



Factores Psicológicos en un Caso de Atrofia Genital

Dr. Carlos CORONA IBARRA*

La paciente cuyo trastorno ginecológico acaba de ser presentada por el Dr. GALLO es una de las varias que hemos estudiado en conjunto.

Nuestro objeto de integrar el estudio psicológico al estudio físico de las pacientes ha sido doble. Uno de investigación y otro de terapéutica.

El caso de Alicia fue seleccionado para su presentación por el Dr. GALLO tomando en cuenta la claridad de las relaciones psicoviscerales, aunque por lo demás este es un caso bastante común. La convivencia con la paciente, que tenemos ya por más de un año, nos ha permitido conocerla mejor.

Conocemos a esta paciente desde varios ángulos de observación: 1) Del punto de vista físico; 2) del punto de vista de su mente, su pensamiento; 3) de sus instintos y afectos; 4) de su conducta, su funcionamiento como unidad social en el grupo de gentes en el que ella vive y 5) del punto de vista histórico, del ambiente en que esta paciente creció, del molde que modeló el potencial genético que es todo niño al nacer, hasta transformarlo en el particular individuo que es el adulto que encontramos sufriendo.

Por razones de tiempo presentamos ahora solamente una síntesis de lo que encontramos en estos cinco aspectos de la persona estudiada.

El primero, físico, acaba de ser expuesto: Una mujer con hipotrofia genital.

El segundo, el pensamiento.—La paciente es entrevistada por primera vez al mes de estar hospitalizada. Su pensamiento se desarrolla lógicamente en la dirección que de momento le llama la atención. Es espontánea y sencilla. Aparentemente no hay inhibiciones y su relato es sincero. Sin embargo, sus temas—pocos—se desarrollan en una dirección con pocas colaterales. Ella no comprende por qué puede estar enferma de sus órganos genitales si no ha "andado con hombres". Insiste en que es "señorita". Tiene la idea que la actividad sexual siempre es peligrosa. Relata la historia de su hermana "fracasada" y otras. Quisiera casarse para tener el amparo de un hombre y familia, pero aparentemente el motivo sexual no cuenta en el matrimonio. Se queja insistentemente de la mala comida del hospital y de la soledad y abandono en que se encuentra, que no le han escrito, etc. Hace listas de gentes que la quieren mucho. Le gusta hablar de los médicos del servicio, de lo que le dijeron, y en fin, de que la quieren. Estos son sus temas más frecuentes.

El tema de sus pensamientos puede sintetizarse así: 1) Preocupación por soledad y abandono; 2) Insistencia en la injusticia de tal abandono ya que ella no ha tenido actividad sexual. En su mente la actividad sexual justifica el desprecio social y la soledad.

El tercero. Instintos y afectos. La paciente hace sus relatos en un estado de angustia y tristeza entre sollozos y lágrimas. Inicia la primera entrevista con la queja de tanto examen genital a ella que es "señorita". Se calma al explicarle que no habrá ahora exámenes y que bien puede estar enferma por otras causas que contacto sexual. Estos temas los puede ella relatar sin dificultad, sin rubor, sin interés, claramente sin emoción al respecto. Pronto se confía en el médico y hasta le reclama la brevedad de las entrevistas (45 minutos) y la interrupción de ellas.

* Profesor de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara.

Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México 1957;XII:233-237.

La soledad y el peligro de verse abandonada la hacen llorar de tristeza, y a la inversa la atención del médico y su compañía pronto la calman. La comida la desespera por las moscas. Por esta razón uno de los médicos del servicio le regaló un poco de dinero para que saliera a comer algo fuera del hospital. Esto le ocasionó un gusto que no duró largo tiempo porque al salir del hospital se sintió sola y casi a fuerzas fue al restaurant cercano, de donde se salió antes que hubiera terminado lo que había pedido, no pudiendo estar a gusto, sino hasta que se encontró de nuevo dentro del hospital sintiéndose ahí acompañada y conocida.

Relata toda su historia de sufrimientos sin rencores y nos llama la atención la falta de agresividad. Ella encuentra natural la conducta de sus victimarios y quisiera verlos.

En síntesis, angustia por el abandono, calma por la atención. Inseguridad por ser el sistema genital el afectado y miedo de que la culpen. Ausencia de emociones de sexualidad, ausencia de rencores.

El cuarto. Respecto a su conducta. Aprendemos que esta enferma aun con su intensa tristeza siempre es solícita. Se pasa el día ayudando a lo que puede, es la que sirve la comida. Quiere y respeta a los médicos pero no coquetea con ellos, ni con los estudiantes. Se lleva bien con las monjas a pesar de ser tan restrictivas. Con el psiquiatra pronto hizo una buena relación en forma de depender de él preguntas, petición de consejos y de seguridad, resentimiento porque quería mas tiempo de entrevistas, etc. La psicoterapia inmediata de sostén trabajó con éxito desde la primera entrevista. Sin embargo, a pesar de la intimidad de las entrevistas nunca salió un coqueteo, un tema erótico, una exhibición, ni ningún acto de conducta o movimiento que delatara una actividad sexual subyacente. El psiquiatra pensaba que si fuera más culta sería esta paciente la institutriz modelo para tenerla en casa atendiendo a los niños, uno la consideraría como miembro de la familia.

En suma, esta es una "buena muchacha", lo cual quiere decir, sumisa, leal a quien le da un poco de protección, trabajadora, identificada pronto con el grupo del derredor, agradecida. Excepcionalmente no agresiva y no loca, esto es, sin preocupaciones sexuales.

El quinto. Historia. Hasta el presente hemos consignado a una persona cuya preocupación dominante es la de depender, de ser protegida y aceptada. Que para lograr la satisfacción de ese instinto ella no cuenta con más recursos que la sumisión y cooperación al trabajo del grupo y asexualidad. Que la paciente ha renunciado a su sexuali-

dad, no sólo en el plano de su conducta, sino también del pensamiento, y más profundo aún en el plano de los afectos en donde se encuentran las funciones psicológicas todavía no diferenciadas de las fisiológicas neuroendocrinas. Cuando encontramos un instinto bloqueado a nivel de la conducta por agentes exteriores, encontramos la frustración y el inevitable resentimiento. Cuando el instinto se bloquea a nivel del pensamiento, encontramos la angustia de la histeria, cuando la fuerza anti-instintiva opera sobre el afecto, encontramos destruidos los elementos físicos del instinto, y por lo tanto una baja de función afectiva y una hipofunción del órgano.

A esa fuerza neurológica anti-instintiva le llamamos en psiquiatría, superego. Es constituida por las experiencias frustrantes del exterior. Su fuerza y profundidad, por lo tanto, dependen de la fuerza frustrante, así como de su cronicidad y el tiempo del desarrollo ontogenético durante el cual se inicia.

En este caso de A. L. se abren vanas preguntas: ¿Por qué sus afectos, su instinto sexual al parejo de sus órganos genitales funcionan con debilidad? ¿De dónde sacó A. L. la idea de que la actividad sexual lleva irremisible al abandono y la soledad? ¿Por qué tal renunciación tan profunda y definitiva?

Tal vez su historia nos pueda contestar. Su historia es más traumática que la de la cenicienta y su media noche del príncipe no le ha llegado todavía a los 28 años.

A. L. nació ilegítima, hija de una jovencita pueblerina seducida por un viejo rico de la ciudad, casado. Es la menor de cuatro hermanos. Su padre sostuvo esta familia en posición económica desahogada, pero él sólo ocasionalmente aparecía en la casa porque "había malos caminos del pueblo a la ciudad", dice la paciente.

Cuando ella tenía 3 años el padre murió. A. L. vivió sin padre toda su vida. La madre vivió siempre humillada y avergonzada, resentida porque merecía la herencia y por ilegítima la perdió. La madre murió cuando la paciente tenía 12 años. La educación de A. L. fue en una atmósfera rígidamente antisexual y extraordinariamente sobreprotectora. Nunca la madre le permitió amistades, ni salir sola. Por otra parte muy sobreprotegida al grado que a los 11 años de edad, la madre la bañaba, la vestía y la tenía pegada a ella, todo el tiempo que no era de escuela.

A los 10 años de edad, su hermano José, que era el sostén económico de la familia, las abandonó por haberse "embrutecido" en malos amores con una mujer perdida. A

los dos años de esto la madre de A. L. murió en la miseria, tuberculosa. Seis meses después de la muerte de su madre, José murió loco en un hospital civil. Toda esta tragedia consecuente a la sexualidad de él, dice la paciente.

A los 12 años A. L. y su hermana se recogieron con una prima solterona. Ahí eran castigadas físicamente con brutalidad. Al año su hermana se huyó con un hombre de lo cual A. L. tuvo que pagar la pena con redobladas palizas de la prima madrastra. A los 14 años A. L. fue abandonada por su prima madrastra porque ésta también se huyó con un hombre. Al poco tiempo la prima regresó a casa ya sin hombre pero más agresiva que antes, entonces A. L. comenzó a padecer crisis de sofocación y angustia que una vez la impelieron al suicidio. El suicidio fue frustrado por la prima quien le dijo: "Si de veras te quieres morir, yo te voy a ayudar", y le propinó una paliza memorable entre su ya larga serie.

A los 16 años A. L. fue operada por bocio, pero a su regreso a casa, nada había cambiado y sólo encontró de nuevo que le aparecieron trastornos dismenorreicos.

En suma, la historia de A. L. es un molde en el que los instintos de independencia fueron totalmente frustrados desde muy temprana edad, y en el que los instintos sexuales fueron atacados desde antes de manifestarse, con castigos brutales, precisamente en las épocas en que estos instintos se organizan.

En junio de 1954 A. L. fue invitada a pasar una temporada en México con una tía solterona. Recién llegada en una fiesta conoció a un licenciado capitalino y por su don de gentes y su amabilidad mundana, A. L. quedó muy gratamente impresionada de él. Al notar esto, su tía le advirtió que estos hombres no pueden querer a una muchacha pobre, fea y ranchera para esposa, sino que solamente para burlarse de ella y abandonarla. Sin más trámite A. L. cortó las relaciones definitivamente sin hacer caso de las insinuaciones de amigos mutuos para que ella reanudara esas relaciones. Esto fue un choque para la paciente. A los pocos días apareció una menstruación extemporánea, extraordinariamente abundante y dolorosa. A poco tiempo de esto aparecieron secreciones líquidas extramenstruales, disminuyendo la cantidad de sangre durante las menstruaciones subsiguientes. Esto fue aumentando progresivamente hasta que al cuarto mes el 20 de noviembre, yendo a ver el desfile, apareció la secreción en gran cantidad con dolor, etc., como ha sido descrito por el Dr. GALLO.

El principio de su enfermedad ha coincidido cronológicamente con una situación de la vida de A. L. en la que su independencia por estar en México parecía verdad y en que el desarrollo de su interés sexual comenzaba a aparecer. Ambas posibilidades de libertad y sexualidad fueron pronto frustradas y amenazantes a su aceptación social. La reacción de la paciente a esta nueva frustración fue otra vez la de una renunciación definitiva y tan intensa sobre un plano afectivo que aparentemente al matar sus ilusiones, alcanzó a matar también sus mecanismos gonadotróficos, provocando un estado agudo de debilitamiento genital.

De regreso a su pueblo, a su paso por Guadalajara, tuvo una crisis dolorosa que le obligó a ser internada al Hospital Civil, en junio de 1955.

En Julio de 1955 le contestamos al Dr. GALLO que A. L. es una muchacha incapaz de manejar su vida independiente, por lo cual necesita un ambiente que la cuide. Ella en cambio se somete incondicionalmente y renuncia a su sexualidad. Situaciones de independencia y de sexualidad la ponen en situación angustiosa, por colocarse en un terreno con crueldad vedado y desconocido que la paciente no puede manejar.

El Dr. GALLO le consiguió un empleo en el Hospital como ayudante de enfermera, en donde ya lleva 15 meses. Es muy querida por los enfermos, médicos, estudiantes y monjas.

Estaba muy contenta libre de síntomas, hasta hace 4 meses en que de nuevo apareció una menstruación adelantada y dolorosa con deseos repentinos de dejar el Hospital y regresarse a su pueblo. Por estas razones A. L. fue referida al psiquiatra otra vez.

Resulta que A. L. por el ambiente en que vive está siempre expuesta a peticiones amorosas de parte de los estudiantes principalmente. Ella, sin embargo, era invulnerable a las tentaciones, hasta que un practicante, más persistente que los otros, comenzó a quejarse con ella por su corazón de hielo y le habló de las propiedades terapéuticas de su pene. Esto por poco la convence, pero a la hora de los hechos decidió que mejor no. A los 2 días apareció la menstruación extemporánea y los impulsos de abandonar el Hospital. En la primera entrevista se le hizo notar que ella aparentemente vivía más segura de "señorita", y se le comentó que era bien querida en el Hospital aun cuando hubiera pasado ese incidente. Al día siguiente vino muy contenta y decidida a quedarse. Ya no hubo más síntomas ginecológicos, ni más dudas respecto al plan propuesto por el practicante. El amor quedó definitivamente rechazado.

Conocemos otras instancias en que las situaciones de proximidad a la independencia o a la actividad sexual actúan como agentes estresantes alterando el estado homeostático de esta paciente y provocando específicamente síntomas de hipogenitalidad y fantasías de volverse con su familia opresiva.

Psicoterapia.— En suma, entendemos que esta mujer no pudo aprender en su vida a manejarse por sí sola, por lo cual, las situaciones de independencia se vuelven alarmantes. Por otra parte, la vida le enseñó con crueldad que para ser protegida tiene que ser asexual. Entonces sus instintos sexuales son agentes amenazantes a su situación de dependencia. Ahora ella responde a estas amenazas con una casi total acrencia psicofisiológica de su sexualidad como único medio de restaurar su seguridad.

Ante un caso como el presente, el psiquiatra se plantea el problema de actuar sobre uno de estos tres aspectos:

- 1) Actuar sobre las reacciones psicofisiológicas del paciente, aumentando su margen de seguridad, su capacidad para manejar su vida por sí misma y ayudarle a valorar la actividad sexual de un punto de vista de adulta con la flexibilidad que una sociedad de adultos requiere.
- 2) La terapia médica con atarácicos, sedantes de la angustia y
- 3) Con la modificación del ambiente en que vive. Para hacer una psicoterapia reparativa de su personalidad,

esto es, psicoanálisis, encontramos varios inconvenientes reales: a—Una falta de motivación de la paciente para afrontar un tratamiento así de elaborado; b—La incapacidad cultural y su situación social harían que los frutos de un psicoanálisis quedaran restringidos a su bienestar personal sin ninguna utilidad social, lo que sería una mala inversión de una gran cantidad de tiempo del psiquiatra que de otra manera puede ser utilizado para otros enfermos.

Respecto a la segunda posibilidad, la más sencilla, sabemos que las drogas capaces de disolver la angustia, son implícitamente disolventes de las emociones y la actividad por las que todos vivimos. Una vida vegetativa artificialmente provocada en una persona en que ya su ambiente le ha limitado tanto su fuerza instintiva nos pareció una solución pobre de su problema.

Entonces el Dr. GALLO teniendo las posibilidades requeridas, optó por la tercera solución de facilitarle un ambiente en donde sentirse segura, en donde lo que le queda de funciones de su personalidad, puedan expresarse y hacerla sentirse útil.

Los resultados de esta terapia han sido mencionados. Nosotros los consideramos como buenos.

Hemos tratado de mostrar a Uds. cómo esa parte de la actividad del médico que por siglos se ha llamado intuición o sentimiento médico, o la parte "arte" de la medicina, es en la actualidad susceptible de manejarse con precisión científica