



*Bases emocionales de los trastornos procreativos en la vida de la mujer**

Dr. Santiago RAMIREZ¹

Lamentaría que el título de esta plática excediera en mucho los límites y alcances de la misma; sin embargo, pienso que así será. La vida procreativa de la mujer ocupa un lugar tan importante en su psiquismo que sin lugar a dudas al hablar de "trastornos emocionales vinculados con la procreación" tendríamos que desarrollar todas aquellas otras áreas de la vida psíquica femenina que no pueden deslindarse ni separarse de la procreación. La menstruación, el embarazo, la posibilidad de goce sexual, el parto, la lactancia, los trastornos y reacciones psíquicas vinculadas a la involución, etc., no forman entidades separadas y netamente delineadas, constituyen una totalidad que solamente con una metodología formal, con fines de enseñanza y de estudio, aceptan la separación y el aislamiento.

Mi fin al exponer ante un grupo de ginecólogos los resultados de la experiencia analítica, es tratar de lograr del estudio de la mujer una totalidad psicológica y somática. Considero que muchas de las incomprensiones en el estudio de la vida procreativa de la mujer son resultado del crecimiento de investigaciones elaboradas en áreas distintas y que, recíprocamente, en lugar de fundirse, chocan y antagonizan, más por la actitud de los investigadores que por los hallazgos o entidades descubiertas en cada una de ellas.

En este trabajo primeramente trataré de abordar un tópico de interés tanto para psiquiatras como para ginecólogos,

a saber: las motivaciones psicológicas de la incomprensión recíproca de ambas áreas.

La filosofía de la enseñanza médica, en la mayor parte de las escuelas de medicina del mundo ha sido, hasta el presente, el crear en el médico la imagen de una estructura corporal y de un individuo desligado de los factores emocionales en que se desarrolla. KUBIE piensa que, quizás, gran parte de las dificultades que tiene el médico para ver al ser humano como totalidad, derivan de la circunstancia de que al estudiante se le enseña, muy antes de una persona, la presencia de un cadáver en cuya relación los afectos, las emociones, el ambiente que rodea al ser humano, etc. no se toman en cuenta. Esto, como es lógico, trae consigo en la mentalidad del estudiante y del futuro médico, cualesquiera que sea su especialidad, una manera de enfrentarse al problema que los psiquiatras designamos como "técnica de aislamiento". Entonces, es así como en función de esta técnica, ulteriormente el médico aprenderá a reprimir sus emociones, sus sensaciones, sus intereses y su "ser humanidad" enfrente de la "propia humanidad" del paciente. Siguiendo esta línea de conducta hasta sus últimas consecuencias dentro de la evolución de la medicina contemporánea, se llega a los extremos de la ultra especialización, en los que con frecuencia el especialista ignora la totalidad del paciente, ya no digamos emocional sino incluso física, para concentrar su atención y esfuerzo en el órgano enfermo, desligándose de la integración e individuación del paciente.

Todos nosotros hemos aprendido en nuestras facultades la rutina de la historia clínica, en la que, en la mayor parte de las ocasiones, la frase ritual que seguía a los capítulos de: *Antecedentes hereditarios y familiares* o al de *Antecedentes personales no patológicos*, era la de *sin importancia* con minúscula. En el mejor de los casos, en

* Leído por Invitación, en la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia.

¹ El autor, Médico Mexicano, ha sido graduado en el Instituto Psicoanalítico de Buenos Aires y en la actualidad pugna por estructurar la Escuela Psicoanalista Mexicana.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

presencia de la historia de un ulceroso se afirmaba: tabaquismo moderado. O ante la de un hipertenso se ponía el rubro de exceso de trabajo.

La medicina que se nos ha enseñado ha desvalorizado la importancia que tiene el ambiente y las circunstancias vitales en las cuales se desarrolla el ser humano para una comprensión adecuada de su patología. Todavía hace 15 años, cuando se estudiaba la úlcera péptica, se le daba más valor en el interrogatorio a la temperatura de los alimentos ingeridos por el ulceroso, hablándose de úlceras pépticas por la ingesta de alimentos muy calientes o muy fríos que a las tensiones emocionales, familiares o ambientales a las cuales se encontraba sometido el paciente.

Claro está que, por lo menos en nuestro país, no fueron precisamente los psiquiatras quienes se encargaron de limar este estado de cosas, muy por el contrario recluidos en sanatorios de enfermos mentales, utilizando una terminología, la más de las veces esotérica e incomprensible, se mantenían en un aislamiento con respecto al resto de los campos de la medicina. Era así como la Psiquiatría no resultaba sino una especialidad más, con iguales características que el resto de la medicina. Porque si es poco comprensible que un ginecólogo no investigue elementos ambientales en la vida de una paciente estéril o frígida es a todas luces imperdonable que en las historias de esquizofrénicos, melancólicos y psicóticos en general, el estado de cosas no sea muy distinto. Efectivamente, hasta hace pocos años las más de las historias psiquiátricas también tenían en antecedentes las frases rituales de costumbre. El psiquiatra procedía enfrente de sus pacientes de la misma manera que el resto de los médicos dedicados a otras especialidades, es decir, señalaba la falta de importancia de la historia emocional y ambiental en la patología de los seres sufrientes que demandaban su ayuda.

Considero que la actitud de rechazo del clínico y del especialista ante el psiquiatra, en muchas ocasiones estuvo motivada por los factores ya señalados. La falta de información psicológica en la enseñanza de las ciencias médicas y, en otras ocasiones, la propia conducta del psiquiatra, que al sentirse aislado, rechazado y tratado como sujeto poco científico, empezó a usar en forma reactiva una terminología esotérica, más que como forma de comprensión del paciente como técnica de defensa ante los clínicos por los que se sentía atacado. En realidad, trataba de suplir con una terminología una actitud.

Existen otros elementos que han hecho que este abismo se haya profundizado en el curso del tiempo. El médico general quiere trabajar con entidades valorizables y cuantificables enfrente de sus pacientes; la relación interpersonal, la manera de ser para con sus enfermos, su manera de actuar a través de actitudes no ponderables nunca las ha tomado en cuenta. Siempre ha despreciado en los resultados terapéuticos el valor de la confianza, el apoyo, la sugerencia, etc. Con mayor facilidad se inclina a considerar un resultado terapéutico como consecuencia de la medicación en turno que, como consecuencia de la actitud emocional, está no en turno, sino presente desde el momento que un hombre se puso en contacto con otro. Es así como ante un cuadro clínico poco definido: cansancio, cefalea, malestares, etc. con mayor facilidad le atribuye beneficios a la medicación estimulante o vitamínica, que a la circunstancia de haberle dado, quíéralo o no, reconózcalo o no, ayuda emocional a un ser humano. En cuántas ocasiones la medicina no es para el paciente sino el índice de una comprensión y para el facultativo un recibo de honorarios. En cuántas medicaciones se puso una gran esperanza al principio de su experimentación, para luego recibir la frustración de su nulidad terapéutica en tanto droga o producto quimioterápico. Cuando el auge de las hormonas, en tratándose de la potencia genital masculina, cuántos resultados en la impotencia sexual no fueron atribuibles a la testosterona; cuando el auge de tal o cual medicación cuántas veces se atribuyó un resultado a la droga administrada, resultado que el tiempo echaría abajo.

Sin embargo, cabe preguntarnos qué es lo que existe en el paciente y qué lo que existe en el médico, qué hace que un medicamento farmacológicamente no eficaz dé resultados en el primero y que el segundo atribuya a propiedades no presentes en la medicación un resultado evidente.

El paciente es una totalidad, con enfermedades y esperanzas, con ilusiones y malestares, que al acercarse al facultativo exhibe no solamente sus males y dolencias sino que también se acerca en busca de aprobación, de consuelo y de aceptación, en cuantas ocasiones, la actitud aceptante del médico, el apoyo que le brinda la comprensión e interés que exhibe son factores de indudable validez terapéutica. En cuantas ocasiones estos hechos son susceptibles de modificar una entidad nosológica, actuando el medicamento como simple placebo o de la necesidad que el paciente tiene de recibir algo de la figura valorizada y de

la necesidad que en sentido inverso también está presente en el médico: *dar*.

El psiquismo del paciente reviste al médico de condiciones y cualidades excepcionales. Le atribuye funciones que, en muchas ocasiones, se encuentran por encima de las capacidades reales. En muchas ocasiones la imagen que del médico tiene el paciente está muy por encima de lo que éste puede brindar.

Al médico se le ha enseñado a valorar en términos de gramos, de propiedades farmacológicas, de concentraciones en sangre, etc., pero nunca en términos de ayuda emocional, de comprensión y de simpatía. En toda su formación se le ha dado muy poca importancia a la influencia de los factores emocionales, del consejo, del orientar, etc. Por esto, el médico tiende a desvalorizar estos factores que son los únicos capaces de explicar el común denominador de los resultados terapéuticos positivos ante el cambiante recurso de la multiplicidad de las técnicas terapéuticas. BLEULER, hace muchos años, señalaba aguda e incisivamente este problema en su libro *El pensamiento indisciplinado y autístico en la medicina*.

Considerar a un ser humano desprovisto de historia emocional y de antecedentes afectivos es tanto como si un historiador al referirse a la Independencia de México, como proceso histórico, la considerara desprovista de antecedentes en el tiempo.

En los últimos años este abismo existente entre el psiquiatra, que teóricamente es quien debe estudiar la dinámica de las motivaciones de la conducta, siendo la enfermedad una de las tantas vías de expresión de esta conducta, y el médico general o el especialista en otros campos se ha hecho menos notable, por lo menos en su aspecto formal. Surge y se pone en circulación un término de nuevo cuño "medicina psicosomática". El psiquiatra, al fin, ha logrado que se acepta y el médico ha logrado, a través de un término "cosas que no siempre comprende". Ambos han quedado plenamente satisfechos, por fin existe un término que puede hacer que la comprensión entre unos y otros, en el fondo la comprensión entre dos aspectos del ser humano, sea posible. Es así como la introducción del término que tan buena acogida y fortuna tuvo en el ámbito científico, parece haber limado asperezas.

La realidad, sin embargo, es muy otra. Se hablará de úlceras gástricas de origen psicogénico y de hipertensiones cuya expresión es el resultado de tensiones emocionales, pero tanto médico como psicólogo siguen desconfiados de

sus disciplinas respectivas. En el médico, paulatinamente va surgiendo la necesidad de contar con ecuaciones emocionales simples que le permitan encontrar la base de los procesos presentes en sus pacientes. Al psiquiatra se le ha hecho salir de su refugio esotérico, para tener que ponerse al día en problemas que hasta el presente despreciaba: pruebas y técnicas endocrinas, contenidos de glucosa, estudio de constantes endocrinológicas en la reacción de alarma y el síndrome general de adaptación, etc.

Sin embargo, repito, las cosas están aún lejos de haberse pulido. Es extraordinariamente frecuente que el médico envíe un paciente al psiquiatra, como una forma de rechazo para el paciente lo envía como diciéndole: "tú estás loco (en el sentido insultativo) lo que necesitas es un psiquiatra". El tono emocional de este envío es parecido al del papá cuyo chico no le obedece y al cual en forma airada el progenitor le dice "te vamos a poner de pie en una escuela o te vamos a mandar al reformatorio".

Muy frecuentemente, los enfermos que los psiquiatras recibimos se nos presentan con esta ecuación emocional, la de haber sido rechazados y castigados "por no curarse", por frustrar al médico en su necesidad emocional de "curar". Lógico es suponer que este tipo de enfermos, aun necesitándolo, en muchas ocasiones no duran en la terapia psicológica y cuando duran el trabajo del psicólogo tiene que centrarse en limar estas asperezas y este falso concepto impuesto por el clínico. En otras ocasiones, el psiquiatra recibe a los pacientes en plan de desafío. El médico exige resultados del psiquiatra, exige que demuestre el valor de sus técnicas, curando de su esterilidad a una mujer estéril o de su frigidez a una mujer frígida. En realidad, en estas circunstancias no es justo el clínico. No juzgamos el valor de una disciplina científica en función de sus resultados terapéuticos, los cuales se encuentran sometidos a multitud de circunstancias. Nunca ha negado el médico el valor de la cardiología como ciencia por la circunstancia de que no pueda actuar en una hipertensión maligna irreductible.

Con estos antecedentes tratemos de enfocar el problema de la esterilidad tal y como se nos presenta en nuestra práctica diaria.

Si pudiéramos hablar de clasificaciones en cuanto a grado de severidad, habría esterilidades severas y esterilidades leves. Ojalá contáramos como para con el cáncer, con una escala de grados de malignidad. Podemos afirmar que las esterilidades que se le presentan al psiquiatra son severas. Las mujeres estériles que se acercan en busca de

ayuda psiquiátrica lo hacen cuando han recorrido la mayor parte de los consultorios ginecológicos.

Señalemos y ampliemos este concepto de severidad en cuanto a esterilidad femenina. Existen mujeres que se acercan al ginecólogo para que investigue la causa de la falta de embarazos después de un corto periodo de vida matrimonial. El ginecólogo, después de un examen cuidadoso, expresa: -"Está Ud. perfectamente bien señora, puede concebir". Es frecuente que en algunos casos que la siguiente menstruación ya no se presente. Desde un punto de vista psicológico, pareciera como si la paciente se hubiera acercado al médico, figura revestida de autoridad, para solicitar aprobación a un hecho de extraordinaria importancia: *el concebir*.

No siempre las cosas son tan fáciles, existen muchas mujeres en las cuales no basta la aprobación externa del ginecólogo para resolver ansiedades ante la concepción.

Cuántos procedimientos, curación de úlceras en el cuello, retroversiones, etc. han sido consideradas como la causa de una esterilidad, sin ponerse a reflexionar en lo siguiente: ¿cuántas mujeres con igualdad de anomalías en cuanto a posición de matriz, en cuanto a características del cuello o en cuanto a desarrollo y maduración genital han sido capaces de embarazarse, no una vez sino múltiples? ¿Por qué existen mujeres que se embarazan no bien el esperma ha tocado, ya no digamos el fondo de saco posterior, sino la cara interna del muslo y otras que tienen tantas dificultades para embarazarse? Es de atribuirse a la posición de la matriz. ¿Por qué? si con igual posición unas son estériles y otras no. Pero con frecuencia el ginecólogo considera el resultado terapéutico como demostración de la bondad o ineficacia del procedimiento puesto en juego. Hay muchas mujeres que se embarazan después de la corrección de una mal posición, pero, y esto no es frecuente que se lo plantee el ginecólogo como interrogante: ¿el embarazo es el resultado de la corrección de la mal posición? o ¿es el producto de una intervención en la cual creen, ginecólogo y paciente, intervención que moviliza componentes emocionales de extrema importancia? Hay pacientes en las que el pagar con anticipación, por algo de lo que se consideran culpables, les permite embarazarse ulteriormente. La operación es vivida para su mentalidad como un castigo por la realización de un acto prohibido, tal cual es el embarazarse.

Sin embargo, tenemos que reconocer que hay pacientes que a pesar de todas estas técnicas psicoterápicas,

ya sean psicoterapias de medicación o de bisturí, no se embarazan. Es frecuente que muchas de ellas, después de haber intentado todos los procedimientos terapéuticos, se decidan a adoptar un hijo. Justo cuando lo van a hacer o después de algunos meses de haber adoptado al niño la mujer se embaraza. Es evidente que algo ha acontecido en el psiquismo de esta mujer que hace posible el embarazo después de la adopción. Nosotros hemos encontrado en estos casos que la mujer vive el tener un hijo propio como algo cargado de angustia. Ya señalaremos, después, las causas de esta angustia. La adopción de un niño le permite ver que la relación con un hijo no es peligrosa, cuando se ha convencido de ello la mujer se embaraza. (Es como si cuando se tiene miedo de jugar a las canicas primero se ensaya jugando de "a mentis" para ulteriormente hacerlo de "a devís"). La mujer está aprendiendo una actividad que la angustia y tiene que ensayarla previamente. También existen circunstancias de otra índole: muerte de un padre, de un hermano, etc., que al aparecer en el horizonte hacen posible un embarazo en una mujer hasta ese momento estéril. Hemos visto en diferentes circunstancias casos de esta índole: una mujer se embaraza justamente a la muerte de la madre o bien una mujer se embaraza cuando uno de los hermanos se dirige al frente. En el primer caso, supongamos una mujer extraordinariamente dependiente de su propia madre, que no se atreve a madurar, por las gratificaciones que recibe de ésta. Es decir, que no puede ser madre en tanto no deje de ser hija. En el segundo caso, supongamos que se trata de una mujer en cuya propia historia el nacimiento de su hermano la sometió a difíciles pruebas infantiles, es decir el nacimiento de éste hizo que se la tuviera menos en cuenta, determinó que se sintiera sola y abandonada. Cuando ella misma se casa es capaz de tener una primera hija, que para su psiquismo es equivalente de su propio nacimiento, pero el hijo segundo es para su psiquismo el repetir, ahora de adulta, la situación traumática que le tocó vivir de pequeña; es decir, que identificada con su primera hija teme que un segundo embarazo la coloque en el desamparo que sufrió cuando pequeña. En estas condiciones hace una esterilidad secundaria, no reductible por las técnicas psicoterapéuticas habituales. Sin embargo, en un momento dado, y después de muchos años, se embaraza. El embarazo se presenta justamente cuando un hermano, el hermano al que hemos hecho referencia, se ausenta de la casa materna. Esta ausencia del hermano y el peligro que le espera en el frente llenan de culpa a la

mujer, porque le hacen que se presenten como posibles sus deseos infantiles reprimidos, deseos que seguían esta pauta: "ante el abandono en que me ha dejado mi madre por el nacimiento de mi hermano, deseo su muerte". Cuando la muerte es posible, por separarse de la casa y dirigirse a una situación peligrosa, trata de negarla embarazándose y aceptando en su propio vientre y en su propia casa al hermano que no había aceptado en el vientre de la madre y en la casa de ella.

Un caso más, una mujer infecunda logra embarazos de dos o tres meses que a la postre terminan en abortos espontáneos; la madre se aleja del país en que vive; poco después se embaraza y el embarazo llega a término en ausencia de ésta. Es decir, que en todos estos casos tenemos que ir en busca de raíces emocionales que nos expliquen la motivación de la conducta de la mujer.

Sin sentirlo, siguiendo este camino nos hemos ido acercando a la descripción y comprensión de las causas de la esterilidad psicogénica.

Es evidente el incremento de la esterilidad en nuestra cultura contemporánea. A tal grado que pareciera como si el papel de la mujer se hubiera modificado substancialmente. Hoy día la mujer ha ocupado posiciones con las cuales nunca soñaron nuestras abuelas. La mujer trabaja, participa en la vida social, la cultura en la que vive exige de ella rendimientos ajenos al campo de la maternidad. En los tiempos modernos es campeona de natación, trabaja en fábricas de armamentos, participa y hace aportes a la ciencia y al arte. Todos estos resultados están en franca contraposición con el descenso en las funciones procreativas. Nuestras abuelas se asustaban ante la presencia de un ratón, una mujer hoy en día es capaz de manejar armamento si se lo exigen las circunstancias. En cambio, a nuestras abuelas nunca se les hubiera ocurrido leer libros de psicología para aprender cómo había que cambiar a los niños o cómo había que cuidarles. ¿Qué es lo que ha condicionado este cambio tan trascendente en la vida de la mujer?

Es indudable que muchos aspectos de la esterilidad psicogénica se encuentran vinculados con la forma de vida tan particular a la que se ve sometida la mujer. Para tratar de demostrarlo podemos recurrir a argumentos de naturaleza antropológica.

Podemos elegir dos culturas primitivas y relativamente simples. Es útil que la organización sea simple porque en esa forma podemos analizar con claridad aspectos que en

una cultura compleja sería muy difícil enjuiciar. Una de estas organizaciones es la de los ARAPESH en SAMOA; se trata de un pueblo perteneciente al archipiélago polinésico en el cual la forma de educación del niño es diametralmente opuesta a la que existe en nuestra cultura. Las madres suelen ser muy cariñosas con sus hijos y los niños son bien recibidos en la comunidad, la lactancia es prolongada y la relación entre la madre y el hijo está cargada de afecto. El niño mama cada vez que lo exige, sin existir horario determinado, la lactancia habitualmente se prolonga bastante tiempo, hasta los dos o tres años de edad. Cuando el hijo es destetado, pasa a ser atendido y cuidado por los hermanos mayores a los cuales desde temprano, en particular a las niñas, se les responsabiliza el cuidado de sus hermanos. Es decir, que desde muy temprana edad las niñas se identifican con su propia madre, teniendo para con sus hermanos actitudes maternales. En la vida samoana los patrones de cultura no son particularmente competitivos, se trata de un pueblo alegre y con pocas aspiraciones. La vida sexual de las niñas se inicia precozmente y no se encuentra cargada con los tabúes que la abruman en nuestra cultura. Esta organización cultural que reseñamos brevemente fue estudiada por MARGARITA MEAD, con el objeto de disipar algunas afirmaciones que se habían aceptado a priori. Efectivamente, Margarita Mead fue a Samoa con la idea de investigar si lo que denominamos Adolescencia, era un producto de modificaciones glandulares o era el resultado de una organización cultural y social.

Encontró que las muchachas de SAMOA no sufrían la adolescencia en el sentido conocido dentro de la cultura occidental; es decir que, pese a una modificación glandular a una edad determinada, la tormenta psicológica denominada adolescencia no se encontraba presente. Fue así como logró concluir que existían determinadas situaciones vitales que eran el resultado de la cultura en que se vive y no de cambios glandulares presentes en cualquier cultura. Pues bien, en esta organización M. MEAD no pudo detectar nunca, ni esterilidades, ni frigideces, ni trastornos en la lactancia de las madres a sus hijos.

En otra cultura, igualmente primitiva, pero con una organización diversa, las cosas pasan de una muy diferente manera. Dirijamos nuestra atención a las ISLAS MARQUESAS. KARDINER, que ha estudiado la constante de esta cultura, nos señala que se trata de una organización matriarcal. Este predominio de la mujer deriva de la presencia mucho mayor de habitantes del sexo masculino. Esto trae aparejado

que cada mujer sea compartida por seis o más varones. Como es de suponerse, la maternidad priva a los hombres de la ya escasa ración de mujer que le corresponde. De manera tal que el embarazo y la lactancia son hechos fuertemente rechazados por la comunidad de hombres que se ven privados del goce de la mujer ante cada embarazo de estas. En esta organización el destete es precoz y brusco. La mujer no puede realizarse dentro de sus satisfacciones maternales por la exigencia siempre presente de parte de sus compañeros sexuales. Bien, en esta cultura es frecuente la esterilidad y la frigidez. Es extraordinariamente frecuente la pseudocesis (embarazos fantasmas), que la mujer de las Islas Marquesas considera como embarazos reales que han sido destruidos por espíritus malignos.

Si nos ponemos a comparar cuáles son las diferencias entre ambas culturas susceptibles de dar las resultantes diferentes, tendremos que concluir que es la relación de la madre con su propia hija, una de las constantes de mayor importancia en el determinismo de ambas diferencias.

En Samoa, la niña es bien tratada, bien alimentada, el embarazo es recibido con gusto, desde temprana edad se fomentan en las niñas actitudes maternales, etc. En la otra cultura, por el predominio de sujetos del sexo masculino, la maternidad es considerada como algo no deseable y molesto. Es evidente que los resultados no se dejarán de hacer sentir. En una y otra organización la mujer responderá de acuerdo con las demandas que le hace su propia cultura: fecundidad en un caso y esterilidad en el otro. Claro está que la frustración de las funciones maternales en las ISLAS MARQUESAS es lo que hace que sus mujeres hagan embarazos fantasmas. Fantaseando aquello de lo que en realidad carecen. Nunca se fantasea con una comida apetecible, a menos que exista un motor instintivo, el hambre, que estimule la fantasía.

Esto nos conduce a un hecho de extrema importancia. Madres rechazantes para sus hijos, madres que den poco amor y calor a sus hijos, condicionarán potencialmente la presencia de mujeres estériles. A veces las cosas no son tan simples, porque ocasionalmente una madre puede ocultar a los ojos de los demás y a sus propios ojos, el rechazo que tiene enfrente de su hijo extremando en forma obsesiva los cuidados higiénicos y dietéticos, pero estas atenciones no son capaces nunca de suplir el verdadero afecto.

Claro está que en la mayor parte de las ocasiones la mujer estéril negará si se le pregunta directamente haber tenido una madre rechazante o fría. Sin embargo, en la

labor analítica, después de hurgar en la historia emocional de la paciente, nos encontraremos en forma sistemática con que la madre de la mujer estéril fue una mujer que por diversas circunstancias la rechazó o le dio poco afecto o condicionó en la niña situaciones emocionales poco propicias para una identificación maternal. Piénsese, además, que lo que señalamos es lógico. La cultura en que vivimos, con sus dificultades económicas, sus problemas, sus vicisitudes, hace poco deseables a los hijos. Vivimos en una cultura que demanda del ser humano, en este caso de la mujer, cualidades y aptitudes cada vez más alejadas de la verdadera satisfacción instintiva. Esto trae como consecuencia que la mujer se encuentre enfrente de un dilema muchas veces irresoluble. U optar por su condición maternal, satisfaciendo sus necesidades en esta tarea u optar por renunciar a satisfacciones instintivas para optar por gratificaciones sociales: trabajo, participación en la cultura, canasta, etc. Muy frecuentemente el síntoma es el resultado de una transacción al problema.

En estas circunstancias, la de familias cortas, en las cuales los problemas de rivalidad se ven agravados por el escaso número de miembros, el nacimiento de un hermano adquiere proporciones traumáticas que no tenía en organizaciones familiares de hace un siglo, en las cuales la niña naturalmente adoptaba un papel maternal a temprana edad para ayudar a su madre en el cuidado de sus hermanos menores. El nacimiento de un hermano menor tiene hoy en día una significación que no estaba presente en la familia de hace un siglo. Hoy en día la mujer tiene que distribuir su tiempo entre el trabajo, actividades sociales y culturales y los hijos. Estos ya con una dieta insuficiente de afecto y de contenido emocional con su progenitora, tienen que afrontar el nacimiento de un hermano, como una privación sobre una dieta de amor ya escasa. Por eso, el nacimiento del hermano adquiere en nuestra cultura proporciones tan dramáticas.

En una familia judía, el nacimiento de un hermano varón, después de tres niñas, adquirirá significación en función de la valoración que la cultura judía dá al varón. En este caso, la hermana mayor, la niña, se verá privada de afecto o sentirá la preferencia de los progenitores al hermano, pero en este caso será por motivos diferentes.

Considero, y en esto el ginecólogo debe tener mucha más experiencia, que así como la hipertensión se encuentra presente con mayor frecuencia en clases sociales de estratos altos, la esterilidad debe estar presente también

con mayor intensidad en la consulta privada que en la hospitalaria. En el caso de la hipertensión sabemos que su mayor frecuencia en clases altas, es el resultado de mayores tensiones y competencias en los niveles culturales de mayor jerarquía. Ahora bien, en nuestras clases populares el conflicto entre maternidad y aspiraciones sociales y de exigencia social es menor, por ende pienso que en ellas la esterilidad debe ser proporcionalmente menor.

Creo poder concluir que tanto a través de mi propia experiencia como a través de la de otros psicoanalistas, la esterilidad es el resultado de una relación inadecuada entre la niña, futura mujer estéril y su madre.

En la esterilidad secundaria siempre encontramos una historia prototípica, se trata de una mujer que ha tenido un primer hijo, que después de él ha decidido hacer uso de técnicas anticonceptivas, técnicas que por lo general dan muy buenos resultados. Después de algunos años decide tener un nuevo hijo, suspende el uso de anticonceptivos y para su sorpresa se encuentra con que pasa uno y otro ciclo y no se embaraza. A través de mi práctica analítica puedo expresar que hay que desconfiar de técnicas anticonceptivas con resultados útiles a largo plazo. En esos casos siempre pienso en una esterilidad secundaria, que se pondrá de manifiesto cuando la mujer deja de hacer uso de anticonceptivos. Muchos médicos pretenden que la esterilidad es el resultado del uso de anticonceptivos. No creo que sea así. Más bien se podría expresar: los motivos psicológicos que condicionan la esterilidad secundaria, son los mismos que impulsan a la utilización de anticonceptivos después de un primer hijo. Yo pienso que esta mujer hubiera sido igualmente estéril si después del primer hijo no hubiera usado anticonceptivos.

Como apuntábamos antes, nuestra experiencia nos ha conducido a encontrar en la mayor parte de casos de esterilidad secundaria la presencia de un hermano menor vivido muy traumáticamente por parte de la paciente. Nuestra estadística que, como la de todo psicoanalista, es de un limitado número de pacientes, es concordante con la reunida por María Langer en su libro *Maternidad y Sexo*.

Ustedes podrían preguntarme con razón: ¿cómo es que una inadecuada relación con la propia madre condiciona la esterilidad? ¿Cuáles son los mecanismos psicológicos que se desencadenan en una niña enfrente de una madre poco afectuosa o, bien, rechazante?

En tratándose de motivaciones psicológicas siempre hay que tener en cuenta cantidades, no basta con que una madre sea mala o desamorosa sino es necesario tener en cuenta la cuantía de desamor o maldad o desapego para con sus hijos.

Una niña poco querida, o rechazada, desarrolla hacia su madre sentimientos hostiles que ulteriormente reprime. En nuestra cultura, la imagen de la madre es una imagen tabú. Se prohíbe fuertemente, la crítica, la venganza o la rebeldía enfrente del padre o de la madre. Por más que haya existido desamor o falta de cariño o agresión hacia los hijos, estos dirán: "Como quiera que sea era mi madre". En estas circunstancias la hostilidad ante el abandono o el desamor es reprimida, pero esto no quiere decir que no siga actuando en el inconsciente de la niña. La niña tendrá una fuerte hostilidad y animadversión hacia la madre, por una parte y, por la otra, la cultura en la que vive la hará sentirse culpable por estos sentimientos. Temerá que sus hijos le paguen con la misma moneda. Temerá que cuando ella a la vez madre, pueda tener hijos que tengan deseos hostiles y de muerte como ella los tuvo ante su madre. En estas circunstancias y dependiendo de la hostilidad que haya desarrollado hacia su progenitora, podrá negar su maternidad ante el temor de una reacción de sus hijos hacia ella de la misma naturaleza que la que tuvo para con su madre.

En otras ocasiones, el impacto de las agresiones de la madre hacia la hija no es demasiado intenso; en esos casos podemos encontrarnos con el caso inverso, el de una hiperfertilidad. Es ese tipo de personas que tratan de darle a sus hijos todo aquello de lo que ellas mismas carecieron. Son mujeres que a través de uno y otro embarazo, de una y otra lactancia, de uno y otro exceso de cuidado en cada hijo, están reparando y compensando aquello de lo que carecieron. El hijo para este tipo de mujeres, aparte de la satisfacción instintiva normal derivada de tener un hijo, cubrirá y satisfará una generación después sus necesidades infantiles, que al no ser resueltas a su debido tiempo, siguen actuando permanentemente como núcleo nocivo dentro de la personalidad.

Como Uds. Comprenderán, cada mujer vivirá su ciclo sexual su ovulación y sus funciones procreativas de acuerdo con su propia historia. Habrá mujeres que se alegren ante la presencia de su menstruación, como índice de haber podido sortear una relación y una situación penosa y peligrosa. Otras en las que el conflicto entre su deseo instintivo

de tener y su temor a embarazarse las haga reaccionar con sentimientos dobles ante la menstruación. Por un lado, frustradas en su deseo de concebir, por el otro liberadas de un temor. Cosa similar se puede decir acerca de la ovulación, proceso que siempre estamos acostumbrados los analistas a detectar a través de los sueños de nuestras pacientes o de sus cambios de humor. Mujeres que en el intermenstruo se encuentran angustiadas ante la percepción inconsciente del peligro que significa la ovulación. Este tipo de mujeres con intenso temor al embarazo se muestran habitualmente fríidas y rechazantes hacia sus maridos en el intermenstruo, a diferencia de la mujer normal.

Racionalizan el motivo para rechazar al marido alegando un motivo baladí, la falta de una atención personal o de un gesto determinado. La realidad es otra, condicionan el pleito y el disgusto ante el peligro del coito fecundante. No tenemos idea de la medida en la que la mujer actúa en función de los estímulos externos, no en función de la objetividad de estos estímulos sino en función de su ciclo glandular y hormonal. Otras mujeres, por el contrario,

las hiperfecundas, por los motivos aludidos, reivindicarán cualquier técnica anticonceptiva o cualquier falta de contacto sexual en el momento fértil valiéndose también de motivos banales.

No he hecho en este breve esquema sino tocar muy superficialmente los múltiples problemas de la mujer. Mi propósito es lograr una mayor integración en la labor hasta ahora distante del ginecólogo y del psicoanalista. El ginecólogo cuenta con un material experimental en extensión, número de pacientes, de los que carece el analista. En tanto que éste cuenta con material profundo, en intensidad, sobre un número limitado de pacientes, dada la índole de la técnica, que pueden ser fuente de ilustración para la comprobación y corroboración de "hallazgos por parte del ginecólogo". Lo único que desearía, lo único que constituiría para mí una verdadera fuente de satisfacción sería el que después de estas breves palabras, psicoanalistas y ginecólogos trabajaran acordes y sin prejuicios previos, con el objeto de poner a prueba, desde dos ángulos diversos sus respectivas técnicas.