



Hace 55 años

*Dolor ginecológico funcional**

Delfino GALLO**

En un pequeño hospital de la ciudad de Guadalajara, pálida y sudorosa bajo la tienda de oxígeno, se debatía una anciana enferma. Cuando percibió claramente su próximo fin, quiso reunir a sus hijos, a quienes el destino había desparramado por todos los rincones de su patria.

Su hija más joven, residente en la capital, casada y en excelente posición económica, veraneaba en Acapulco. La línea telefónica, alarde de técnica, llevó hasta su oído tenso la llamada angustiada. En pocas horas el avión la puso al alcance de las manos, trémulas y frías, de la que terminaba su ciclo vital.

La joven señora recibió el golpe de la desgracia casi sin darse cuenta: tan rápido había sido el cambio de escenario y de situación. La sorpresa la aturdió, embotando su sensibilidad.

A los dos días todavía no captaba con toda claridad los hechos, pero inició un intenso dolor tipo cólico en la parte baja del abdomen, irradiado a la región sacrolumbar y ambos muslos.

Se trató con tisanas sedantes, analgésicos y antiespasmódicos suaves.

Como el dolor empeoró, ahora acompañándose de frecuencia urinaria y dilatación intestinal, el encarnamiento

se impuso. Ya hospitalizada, se hizo una historia clínica muy somera, por imposibilidad de buena cooperación.

La enferma, de 35 años de edad, relata que ha presentado desde hace muchos años crisis similares aunque en los intervalos nunca llega a estar completamente libre de síntomas. Sin embargo, ha tenido períodos en que casi han desaparecido las molestias. Su enfermedad se inicia en la adolescencia y en el anhelo de librarse de ella, ha sido sometida a los más diversos tratamientos médicos, sedantes, antiespasmódicos, hormonales, antibióticos, fisioterápicos y a varias intervenciones quirúrgicas.

Medio línea, de constitución un poco atlética, presenta facies de sufrimiento, pupilas isocóricas, lengua ligeramente saburral, dientes, encías y amígdalas sin alteraciones. El cuello es cilíndrico, simétrico, no se palpan ganglios infartados y la glándula tiroides se aprecia normal.

El tórax es simétrico, glándulas mamarias bien desarrolladas, el corazón late rítmicamente 72 veces por minuto, se percibe claramente el murmullo vesicular en toda la extensión de ambos campos pulmonares. El abdomen presenta panículo adiposo poco desarrollado, ligero meteorismo que le da un aspecto levantado en su parte baja; se aprecia cicatriz de McBurney, cicatriz media umbilical y cicatriz transversal baja de tipo Pfannestiel.

En el examen ginecológico se pudo apreciar el pelo genital ginecoide; vulva con formaciones labiales hiperpigmentadas, periné íntegro, tónico; la mucosa vaginal con rugosidad normal, cavidad vaginal amplia y elástica. El cérvix chico, cónico, dirigido hacia atrás con orificio cerrado. El cuerpo uterino en anteflexión, los anexos sensibles aunque no palpables, debido a ligera resistencia muscular

* Trabajo leído en la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia el 22 de agosto de 1957.

** Profesor de la Clínica Ginecológica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara.
Reproducido de: Gallo D. Dolor ginecológico funcional. Ginecol Obstet Mex 1958;13:49.

y meteorismo; en el fondo del saco de Douglas se logra discernir cierta induración que parece corresponder a los ligamentos útero-sacros, la presión despierta sensibilidad dolorosa.

Los miembros inferiores con ligeras varicosidades, telangiectasias. Tienen masas musculares bien desarrolladas. Miembros superiores normales, presión arterial 110/80.

La citología hemática no reveló cambios significativos: cómputo de eritrocitos y leucocitos dentro de límites normales, así como la fórmula diferencial leucocitaria.

Velocidad de sedimentación 10 mm en una hora en el tubo de Wintrobe: urianálisis sin datos patológicos.

La enferma fue tratada con barbitúricos y neuroplégicos en dosis suficientemente alta para producir sueño profundo, el que fue sostenido por 48 horas.

Durante ese lapso se le administraron por vía intravenosa, soluciones salinas y glucosadas, así como vitaminas hidrosolubles.

Se le colocó sonda vesical permanente y se le administraron lubricantes intestinales.

Con este tratamiento mejoró francamente, calmaron los síntomas urinarios, se logró evacuación intestinal que hizo desaparecer el meteorismo y disminuir notablemente la sensación dolorosa de la parte baja del abdomen. En estas condiciones se pudo hacer un interrogatorio un poco más detallado obteniéndose datos valiosos que consigno en forma somera:

Relata que su madre ha sido extraordinariamente exigente con ella y todos sus hermanos y lo que más le duele es que “con ella nunca quedaban bien”. Cualquiera que fuera su actuación siempre encontraba aunque fuera un pequeño detalle defectuoso que frustraba la satisfacción. A los quince años presentó su menarquia. En los primeros meses las reglas eran sin ningún dolor ni molestia, pero ya a los 8 meses comenzó a padecer dismenorrea franca. Presentó posteriormente crisis dolorosas en la parte baja del abdomen que fueron interpretadas como apendicitis. Fue apendicectomizada, pero los dolores persistieron en la misma forma; al encontrar quistes de amibas en el examen coproparasitológico, fue tratada con los más diversos amebicidas y antiespasmódicos intestinales.

A los 17 años tuvo un novio con el que terminó “por no ser del gusto de su madre” y a raíz de este incidente comenzó a tener más acentuados los dolores en la parte baja del abdomen y en la cintura. Por el tacto rectal se le diagnosticaron “quistes en los ovarios” y mala posición

de la matriz. Fue sometida a una intervención quirúrgica probablemente resección cuneiforme de los ovarios y pexia uterina.

Mejóro sólo transitoriamente y siguió con diversos tratamientos médicos generalmente a base de analgésicos y antiespasmódicos. Tuvo otro novio y se casó con él, trasladándose a vivir a México. El cambio de ambiente la mejoró en forma muy acentuada. Pasando el tiempo su esposo comenzó a progresar bastante en los negocios y cada vez le hacía menos caso. Tenía frecuentes juntas de negocios, faltaba a comer casi diario, el dolor comenzó a presentarse nuevamente. Además, se sintió frustrada porque habiendo transcurrido dos años no llegó a embarazarse. Sus relaciones sexuales no eran satisfactorias, era bastante frígida y presentaba dispareunia.

Después de diversas consultas le fue propuesta nueva intervención quirúrgica que tenía por objeto hacer resecciones del simpático presacro. Aprovechando la laparotomía le fue practicada insuflación retrógrada de oviductos comprobándose su permeabilidad. Con esta operación volvió a mejorar durante una temporada, pero habiendo enfermado su esposo en forma sumamente grave, tuvo miedo de perderlo. Durante muchas semanas comió y durmió mal; por fin su esposo mejoró, pero tuvieron un serio quebranto económico y ella volvió a presentar el dolor. Un estudio radiográfico del colon y de los huesos pélvicos mostró ligera sacroileítis bilateral y cierta fijeza del colon sigmoideo. Le fue hecha aplicación de radiaciones a dosis anti-inflamatoria en las articulaciones sacroilíacas y finalmente volvió a ser operada “para quitarle adherencias que se habían producido durante las otras operaciones”.

Transcurridos doce años, sigue con los mismos trastornos y se le ha propuesto hacer histerectomía total, diciéndole que es la única manera como podría mejorar definitivamente del dolor.

La enferma permaneció todavía unas dos semanas en Guadalajara y luego regresó a la capital en donde le fue practicada la histerectomía.

Por conversaciones con sus hermanas que residen en Guadalajara he sabido que ya no presenta el dolor pélvico, pero ahora tiene dolor epigástrico; acidez gástrica y digestión difícil. Se está tratando con dieta blanda, antiespasmódicos y alcalinos. Radiográficamente no presenta evidencia de úlcera gastroduodenal. Su vida transcurre gris y mediocre; a todas las frustraciones de su existencia, tiene que aumentar la incomprensión de los médicos.

Como es extraordinariamente difícil hacer una definición clara de lo que es un síndrome funcional o idiopático, he preferido presentar a ustedes, la historia, muy resumida, de un caso típico.

Incidencia

El dolor ginecológico junto con la leucorrea y metrorragia constituyen la llamada tríada sintomática ginecológica.

Virtualmente en toda afección ginecológica importante está presente el elemento dolor, habitualmente ligado a modificación anatómica del aparato sexual. Pero, contra todo lo previsible lógicamente, ese dolor no corresponde en intensidad y constancia con la extensión de las lesiones; a veces lesiones discretas producen grandes dolores y por el contrario modificaciones anatómicas importantes y extensas pueden ser prácticamente indoloras.

Hay entonces que admitir que el dolor ginecológico es siempre una mezcla de dolor visceral anatómico y de dolor puramente funcional. Como testimonio de tal acierto está la observación frecuente de la persistencia del dolor después de la operación para corregir prolapsos, retroversiones, extirpación de cistadenomas y de nodulos fibromatosos. Tomado así, el dolor funcional o psicológico puede decirse que ha existido alguna vez y en forma leve, prácticamente en todas las mujeres.

Guando menos el 80% de las mujeres que van a la consulta del ginecólogo tienen dolor ginecológico funcional, puro o mezclado con otro tipo de dolor.

Síntomas

El dolor se localiza en la parte baja del abdomen entre las fosas ilíacas y predominantemente en la derecha; se extiende a la región sacro-lumbar irradiándose ocasionalmente a los muslos.⁴

Es habitualmente sordo, difuso, vago e impreciso en sus límites, con exacerbaciones que pueden coincidir con la época pre-menstrual, con el coito, con el ejercicio intenso, pero sobre todo con las emociones desagradables; no necesariamente momentos trágicos, sino habitualmente la acumulación de pequeñas contrariedades que se van sumando hasta producir el estado de angustia que culmina con la exacerbación del dolor. Se asocia en los momentos culminantes con síntomas urinarios, con estreñimiento y aumento de gases en el colon. Las enfermas se dicen estar "estacadas" e "infladas".

Como síntomas asociados se pueden presentar, leucorrea, e irregularidad menstrual con tendencia hacia la poli-hipermenorrea.

Es típico que las molestias se calmen con el reposo en cama, los sedantes nerviosos y sobre todo con la supresión transitoria de las condiciones de irritación emotiva.

Estas enfermas, excelentes clientes de los balnearios de reposo, se curan transitoriamente no por el clima, las aguas, ni la dieta, sino por los juegos de canasta y la charla insustancial de los demás veraneantes que las aleja emotivamente de sus problemas.

Diagnóstico

La palabra funcional, que no es sino un vocablo moderno de la ya antigua "idiopática", significa que no se le ha encontrado causa aparente ni lesión anatomopatológica específica.

Esta circunstancia ha tenido como consecuencia que la gran mayoría de los clínicos adopten, ante el diagnóstico práctico de la enfermedad funcional, una actitud defectuosa y anticientífica. Se cataloga generalmente de idiopático o funcional a todo conjunto sintomático presente en los pacientes en que no hay signos suficientes para establecer un diagnóstico de enfermedad somática. Es el llamado rumbosamente, diagnóstico por exclusión. Según esta absurda actitud, la enfermedad funcional es una especie de cesto de desperdicios donde va todo aquello a lo cual el clínico no le pudo dar una adecuada interpretación.

Desde luego, la falta de un buen examen, o lo discreto de los cambios anatómicos, pueden hacerlos pasar inadvertidos; por otra parte la presencia indiscutible de tumor, mala posición u otro cambio estructural, perfectamente perceptible al examen físico, no demuestra incontrovertiblemente que ese cambio morfológico sea la causa de los síntomas que presenta la paciente.

El único camino correcto es buscar elementos positivos que afirmen y apoyen, o por el contrario rechacen en forma más precisa y categórica, la idea de enfermedad funcional. Es decir: hay que hacer diagnóstico positivo y no de exclusión.

El elemento más importante para hacer la valorización del componente psíquico de toda enfermedad psicósomática es la historia clínica.

No se hace necesario la completa evaluación psicológica, sólo al alcance de psicoanalistas especializados; el clínico cuidadoso puede establecer ese diagnóstico,

no obstante que no aclare la motivación profunda de la enfermedad.

La afección generalmente se inicia en la adolescencia, se agrava con las situaciones emotivas que producen minusvalía, tales como las frustraciones románticas, las dificultades familiares, y las circunstancias que ponen de manifiesto inseguridad. Se modifican, para bien o para mal, con el cambio de ambiente.

Se pueden acompañar de otros síndromes funcionales como colitis espas-módica crónica, dismenorrea, leucorrea, trastornos menstruales.

Si la persona es casada, generalmente es frígida, y puede presentar dis-pareunia, frecuentemente es estéril y puede padecer mastodinia; estas mujeres son sometidas a diversos tratamientos y series de operaciones sin ningún éxito.

Desde el punto de vista de sus relaciones personales son mal avenidas en el matrimonio, no cooperan en la solución de los problemas; finalmente, sus padres y hermanos pueden padecer enfermedades psicosomáticas, tales como úlcera gastroduodenal, asma, hipertensión, alergias diversas, etc.

Anatomía patológica

La característica más saliente de las lesiones es su variabilidad: se trata de fibrosis del útero con hiperplasia difusa de tejido del miometrio. A veces existe aumento de longitud hasta de 9 centímetros, medida con el histerómetro. En otras ocasiones apenas hay hiperplasia. En el estudio microscópico hay aumento de longitud y grosor de los vasos que pueden hacerse un poco flexuosos. Existe, por otra parte, sustitución del tejido muscular por fibras conjuntivas, pero no sistematización en forma de nidos o remolinos como es el caso del fibromioma.⁸

Sin embargo, pueden coexistir, y de hecho coexiste frecuentemente, en presencia de fibromiomas, observándose entonces un estímulo rápido de su crecimiento en virtud de la abundancia de riego sanguíneo.

Puede haber ovaritis quística o sólo una fibrosis de la superficie ovárica. Existen también esclerosis de los ligamentos uterosacros con infiltración de las bases de los ligamentos anchos. A veces hay cicatrices en el útero por secuelas de lesiones isquémicas. Habitualmente hay un poco de líquido sero-fibrinoso en el fondo del saco de Douglas.

En ocasiones estas lesiones son muy discretas o prácticamente ausentes.

Fisiopatología

Los mecanismos fisiopatológicos para la producción del dolor son de tres diferentes especies:

- a) vasomotor,
- b) hormonal y
- c) proyección de imagen cortical.

a) *Mecanismo vasomotor*. El organismo humano por el juego permanente de vasoconstricción y vasodilatación, puesto en marcha por la acción del sistema vagosimpático, es capaz de cambiar la cantidad que irriga un territorio determinado modificando así transitoriamente su actividad metabólica. Se realiza una especie de autotransfusión que lleva la sangre a los sitios en que se despliega mayor actividad.

En lo que se refiere al territorio pélvico, y más particularmente a los genitales femeninos, se observa una congestión en el momento de la excitación sexual. Hay plétora del clítoris y de las formaciones eréctiles labiales. Las arterias helicinas del ovario y los plexos parametriales se dilatan por el mayor flujo sanguíneo. Se observa ligera secreción de las glándulas de Bartolino.

Al producirse el orgasmo se realiza el fenómeno de la depleción. Hay descarga brusca de las glándulas y la plétora regresa repentinamente para entrar los órganos en una fase de reposo y relativa anemia.

Esta alteración vasomotora es el fenómeno normal, pero en condiciones anormales que posteriormente vamos a estudiar, se inicia la excitación sexual y la depleción se frustra por incapacidad para obtener orgasmo; en otras ocasiones una excitación, generalmente angustiosa, que no es de naturaleza sexual, se canaliza, desde el punto de vista fisiológico, hasta los territorios sexuales.

En tales condiciones la congestión permanece por muchas horas ya que está bloqueada la capacidad para la depleción.

Este fenómeno fue estudiado hace muchos años por Castaño, Sebileau y Opits, pero ha sido modernamente investigado por Taylor quien ha llevado a cabo experiencias que han aclarado brillantemente el tema.

Taylor⁸ demostró que las frustraciones sexuales, o de cualquiera otra índole, pueden producir congestión pélvica que tiene como característica la falta de una depleción adecuada. Sin duda pasará a ser clásico el experimento de Taylor de la variación térmica pélvica provocada.

Se sabe, desde Smithwidt y otros, que cuando un territorio está más intensamente irrigado, aumenta su

temperatura por incremento del metabolismo local; la medición de la temperatura local es, pues, un índice claro de aumento de la irrigación.

El experimento de Taylor se realiza en la siguiente forma: a una enferma que padece congestión pélvica crónica, y cuya historia psicológica ha sido estudiada previamente, se le coloca un termómetro eléctrico en el fondo del saco vaginal posterior. La enferma permanece en cama e ignora la índole del experimento. Las conexiones del termómetro van hasta otra habitación en donde un aparato inscriptor registra las variaciones térmicas. Se coloca oculto un micrófono conectado con un aparato grabador de cinta magnética.

En tales condiciones se realiza una entrevista entre la paciente y su médico. El clínico conociendo previamente cuales son los factores causantes del estado angustioso de la enferma, procura llevar la conversación hacia los puntos álgidos.

Cuando se ha logrado producir el estado de angustia, se procede en tal forma que la enferma pueda tener algún desahogo.

La curva de la temperatura pélvica registra fielmente todas las incidencias del crecimiento de la angustia con sus diversas oscilaciones y finalmente la descarga emotiva que hace renacer la calma.

En el momento de la congestión pélvica hay un dolor más o menos intenso por compresión de las fibras nerviosas, pero con el tiempo, al irse produciendo infiltración edematosa y fibrosis, el dolor se hace constante. Si existe además fibrosis del ovario se puede producir dolor intermenstrual por dificultades en la ruptura folicular. Finalmente, en algunos casos, la fibrosis ovárica interfiere totalmente con la ruptura folicular transformándose el folículo en un quiste folicular. Se observa entonces un estado de estrinia permanente que a su vez produce congestión pélvica y de las glándulas mamarias con tendencia a la excitación sexual, estableciéndose así un círculo vicioso en el cual los elementos vasomotores han puesto en marcha un mecanismo hormonal que a su vez estimula y sostiene el cambio vasomotor.

En algunos casos, en lugar de congestión pélvica, se puede observar vasoconstricción con isquemia; pero estos son tan raros, que prácticamente no tienen importancia.

b) *Mecanismo hormonal.* Desde los estudios anatómicos de Popa y Fielding y, posteriormente, de Gren y Harris,² se ha demostrado la existencia de conexiones

vasculares entre el hipotálamo y la hipófisis anterior. Existe una red vascular de tipo "porta" que hace que la adenohipófisis reciba sangre que previamente ha irrigado el hipotálamo. Así se explica que los cambios hipotalámicos pueden transmitirse a la ante-hipófisis, no obstante que no existen conexiones nerviosas con esa parte de la glándula. Verosímilmente, hay hormonas secretadas por el hipotálamo que van a estimular directamente a la hipófisis.

Según la doctrina expuesta por Hans Seyle,⁷ en el mecanismo de adaptación, en el momento de un estímulo importante que llegue a producir la llamada reacción de alarma, se produce en la adenohipófisis la secreción de somatotropina u hormona del crecimiento. Esta hormona actúa sobre la corteza suprarrenal promoviendo la secreción de mineralo-corticoides específicamente DOGA. Tanto la DOGA como la somatotropina tiene acción defensiva proflogística. Promueven la producción e infiltración de leucocitos, producen congestión del tejido vasculo-conectivo y exudación. Si la reacción de alarma se prolonga más de lo necesario, se produce tendencia a la fibrosis y edema crónico: tal es el caso del reumatismo crónico, el asma, urticaria, etc.

En el síndrome que nos ocupa, si se ha echado a andar el mecanismo hormonal hipofisario de alarma, puede la inflamación localizarse transitoriamente en los órganos intra-pélvicos y en las estructuras óseas sacro-iliacas produciéndose así una inflamación dolorosa de toda ésta región.

c) *Proyección de imagen cortical.* Livingston y otros autores⁵ han estudiado cuidadosamente el fenómeno del miembro fantasma. Los dolores que se producen en un muñón defectuoso, generalmente se curan al hacer la resección de los neuromas y las superficies defectuosamente cicatrizadas. La sensación dolorosa proyectada al miembro amputado, mejora rápidamente si se infiltra novocaína en el muñón defectuoso.

Pero existe otro mecanismo de miembro fantasma que no tiene que ver con la compresión de los extremos nerviosos seccionados. Puede el muñón ser completamente sano y, sin embargo, presentarse la sensación de existencia del miembro, percibiéndose incluso los dedos en posición forzosamente defectuosa con la imposibilidad dolorosa de enderezarlos. La infiltración de novocaína en el muñón no mejora el síndrome, lo cual indica que indudablemente el factor patológico está más arriba. A veces ha habido mejoría con la infiltración anestésica del simpático en el

territorio correspondiente, pero ésto no es completamente seguro.

Esta manera especial de presentarse del miembro fantasma se observa sobre todo en lesionados que no supieron que les iba a ser amputado un miembro.

Se ha llamado a este dolor, dolor alucinado o proyectado desde la corteza cerebral. Gutiérrez-Mahoney de Nueva York³ demostró brillantemente el origen cortical del dolor del miembro fantasma, tratándolo con éxito por resección de la zona cortical correspondiente.

Existe una representación cortical de todo el cuerpo con sus diversas regiones y órganos y es posible, en circunstancias especiales, que desde la corteza cerebral se proyecte un dolor hacia cualquier región, sin que haya obviamente cambios anatómicos en la región donde se percibe el dolor.

En los dolores motivo del tema que nos ocupa, aunque rara vez, puede observarse el mecanismo fisiopatológico de alucinación dolorosa pudiendo ser entonces más variable y transitoria la sintomatología.

Psicodinamia

Expuestos los mecanismos fisiopatológicos que explican la modalidad de producción del dolor, falta aclarar como se ponen en marcha dichos mecanismos, es decir la psicodinamia.

Para el clínico ginecólogo, concretamente, hay que explicar cómo los estímulos psicológicos desfavorables inespecíficos y diversos, pueden, en algunas mujeres precisamente, canalizarse hacia el aparato sexual en virtud de uno de los tres mecanismos ya mencionados.

La reacción de órgano de expresión somática del lenguaje psíquico es un problema clínico presente en todas las enfermedades psicósomáticas.

Este aspecto del problema, como todos los mecanismos psicodinámicos, está relacionado con el desarrollo o maduración psíquica individual; en otras palabras, con las capacidades o habilidades del individuo para controlar y dirigir sus fuerzas instintivas.

El instinto es una fuerza psíquica que surge como resultado de cambios físico-químicos del organismo. La fuerza instintiva se va acumulando porque su producción es constante y una vez que ha pasado de cierto umbral debe tener, forzosamente, una descarga o salida si se debe conservar el estado de salud: se manifiesta como una urgencia o necesidad.

La realización adecuada de las funciones mismas del organismo, así como la actuación del individuo en el ambiente que lo rodea, producen las descargas de las fuerzas instintivas.

Siendo el ambiente sujeto a cambios y no siempre favorables, el individuo tiene que hacer constantes variaciones o ajustes que le pongan en armonía con el mundo exterior. Es una especie de homeostasis externa: la falta de habilidad para establecer este ajuste hace que el sujeto se retraiga, retroceda o reaccione con mecanismos más primitivos e inadecuados cronológicamente con el momento actual.

En los últimos estadios de la época fetal ya surgen necesidades orgánicas que deben satisfacerse y que, por lo mismo, producen presión instintiva; pero las conexiones materno-fetales satisfacen eficiente e inmediatamente esas necesidades en tal forma que no llega a producirse en ningún momento una frustración. El feto es un auténtico parásito.

En cuanto el individuo nace al mundo exterior esa satisfacción no es todo lo automática y eficiente que fue durante su desarrollo intrauterino. Si la frustración sólo es momentánea y transitoria, tiende a estimular el desarrollo de mecanismos neuronales compensadores.

Al principio son sólo movimientos musculares y chillidos sin ninguna sistematización ni plan. Es sólo un movimiento reflejo con circuito neuronal eléctrico sumamente simple.

Esquemáticamente sería: hipoglicemia, chillido y movimiento: no hay elaboración psíquica alguna. Si en forma automática y continua se estuviera goteando con leche en el estómago del lactante, no se produciría frustración en ningún momento.

Pero el retardo en satisfacer la necesidad instintiva de alimento produce una frustración momentánea que hace que se desarrollen circuitos neuronales compensadores.

De los primeros en desarrollarse es la fantasía o representación de la imagen del objeto deseado. La fantasía tiene como característica el ya no ser un movimiento reflejo; requiere conexiones eléctricas neuronales que permitan mantener viva la imagen de la glándula mamaria o de el biberón. Representación no necesariamente visual sino, probablemente, táctil con punto de partida en los labios. La fantasía descarga la necesidad instintiva porque crea hasta cierto punto el objeto deseado.

Además, da la posibilidad de volverla a crear cuantas veces sea necesario, lo cual es el principio del desarrollo de la memoria.

Pero en el infante la representación fantaseada de la glándula mamaria no sube el nivel de glucosa en la sangre y hay una nueva frustración; continúan los movimientos y la emisión de sonidos y entonces puede suceder que el individuo tenga éxito y se le dé el biberón o el pecho; es decir se desarrolla un pensamiento muy primitivo que es el pensamiento mágico: “Yo puedo *producir* un biberón o una glándula mamaria por medio de mis chillidos”; es la misma actitud del gallo de la leyenda que producía la salida del sol con su canto. Residuos de este pensamiento tan primitivo quedan en los adultos y hasta en los más civilizados; cruzar los dedos, cargar amuletos y decir jaculatorias para hacer que se realicen fenómenos externos son manifestaciones de este mismo tipo.

Pero a veces, a pesar de los chillidos y de los pataleos, no se produce el biberón ni la glándula mamaria. Hay otra frustración que tiende a desarrollar un nuevo aspecto del pensamiento: la objetividad. El receptáculo de la leche es algo independiente, no creado por el niño mismo, sino objetivamente existente fuera de él. Para esto se requiere que se hayan elaborado nuevos circuitos neuronales mucho más complicados que retengan durante mucho tiempo la representación de la necesidad como cosa interior y de su satisfacción como fenómeno externo.

Con el transcurso del tiempo, el niño sigue desarrollando movimientos cada vez más utilitarios y elaborados, pero siempre tendientes a satisfacer sus necesidades.

Llega un momento en que se da cuenta de que defeca, y de que el producto de la defecación salió de él: es el más primitivo concepto de creación, pero la evacuación de sus emuntorios pronto se relaciona directamente con las personas que le rodean. Puede agradarlas o desagradarlas, reteniendo las heces o descargándolas en los momentos adecuados. Puede decirse entonces que comienza a elaborar sus primeras relaciones sociales, ya que en forma tan primitiva puede agradar o desagradar a los demás. La posibilidad de relacionarse con los demás es una manera de dar salida a sus fuerzas instintivas por nuevas vías.

Posteriormente, y ya desarrollado el lenguaje, se inicia la necesidad de afecto. Al principio es la necesidad muy específica de ser querido en forma egoísta y exigente. Posteriormente se deriva el goce hacia la necesidad de desarrollar afecto por los demás sin que necesariamente se exija correspondencia. Desde el punto de vista de la dinámica del pensamiento, se requiere la mayor objetividad y juicio, va que se hace indispensable penetrar en los

pensamientos motivos y vivencias de las demás personas, no a base de la identificación con uno mismo, porque esto es volver a etapas más primitivas, sino con el conocimiento perfecto de los límites, diferencias y modalidades de cada persona en forma completamente serena y objetiva.

El desarrollo de la actitud etero-sexual es la culminación de esta actitud altruista. La posibilidad de orgasmo es la demostración objetiva de éxito en el sentido de la descarga emotiva en el sentido fisiológico. Se trata claramente de una etapa de desarrollo del individuo que corresponde a una actitud hacia la vida; la manifestación etero-sexual o altruista puede manifestarse y de hecho se manifiesta en todos los actos del individuo, incluso muy alejados de la esfera sexual. No sólo se goza (en la etapa desarrollada) con la posibilidad de crear otro ser viviente, sino también con la de crear con las manos o con el pensamiento. Quien actúa por el goce de la creación, goza intensamente en ése acto y está realizando una acción cronológicamente congruente con la de mayor desarrollo psíquico; en esa forma el individuo puede tener múltiples canales por donde descargar sus fuerzas instintivas sin interferir con las limitaciones sociales.

Las tres etapas de desarrollo emotivo estudiadas por los psicoanalistas y que ellos denominan; oral, anal y sexual son, desde luego, más que todo preferencias cronológicas en el desarrollo emotivo. Se relaciona, más que a funciones, con actitudes del individuo consigo mismo y con los demás. Estadios: oral, anal y sexual, se traducen como voracidad, avaricia y altruismo.

La frustración parcial o transitoria estimula el desarrollo a etapas superiores; la frustración intensa y prolongada deprime al individuo y lo fija en un estadio o incluso lo hace retroceder.

Las fallas en el desarrollo no siguen una pauta o secuencia rígida; puede haber fallas “en islote”, como las fallas del desarrollo embriogenético. Continuando con la similitud así como quien tiene un defecto embrioplástico localizado presenta una minusvalía total, una falla de desarrollo emotivo, incluso en una área pequeña, afecta a la personalidad global.

Sin duda, nunca deja de haber obstáculos importantes a la descarga instintiva: normas morales, los prejuicios sociales, las limitaciones materiales y económicas y finalmente mecanismos represivos aprendidos en la infancia, pueden bloquear posibilidades, impidiendo descargar manifestaciones instintivas por los cauces típicamente

adultos. La imposibilidad de descarga puede originar el retroceso que hemos mencionado anteriormente; el individuo trata de resolver problemas de adulto con actitudes de niño y naturalmente fracasa. Por eso, a veces, es progresiva la deterioración de las relaciones con el ambiente.

Cuando a cualquier ser humano se le plantea una situación nueva quedan tres soluciones:

El individuo da un paso hacia adelante y busca una solución en un plano superior. Hay satisfacción. No hay síntomas.

La situación instintiva queda sin descarga y entonces se origina un estado angustioso sin localización. Es llamada "angustia flotante".

Puede retrocederse y dar la solución por medio de una actitud infantil.

Sin embargo, la adquisición de mecanismos psíquicos superiores ha costado tanto esfuerzo y es tan valiosa para el individuo, que duele profundamente hacer caso omiso de tan brillantes posibilidades para caer en el retroceso y el absurdo, y entonces como un compromiso y recurso, surge la posibilidad de fijar la fuerza instintiva en un órgano y allí descargarla. Es un esfuerzo para evitar el retroceso de todo el organismo. Es una especie de cuarentena al torrente incontenible del instinto en plan destructivo. Canalizándose así, en un órgano, este sufre y se destruye, pero se salva la personalidad, y así puede producirse la úlcera del duodeno, pero se salva la relación familiar; se puede producir la hipertensión arterial, pero se deja de matar a los enemigos y se sigue viviendo en sociedad y, de la misma manera, puede fijarse la angustia producida por la forma narcisista de reaccionar ante el ambiente por la congestión crónica de los órganos pélvicos con el dolor funcional. La falta de orgasmo no es en realidad más que el símbolo de la falta de posibilidades de obtener satisfacción en las relaciones sociales. Es el blazon del egoísmo y minusvalía. Las personas se refugian en la fibrosis de las estructuras pélvicas antes de retroceder hacia etapas todavía más primitivas.

Lógicamente, el órgano o grupos de órganos que se convierte en efector de la descarga instintiva es aquel grupo que está más mal desarrollado. Mal desarrollado hereditario o filogenéticamente, o con las posibilidades de desarrollo bloqueadas, por vivencias y frustraciones. Frustraciones que específicamente lesionan a lo que coincide cronológicamente con cada despertar. Se trata entonces en las mujeres afectadas de congestión pélvica

crónica, de la actitud social defectuosa, en que no les es posible tener relaciones afectuosas que culminen con el goce de la dádiva; en el que se quedan en la primera etapa narcisista de recibir y por lo mismo en el momento de la plétora o congestión.

Se explica entonces claramente que muchísimas personas que no tienen relaciones sexuales no padezcan congestión pélvica. Es sólo debido a que su actitud generosa las hace gozar en el goce de los demás y que por su trabajo manual, por la realización artística o por la elaboración del pensamiento, llegan a un climax que descarga satisfactoriamente sus instintos en forma sublimada.

Tratamiento

En el aspecto terapéutico hay tres caminos que también son tres grados en profundidad de acción:

Tratamiento sedante.

Tratamiento quirúrgico.

Tratamiento psicoterápico.

a) *Tratamiento sedante.* El tratamiento sedante es sólo paliativo a corto plazo. No debe prolongarse, pues hay peligro de llegar casi a la invalidez y a la adición medicamentosa.

La parte más importante del tratamiento sedante consiste en el reposo: reposo físico, abstinencia sexual, y de ser posible, cambio de ambiente. Como elemento adicional: drogas tranquilizadoras, antiespasmódicos, dieta blanda y lubricantes intestinales.

b) *Tratamiento quirúrgico.* A pesar de su aspecto de radicalidad, es sólo otro paliativo, puesto que no quita la causa, sino sólo secciona las vías eferentes o suprime el órgano efector.

Está indicado sólo si coexisten lesiones asociadas que indiquen de por sí la operación. También puede haber indicación en los casos extraordinariamente graves de metrorragia y leucorrea, aunque las lesiones sean mínimas.

En plan conservador se emplea la salpingolisis, rafia de ligamentos, para mejorar la posición uterina y se completa con neurectomía presacra.

Ante lesiones más importantes, como miomas, endometriosis, cistoadenoma, está indicada la histerectomía con salpingo ooforectomía uni o bilateral.

Después de un tratamiento quirúrgico, no hay que cometer el error de creer curada a la enferma y abandonarla. Desde luego se impone la terapia sustitutiva si se extirparon los ovarios, pero siempre hay que emprender el

tratamiento psicoterápico adecuado, ya que la intervención quirúrgica no hace sino intercalar un compás de espera en la secuencia fenomenológica de la enfermedad.

c) *Tratamiento psicoterápico*. El tratamiento psicoterápico también puede ser profundo o superficial. Si se tiene la fortuna de contar con la colaboración de un psicoanalista idóneo, debe intentarse la psicoterapia profunda, ya que es el único tratamiento que lleva probabilidades de éxito; si no éxito completo, cuando menos parcial.

Desafortunadamente, casi siempre el clínico tendrá que actuar como psicoterapeuta y de ninguna manera podrá intentar psicoterapia profunda, ya que expondría a la paciente a reales inconvenientes. La psicoterapia superficial se reduce a buscar la catarsis o confesión de las dificultades de la enferma. A prestar ayuda moral con su actitud firme y bondadosa y a tratar de modificar el ambiente presionando favorablemente sobre los familiares.

En psicoterapia, como en cirugía, está en primera línea la personalidad del clínico. En ambas disciplinas el medicamento es el médico mismo: para bien o para mal, la

suerte del caído, su salud, su felicidad y su vida, penden de la firmeza de su pulso, de la serenidad de su juicio y de la bondad de su corazón.

REFERENCIAS

1. Alexander, F. and Morton, F. T. "An Approach to the cause and Treatment of vegetative disturbances.
2. Botella Llusia, J. Endocrinología de la Mujer. Edit. C. M. Barcelona.
3. Gutiérrez-Mahoney. (Mencionado por Livingston).
4. Kroger and Freed. Psychosomatic Gynecology. Saunders. Livingston. Pain Mechanisms. The Mac Millan Co., N. Y.
5. Rof-Carballo. Cerebro Interno y Mundo Emocional.
6. Selye. Textbook of Endocrinology. Acta Endocrinológica Inc.
7. Taylor HC. Vascular Congestión and Hiperemia. AJO and G, 57:651-1949.
8. Weiss, E. and English O. S. "Psychosomatic Medicine". Saunders.
9. Wolff, W. Introducción a la psicología. México: Fondo de Cultura Económica.