada y exigida como asexual, la esposa-madre también lo tendría que ser. Sus maridos esperan de ellas una notoria pasividad sexual. Cualquier habilidad de ella exacerba en él celos de experiencias previas, por lo cual debe aprender a no sentir o guardárselo en su silencio. Estos maridos buscan relaciones extramaritales y esperan de la amante malabarísticas habilidades sexuales. Una otra frígida grave es la carente de la fantasmática del deseo. Ellas son incapaces de procesos imaginarios eróticos.

Tratamiento: La frigidez requiere de una psicoterapia profunda, buscando resolver conflictos, homosexuales, eliminar la culpa por el goce, ganar el derecho a este, lograr una clara identificación femenina, eliminar los elementos masoquistas: Master y Johnson ⁽¹³⁾ han desarrollado técnicas trabajando con la pareja, reactivando el autoerotismo, intensificar la excitación sin penetración.

La carencia de imaginaria puede abordarse a través de ensueño dirigido (Desoille) ⁽¹⁴⁾, la expresión corporal sobre las zonas erógenas (Reich)⁽¹⁵⁾ y la estimulación audiovisual de la

pareja. Del terapeuta se requiere abstinencia, seriedad y prohibirse derivar erotismo de su trabajo.

MENOPAUSIA.

Definición del *Comité de Nomenclatures de la Fédération Internationale de Gynécologie et d 'Obstétrique*: La mujer pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva.

Pre-menopausia: Parte del climaterio antes de que ocurra la menopausia, con ciclos irregulares.

La Menopausia es la menstruación final, que ocurre durante el climaterio.

La elaboración de la pérdida de la potencialidad de fecundación, pone en juego varios aspectos de la mujer. ¿Cómo se siente ella como mujer? ¿Desde dónde se afirma?

Cada etapa de la vida nos pide cuentas sobre lo no elaborado. Llega la hora de los reencuentros. Si la sexualidad para ella se vincula a la exclusión en la vida de los mayores, puede esto bloquearla.

Si la sexualidad ha sido conflictiva en sus años fértiles quizás ahora sea más afectada respecto al goce. Si ella puede visualizar la no fertilidad como ventaja frente al goce, en tanto no necesitará más los métodos anticonceptivos, podrá ver este momento como una mayor liberación para disfrutar sexualmente.

Master & Johnson ⁽¹³⁾ afirman que una vida sexual activa incrementa beneficiosamente las hormonas que protegen y mantienen la buena calidad de la lubricación, consistencia y flexibilidad de las paredes vaginales.

Durante la menopausia, ella está expuesta a cambios biológicos. Existe una relación directa entre la calidad de la vida sexual y una buena capacidad de genitales externos, erección del clítoris, congestión del tercio inferior de la vagina, sudación de fluidos en la superficie vaginal, congestión uterina. Durante el orgasmo existe contracción de la plataforma orgásmica.

(1/3 inferior de la vagina). La baja estrogénica la expone a osteoporosis y atrofia vaginal. Los tejidos vaginales se adelgazan, se acorta el túnel vaginal y el útero se torna atrófico y fibrótico, la vejiga y el tejido uretral se adelgazan y son fácilmente traumatizables. El coito sin la adecuada lubricación puede provocar uretritis y cistitis hemorrágica, hemorragia de la submucosa laceración de la pared vaginal. La dispareunia ocurre en un 40% y se eleva a un 60% en mayores de 60 años. La vagina se calienta más lenta y tardíamente. Disminuye el tamaño de las glándulas mamarias ⁽¹⁶⁾.

Los síntomas psicológicos de la menopausia incluyen nerviosidad, ansiedad, irritabilidad, depresión, insomnio y fatiga.

La nerviosidad incluye excitabilidad anormal e inquietud mental y física.

La ansiedad se caracteriza por aprensión, inseguridad y miedo, preocupación acerca de la edad y de sí mismo. La irritabilidad se manifiesta como respuesta anormal para estímulos ligeros o sin importancia. La depresión está representada por incapacidad de tomar decisiones, apatía, inquietud interna, retraso psicomotor, pérdida de libido y disminución de reacciones emocionales con frustración interna.

Puede presentar disnea, lumbalgia, cefalea, insomnio, mareos, fatiga, características oleadas de calor, escalofríos, sudoración inapropiada y parestesias, calambres musculares, artralgias, disnea (taquipnea), palpitations, vértigo, vahídos y síncope, bochornos, ideas de disminución de la atracción física y disminución del interés sexual, conversaciones frecuentes sobre juventud, vejez y muerte, competencia con las generaciones jóvenes, ideas de no ser querida ni necesaria. Puede aparecer un intenso deseo de embarazarse como una defensa contra el sentimiento de pérdida de la sexualidad y la capacidad reproductora, o intentos de seducción.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

El 20% cursan sin problemas, el resto pueden presentar una de estas formas:

- 1.- **Formas frustras y poco específicas:** son las más frecuentes, con síntomas neurovegetativos, hiper-emotividad, irritabilidad del humor, astenia física, cefalea, vértigos, trastornos de la memoria, pérdida del gusto por la vida, disminuidas, tristes y vulnerables.
- 2.- **Estados depresivos:** Los pensamientos giran entorno a morir y la inutilidad. Depresiones de balance existencial, acompañadas de auto-reproches. Las depresiones crónicas involutivas y las psicosis maníaco-depresivas son raras y no suelen ser desencadenadas por la menopausia.
- 3.- **Formas hipocondríacas:** Cancerofobia, con desprecio del órgano que no funciona más, fobia a enfermedades venéreas, palpitations, algias pelvianas.
- 4.- **Trastornos sexuales:** Puede presentarse desde la frigidez hasta la hipersexualidad, a veces anorgasmia. Las mujeres frustradas y frías viven peor la menopausia.
- 5.- **Estados psicóticos:** Delirios eróticos de celos, místicos, que a veces se transforman en paranoia de involución.

DE LOS CALORES.

La mujer aparece cargada de calores corporales en diversos períodos de la vida. La eclosión de la adolescencia puede ir acompañada de fuertes demandas de actividad sexual. La calentura,

como expresión de excitación sexual, nos da la idea de los polos calor-frío, como equivalentes de excitación- frigidez. Esta nos remite a la existencia de una anestesia focal en la vagina, la carencia de su representación psíquica, zona antitérmica. Igual el pene in-eréctil, flácido, nos evidencia el bloqueo corpóreo de la calentura focal de los cuerpos cavernosos y esponjosos.

Los calores hacen su aparición también en el período de la menopausia, conjuntamente con el retiro de la menstruación, que lleva a la mujer a la visión de envejecer y a no ser más fértil, pérdida de la certeza de poder procrear, aunque haya renunciado a ello, le servía la menstruación como una insignia de su poder fecundo.

ASPECTOS BIOLÓGICOS.

La depresión suele ir acompañada por una disminución de las catecolaminas y la serotonina. Los estrógenos inhiben la monoaminoxidasa (MAO). La MAO cataboliza las catecolaminas. Al disminuir la MAO, aumentan las catecolaminas. Los valores de plaquetas y de MAO en el plasma se incrementa a medida que aumenta la edad y sobre todo en las mujeres. La actividad de MAO se duplica al final de cada ciclo menstrual. La catecol-*o* metil-transferasa (COMT), también inactiva las catecolaminas. Los estrógenos de catecol inhiben competitivamente a COMT, elevando así los niveles de catecolaminas ⁽¹⁷⁾.

Los estrógenos disminuyen la liberación de prostaglandinas y estas a su vez reducen la liberación de noradrenalina. Los estrógenos también aumentan el triptofano plasmático, el cual es precursor de la serotonina.

Es controversial el uso de los estrógenos, algunos estudios demuestran mejoría de los síntomas psicológicos igual a grupos tratados con placebo.

Durante la transición menopausica los niveles elevados de FSH parecen estimular a los folículos residuales al secretar verdaderas ráfagas de estradiol, el cual condiciona sangrados vaginales

anovulatorios irregulares ⁽¹⁸⁾.

En la pre-menopausia se presenta disminución de la androstenediona y la testosterona, pero se incrementa en la post-menopausia por exceso de gonadotropinas, que aumentan por déficit de estrógenos ováricos. Este aumento de testosterona explica la desfeminización, hirsutismo y virilismo que ocasionalmente se observa en mujeres de edad avanzada. En la menopausia los estrógenos y la progesterona disminuyen. La LH y la FSH aumentan por ausencia de retroalimentación negativa de los esteroides ováricos.

EFFECTOS CLÍNICOS DE LA DISMINUCIÓN DE LOS ESTRÓGENOS.

- Disminución gradual, en cantidad y duración, del flujo menstrual, hasta su cese total.
- Desaparecen los síntomas asociados a la menstruación: mastodinia, sensación de plenitud abdominal, edema, cefalea, y trastornos emocionales cíclicos.
- Cambios atróficos del epitelio vaginal, con aplanamiento de las estrías, el epitelio se adelgaza, aparición de petequias, con fragilidad capilar, reducción del tamaño del cuello uterino y disminución del moco cervical, con resequeadad vaginal y dispaurenia, atrofia del útero con retracción del endometrio, disminución del tamaño de los ovarios y trompas, con disminución de las estructuras de sostén de los genitales con relajación pélvica. Hay cambios atróficos en vejiga y uretra condicionando cistitis, con urgencia urinaria, incontinencia y poliuria. Hay regresión del tejido mamario.
- Disminución notable de los oocitos (células germinales precursoras de los óvulos), y, disminuye su respuesta a las gonadotropinas. La mayoría de los oocitos desaparecen por atresia.

La privación estrogénica provoca un 2% de pérdida del capital óseo total, (a los 70 años se pierde un 30%), con riesgo de fracturas (80% de las fracturas del cuello del fémur se producen en mujeres osteoporóticas (19). La vaginitis senil o atrófica mejora con estrógenos, igual que la craurosis vulvar (prurito intolerable). Debe tenerse en cuenta los riesgos del uso de estrógenos (acción carcinógena) por lo cual su uso requiere períodos estrictamente necesarios, dosis mínimas y la supervisión clínica estrecha.

CLIMATERIO MASCULINO.

En el hombre existe también climaterio, que suele aparecer alrededor de los 40 años, con disminución de su actividad sexual, obesidad, caída del cabello, disminución de su fuerza física y el rendimiento intelectual, presbicia, disminución de las horas de sueño.

Ambos pueden defenderse con hiperreligiosidad, incremento del tiempo dedicado al trabajo, a la filantropía, adopción de hijos, o animales. Un desbalance puede ser evidenciado por el agravamiento de la hipocondría, o la aparición de una enfermedad psicosomática. Debe tenerse en cuenta los riesgos de ruptura matrimonial por infidelidad con jóvenes. Las personalidades histéricas suelen presentar conductas hipomaniacas, las obsesivas muestran aspectos filantrópicos y ascéticos. Otras muestran crisis de pánico homosexual.

Agradecimiento:

Al Consejo Editorial de la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, por dar cabida a este trabajo en una edición especial dedicada a la mujer. Al Dr. Jorge Fernández por su apoyo en la edición del presente artículo.

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. Trib. 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*. Masson. Paris. Francia. 1978.
8. La Ferla. Psychologic and behavioral factors in hyperemesis gravidarum. *Am J Ob & Gyn* 1988. Vol. 159.
9. Lempériere. *Troubles Psychiques lies a la Puerpéralité*. Paris. EMC 1984.
10. Rey Jacqueline, *Gynécologie et Obstétrique Psychosomatique*. Paris, EMC, 1966.
11. Gérard Robert. *Gynécologie et 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*. Buenos Aires. Ed. 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.