

Maternidad y Sexo

Estudio Psicoanalítico y Psicosomático

Marie Langer

*Libros Tauro*  
[www.LibrosTauro.com.ar](http://www.LibrosTauro.com.ar)

Marie Langer se recibió de medicina y realizó su formación psicoanalítica en Viena. Llegó a la Argentina durante la Segunda Guerra Mundial y participó en la fundación de la Asociación Psicoanalítica Argentina, en la cual desempeñó diversos cargos directivos e hizo importantes contribuciones. Publicó libros brillantes, entre los que figuran: "Fantasías eternas a la luz del psicoanálisis"; en colaboración con L. Grinberg y E. Rodrigu\ escribió tres obras importantes: "Psicoterapia del grupo, su enfoque psicoanalítico, El grupo psicológico en la terapéutica, enseñanza e investigación" y, en fin, "Psicoanálisis en las Américas"; en colaboración con J. Bleger y otros autores ha publicado asimismo "Psicología del cáncer" (Horm\), y con E. Goligorsky, también en Paidós, "Ciencia-ficción. Realidad y psicoanálisis".

La doctora Langer es miembro fundador de la "Sociedad de medicina Psicosomática" y de la "Asociación de Psicología y Psicoterapia de Grupo".

"Maternidad y Sexo" es hoy ya un clásico aporte al complejo problema de la psicología de la mujer. Al parecer, Recamier lo recomendó como: "...uno de los más importantes que hayan sido escritos sobre un tema tan discutido, tanto en el plano teórico como en la práctica".

(L.\volution Psychiatrique). Ya agotada la segunda edición, la demanda se mantuvo en constante aumento. La Editorial Paidós se complace, pues, en ofrecer a nuestros lectores esta tercera edición, completada por la autora con un apéndice.

"Maternidad y Sexo" nos trae el problema de la mujer moderna: conciliar sus logros sociales y su femineidad, su maternidad y su sexo.

Demuestra cómo el conflicto entre su labor profesional y sus instintos maternos, coartados en nuestra época antiinstintiva, repercute sobre su felicidad y trastorna sus funciones femeninas. La autora prueba cómo los factores culturales, ambientales y personales influyen en esas funciones. A través de material clínico abundante, ilustra cómo la maternidad feliz y la capacidad para el goce sexual dependen de vivencias tempranas y tienen sus raíces en la primera relación madre-hija. El libro brinda, además, una revisión histórica de los distintos conceptos psicoanalíticos acerca de la psicología de la mujer y pone en evidencia la correspondencia entre las teorías de Sigmund Freud y de Melanie Klein. Finalmente la autora señala cómo se debe tratar a las hijas para que sean madres aptas y felices en el futuro.

A mi hijita Annemarie

## Prólogo para esta edición

Frente al hecho de "Maternidad y Sexo" agotado me pregunté qué debería hacer. ¿Conformarme con reeditararlo con un prólogo explicativo? Pero, ¿podía abordar una nueva edición, tal cual, sin una total revisión y actualización previas? Difícilmente. La sociedad cambia muy rápidamente en este siglo nuestro, tan decisivo. Y una misma también cambia, por suerte.

Sin embargo, actualizar este libro sobre la mujer, implicaría mucho trabajo, tomaría mucho tiempo. Y tenemos tan poco, ahora, en la Argentina, para pensar y escribir... Por eso me decidí, simplemente, por la reedición de "Maternidad y Sexo", dado que, en lo esencial, a nivel psicoanalítico, continúa siendo válido. Es cierto, debería agregar algunos conceptos nuevos sobre la frigidez, por ejemplo, y examinar si realmente el único orgasmo válido es el vaginal (véanse Masters y Johnson y la nueva generación de feministas). Pero por allí no pasa el problema fundamental. Pasa por lo ideológico. Y por algo que supe mucho antes de escribir "Maternidad y Sexo", pero que sólo desde hace un tiempo atrás siento como una omisión grave: dejé a un lado -por no saber cómo abordarlo desde un escrito psicoanalítico- el aspecto social y la lucha por el cambio. Ahora, junto con muchos otros, aprendí y sé mejor.

Es cierto: no hay que mezclar; pero se debe tender - como diría mi amigo Castilla del Pino- a integrar las diferentes parcelas de la realidad para poder construir el todo, y en el aspecto que nos interesa aquí, para hablar de la mujer de nuestra época debemos ubicarla en su clase y en el momento

histórico que vivimos. Después de hacer esta reflexión acepté la reedición de este libro tal cual fue escrito muchos años atrás. Pero me comprometo a publicar, tan pronto como me sea posible, su cuestionamiento, y a agregar, dentro de mis posibilidades, lo omitido.

Marie Langer

Buenos Aires, 1972.

## Prefacio de la primera edición

Este libro está basado principalmente en la observación psicoanalítica directa de los conflictos y dificultades que las mujeres experimentan frente a su femineidad. Por ser mujer este tema me interesó siempre. Por eso presté una atención especial al análisis de los distintos trastornos procreativos, primeramente en mis analizadas y más tarde también en los historiales de otros analistas que consultaron sus casos conmigo. Finalmente, muchos de mis colegas me comunicaban el material psicoanalítico relacionado con estos trastornos. Este método de coleccionar el material clínico se impone en el análisis, donde, por su larga duración, el analista trata con muchos menos enfermos que el médico de cualquier otra especialidad.

En la comprensión teórica de los trastornos femeninos me fue especialmente valioso el estudio de los escritos de Helene Deutsch y Melanie Klein. Por otra parte, las investigaciones interesantes de la antropóloga Margaret Mead me

ayudaron a comprender hasta qué punto estos trastornos pueden ser causados por factores culturales.

Mientras esbozaba el plan de este libro vi que para mí estaba vinculado con otro tema, que también formaba parte de mis experiencias personales: si la ocupación profesional obstaculiza para la mujer la realización de la maternidad y hasta qué punto. Este planteo me era muy familiar en una época lejana. Durante mi adolescencia era un tema de discusión frecuente entre amigas y compañeras. Más tarde, resolver este problema para mí misma en la práctica, hizo que lo olvidara como tal. Sólo la lectura de un libro, con el título alarmista "Modern woman, the lost sex" (Lundberg y Farnham), me llevó a pensar de nuevo en una posible incompatibilidad entre maternidad y labor profesional. Los autores del libro sostienen que la mujer moderna está perdiendo su femineidad por el cambio de su posición familiar y social. Ven en la reducción del número de hijos y en los estudios y el ejercicio profesional de la mujer un círculo vicioso que la aleja cada vez más de su sexo y, por consiguiente, de su femineidad.

Empecé a reflexionar al respecto, a observar, leer y analizar, y llegué a conclusiones que expongo al fin de este libro, pero cuya esencia, me parece, pertenece a este prólogo: biológicamente, la mujer está capacitada para tener un hijo cada dos años o con intervalos más breves aún. Sus instintos se basan en una estructura biológica. Pero, como en muchos otros terrenos, nuestra cultura nos ha alejado de la gratificación plena y directa de nuestros instintos. Por eso, conscientemente, la mujer no quiere tener tantos hijos. (Me refiero, desde luego, a la mujer de nuestra sociedad).

Los autores de "Modern woman, the lost sex", están en lo cierto al sostener que la mujer, aunque a menudo no lo sepa conscientemente, está frustrada en la gratificación de los instintos maternos y que la represión a la cual sucumbe la parte insatisfecha de éstos se manifiesta en diversos sínto-

mas (frigidez, trastornos psicossomáticos, etc.). Pero, ¿está la solución en volver a las grandes familias de antes y en reducir de nuevo el círculo de la mujer estrictamente a su casa? Parece conveniente o inconveniente, no es factible por estar en oposición diametral con la evolución que nuestra sociedad está tomando. Pero queda otra solución, plenamente de acuerdo con tal evolución, que permite evitar a la mujer la represión perjudicial de parte de sus instintos: su sublimación en tareas adecuadas. Es decir, el remedio no consiste en suprimir su actividad social, sino, por lo contrario, en educarla en tal forma que de adulta sea capaz de sublimar una parte de sus instintos maternos. Eso le permitirá aceptar su femineidad, realizar la gratificación del remanente instintivo en una vida sexual satisfactoria y en una maternidad más feliz y más libre de trastornos psicossomáticos.

Al escribir este libro vi que para mí un tercer tema está íntimamente ligado a su planteo: la revisión crítica del concepto psicoanalítico sobre la femineidad. Mi agradecimiento a Freud y su obra es tan grande -como todos los psicoanalistas, comprobé a través de la propia experiencia de un análisis los beneficios enormes en salud y conocimiento que trae- que me parece en cierto modo sacrilego estar en determinados puntos en desacuerdo con él. Sin embargo, lo que pongo en duda no son puntos fundamentales, ni conceptos que él mismo haya concebido como definitivos. Freud caracteriza en una de sus últimas y más importantes contribuciones a este tema el conocimiento psicoanalítico sobre la femineidad como "incompleto y fragmentario", dejando la puerta abierta para nuevos enfoques, discusiones y conceptos.

Finalmente, deseo agradecer a todos los que me ayudaron a escribir este libro: a mi marido, Dr. Max Langer, y al Dr. Heinrich Racker, por la crítica constructiva que manifestaron después de la lectura del manuscrito; a la profesora R. Rasovsky por sus correcciones idiomáticas; al señor D.

J. Vogelmann por su asesoramiento técnico, y a todos mis colegas y analizadas que, en una u otra forma, colaboraron conmigo.

Buenos Aires, febrero, 1951.

## Prefacio de la segunda edición

Desde la primera publicación de "Maternidad y Sexo" han transcurrido trece años. Sin embargo, mis experiencias adquiridas durante este lapso no invalidaron los conceptos expuestos en el primer prólogo y a través del libro, sino que lo confirmaron. Pero justamente este hecho impone ciertas modificaciones a esta nueva edición.

Tuve que poner al día algunos tópicos, como, por ejemplo, "la relación madre-hijo" o el "parto sin dolor", dado que los resultados de investigaciones ulteriores sirven de ilustración útil y concreta de lo expuesto, convirtiendo a menudo en hecho experimentalmente comprobado lo que entonces, trece años atrás pudo parecer hipotético. Esta misma evolución, más la difusión muy grande que el psicoanálisis alcanzó en nuestro medio en estos últimos años, me permitió eliminar algunas partes del libro, en las cuales pretendí "convencer" al lector, p.e., de la existencia de procesos psicosomáticos o enseñarle la interpretación de los sueños. Y como ya no tengo que convencer a nadie, mi estilo, un tanto polémico en algunas partes de la primera edición, se volvió más impersonal y descriptivo.

Dejé intacta, ampliándola un poco, la revisión de la literatura psicoanalítica sobre la femineidad. Admito que la lectura del capítulo correspondiente pueda ser algo pesada para el lector común, pero supe que había sido de suma utilidad para el estudiante de psicología, de medicina y de psicoanálisis.

Buenos Aires, abril, 1964.

## Capítulo I

### La mujer y su conflicto actual

El conflicto de la mujer actual y sus derivaciones. Su historia. El prejuicio de la inferioridad de la mujer, sus causas y funciones psicológicas. Su posición en otras sociedades. En nuestra sociedad.

Este libro es un libro más sobre la mujer. Uno entre muchos. Por eso me veo obligada a justificar su publicación. Pretendo en él describir y analizar los trastornos más frecuentes de las funciones procreativas de la mujer. El incremento de estos trastornos, evidente a pesar de los grandes adelantos de la medicina en las últimas décadas, obliga a enfocarlos desde otro punto de vista, utilizando como medio de investigación, a menudo también de terapia, el método psicoanalítico. La tesis básica de este libro es la siguiente: antaño la sociedad imponía a la mujer severas restricciones en el terreno sexual (tomando el término en su sentido más estricto) y social, pero favorecía el desarrollo de sus actividades y funciones maternas. Las consecuencias de estas restricciones fueron la gran frecuencia de la histeria y otras manifestaciones psiconeuróticas en la mujer.

Sin embargo, parece haber sufrido relativamente poco de trastornos psicósomáticos en sus funciones procreativas. Actualmente el cuadro ha cambiado. En este último siglo la mujer de nuestra civilización ha adquirido una libertad sexual y social totalmente desconocida apenas tres generaciones

atrás. En cambio, las circunstancias culturales y económicas imponen graves restricciones a la maternidad. Como consecuencia de esta situación disminuyen los cuadros neuróticos típicos y ya no se encuentra más la "grande hystérie", pero aumentan en forma alarmante los trastornos psicósomáticos mencionados. O bien, para hablar en términos más sencillos e imágenes más concretas: nuestras abuelas, a la vista de un ratón, se subían a una silla y recogían las faldas pidiendo auxilio a gritos, pero generalmente no tenían dificultades en amamantar a sus hijos; mientras que actualmente las jóvenes saben manejar autos, ambulancias y hasta aviones, pero frecuentemente no saben alimentar a sus criaturas o renuncian de antemano a esta tarea. Serán, pues, objeto de nuestra investigación las dificultades en las funciones femeninas, es decir, en la menstruación, la concepción, la fertilidad, la lactancia, etc. Treinta años atrás este enfoque hubiera sido tema únicamente para un tratado de ginecología y obstetricia. A casi nadie se le hubiera ocurrido encararlo desde el punto de vista psicopatológico. Es cierto que Freud (1)<sup>1</sup>, ya a fines del siglo pasado, trató a una joven madre, incapaz de alimentar a su hijo, mediante la hipnosis, es decir, la curó por medios psicológicos; que el primer estudio psicósomático sobre trastornos menstruales y del trabajo del parto, fue publicado por Josef Eisler en el año 1923 (véase Ind.

Bibl.); pero de todos modos, sólo un pequeño grupo de médicos estaba dispuesto a enfrentar así el problema científico y terapéutico de estos trastornos. La gran mayoría ni vislumbraba tal enfoque de las enfermedades "orgánicas". Actualmente esos conceptos científicos están cambiando.

Vamos comprendiendo que la mayor parte de los trastornos de la vida procreativa femenina proviene de conflictos neuróticos y que ello ocurre en mujeres que en su vida diaria

<sup>1</sup> Las notas correspondientes a los distintos capítulos figuran al final de los mismos.

no demuestran signos de enfermedades nerviosas. También la mayoría de las pacientes cuyos trastornos describiré en este libro, no son tales en un sentido estricto ni recurrieron al tratamiento psicoanalítico para ser curadas de cuadros típicos de neurosis, pero estaban en conflicto con su femineidad.

Para poder entender mejor los conflictos de la mujer moderna necesitamos conocer su evolución histórica y compararla, además nuestra sociedad actual con otras diferentes.

El cambio de la posición actual de la mujer en nuestra sociedad pareció brusco e inesperado, pero era el resultado de un largo proceso en el cual intervinieron muchos factores en interacción.

En nuestra sociedad occidental y patriarcal (falocéntrica la denominó Zilboorg) durante muchos siglos la mujer estaba totalmente supeditada al hombre. Fue la Revolución francesa la que, con su lema de igualdad, puso por primera vez en duda que esta supeditación fuese natural e inalterable.

Sin embargo, en la clase media y alta no se produjo ningún cambio inmediato al respecto, mientras que en la clase baja el papel de la mujer nunca había diferido tanto de aquel. Tanto en la familia del campesino, como del artesano, mujer e hijos habían compartido el trabajo del hombre y todos estaban muy limitados en sus derechos. La mujer estaba incluida en el proceso de producción casera, pero alternó sin límites definidos con este trabajo la atención de la familia y la crianza y educación de los niños.

Los lemas de la Revolución francesa, impuestos por Napoleón a toda Europa, sólo se volvieron instrumentales a través de la revolución industrial. Con los descubrimientos técnicos y la transformación del trabajo que inevitablemente llevaba a la concentración de los obreros en la fábrica, el hombre abandonó la industria casera, y la mujer le siguió pronto, no impulsada por rivalidad con él, sino por mera necesidad. Y

hasta los niños se emplearon para que la familia pudiera subsistir. Como consecuencia de luchas sociales a través de las cuales se logró una legislación del trabajo, los niños quedaron eliminados de la fábrica, pero su suerte y la vida familiar habían sufrido un cambio fundamental. Mientras que los hijos anteriormente se convertían muy pronto en una ayuda en el hogar y en el trabajo casero, ahora se transformaron en una carga para la mujer que, volviendo cansada del trabajo, tenía que dedicarse en sus pocas horas libres a la atención de la casa y de los niños.

Hasta ahí el cambio de la mujer de la clase obrera. En el campo los cambios ocurrieron mucho más tardíamente y de dos maneras: primero, la migración de la población campesina a los grandes centros urbanos, que sigue también en la actualidad. Ésta trae consigo para el grupo familiar todo el problema del desarraigo, de las villas miseria, de la prostitución, de los hijos ilegítimos, etc. Y, segundo, principalmente en los países de mayor industrialización, también el trabajo rural se industrializa siempre más y más, asemejando la situación de la familia del campesino a la del obrero.

Mientras que el cambio de la mujer de la clase obrera se produjo a lo largo del siglo pasado, éste no afectó a la mujer de la clase media y alta hasta la primera Guerra Mundial.

Pero entonces, de pronto, las mujeres de los diversos países beligerantes, cuyo único campo de acción había sido el hogar y su núcleo social, y cuya única función era tener hijos y educarlos, y que vivían en dependencia económico-social, primeramente de sus padres y después de sus esposos, se vieron incitadas a ocupar en todos los terrenos el lugar del hombre. Realizaron exitosamente tareas que, hasta entonces, se habían considerado irrealizables para ellas y obtuvieron, junto con su inclusión en el proceso del trabajo, plena independencia y responsabilidad. Una vez terminada la guerra, el cambio ya se había hecho irreversible.

La mujer de la clase media de 1914 respondió con tanto entusiasmo al llamado de las autoridades a abandonar su hogar y empezar a trabajar, no únicamente por patriotismo, sino por estar disponible psicológica y materialmente. Su madre, en su época, ocupada por numerosos embarazos y la crianza difícil de muchos hijos, no habría sido así. Pero ella, la mujer de principios de siglo, tenía un número reducido de hijos y se sentía desperdiciada en su hogar vacío. Los progresos de la medicina habían causado esta situación. Habían disminuido la mortalidad infantil y ponían a disposición de la pareja métodos anticoncepcionales eficaces y hasta el aborto realizable ya sin mayores riesgos físicos y legales. La declinación de la influencia religiosa, característica de las primeras décadas de nuestro siglo, facilitaba este proceso, como también el auge del marxismo, heredero del lema de igualdad de la Revolución francesa.

Terminó la guerra. Volvieron los hombres y se encontraron con una mujer independiente económicamente, consciente de sus valores, de pelo cortado a la "garçonne" y con una libertad sexual comparable a la del hombre. Al no implicar ya consecuencias biológicas para ella, el acto sexual corría el riesgo de convertirse en mera fuente de placer, de haber perdido trascendencia y haber adquirido autonomía.

Los logros concretos de la mujer terminan con el prejuicio arraigado desde el principio de nuestra historia, de su inferioridad intelectual y emotiva. Había demostrado y seguía demostrando siempre más durante los años siguientes que podía competir con el hombre.

Pero este cambio no trajo únicamente dificultades económicas y sociales, sino toda una confusión de conceptos, ya que el antiguo prejuicio de la inferioridad de la mujer desempeña muchas funciones y está sostenido sólidamente por causas sociales y psicológicas. La más profunda, en este último terreno, proviene de nuestra primera infancia. Surge del

resentimiento del niño contra su madre por su dependencia total de ella, sus celos y su envidia. El niño envidia a la madre, porque tiene un vientre en el cual crecen sus hermanos, y pechos que los alimentan. La envidia también por el placer y los hijos que el padre proporciona. Todos estos sentimientos tempranos permanecen activos en el inconsciente. Sirvieron de base psicológica para mantener a la mujer en un status de inferioridad, que ella misma aceptaba resignadamente, y desprovistos ahora de una forma de descarga socialmente aceptable, son causa de múltiples conflictos dentro y fuera de la pareja.

Este perjuicio servía de apoyo a la estabilidad de la sociedad. Delimitaba los campos de acción de ambos sexos, y aunque perjudicaba la mujer, también facilitaba a cada sexo sentirse seguro dentro de su papel estrictamente definido. De esta manera, p.e., era posible que Krafft-Ebbing, el gran sexólogo del siglo pasado, describiera como característica de la mujer virilizada su capacidad de silbar o su gusto por la cerveza y el cigarrillo. Pero ahora que se había comprobado que la inferioridad de la mujer era nada más que un prejuicio, tanto el hombre como la mujer empezaron a sentirse inseguros, a dudar de sus derechos y deberes en el status de nuestra sociedad cambiante.

La mujer de postguerra actuaba en rebeldía contra su madre, su padre y su compañero. Había logrado mucho, pero en una sociedad falocéntrica sus logros lo eran también. Se sentía hombre por su libertad sexual y sus sublimaciones. Por eso mismo el hombre se sentía despojado por ella y en la medida en la cual la mujer se sentía menos femenina, el hombre temía por su virilidad. Paulatinamente cambió la situación. Mientras que los logros de la mujer ya no estaban basados en su rebeldía contra la sociedad, su trabajo y su pelo corto perdieron el carácter de reto. Los padres de la generación siguiente ya aceptaban que sus hijas estudiaran y tra-

bajasen. En términos psicoanalíticos el interrogante se plantea actualmente de esta manera: ¿la mujer que trabaja sin necesidad económica estricta lo hace por rivalidad con el hombre, por envidia del pene o por una auténtica vocación y sublimación de sus instintos maternales? Este interrogante tiene su contestación concreta según cada caso individual y cada núcleo social. La relatividad de nuestros conceptos y valores impide una contestación general y de validez absoluta. Esta misma relatividad induce a la comparación con otras sociedades para descubrir lo que es característica intrínseca de la mujer y lo que pertenece a variables culturales.

Si quisiéramos remontarnos hasta las etapas prehistóricas, forzosamente tropezaríamos con distintas teorías.

Está casi universalmente aceptado que existía en una época el matriarcado, del cual todavía quedan vestigios en civilizaciones primitivas. Matriarcado significa cierto predominio social de la mujer y el desconocimiento práctico de la paternidad, con la consecuencia de que tanto el parentesco como la herencia se rigen únicamente por línea materna. Mientras que existen pocas dudas sobre el hecho de que haya existido tal época, hay teorías muy diversas sobre las consecuencias prácticas que tenía el matriarcado sobre la vida social y la forma en que el hombre logró obtener para sí la supremacía social e iniciar la era del patriarcado, bajo el cual seguimos viviendo actualmente. Según Engels (v. Ind. Bibl.), p.e., la primera división del trabajo surge entre hombre y mujer para la procreación de los hijos, y el primer antagonismo de clase y de opresión de una por la otra, aparece con el advenimiento del patriarcado al someter los hombres a las mujeres. Desde entonces la mujer queda confinada a un papel social bien restringido. Las investigaciones antropológicas de diversas sociedades primitivas demostraron claramente que la supremacía social femenina primitiva estaba basada en las

funciones biológicas de la mujer y en su influencia psicológica consecutiva.

Tomemos, por ejemplo, a los Arapesh, pueblo primitivo de Nueva Guinea, cuya vida social y cuyo carácter han sido descritos magistralmente por Margaret Mead en "Sexo y temperamento" (ver Ind. Bibl.). Los Arapesh viven en una sociedad patriarcal que conserva todavía algunos rasgos de organización matriarcal.

Son gente pobre, suave, trabajadora.

Para ellos no existen diferencias temperamentales o intelectuales entre hombre y mujer. Sin embargo, son los hombres quienes asumen las responsabilidades y se dedican a ciertas actividades, como el culto religioso y el arte, que quedan vedadas a la mujer.

Sostienen que la mujer podría resultar perjudicada en sus capacidades procreativas si se dedicara a algo sobrenatural. La cuidan mucho en este sentido. Pero, evidentemente, esta explicación no basta para comprender por qué el hombre asume la responsabilidad frente a su esposa. Ahí interviene otro hecho interesante. Entre los Arapesh, la niña, cuando llega a los seis o siete años, es prometida a su futuro esposo, quien le lleva unos ocho años. Se traslada a la casa de su prometido, quien trabaja junto con su familia para mantenerla. Cuando ella llega a la madurez sexual, se realizan diversos ritos de iniciación, que culminan en un ayuno. Mientras que la joven novia está ayunando, recluida en la choza de la primera menstruación, el propio novio le prepara una sopa compuesta por distintas hojas de valor ritual. Al final de las ceremonias el novio le da una cuchara envuelta en una hoja, y es él mismo quien como una madre le ayuda a comer y le sostiene la mano, llevándosela a la boca, como si alimentara a una criatura. Después de la segunda cucharada ella sigue comiendo sola, como si ya hubiera adquirido bastante fuerza para hacerlo, y desde ese momento la colectividad los considera como mari-

do y mujer, dejándolos en libertad de consumir el matrimonio cuando quieran.

Analizando este tipo de noviazgo se llega a la conclusión de que el hombre adquiere derecho sobre la mujer por asumir el papel de madre. Él la lleva a su casa cuando todavía es joven.

Margaret Mead cuenta que si surge algún disgusto entre cónyuges, el marido nunca se apoya en su derecho de hombre para obligarla a obedecer, sino que le dice: "Yo trabajé el sagú, cultivé el ñame, maté el canguro e hice tu cuerpo. Yo te hice crecer.

¿Por qué no traes tú la leña cuando te lo pido?" Es decir, que el hombre tiene derecho sobre la mujer porque la hizo crecer mediante sacrificios, como el feto crece dentro de la madre alimentándose de ella.

Vemos, pues, que en esta sociedad, que todavía no se ha alejado mayormente del matriarcado, los hombres fundamentan precisamente su autoridad, adquirida hace relativamente poco, asumiendo un papel maternal frente a la esposa. Lo mismo ocurre también frente a los hijos. Durante las primeras semanas del embarazo de la mujer, el marido está obligado a realizar el coito con la mayor frecuencia posible, porque creen que el semen puede alimentar al feto dentro de la matriz.

Lo hace crecer, como antes hizo crecer a su novia. Después se identifica en lo posible con su mujer embarazada, observando durante su embarazo, alumbramiento y época "post partum" los mismos tabús y restricciones que ella (2). Es decir, intenta compartir con ella, en lo posible, su capacidad de procreación. Debemos deducir de estos hechos que siente envidia por la capacidad de su mujer y sabe, además, que es su papel de madre lo que le da influencia, autoridad y amor en la sociedad.

Una situación totalmente distinta a la existente entre los Arapesh fue observada por Kardiner entre los habitantes de las islas Marquesas (ver Ind. Bibl.). Estos isleños pertenecen a un pueblo en extinción. Es gente fuerte, alta, de carácter violento y orgulloso. Los hombres son antropófagos. Viven en una región donde generalmente hay abundancia de alimentos, pero a consecuencia de sequías, que se producen a intervalos irregulares, tienen que soportar épocas de hambre. Lo que llama la atención a primera vista es la desproporción numérica entre hombres y mujeres. Hay dos veces y media más varones que hembras, y según lo que dicen los habitantes, esta proporción es normal entre ellos, aunque no practican el infanticidio de las niñas, como otros primitivos. La consecuencia de esta situación es la poliandria. En una comunidad doméstica conviven un jefe de familia con su mujer y dos o tres maridos secundarios. En comunidades más adineradas pueden convivir el jefe, su esposa principal, dos esposas más y unos once o doce hombres. Todos los hombres tienen derecho sexual sobre las mujeres. No existen celos, sino, por el contrario, el jefe trata de tener una mujer hermosa para que le atraiga muchos hombres como colaboradores de su comunidad. Las mujeres mismas trabajan muy poco. Reinan en el hogar, porque mediante la distribución de sus favores sexuales dominan no sólo al jefe de familia sino también a los maridos segundones. Cuando quedan encinta, el embarazo les da más poder y prestigio. El hijo primogénito es el futuro heredero o sustituye, por lo menos en teoría, ya desde su nacimiento, al jefe de familia. La niña que nace primogénita puede tener la misma posición. En general, las mujeres pueden desempeñar las mismas funciones sociales que los hombres.

Lo único que les está vedado es el puesto de sacerdote oficiante. Pero pueden llegar a ser jefes de la tribu.

Vemos, pues, una situación social totalmente distinta de las que ya conocemos. A primera vista se podría suponer que la mujer goza de una vida mucho más fácil que la del hombre.

Sin embargo, la misma estructura familiar trae muchas desventajas para la mujer. En el fondo, ella sirve al hombre únicamente de objeto sexual, apreciado y odiado, por su misma dependencia de ella. Para satisfacerlo debe renunciar a sus instintos maternales. Efectivamente, las mujeres amamantan a sus hijos un máximo de cuatro meses. Después el niño queda al cuidado de los maridos segundones.

Además existe la costumbre que priva a la mujer de sus derechos maternos.

La adopción es muy frecuente y se practica en esta forma: cuando un jefe de familia poderoso tiene interés en adoptar un niño, lo puede pedir a cualquier otra comunidad doméstica donde hay una mujer encinta. Rehúsar este pedido y no entregar el niño a los dos o cuatro meses, significa ofender gravemente al solicitante y atraer sobre la comunidad que se niega una venganza cruel. Por eso, generalmente, los niños son entregados a los padres adoptivos y la madre debe renunciar totalmente a su hijo.

En resumen: la mujer está en una situación de privilegio frente al hombre en el aspecto sexual; en plano de igualdad casi absoluta en lo social y privada del goce de la maternidad por perder prácticamente a sus hijos pocos meses después de su nacimiento. No puede ni amarlos ni recibir el cariño de ellos. Las consecuencias de esa constelación psicológica y social son: rechazo del embarazo por parte de la mujer, que se expresa en las prácticas anticoncepcionales y de aborto, y la baja natalidad, situación poco frecuente entre los primitivos. El embarazo y el parto son considerados como algo muy peligroso, y con toda razón, porque la mortalidad entre las embarazadas y parturientas de las Marquesas es mucho más elevada de lo que podría explicarse por las circunstancias antihi-

giénicas. Otra consecuencia más es un fenómeno histórico interesante, que no se encuentra, que sepamos, entre otras mujeres primitivas y que es sumamente frecuente entre ellas; la gravidez inconscientemente simulada, la pseudociésis. El contenido de los conflictos íntimos de las isleñas se expresa en sus supersticiones. Debido a que han sido frustradas por sus madres desde su primera infancia y a que, ya adultas, ellas mismas se ven privadas por los hombres de sus funciones maternales, y se transforman en madres malas a su vez, crearon dos clases de seres sobrenaturales: los "fanauas" y las "vehinihai". Los fanauas son espíritus de hombres muertos al servicio de determinada mujer.

Si ésta quiere mal a una rival, le manda a su fanaua para que le destruya el feto en la matriz (explicación de la desaparición misteriosa del fruto del embarazo en caso de pseudociésis) o para que la mate en trabajo de parto.

Las vehinihai, o mujeres salvajes, también destruyen fetos y roban a los niños pequeños para comérselos. Salta, pues, a la vista que la mujer de las Marquesas teme sufrir los mayores males por sus propias compañeras de sexo.

Veamos, ahora, la situación del hombre. De niño sufre, igualmente que la niña, por la negación de su madre de darle leche y cariño. De hombre se ve coartado en sus deseos de amar y poseer íntegramente a una mujer. Está, en el aspecto sexual, en una situación penosa de dependencia respecto de ella, sabiendo que si no logra satisfacerla dará sus favores a otro.

Por eso la trata muy bien, pero la odia en el fondo e intenta en lo posible quitarle su poder, basado en sus facultades biológicas. La imagen inconsciente que tiene ella surge en los cuentos folklóricos. Ahí reaparecen las ogresas, las vehinihai, disfrazadas de jóvenes hermosas. Si logran seducir a un hombre, lo amenazan con comérselo a menos que les dé satisfacción sexual continua. Entre sí los hombres se lle-

van muy bien. Sus celos surgen únicamente durante una borrachera. Es decir, que para unirse contra la mujer reprimen los celos.

Tienen prácticas homosexuales orales.

Practican entre ellos el "fellatio".

Interpretando esta perversión, se comprende que uno de los compañeros toma el papel de madre, pero de una madre más buena que la que ha tenido, una madre que da leche (el semen tiene este significado para el inconsciente) y cariño. El otro compañero ocupa el lugar del niño y satisface así sus anhelos infantiles frustrados. Se pueden observar otras manifestaciones más del deseo del hombre de desempeñar el papel materno. Es él quien cuida a los niños. Un hombre adquiere mucho prestigio si derrocha gran cantidad de alimentos en los festines. Los hombres son artesanos muy hábiles, y Kardiner interpreta el gran valor que dan a los objetos creados por ellos como símbolo de su estima por el acto de procreación.

La interpretación de todos estos hechos sería la siguiente: los hombres viven una situación de dependencia penosa y de inseguridad frente a la mujer, basada, por lo menos parcialmente, en el desequilibrio numérico entre los dos sexos. Intentan adaptarse a esta situación otorgando muchos privilegios a la mujer, para mantenerla dispuesta a proporcionarles la satisfacción sexual anhelada. El poder de la mujer, en general, reside en dos factores: su capacidad de dar satisfacción sexual y de ser madre. Los hombres, en tanto fomentan su sexualidad, intentan coartarla en sus facultades maternas para que no adquiera demasiado poder. Quitándole a menudo el fruto de su embarazo, al niño, a través de la adopción; y sustituyéndola, por ser ellos quienes educan al niño adoptivo, disminuyen sus deseos naturales de embarazarse. Pero también cuando no ocurre la adopción privan a la madre del placer de dar y recibir amor del hijo y asegurarse así su cariño

para el futuro. La mujer parece contenta de su situación, gozando de sus privilegios sociales y sexuales, pero se somete al hombre, cediéndole gran parte de sus funciones maternas y rechazando la maternidad.

Como es la madre la que frustra tanto a la niña como al varón, es la figura de ella la que ocupa el lugar del ogro caníbal y siempre exigente en las creencias religiosas.

Las dos estructuras sociales que acabo de describir son tan distintas a nuestra sociedad que no caben comparaciones. Pero he descrito aquí la cultura de los Arapesh para demostrar cómo primitivamente el hombre adquiere su poder asumiendo el papel de madre frente a su mujer y sus hijos; cómo estima la maternidad y -a través de su conducta de identificación con la mujer embarazada- a la parturienta y la madre que amamanta; cómo parece envidiar las funciones maternas de la mujer e intenta sustituirla en ese papel.

Es una sociedad que no conoce el suicidio, mal tan frecuente de nuestra civilización. Donde un niño es bien recibido, más tarde no recurrirá a este rechazo extremo de la vida que su madre le dio, aunque se encuentre en situaciones penosas. Como entre los Arapesh el hijo es esperado con mucho cariño maternal por ambos padres, no existe el suicidio entre ellos. Describí e interpreté, por otra parte, la situación social de los habitantes de las islas Marquesas. Allí la mujer tiene que pagar, como precio de su igualdad social y posición sexual privilegiada, con su renuncia a toda satisfacción afectiva que pueda brindar la maternidad y debe, como lo demuestra la baja natalidad entre ellos, reducir afectivamente, por diversos medios, sus funciones procreativas.

Veremos más adelante la similitud que puede existir entre esta situación y la de nuestra cultura actual. Al respecto, quiero anticipar los siguientes hechos. He planteado como tesis central de este libro que la mujer moderna, al adquirir más libertad sexual y social, ya no sufre tanto de cuadros neuróti-

cos típicos, como la gran histeria; restringida, empero, en sus funciones maternas, padece, en cambio, de trastornos psicósomáticos en sus funciones procreativas. Entre las mujeres de las islas Marquesas, en un marco cultural totalmente distinto, observamos el mismo fenómeno con las mismas consecuencias. Mientras que, generalmente, entre los primitivos no existen trastornos con relación al embarazo, y la mortalidad durante el parto es escasa si tomamos en cuenta las pésimas condiciones higiénicas, entre las Marquesas existe frecuentemente el fenómeno de la seudociesis o embarazo histérico, y el embarazo y el parto son temidos por la elevada mortalidad. Asimismo, entre los habitantes de las Marquesas - donde, si bien (a causa de la baja natalidad) se estima mucho al niño recién nacido, se lo trata con suma frialdad y le falta todo el cariño maternal- el suicidio es un fenómeno neurótico conocido y común.

Margaret Mead había estudiado a los Arapesh y otros pueblos primitivos para determinar hasta qué punto lo que comprendemos actualmente como masculino o femenino es tal por razones biológicas, o hasta dónde confundimos consecuencias culturales con algo innato a los sexos. (l.c.) Ya dijimos que los Arapesh eran un pueblo suave y humilde, sin diferencias psicológicas manifiesta entre los sexos, sino que tanto hombre como mujer tenían un carácter pasivo, maternal, y concordante con lo que estamos acostumbrados a denominar como femenino. La segunda cultura que estudió la autora fue la de los Mundugumor, pueblo salvaje y arrogante, que era, hasta unos pocos años atrás, caníbal y cazador de cabezas. Allí tampoco reconocen distinción psicológica entre los sexos. Tanto hombres como mujeres demuestran coraje, independencia, temperamento, y un rechazo violento de las criaturas. Es decir, los dos sexos tienen carácter "viril". Esta cultura es patriarcal; sin embargo, frecuentemente matan a los hijos varones recién nacidos porque al padre no le interesa criar y educar futuros rivales. En general, tanto el emba-

razo como la educación de los hijos son considerados como una molestia grande.

Durante su estada entre los Mundugumor la doctora Mead pudo observar una sola mujer de temperamento maternal, que hubo de calificar de inadaptada y fracasada dentro de las normas de su sociedad y cuyo destino era la neurosis. En la misma situación se encontraba un hombre, bueno, suave y dócil, que ostentaba también rasgos maternos. Entre los Arapesh también había observado algunos individuos inadaptados entre ambos sexos, de carácter violento, que les hubiera permitido una adaptación corriente entre los Mundugumor.

Como Margaret Mead había emprendido su viaje de exploración para estudiar las diferencias psicosexuales entre culturas distintas de la nuestra, sintió cierta desilusión al tropezar con pueblos que no reconocían ni ostentaban diferencia alguna. Las encontró finalmente en una tercera tribu, los Tschambuli. Se trata de una tribu pequeña, que vive en las orillas de un hermoso lago, al cual el contraste de colores da un aspecto totalmente irreal. La estructura formal de esta sociedad también es patriarcal o, por lo menos, patrilineal (3). Sin embargo, las mujeres son las cabezas de familia. Mientras que los hombres se dedican casi exclusivamente a actividades artísticas, como ser la confección de artículos ricamente adornados, el estudio de bailes ceremoniales, representaciones teatrales, etc., las mujeres hacen todo el trabajo que forma la base económica de la sociedad. De ellas es de quienes se espera que tengan necesidades sexuales indomables, en contraste con los hombres.

Ellas eligen maridos, no se arreglan, se afeitan la cabeza, etc. Los hombres cuidan su físico y especialmente sus complicados peinados con gran dedicación. Allí los inadaptados socialmente entre los hombres corresponden a caracte-

res que nosotros llamaríamos masculinos, e igualmente son las mujeres femeninas las que contrastan con su ambiente.

En sus conclusiones, la autora nos dice qué había despertado su interés para una investigación de este tipo.

La confusión reinante frente al papel de los sexos en los Estados Unidos, la llevó a averiguar en sociedades primitivas qué era lo auténticamente masculino y femenino en el ser humano.

La confusión en los Estados Unidos proviene de que la forma de vida real ha entrado en discrepancia con las normas que todavía rigen los conceptos e ideales sobre lo que tendría que ser la forma de vida de los sexos. Frente al hecho de la igualdad en todos los terrenos, los hombres se sienten humillados, temiendo perder su virilidad si pierden su predominio social sobre la mujer. Ésta, a su vez, se siente virilizada y usurpadora en su nuevo papel de mujer independiente que se gana la vida, rivaliza en muchos terrenos con el hombre y a menudo sostiene su hogar.

La doctora Mead fue a Nueva Guinea con el propósito de llegar, a través del estudio de tres sociedades totalmente distintas de la nuestra, a reconocer lo auténticamente masculino y femenino. Llegó a la conclusión, desconcertante para ella misma, de que nuestro concepto al respecto es la resultante de nuestra propia cultura, y que, para citarla literalmente: "Muchos, si no todos, de los rasgos de la personalidad que llamamos femeninos o masculinos, se hallan débilmente unidos al sexo, como lo está la vestimenta, las maneras, y la forma del peinado que se asigna a cada sexo según la sociedad y la época". Margaret Mead es optimista respecto al futuro de nuestra sociedad, porque ve la posibilidad de que vayamos adaptándonos poco a poco a las nuevas condiciones que nos impone el desarrollo cultural actual. Dice al respecto: "Estamos obligados a deducir que la naturaleza humana es maleable de una manera casi increíble, y responde con exac-

titud y en forma igualmente contrastante a condiciones culturales distintas y opuestas".

Sin embargo, esta maleabilidad tiene sus límites. La mujer actual que se adapta totalmente a una sociedad antiinstintiva y antimaternal -como demostraremos a lo largo de este libro- sufrirá, de alguna manera, las consecuencias, siempre que no sepa integrar su logro profesional con su vida amorosa y de madre. Y esta integración a menudo no será fácil de alcanzar.

Antes sabía que la finalidad de su vida era casarse y tener hijos. Actualmente la maternidad ya no es tan deseada. Dada nuestra organización social -con el trabajo femenino, la crisis de la vivienda, el elevado costo de la educación de un niño- el nacimiento de un hijo es sentido a menudo más bien como un estorbo económico y social, que como una alegría. La mujer, para dar valor a su vida, tiende a buscar nuevos contenidos. El ideal de la maternidad -a la cual toda mujer aspiraba, acorde, al propio tiempo, con sus impulsos instintivos- se ha sustituido actualmente por múltiples ideales, distintos en cada capa social, en cada ambiente, y muy frecuentemente en pugna con la maternidad. Antaño las niñas leían novelas que terminaban con un casamiento, y toda su fantasía se concentraba en la futura vida matrimonial y la educación de sus hijos. Actualmente las jóvenes sueñan con ser estrella de cine como Sofía Loren, o sabias ilustres, como Marie Curie, o cosmonautas, como Valentina. Hay muchos caminos abiertos, pero ellas, a menudo, no saben cuál tomar. La niña de nuestra época, no forzada por razones económicas a trabajar inmediatamente en lo que más le rinda, está frente a un dilema vocacional: el de vivir la vida de antaño o elegir la carrera adecuada. Ya no se presume, como al principio de nuestro siglo, que una profesión implique para la mujer la renuncia al casamiento y a la posibilidad de fundar una familia. Pero las normas de vida de una mujer casada de clase media

no están bien establecidas y se ve abocada a muchos problemas de orden práctico en su intento de aunar su vida de mujer con su profesión. Debe afrontar exigencias del medio ambiente mayores de las que se piden al hombre.

Debe atender bien su casa y a su marido, con quien debe saber lograr el orgasmo (últimamente la sociedad exige a la mujer capacidad orgásmica con el mismo énfasis, como exigía desde siempre potencia al hombre). Tiene que dedicarse a la crianza y educación de sus hijos. Pero simultáneamente debe cumplir fuera de su casa con un horario de trabajo igual al del hombre.

Al propio tiempo se espera de ella que dedique parte de su tiempo, ya tan escaso, a su arreglo corporal. Ella intenta coordinar todas estas tareas, sin que le sea posible cumplir con todo. Lo percibe, sufre por su supuesta incapacidad y se siente culpable frente a su marido, a sus hijos, a su jefe de oficina: se reprocha a sí misma por no rendir todo lo necesario.

Esto es lo que concierne a la mujer que necesita o desea trabajar. La mujer que prefiere ser ama de casa y cuyo marido gana lo suficiente para la manutención del hogar, podrá vivir una vida estrictamente "femenina", pero limitada ya, generalmente, al restringir el número de los hijos. Además, también debido a las tendencias mecanicistas de nuestra época, muchas veces ni ella ni la mujer que trabaja sabrán gozar bien su maternidad. Teme que su cariño pueda dañar a su hijo.

Ocurre esto a tal punto que la función principal del pediatra de orientación psicoanalítica consiste, a menudo, en autorizarla a querer a su hijo. Margaret Ribble dedicó un libro importante a este tema "Los derechos del niño" (véase Ind. Bibl.), en el cual reenseña a las madres actuales lo que sus abuelas sabían instintivamente, desde siempre. Defiende en su exposición la necesidad de querer al lactante, de mimarlo,

de mecerlo, de levantarlo en brazos y cantarle canciones de cuna. Pero para que las madres modernas puedan aceptar estas enseñanzas, en plena oposición con la rigidez de la puericultura actual, la autora las incluye en el horario del bebé. No argumenta sencillamente que lo natural para madre e hijo es quererse, sino que se funda tanto en la teoría como en su numerosa práctica hospitalaria para justificar que los niños necesitan amor para lograr un buen desarrollo psicofísico. Las madres de hoy en día, sometidas a una sociedad altamente civilizada, con su excesivo temor al contagio y al desorden, se han resignado a reprimir su ternura maternal y a dudar de sus impulsos y únicamente con autorización médica se animan a manifestarlos, en la misma forma seudorracional como dan, p.e., vitaminas a su hijo.

Además, la mujer que se dedica totalmente a su marido e hijos se enfrenta con otros problemas, desconocidos anteriormente. Pronto aparece como poco atractiva e interesante a los demás. Todos le dan a entender que ella no trabaja, o que la labor que realiza es de poco valor. Se siente con menos derechos que sus amigas o su marido, por no ganar dinero y aportar así al sostén de la casa. Siente desperdiciada la formación que recibió.

A la larga se aburrirá en su hogar y buscará estadios vacíos para llenar sus horas libres y sentirse más importante. Sus pocos hijos crecen y se independizan rápidamente. Una vez casados, ya no vivirán, como antes ocurría a menudo, en el hogar paterno.

Las hijas y nueras prefieren educar a sus niños solas, sin la ayuda de la abuela. Queda sola, en su hogar vacío, a menudo precisamente a una edad -la menopausia- que desvalorizará lo que antes le había interesado y dado seguridad.

Todo lo dicho hasta ahora se refiere a la mujer que, a pesar de todas las dificultades externas e internas, logró su maternidad. Pero muchas no alcanzan esta realización. En

los Estados Unidos actualmente un 20% de las mujeres llega a la menopausia sin haber tenido un hijo. Y quedan frustradas así y truncadas, por no haberse realizado en una parte trascendental de su ser.

La mujer que está en conflicto consigo misma como tal, puede expresar, sin tener conciencia de ello, este conflicto en diferentes terrenos.

Puede tener dificultades con sus hijos, puede sufrir de distintos trastornos en su vida procreativa o puede, si el conflicto es demasiado grande, esquivar del todo la maternidad. De las tres maneras expresa su rechazo de ser madre. Y este rechazo implica un hecho de suma importancia, porque significa que está en desacuerdo con su propio sexo y, por lo tanto, con su propia existencia. Se podría objetar a esto que como ser humano puede ser mujer y estar satisfecha de su vida sexual sin llegar a ser madre. ¿Es ello realmente posible? ¿La maternidad es realmente parte fundamental de su vida instintiva? Veamos primeramente la situación correspondiente en el hombre. Evidentemente, en ambos sexos la sexualidad aparece supeditada a los fines de la procreación. Pero el hombre, como individuo, generalmente no lo siente así. Siente amor, excitación, necesidad del acto sexual, en el cual se condensa su participación biológica en el proceso de la procreación: puede sentir el afán psicológico de ser padre, pero generalmente no establece una relación directa entre su deseo genital y una posible paternidad. Sus sentimientos paternales no pueden ser interpretados como manifestaciones de un instinto de paternidad, sino que corresponden a causas y necesidades meramente psicológicas.

Pero en la mujer existe una interrelación constante entre procesos biológicos y psicológicos. Desde la menarquía hasta la menopausia, es decir durante la parte más importante de su vida, se desarrollan en ella procesos biológicos destinados a la maternidad. Por la actuación endocrina de los ovarios, la

mucosa de la matriz se prepara continuamente para recibir el óvulo fecundado y albergar al feto.

Por ejemplo, los trabajos de Benedek y Rubenstein, sobre el ciclo sexual de la mujer, (véase Ind. Bibl.) no dejan lugar a dudas de que esta preparación biológica se manifiesta en los cambios psicológicos correspondientes.

Observaron estos autores un incremento del deseo sexual en la época anterior a la ovulación, es decir, de posibilidad máxima de fecundación. En esta época las mujeres estudiadas por ellos experimentaban conscientemente sentimientos de amor y deseaban recibir al compañero, mientras que la tendencia a la impregnación, aunque permanecía habitualmente inconsciente, se expresaba con toda claridad en sueños.

Parece, pues, existir en la mujer un deseo instintivo de ser fecundada y concebir un niño. Es un hecho bien conocido por los ginecólogos que la mayoría de las mujeres que sufren de neoplasmas de la matriz nunca han tenido hijos y se están acercando a la menopausia. La interpretación de este fenómeno psicosomático parece obvia.

Son mujeres frustradas en su maternidad que se acercan a la renuncia definitiva. Entonces su matriz se llena de tejidos, creando autoplásticamente un pobre sustituto del niño anhelado.

Habrà entre ellas muchas mujeres que conscientemente nunca desearon un embarazo, pero su inconsciente experimenta la situación en forma opuesta.

En general se puede decir que la mujer, aunque utilice medios anticonceptivos y descarte conscientemente durante el coito las posibles consecuencias, percibe en su inconsciente una relación constante entre la aceptación del placer que le ofrece su compañero y la fantasía de un embarazo, de un parto. Se puede ir todavía más lejos en esta afirmación. La

postergación de la menarquía, los estados de amenorrea y dismenorrea, etc., están en el fondo siempre relacionados con conflictos respecto a la maternidad. Se podría objetar que muchas mujeres parecen felices y capaces de una vida sexual satisfactoria sin haber sido nunca madres. Pero, como ya se dijo antes, esta felicidad está, a menudo, basada en una represión del conflicto y sucumbe a la depresión menopáusica cuando la mujer comprueba haber perdido definitivamente su posibilidad de ser madre.

En otros casos la mujer sin hijos logra ser feliz siempre que encuentre una forma de vida que le permita una sublimación satisfactoria de su instinto maternal. Psicológicamente, a menudo no importa tanto la realización de la maternidad, sino su aceptación relativamente libre de conflictos.

Sin embargo, aun sublimando al máximo su instinto maternal, la mujer que no logró realizarse como madre sentirá, en el fondo de su ser, haber desperdiciado parte de sí misma.

Para la mujer de hoy en día es válido el viejo proverbio chino: Para poder enfrentar tranquilamente la vejez y la muerte, hay que haber tenido un hijo, plantado un árbol y escrito un libro. Solamente así siente haber trascendido en todos los planos.

Pero si la mujer queda limitada, por no poder integrarse plenamente, si se siente frustrada en sus aspiraciones instintivas y culpable lo serán con ella también su marido y sus hijos. Unicamente una mujer frente a su conciencia, se volverá neurótica y desgraciada. Y si es madre, feliz y en paz consigo misma está capacitada para criar y educar hijos felices.

Sabrá darles la seguridad básica que se necesita y adquiera en la primera infancia y que es tan importante para ellos, para que, el día de mañana, sepan desempeñarse en este mundo tan inseguro.

## Notas

(1) Freud: "Un caso de curación hipnótica" (véase Ind. Bibl.).

(2) Esta última costumbre, de que el marido se acueste después del parto de la mujer, observando régimen y exigiendo diversas clases de atenciones, como si él hubiera parido un hijo, es frecuente entre los pueblos primitivos y fue designada por los antropólogos con el término de "couvade". Se han intentado varias interpretaciones, en parte contradictorias, de esta costumbre extraña a nuestra forma de pensar. Me parece la más acertada la de que el marido, comprendiendo el poder que la maternidad da a la mujer sobre sus hijos, le envidia su capacidad de dar a luz y se apropia de ésta mágicamente a través de la imitación del estado físico de la parturienta.

T. Reik, en su libro "Probleme der Religionspsychologie" (v. Ind. Bibl.) ofrece un valioso material y un resumen de las distintas opiniones al respecto, llegando a la conclusión de que tanto la "couvade" como los ritos de iniciación, tienen como fin la anulación del ligamen entre la madre e hijo y su sustitución por uno nuevo en que el hombre reemplaza a la madre.

(3) Es decir, que tanto el apellido como los bienes se transmiten del padre a los hijos varones.

## Capítulo II

### Revisión de la literatura psicoanalítica sobre la femineidad

Freud y su época. El psicoanálisis. Enfoque del ser humano como unidad psicobiológica. Desarrollo sexual infantil en el varón, según Freud. En la niña. Según otros psicoanalistas. Ruth Mack Brunswick, Helene Deutsch. ¿Rechaza la mujer su femineidad desde el principio? Karen Horney. Datos antropológicos. La escuela psicoanalítica inglesa: Ernest Jones y Melanie Klein. Mi concepto al respecto.

Hasta ahora hemos hablado del conflicto de la mujer moderna. Destacamos que se manifiesta, a menudo, en el terreno psicosomático. Vemos ahora qué nos ofrece la ciencia del psicoanálisis para adquirir una comprensión profunda de este conflicto y de su sintomatología. Debemos, para eso, situar y recapitular primeramente algunos conceptos básicos de la obra de Freud, para revisar después las diferentes investigaciones con respecto al problema específico de la psicología de la mujer.

Freud adquirió su convicción de la existencia de lo inconsciente y tacto con la biología y la neuropsiquiatría de su época. Para sus investigaciones futuras pudo utilizar los conocimientos adquiridos en este terreno. No pudo apoyarse en la psicología clásica, que, basada totalmente en la psicología de la conciencia, desconocía la existencia de procesos inconscientes. Más tarde los representantes de la psicología clásica, enfrentados por Freud con este nuevo concepto, lo combatieron encarnizadamente. Sin embargo, precisamente

este concepto permitió a Freud transformar la psicología de una disciplina abstracta en una ciencia natural y exacta y capaz de ser profundizada.

Freud adquirió su convicción de la existencia de lo inconsciente y de la magnitud de la influencia de sus procesos sobre la mente a través del estudio de la psique enferma, en la cual la disociación entre conciencia e inconsciente se ponía más de manifiesto.

Sólo después de haber estudiado esta disociación en sus enfermos pudo dar el paso definitivo de encontrar las analogías entre enfermedad y salud, y demostrar cómo los mismos mecanismos, aunque en cantidades e intensidades distintas, obran en la psique del psicótico, del neurótico y del "normal".

Lo expuso demostrando cómo todos nosotros, en nuestros actos más triviales, estamos sometidos a las tendencias contradictorias de nuestro inconsciente, que nuestra voluntad suele desconocer. Además, demostró que todos, en nuestros sueños, nos sumergimos en un estado equiparable al delirio, y que las imágenes oníricas se hacen accesibles a la comprensión mediante el método psicoanalítico.

¿Cuáles fueron los elementos útiles que Freud pudo tomar de la psiquiatría de un tiempo? (1) Por una parte, el reconocimiento nuevo, y aceptado sólo por algunos psiquiatras progresistas, de la causalidad psicológica de los trastornos histéricos. De ello, a través de sus estudios realizados bajo la guía de Charcot, de Liébault, de Bernheim, llegó, como él mismo nos lo refiere, a "recibir las impresiones más profundas de la posibilidad de que existieran procesos mentales que, sin embargo, permanecían ocultos a la conciencia de los hombres". Es decir, recibió la primera noción del inconsciente.

Por otra parte, el concepto de la importancia central de la sexualidad en la vida del hombre, que generalmente se

atribuye y hasta se recrimina a Freud, ya estaba en la mente de los sexólogos, psiquiatras, filósofos y hasta poetas de su época. Era el final de un largo período de tranquilidad económica, en el cual, después de haberse proclamado la libertad del hombre, empezó a surgir la noción de lo limitado de tal libertad. Esta misma noción llevó a la duda sobre la omnipotencia de nuestra voluntad y al reconocimiento de las limitaciones que ejercen las fuerzas sexuales, sean perversas o normales, sobre ella. En la literatura, fueron los grandes escritores franceses de la época, Zola, Guy de Maupassant y Marcel Proust, y los rusos, principalmente Tolstoy y Dostoiewsky, con su profunda comprensión psicológica, quienes trataron el problema. Entre los investigadores científicos surgieron los sexólogos Krafft-Ebbing, Njcke, Moll, Forel y Havelock Ellis, que se dedicaron plenamente a estudiar los fenómenos sexuales y a darles el lugar tan importante que les corresponde en la vida humana y que hasta entonces se les había negado. Surgió el afán de prescindir de ilusiones piadosas, de ver al hombre tal cual es. Sin que los psiquiatras de la antigua escuela se dieran cuenta, esa corriente de neorromanticismo, de individualismo, empezó a sustituir la psiquiatría formalista por el estudio del individuo.

Esta primera corriente se puede observar entre los grandes filósofos de la época. Schopenhauer, en sus escritos, estaba sumamente preocupado por el problema sexual. Fue probablemente el primero en reconocer plenamente la fuerza inconsciente de los instintos y la supremacía que pueden adquirir sobre nuestro consciente. Nietzsche escribió una especie de historia del desarrollo instintivo del hombre con anterioridad a Freud. Que éste no haya leído a Nietzsche antes de haber escrito la mayor parte de sus obras científicas es otra prueba más de que en su época estaba madura para sus descubrimientos -aunque la mayoría de sus contemporáneos le opusieran gran resistencia y de que él mismo era hijo de su época. Por otra parte, comprobó ser superior a esta época,

que evidenció tendencias destructivas y hostiles a la razón precisamente en sus corrientes neorrománticas, mientras que el fin de Freud y de la ciencia creada por él -el psicoanálisis- es constructivo, e intenta llevar al individuo a la curación y adaptación a la sociedad, y a la sociedad misma a adaptarse a las necesidades individuales.

Vimos lo que Freud, en su intento de comprender la psique humana, pudo tomar como elementos útiles de la psiquiatría y filosofía de su época. Pero Freud era médico. Había empezado su carrera de investigación como neurólogo, y se había formado en el ambiente de estricta investigación biológica del laboratorio del gran filósofo Brücke. Por eso, cuando entró en el terreno de lo psicológico, de lo impalpable, buscó el apoyo firme por las ciencias naturales. Hartmann (véase Ind. Bibl.) dice: "El psicoanálisis se caracteriza por haber surgido del abismo, aparentemente insalvable, que separaba una psicología científica natural que se ocupaba de los procesos psíquicos elementales y trabajaba principalmente con el método experimental, por una parte, y de la psicología /intuitiva/ de poetas y filósofos por otra". En todo caso Freud pudo obtener más de la psicología "intuitiva", que de la psicología experimental, que tenía un carácter meramente fenomenológico, mientras que el fin del psicoanálisis como método de investigación es precisamente el establecimiento de reglas o leyes del suceder psíquico. Así, la psicología se convirtió en una ciencia natural que abarca en sus investigaciones no solamente la parte exterior, fenomenológica, de la conducta, sino los complicados procesos interiores de pensamientos y sentimientos, inaccesibles a la psicología clásica.

Para hacerlos accesibles a la investigación científica, Freud hubo de buscar y encontrar el punto en el cual estaban basados en lo concreto, lo biológico. Lo logró centrando el psicoanálisis alrededor de la sexualidad y dándole como base su teoría de los instintos. Para Freud, la fuerza que mueve

nuestros pensamientos, acciones, actividades y percepciones, es la libido, definida como energía dinámica del instinto sexual. El instinto sexual mismo constituye una expansión límite entre lo psíquico y lo somático y representa, como un factor dinámico dentro de la psique, los estímulos orgánicos.

Un aspecto de la orientación biológica de Freud sería, pues, su teoría de los instintos. Otro, la importancia que atribuyó a los factores hereditarios y constitucionales. Finalmente, su orientación biológica se expresa en su concepto de la bisexualidad y de la estructura psíquica que atribuye a cada sexo. Es decir, en el problema que nos interesa aquí especialmente, en lo que biológicamente debemos reconocer como masculino y femenino. Que Freud haya logrado unir lo psicológico con lo somático y ver al ser humano como unidad, es uno de los méritos más decisivos del psicoanálisis y simultáneamente su fundamento. Fue este enfoque el que permitió a Freud llegar a descubrimientos que revolucionarían la medicina, la psicología y grandes sectores de la ciencia en general. Hartmann (l.c.) dice al respecto: "El hecho de que el psicoanálisis tenga por base la biología es su ventaja metodológica más firme".

Sin embargo, no es fácil distinguir siempre en lo psicológico las consecuencias inmutables de factores biológicos de las variables, debidas a constelaciones culturales. Freud había nacido a mediados del siglo pasado. Se educó en una sociedad patriarcal y aparentemente estable, en donde la diferenciación de los papeles que desempeñaba cada sexo y la supremacía del sexo masculino parecía fuera de cualquier duda. También científicamente no cabía discusión al respecto.

Contemporáneos de Freud, como Moebius y Marañón, describieron a la mujer como hombre incompleto. Para Weininger, representante de la idea de la bisexualidad, la mujer era la antítesis del hombre. Pero para los tres la hembra era

un ser inferior al macho, y tanto Marañón como Weininger, consecuentemente, valorizaban más a la mujer homosexual, que se acerca al ideal varonil, que a la mujer femenina.

¿Cuál era, pues, el criterio de Freud sobre la mujer, criterio que desarrolló en sus trabajos pertenecientes a las primeras décadas de nuestro siglo y que modificó muy paulatinamente? Freud estudió, primero y principalmente, el desarrollo de la sexualidad infantil en el varón. Para él, el sexo "standard" era el masculino. Después atribuyó a la mujer el mismo desarrollo hasta el momento en que la niña se da cuenta por primera vez de la diferencia anatómica entre los sexos, reconocimiento que, según él, generalmente ocurre a los tres o cuatro años de edad. Dice que la niña reacciona siempre a este descubrimiento con un sentimiento inmediato de envidia, deseando tener ella misma un genital masculino, sintiéndose inferior y despreciando a su propio sexo. La interpretación que ella encuentra a su falta de pene es la de haber sufrido una mutilación genital. Este proceso psicológico sería independiente del ambiente social de la niña. Pasada la primera desilusión, la niña llega, sólo paulatinamente y a través de muchos conflictos, a reconciliarse con su propio sexo, pero generalmente subsiste durante toda su vida cierto resentimiento por su femineidad. Además, su falta de pene, que considera casi una inferioridad orgánica, tiene tal vez como consecuencia una inferioridad en el plano psicológico, cultural y moral (2). Pero como existen rasgos de los dos sexos tanto en el hombre como en la mujer (concepto de la bisexualidad), esta inferioridad no estaría en oposición con las dotes afectivas e intelectuales de determinadas mujeres superiores, porque su capacidad sería sencillamente una manifestación de tendencias masculinas en ellas. Toda esta situación de inferioridad sería consecuencia del desarrollo psicobiológico de la mujer y así, hasta cierto punto, independiente de su ambiente familiar y cultural.

Este concepto fue aceptado por todos los primeros colaboradores de Freud. Para muchos psicoanalistas sigue en evidencia aún en la actualidad. Sin embargo, no es casual que hayan sido principalmente psicoanalistas mujeres, menores que Freud en varios decenios, quienes hayan descubierto el carácter defensivo de la envidia del pene. Primeramente fue Karen Horney, que investigó este tema profundamente, aunque con cierto matiz polémico. Después Melanie Klein y su escuela, al estudiar las vivencias psicológicas del primer año de vida, y basándose en el concepto de fantasía inconsciente, logró demostrar cómo, tanto la niña como el varón, reaccionan prácticamente desde el principio de su vida de acuerdo con su sexo y su biología.

Pero Melanie Klein y otras analistas mujeres podían profundizar en la psicología femenina más allá de lo que le fue posible a Freud, gracias a él y a sus geniales descubrimientos, y, además, porque ya pertenecían a otra época. Ya no estaban coartadas por el prejuicio de la inferioridad de la mujer, ni ellas, ni las enfermas que ellas estudiaban.

Haré ahora una revisión detallada de la literatura psicoanalítica sobre la femineidad, que nos servirá de base para todo el material clínico que estudiaremos posteriormente. Antes tendré que exponer el concepto que Freud elaboró de la sexualidad infantil. Fue el estudio de ésta la que lo llevó a incluir en el término de sexualidad una serie de manifestaciones instintivas que anteriormente no habían sido reconocidas como tales.

El desarrollo sexual infantil, que ahora describiré, ya fue expuesto a grandes rasgos por Freud en el año 1905, en "Una teoría sexual" (véase Ind. Bibl.) Los resultados de la investigación expuestos allí fueron obtenidos a través del análisis de adultos, es decir, hasta cierto punto en forma especulativa. Sin embargo, cuando unos años más tarde tuvo la oportunidad de observar directamente el desarrollo de una neuro-

sis infantil, en un niño de corta edad, e intervenir mediante su padre, obteniendo su completa curación (Análisis de una fobia de un niño de cinco años) (véase Ind. Bibl.), comprobó la veracidad de todos los conceptos obtenidos a través del análisis de adultos. Este niño, que hasta enfermarse de una fobia parecía perfectamente normal, tenía ya una vida sexual rica en sentimientos, tendencias y conflictos.

Esta primera observación psicoanalítica directa de un niño fue hecha en un varón. También en su trabajo básico, "Una teoría sexual", Freud dedica su interés primordial a la evolución sexual masculina. Seguirá su exposición, completándola luego con sus aportes a la evolución sexual femenina. Apoyándose en el resumen de Sterba en "Teoría de la libido" (véase Ind. Bibl.), incluiré también el concepto de Abraham, expuesto en su trabajo "Breve estudio del desarrollo de la libido a la luz de los trastornos mentales" (véase Ind.

Bibl.), sobre las dos etapas de cada fase de desarrollo.

Hasta los descubrimientos de Freud generalmente solía confundirse lo sexual con lo genital, basándose en el hecho de que la sexualidad del adulto normal se concentra en los genitales y se descarga a través de ellos. La ampliación que Freud dio al concepto de sexualidad le permitió hacer comprensibles las relaciones entre los genitales y otras zonas erógenas, y estudiar el desarrollo de la sexualidad infantil. Observó que las manifestaciones sexuales de los niños surgen en sucesión temporal, siguiendo siempre determinado orden. Las primeras manifestaciones comienzan inmediatamente después del nacimiento y son experimentadas en la boca. El placer sexual correspondiente a esta "primera fase oral" es la succión. El niño siente placer tanto al succionar el pecho materno e ingerir su alimento, es decir, al satisfacer sus necesidades alimenticias, como también al succionar su dedo o el chupete, es decir, al estimular la mucosa bucal sin apagar su hambre. También en las demás fases se puede

observar que el niño experimenta sus satisfacciones sexuales en aquellos órganos y zonas que cumplen una función importante de autoconservación. Pero la búsqueda de placer suele independizarse muy pronto de la necesidad de autoconservación, hasta ponerse a la búsqueda del placer genital, muy a menudo en oposición directa con aquélla. El objeto anhelado en la primera fase oral es el pecho materno o su sustituto, la mamadera. Abraham denominó esta fase "preambivalente" - es decir, libre de conflicto entre amor y odio-, porque el niño, al ingerir el alimento, todavía no experimenta hostilidad hacia el pecho que lo alimenta, ni se da cuenta de que destruye la leche al tragarla.

Esta situación es distinta en la segunda fase oral, llamada también caníbal. Cuando aparecen los primeros dientes, el carácter de la búsqueda de placer del niño experimenta un cambio importante. Todavía busca su mayor satisfacción con la boca, pero ya no por medio de la succión, sino mordiendo y masticando. Quiere destruir con sus dientes todos los objetos con que se pone en contacto. En sus fantasías, trata a las personas ligadas a él como al alimento. Desea comerlas porque las quiere, y destruirlas, masticándolas, porque las odia y teme.

Estas fantasías, que pueden comprobarse más tarde tanto en sujetos neuróticos como psicóticos y que también hallan su expresión en cuentos de hadas y mitos, tienen carácter caníbal.

Cito como ejemplo el cuento de "Caperucita Roja". El mismo deseo del niño de comerse a las personas queridas - porque en esta época ya se da cuenta de que el pecho forma parte de su madre y ya quiere comerla del todo- lleva al temor de ser comido por los demás. El deseo de comer contiene simultáneamente tendencias amorosas y agresivas, y ya por eso envuelve un conflicto de ambivalencia.

La zona erógena que llega a sustituir en el desarrollo infantil a la zona oral es la anal. Desde pequeño, el niño ha tenido sensaciones placenteras en esta zona, que acompañaron sus deposiciones o fueron estimuladas por los cuidados higiénicos de su madre o por intervenciones médicas, principalmente enemas y supositorios.

Pero sólo al principio del tercer año su placer erótico principal se concentra alrededor de esta zona. Vive el acto de excreción con un placer ya en cierto sentido precursor del coito, donde el escíbal fecal sustituye al pene y la mucosa anal a la vagina.

También esta fase y sus sensaciones correspondientes pueden subdividirse en dos etapas. Psicológicamente, durante la primera etapa anal predomina el placer de la expulsión, y el excremento expulsado es equiparado por el inconsciente a un objeto querido. Es decir, que existe otra vez una situación ambivalente frente al objeto porque el niño quiere retenerlo, por estimarlo; y expulsarlo, con intenciones destructivas, por odiarlo y temerlo.

Por ahora esta exposición puede parecer hartamente teórica. Pero veremos más adelante cómo este proceso sirve de modelo y causa a diversos trastornos psicosomáticos. En el aborto espontáneo la mujer revive sus tendencias de expulsión hostil frente al niño, que para su inconsciente tiene el significado de excremento despreciado, mientras que en algunos tipos de dificultad de parto el niño es tratado, inconscientemente, como un contenido intestinal valioso, del cual la mujer no quiere separarse. Extrañará tal vez, a primera vista, la afirmación de que el niño sea identificado en el inconsciente con un excremento. Pero esta equiparación, que parece absurda al adulto, es común durante la infancia.

Los niños crean una serie de teorías típicas sobre la vida sexual del adulto, la concepción y el parto; y adaptando lo genital, poco conocido para ellos, a procesos que les son fa-

miliares, imaginan que la fecundación tiene lugar por haber comido algo o por haberse besado en la boca -teorías que vuelven después, en forma poco disfrazada, en cuentos de hadas, en la mitología y el folklore-, que el feto crece en el vientre y es eliminado como un excremento por el ano.

En la segunda fase anal, el placer principal ya no radica tanto en la expulsión hostil del objeto como en su retención. Es decir, que el objeto es más apreciado y menos odiado que antes. Tal vez sea interesante señalar que las personas que de adultas sufren de diarreas están fijadas a la primera etapa anal, mientras que las que tienen su punto de fijación en la segunda etapa suelen padecer de constipación.

Mencioné recién "fijación" y debo al lector tanto la definición de este término como la de otro, relacionado con él: "regresión". Estos dos conceptos forman parte importante de la teoría de la libido y son utilísimos para la comprensión del proceso de enfermedad.

Hay dos tipos distintos de fijación. El primero se refiere a la fijación a un objeto. Comprendemos bajo este concepto el que una persona haya desempeñado en el desarrollo del niño un papel tan importante que éste, todavía adulto, inconscientemente anhele siempre reencontrar a esta persona y la busca en los más diversos objetos.

El otro sentimiento de la palabra fijación se refiere a la satisfacción instintiva. Vemos que el niño pasa a través de su desarrollo por distintas fases de satisfacciones pregenitales.

Si logra en determinada fase una satisfacción excesiva o si se detiene en ella, por serle prohibida y angustiante la gratificación correspondiente a la fase siguiente, quedará fijado al tipo de satisfacción permitida. Para poner un ejemplo práctico: junto con el ingreso en las fases anales y ligado instintivamente a éstas está la intensificación del desarrollo de la actividad muscular. Supongamos ahora a una madre que satis-

face excesivamente los deseos orales de su hijo, pero le impone una severa disciplina esfinteriana y lo restringe en sus juegos y correrías. El niño, para no perder el cariño de su madre, renunciará a los placeres correspondientes a su evolución y se conformará con satisfacciones orales. Más tarde, cuando sufra alguna desilusión o se sienta angustiado -como con el temor de perder el amor materno- regresará a la etapa oral, con sus satisfacciones permitidas, y se transformará en un perverso, un psicótico o, si su conflicto se expresa en el plano somático, en un adiposo. Regresará, pues, a la satisfacción instintiva de que ha gozado tanto en un período específico de su evolución libidinosa, y que ha guardado inconscientemente en su memoria. El término regresión significa, pues, un movimiento en dirección opuesta a la evolución normal ya lograda.

He hablado de la fijación a una fase en la cual el niño haya obtenido excesiva gratificación instintiva.

Pero, aunque parezca paradójico, existe también una fijación por frustraciones sufridas. Ocurre a menudo que el niño que no haya obtenido por lo menos parte de la satisfacción que anhelaba en determinada época de su vida infantil, más tarde, ya adulto, reivindica continuamente la gratificación negada y será un resentido durante toda su vida. Más adelante expondré abundante material clínico al respecto.

En íntima relación con la fijación a la etapa anal están diversas perversiones, principalmente el sadismo, el masoquismo y, además, diversas manifestaciones de la homosexualidad.

La fase siguiente, en la cual el niño entra al finalizar el cuarto año, es la genital o, más exactamente expresada, la fálica. En esta época recrudece la masturbación y el niño da suma valoración a su pene. Sus sensaciones placenteras son acompañadas de fantasías sexuales más o menos conscientes, dirigidas hacia su madre o figuras sustitutivas de ella. Por

sentirse atraído por ella, se vuelve celoso de su padre, quisiera sustituirlo o, en el fondo, directamente castrarlo, es decir, quiere impedirle vida sexual con su madre y eliminarlo.

Es la situación triangular típica de toda evolución infantil, que Freud caracterizó en el término de "situación edípica" basándose en la tragedia clásica de Edipo, quien mató a su padre y se casó con su madre, sin saber que lo eran. Para el niño surge un conflicto grave porque quiere también a su padre, depende de él y teme su castigo. Siguiendo la ley bíblica del Talión (ojo por ojo, diente por diente), teme al padre, que podría hacerle todo lo que él quiere infligirle, es decir, que su padre podría castrarlo por su masturbación y sus fantasías prohibidas, cortándole el órgano pecaminoso. Este mismo temor lo lleva a renunciar a la madre y a sus actividades sexuales infantiles y a formar su conciencia sexual, su "superyó".

El temor del niño a la castración se ve reforzado por su observación de los genitales femeninos. Sólo en esta época se da cuenta cabal de la diferencia de sexos, verifica que la mujer no tiene pene e imagina que ha sido mutilada como castigo por una actividad genital prohibida. Empieza a temer por su propio órgano y a despreciar y evitar a la mujer, como ser castrado e inferior.

Hasta aquí me he referido únicamente al desarrollo del varón. Sin embargo, según Freud, hasta la fase fálica no existe diferencia alguna en la evolución psicosexual de los niños.

Como dije antes, Freud se preocupó principalmente por la investigación de la evolución masculina. Encontró que era más difícil estudiar a la mujer.

Sostiene en "Una teoría sexual" (v. Ind. Bibl.) que ella es mas "misteriosa e insincera". Todavía en el año 1923, es decir, después de tres decenios de investigación psicoanalítica, dice que carecemos de datos suficientes para exponer el de-

sarrollo psicosexual en las niñas (La organización genital infantil). En su trabajo fundamental al respecto (El final del complejo de Edipo -v. Ind. Bibl.-, 1924) sostiene que la situación femenina es oscura. Sin embargo, tomaremos de este trabajo su exposición de la genitalidad femenina, para traer después observaciones de trabajos más recientes de Freud.

En "El final del complejo de Edipo" expone la situación femenina en la forma siguiente: la niña pasa, como el varón, por la fase oral y anal para entrar en la fase fálica. Al principio goza por medio de la estimulación del clítoris, como el varón del pene; tiene centrado en esta zona todo su narcisismo y su excitación sexual, y acompaña sus actividades masturbatorias con fantasías dirigidas hacia su padre. Así entra, forzosamente, en conflicto con su madre. Cuando tiene en esta época ocasión de observar el órgano sexual, tan distinto, de un hermanito o un compañero de juego, su primera reacción es una envidia violenta. Quisiera tener un órgano igual, y se siente inferiorizada por la forma rudimentaria de su clítoris; espera que con el tiempo crecerá, transformándose en un pene, e inicia en esta forma su "complejo de masculinidad". Por otra parte imagina haber tenido un pene antes y haberlo perdido como castigo por sus jugueteos sexuales. Supone que las demás mujeres, principalmente las más importantes, como su madre, tienen pene. Por lo tanto, mientras que el varón teme la castración, y renuncia a su madre y a la masturbación para no perder este órgano tal altamente apreciado, la niña cree ya haberla sufrido. Así, le falta un motivo importante para renunciar a su vínculo incestuoso con el padre y formar su conciencia moral, su "superyó". De ahí deduce Freud que la mujer tiene menos cualidades morales que el hombre. La niña queda ligada a su padre, esperando recibir de él el pene anhelado. Poco a poco transforma este deseo en otro: recibir, como regalo del padre, un niño.

Con el tiempo se da cuenta de que el padre no puede satisfacer sus deseos, se desilusiona de él y se aleja poco a poco, quedando el camino libre para otra elección de objeto.

En un trabajo aparecido un año más tarde con el título "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos" (v. Ind. Bibl.), Freud desarrolla más el tema. Expone, como principales consecuencias para la niña del descubrimiento de su falta de pene y de la inferioridad del clítoris frente a este órgano anhelado, la propensión femenina a sufrir de sentimientos de inferioridad y a ser más inclinada a los celos que el hombre. Dice, además, que la niña, por culpar a su madre de su inferioridad genital, se aleja de ella. Finalmente explica así el hecho que se observa a menudo en la práctica psicoanalítica, de que la mujer admite mucho menos la masturbación que el hombre. Muchas mujeres no recuerdan haberse masturbado siendo niñas. Un análisis profundo lleva después al descubrimiento de la masturbación infantil reprimida tempranamente. Este rechazo y esta represión de la masturbación serían posteriores al descubrimiento de la diferencia sexual, y su consecuencia; porque esta actividad, antes tan placentera para la niña, se vuelve penosa y angustiante, haciéndole recordar siempre su inferioridad frente al varón.

En "El problema económico del masoquismo" (v. Ind. Bibl.) Freud se ocupa de otro aspecto del desarrollo infantil femenino, ya mencionado por él en trabajos anteriores. Describe el contenido de los deseos eróticos de la niña dirigidos hacia el padre: se manifiestan en forma de fantasías placenteras de ser castrada, soportar un coito agresivo o dar a luz, y el dolor siempre forma parte integrante de estas fantasías, que Freud interpreta como manifestaciones del sadomasoquismo femenino, fenómeno biológico, a su juicio.

Sólo en 1931, en "Sobre la sexualidad femenina" (v. Ind. Bibl.), Freud dedica toda su atención al problema del desarrollo sexual femenino. Amplía sus conceptos en una de sus

conferencias ("La femineidad"), aparecidas bajo el título de "Nuevas aportaciones al psicoanálisis" (v. Ind. Bibl.) en el año 1933. Citaré los conceptos de ambos trabajos, que se complementan, en un solo resumen.

Freud expone con todo detalle el resultado de sus investigaciones sobre el desarrollo de la niña hasta entrar en la fase edípica, la importancia que tiene para ella su falta de pene y las consecuencias caracterológicas posteriores de esta supuesta "falla". En primer término llama la atención sobre la dificultad de definir claramente qué debemos conceptualizar como masculino y femenino, respectivamente, en el plano psicológico. No puede ser equiparado simplemente a lo activo y pasivo, por la gran actividad que biológicamente desarrolla la madre frente a sus hijos. Además, sería difícil discernir hasta qué punto la pasividad femenina es innata o un producto de nuestra cultura y educación sexual.

Tampoco el masoquismo de la mujer nos sirve como característico de "lo femenino" por cuanto si bien se encuentra normalmente en ella puede presentarse también en hombres. Abandona este planteo para describir detenidamente el desarrollo infantil de la sexualidad femenina. En el primer trabajo nos da un nuevo conocimiento de suma importancia: la fijación libidinosa de la niña a su padre, a menudo muy intensa, sería ya la repetición de una situación anterior y de igual intensidad con la madre. Además, esta primitiva ligazón suele persistir durante gran parte de la primera infancia.

Refiriéndose a la evolución sexual de la niña, Freud afirma una vez más que ella se comporta y se siente como un "varoncito" hasta ya entrada en la fase fálica y que la masturbación clitoridiana corresponde totalmente a la peniana del varón. La niña desconoce prácticamente su vagina en esta época.

El comportamiento sexual es, pues, idéntico para los dos sexos durante los primeros años de vida. Además, en este

artículo Freud llama por primera vez la atención sobre un hecho fundamental: tanto el varón como la niña dirigen sus impulsos libidinosos hacia el mismo objeto: la madre o un sustituto de ella, la mujer que los cuida y atiende. Pero mientras que para el varón el sexo de su primer objeto de amor coincide con el que normalmente lo atraerá toda la vida, o, expresado en términos más sencillos, ama desde el primer momento a la mujer, que para él será más tarde un objeto heterosexual, la niña habrá de desligarse de su madre para dirigirse al padre y crear así el modelo infantil para su elección heterosexual posterior. La niña debe sobrellevar tres cambios importantes en su estructura libidinosa para cumplir un desarrollo normal.

Debe abandonar a su madre por su padre, desplazar la mayor parte de la excitabilidad del clítoris hacia la vagina y transformar sus fines sexuales activos en pasivos. Estos cambios se realizan en parte durante la fase fálica y en parte sólo en la pubertad.

Las vivencias de la primera infancia durante las fases preedípicas son de suma importancia para alcanzar satisfactoriamente estos cambios. Su primera relación amorosa con la madre es fundamental para su capacidad de identificarse más tarde con ella. Si la madre ha sido buena y la niña logra esta identificación, será una buena madre para sus hijos y una buena esposa para su marido. Si la relación con la madre fue conflictuosa, existe el peligro de que más tarde repita los mismos conflictos con su marido, sustituyéndolo en su inconsciente por la imagen materna. Por otra parte, existe durante las primeras etapas del desarrollo un deseo harto extraño para nuestra conciencia de adultos: el de fecundar a la madre y ser fecundada por ella, el de darle un niño o recibirlo. La forma en que este deseo surge, se desarrolla y es finalmente abandonado es importantísima, precisamente para el problema que dilucido en este libro, para comprender las

causas de los diversos trastornos de las funciones procreativas femeninas.

Freud nos plantea otro problema importante: "¿Qué lleva a la niña a apartarse de su primer objeto de amor, de la madre? La atracción biológica heterosexual ¿sería suficiente como causa o hay que sospechar que existen procesos psicológicos importantes para obligarla a abandonar a su madre?" Freud enumera todos los reproches que la niña suele hacerle y por los cuales su amor primitivo puede haberse transformado en rivalidad y odio inconsciente. La niña interpreta los cuidados físicos que la madre le ha prodigado y que en ella produjeron sensaciones eróticas placenteras como intentos de seducción, y le reprocha haberla despertado sexualmente para despreciarla después por su masturbación.

Le reprocha haberla amamantado poco o haberle reiterado el pecho demasiado pronto. Se ha sentido rechazada por la madre a raíz del nacimiento de nuevos hermanos. Es cierto que la niña hace todos estos cargos a su madre, pero el varón sufre las mismas desilusiones, sin alejarse por eso normalmente de ella. Debe haber, pues, algo específico, que sería un destino sólo de la niña. La conformación de los genitales de la niña la lleva a reprochar a su madre su falta de pene.

Al principio la niña cree, cuando se da cuenta de la diferencia sexual, que únicamente a ella le falta el pene y que su madre tiene un falo. La madre amada de las primeras épocas sería siempre una "madre fálica". Sólo poco a poco la niña comprueba que a su madre le falta también el órgano tan apreciado. Percibe que no existe la posibilidad de una satisfacción física entre ella y la madre. Entonces empieza a despreciarla y a inclinarse hacia el padre, primeramente con la esperanza de que él le dará un pene, y después, que obtendrá un hijo de él.

Si en sus juegos con las muñecas desempeñaba antes los papeles de madre e hija, ahora desempeña los de mujer del padre, que tiene hijos con él. Más tarde, en las relaciones de mujeres homosexuales, se pueden distinguir también dos tipos de constelaciones, que son consecuencias de fijación a distintas etapas del desarrollo. A veces, la pareja homosexual representa algo así como un matrimonio, es decir la mujer que niega su falta de pene juega al hombre y actúa de marido.

Pero en otras parejas, y posiblemente en la mayoría de ellas, la regresión sexual llega a las etapas preedípicas y las dos compañeras parecen jugar entre ellas a madre e hija, predominando generalmente satisfacciones sexuales de tipo oral.

Interrumpiré por el momento la exposición de las ideas de Freud para intercalar el comentario de un trabajo interesantísimo de Ruth Mack Brunswick (v. Ind. Bibl.), resultado de su colaboración con él. Fue escrito, como nos explica su autora, después de haber sido discutido paso a paso con Freud y contiene sus ideas y sugerencias.

Considera el problema recién expuesto de las fases preedípicas, aportando nuevos y valiosos datos de investigación. Expone que los niños de ambos sexos son pasivos frente a su madre y luchan continuamente para adquirir cierta actividad e imponerle a ella el papel pasivo. Para su desarrollo es importantísimo lograr una identificación feliz con la madre activa. Más tarde la situación de niños y niñas se diferencia. Cuando la niña se dirige hacia su padre se identifica con su madre pasiva castrada, y sublima sus tendencias activas. Sólo mucho más tarde, al convertirse ella misma en madre, tiene la oportunidad de vivir su actividad frente a los hijos.

La autora explica que los niños de ambos sexos, en su intento de identificarse con la madre, desean tener un bebé, como ella; y, en su anhelo de volverla pasiva, darle un niño.

Entrado en la fase edípica, el varón renuncia al deseo pasivo de dar a luz un hijo, mientras que persiste su fantasía de fecundar a la madre. Por otra parte, la niña renuncia a su deseo activo frente a la madre, se inclina hacia el padre y espera recibir un hijo de él.

La autora pasa revista a las causas que pueden separar a la niña de su madre. Menciona la envidia del pene y el sentimiento de inferioridad causado por su falta como un factor ya conocido, pero destaca otra situación al respecto, que Freud no había descrito. La niña reprocha a su madre, cuando se da cuenta de la falta de pene de ambas, de haber heredado de ella un genital insuficiente, que nunca le servirá para poder conquistarla. Es como si le reprochara la falta de amor y de no haberse preocupado de hacer a su hija en tal forma que pudieran formar una pareja feliz. Mientras que frente a su madre no puede aceptar su castración, por significar separación de ella, la acepta frente a su padre, identificándose con la madre castrada pero amada por él. Es decir, si acepta su femineidad, puede recuperar a su madre a través de la identificación y conseguir a su padre como objeto de amor. Renuncia a su deseo de tener un pene, volviendo al deseo anterior y más "legítimo" del hijo, y se conforma con la espera de recibir (de su padre o de su compañero sexual más tarde) el pene durante el coito.

La niña reprime generalmente mucho más su actividad. Según la autora, existiría otra causa más importante. La masturbación clitoridiana de las primeras fases está íntimamente ligada a fantasías dirigidas hacia la madre.

Cuando la niña, desilusionada, la abandona como objeto amado, renuncia a menudo simultáneamente al clítoris, órgano ejecutivo de sus deseos, y llega a despreciar, por inservibles, tanto el genital materno como el propio.

Más tarde, al halar del problema de la pubertad, expondré otros aspectos de este trabajo fundamental.

Volvamos ahora a la exposición de los conceptos de Freud sobre el desarrollo de la niña en la pubertad, y cómo logra convertirse de un "varón castrado" en una mujer. Anterior a esta época hay una etapa en la vida de los niños de ambos sexos que Freud denominó período de latencia. Comienza al finalizar los cinco años y termina en la pubertad. La característica de este período consiste en que los niños han logrado reprimir la mayor parte de su sexualidad infantil. Se han identificado con el progenitor del mismo sexo, se han vuelto fácilmente educables y utilizan sus fuerzas instintivas para el estudio y la adquisición de conocimientos. Generalmente más bien evitan en esta época tener amistades con el otro sexo. Reprimen la masturbación o están en lucha activa contra ella.

Para la niña la pubertad se inicia con la aparición de la primera menstruación, la menarquía. En esta época surge una intensa excitación sexual, proveniente de los cambios que sufre el organismo, reviviscencia poderosa de la sexualidad infantil. Durante la pubertad los objetos inconscientes son todavía los mismos que en la primera infancia. También el clítoris conserva durante bastante tiempo su predominio como zona directiva de la excitación sexual. Solamente poco a poco y, generalmente, sólo después del primer coito, la vagina logra atraerse la excitabilidad sexual. En el placer vaginal reviven viejas sensaciones placenteras de origen receptivo oral y anal. Pero también en esta exposición Freud destaca otra vez que la mujer llega solamente a través de procesos complicados de desarrollo y sólo después de la pubertad a su posición femenina, y que muchas mujeres fracasan en esta larga evolución. Considera por eso que el enigma de la mujer reside en su bisexualidad, lo que explica también la gran frecuencia de la frigidez en ella. Existen tres tipos de ésta: una frigidez psicógena, accesible al tratamiento psicoanalítico, y otros tipos de origen constitucional y anatómico.

Ruth Mack Brunswick (l. c.) retoma la discusión de este tema. En contraste con lo anteriormente afirmado por Freud, sostiene que parece ahora probable que exista ya cierta excitabilidad vaginal durante la infancia.

Pero esa excitabilidad vaginal infantil tendría principalmente origen anal. El ano transfiere a la vagina parte de su sensibilidad pasiva. Sin embargo, insiste nuevamente en que el papel de tal sensibilidad vaginal es decididamente menor y secundario respecto al clítoris como órgano de la sexualidad de la niña.

Freud expone su último juicio referente al desarrollo femenino en su importante trabajo técnico: "Análisis terminable e interminable", aparecido en 1937 (v. Ind. Bibl.). Ahí sugiere, como término más adecuado que los usados hasta ahora de "protesta masculina" y "envidia fálica", la expresión "rechazo de la femineidad".

Afirma que tal rechazo en la mujer es un hecho biológico y un fragmento del "magno misterio de la sexualidad".

El concepto de Freud sobre la femineidad provocó una serie de discusiones científicas acaloradas y a veces bastante personales. El tema de los sexos es difícil de tratar "sine studio et ira" y sin que intervenga la afectividad personal aun entre psicoanalistas. El propio Freud lo dice en sus "Nuevas aportaciones al psicoanálisis" (l. c.), explicando cómo la teoría de la bisexualidad servía para evitar rencores. Relata que las colegas femeninas protestaron contra el enfoque "masculino", sosteniendo que muchos analistas no habían superado sus prejuicios profundamente arraigados contra la femineidad, prejuicios que invalidaban sus investigaciones por ser parciales. En cambio, a los analistas hombres la tesis de la bisexualidad les hacía facilísimo evitar toda descortesía, pues, llegado el caso, salían del apuro diciendo a sus antagonistas femeninas: "Esto no va con usted. Usted es una excepción,

pues en este punto concreto es usted más masculina que femenina".

En la misma obra enumera tres colaboradores importantes que, sin abandonar el concepto básico de Freud sobre el desconocimiento de la niña de su vagina y el predominio sexual del clítoris en la infancia, aportan nuevos datos importantes para la comprensión del desarrollo femenino. Se trata de Ruth Mack Brunswick, cuyas investigaciones acabo de citar; Jeanne Lampl de-Groot, cuyos aportes no menciono aquí por no ser fundamental para el presente enfoque psicosomático y Helene Deutsch.

Helene Deutsch, psicoanalista de mucho prestigio, pertenece a la generación pionera de los investigadores psicoanalíticos. Sus publicaciones se distribuyen a través de varias décadas. Dedicó su interés principal a la investigación de la psicología femenina, adoptando tempranamente un criterio psicosomático. El fruto de su experiencia de muchos años está expuesto en su "Psychology of women" (v. Ind. Bibl.). Tomo de este libro un resumen de sus conceptos sobre la psicología femenina, destacando principalmente las aportaciones personales de la autora a este problema.

Siguiendo la exposición de Ruth Mack Brunswick (loc. cit.), Helene Deutsch destaca que tanto el varón como la niña luchan para adquirir actividad e independencia frente a su madre. En esta lucha el padre representaría al mundo exterior, a la realidad. La niña, en determinado momento de su desarrollo, abandona a la madre y va hacia el padre, en búsqueda del mundo exterior. Abandonar a la madre de la primera infancia significa, para ambos sexos, desarrollar actividad y cierta agresividad. Estos impulsos van ligados a tendencias eróticas. En el varón toman el aspecto de deseos de penetración agresiva de la madre y se vivencian en el pene (fase fálica). ¿Cómo sería la situación correspondiente en la niña? Ella también se vuelve activa y el objeto primitivo de esta actividad

erótica es su madre, aunque Helene Deutsch admite la posibilidad de que la niña desde el principio sea más pasiva biológicamente que el varón. Como órgano ejecutivo de sus deseos agresivo-eróticos dispone del clítoris, anatómica y embriológicamente parecido a un pene rudimentario. Según Freud, toda la genitalidad infantil de la niña se concentra en este órgano, y su envidia al pene proviene de la comparación desfavorable para el clítoris. Según Helene Deutsch, la envidia fálica es importante, sin ser fundamental en el desarrollo femenino. Igualmente sería una exageración interpretar más tarde la mayoría de las dificultades neuróticas de la mujer como expresiones de su envidia fálica. Es cierto que la niña comprueba que el clítoris es insuficiente como órgano ejecutivo de sus tendencias eróticas. Sin embargo, su reacción no es forzosamente de envidia, sino que convierte sus deseos activo-agresivos en pasivo-masoquísticos o, citando una expresión feliz de la autora, desarrolla una actividad dirigida hacia adentro. El órgano sexual correspondiente a estas tendencias es, evidentemente, la vagina.

Pero Helene Deutsch comparte la opinión emitida por Freud, Mack Brunswick y otros autores, de que la niña, normalmente, es decir, si no fue víctima de una violación u otros estímulos exteriores, desconoce su vagina y no percibe casi ninguna excitación vaginal hasta la pubertad. ¿Qué destino sufren entonces las tendencias pasivo-femeninas de la niña? Así como antes le faltaba el órgano apropiado para realizar su sexualidad de fin activo, ahora le falta subjetivamente el órgano ejecutivo para su sexualidad pasiva. La niña experimenta, pues, dos veces, durante su desarrollo sexual infantil, la falta de un órgano apropiado y esta doble falta es denominada por Helene Deutsch "trauma genital"; responsable, en lugar de la envidia del pene, de la mayor parte de los trastornos posteriores neuróticos en la mujer. Esta misma doble falta obliga a la niña a retener la excitabilidad del clítoris como órgano ejecutivo, aunque insuficiente, de sus tendencias acti-

vas renacientes; y por otra parte, a cargar, regresivamente, de nuevo con libido las zonas anal y oral, como sede de las tendencias receptivo-eróticas de carácter pasivo.

También para Helene Deutsch sólo el desarrollo biológico instintivo de la pubertad lleva a la niña a despertar su sensibilidad vaginal. La vagina hereda ahora la excitabilidad pasiva de la boca y del ano. Resumiendo: el conflicto básico de la niña no proviene, pues, de su envidia al pene, sino de su carencia definitiva de un órgano sexual activo y falta temporal o subjetiva del órgano receptivo-pasivo, la vagina, en la cual sólo más tarde centrará toda su sexualidad adulta.

Me referiré más tarde, en los capítulos correspondientes, a las demás teorías de Helene Deutsch, especialmente sobre la importancia primordial de la relación temprana madre-hija, teorías por las cuales resultan comprensibles numerosas manifestaciones de trastornos psicósomáticos en el terreno de la vida procreativa de la mujer.

Expondré ahora las teorías de Karen Horney respecto a nuestro tema, y que fueron formuladas mientras ella pertenecía a la escuela psicoanalítica. Ya en el año 1923, en su publicación sobre la génesis del complejo de castración femenino, "Zur Genesis des weiblichen Kastrations-komplexes" (v. Ind. Bibl.), expresa sus dudas de que la envidia del pene constituya realmente el núcleo de casi todos los trastornos neuróticos femeninos. Admite, sin embargo, que efectivamente existe tal envidia, originada en distintas causas. Freud hacía hincapié en el carácter narcisístico de la envidia, como si la niña sufriera principalmente por carecer de algo libidinosamente valioso que el varón posee. Karen Horney descubrió otras causas más, en parte de carácter instintivo, en parte vinculadas a problemas de sentimiento de culpa y angustia. El pene permitiría al varón una mayor descarga del sadismo uretral y le facilitaría, además, la satisfacción de tendencias exhibicionistas durante el acto de orinar. La niña estaría envi-

diosa de estos dos tipos de satisfacción sexual infantil. Por otra parte, la niña sufre, al igual que el varón, de sentimientos de culpa por sus actividades masturbatorias y se siente tratada injustamente, por tener la impresión de que el niño puede tocar y estimular impunemente sus genitales durante el acto de la micción, en tanto que ella no está autorizada para tocarse o mirarse y sufre castigos y desprecios si lo hace. Además, por múltiples sentimientos de culpa, los niños de ambos sexos sufren de temores a la castración. Pero mientras que el varón puede fácilmente cerciorarse de que su genital no ha sufrido ningún daño, la niña no podrá nunca eliminar sus dudas angustiosas al respecto, porque la mayor parte de su genital, sito en el interior de su cuerpo, se sustrae a la revisión. Evidentemente, todo este proceso de envidia infantil es o se vuelve inconsciente por la represión de toda la sexualidad infantil. Más tarde se expresa en forma disfrazada. Cuando las mujeres se quejan, por ejemplo, de tener menos libertad sexual que los hombres. Ahora bien, Karen Horney admite así la envidia fálica, pero sostiene que ésta puede ser fácilmente vencida por los niños y que sólo tiene resultados dañinos posteriores como la virilización de la mujer adulta o actitudes agresivas o de rechazo hacia el hombre, si la niña ha fallado en su identificación infantil con su madre. Normalmente, la niña se identifica con su madre, inclinándose, como ésta, amorosamente hacia el padre y deseando tener un hijo de él. Pero si éste llega a desilusionarla en su cariño infantil, la niña intenta identificarse con él para adoptar posteriormente una actividad viril, de rivalidad con los hombres y plena de resentimientos y deseos de venganza. Además, si el padre ha dado un hijo a la madre mientras la niña buscaba ansiosamente su amor, llena de envidia y equiparando en su inconsciente el hijo del padre con su pene, volverá a su posición anterior de envidia fálica, sustitución de la envidia a la madre por la posesión de un bebé del padre. K. Horney destaca, como Helene Deutsch, que, lógicamente, la esperanza de una materni-

dad futura no llega a compensar a la niña pequeña por sus frustraciones, pues dista demasiado de sus posibilidades inmediatas de gratificación. La autora critica como antibiológica la posición psicoanalista contemporánea de tomar como axiomática la envidia fálica. De ser cierto que todas las mujeres están dominadas en su inconsciente por la envidia del pene, la mitad de la raza humana estaría descontento con su sexo y este supuesto descontento no podría ser vencido en otra forma que individualmente y bajo circunstancias especialmente favorables.

Vuelve al tema con nuevos argumentos científicos en su segundo artículo fundamental al respecto, "The flight from womanhood" (v. Ind. Bibl.).

Considera que la investigación psicoanalítica primitivamente buscaba siempre como objeto al varón y lo explica por el hecho de que Freud y todos sus primeros colaboradores tenían más interés y comprensión por la psicología de su propio sexo. Sospecha que cuando finalmente llegaron a investigar los procesos psicológicos femeninos, abordaron el problema con un enfoque varonil, típico para nuestra sociedad patriarcal que, sin darse cuenta, ha adaptado todos sus criterios de valor, de moral, de ética, etc., al carácter masculino. Las mismas mujeres llegaron inconscientemente a aceptar este criterio y a considerar todo lo positivo que puedan tener como masculino y todo lo negativo como femenino. Critica después las teorías de Freud, y especialmente de Ferenczi, en cuanto a que para la mujer toda su femineidad sea algo así como un sustituto pobre de sus deseos varoniles y que hasta la maternidad y el deseo de tener un hijo no sean sino un sucedáneo del pene nunca alcanzado.

Sostiene que, si fuere así, ser mujer sería un destino bastante triste y pobre, y dice al respecto: "Como mujeres, debemos preguntarnos, entonces, extrañadas: ¿Y la maternidad? ¿Y la conciencia bienaventurada de llevar dentro de sí

una vida nueva? ¿Y la dicha inmensa experimentada en la espera cada vez más intensa de este nuevo ser? ¿Y la felicidad, cuando al fin ha nacido? ¿Y Cuando se lo tiene por primera vez en los brazos? ¿Y la satisfacción placentera y profunda durante el amamantamiento? ¿Y toda la gratificación del cuidado del lactante?" Abandonando después esta parte, un tanto desafiante y polémica de su trabajo, expone los resultados científicos de su investigación psicoanalítica. Explica que la niña, desde el principio, se siente y comporta como un ser femenino, pero impulsada por diversos factores puede llegar a identificarse con su padre y adoptar así una actitud varonil. Esta identificación se establece para ocultar sus deseos incestuosos y frustrados hacia el padre y su sentimiento de culpa frente a su madre. Además, esta identificación sirve a la niña (como, por otra parte, según Freud, toda identificación) para tolerar mejor el abandono del objeto -del padre- recuperándolo a través del intento de ser igual a él.

Karen Horney sostiene que existe en la niña, con anterioridad a las fantasías descritas por Freud, Deutsch, etc., de ser castrada en sentido masculino, el temor de sufrir un daño vaginal por sus relaciones con el padre.

Por su identificación con el padre, la niña logra sustituir este temor, muy profundo, por el de poder sufrir una castración de su pene imaginario, cuya irrealdad percibe inconscientemente.

En su último artículo dedicado a este tema, "The denial of the vagina" (v. Ind. Bibl.), la autora explica nuevamente por qué llegó a la conclusión de que la niña adopta primariamente una posición femenina, es decir, de acuerdo con su anatomía. Sostiene que la niña tiene sensaciones vaginales durante el apogeo de su sexualidad infantil y adopta una actitud femenina tanto frente a su padre como en su conducta en general. Su noción temprana de la vagina, basada en sus sensaciones físicas, sucumbe más tarde a la represión por las múltiples

angustias vinculadas con esta sexualidad vaginal temprana. En la frigidez vaginal y la sobrevaloración del clítoris no hay tanto envidia fálica y desprecio de la femineidad como un intento de negar angustias tempranas. Ahora bien, ¿por qué la vagina sería una fuente de angustia para la niña y por qué imaginaría que la posesión de un pene podría liberarla de temores? K. Horney da como primera razón que la sexualidad vaginal temprana de la niña está dedicada a su padre. La niña, sea por observaciones directas, sea por fantasías, comprueba que el pene de su padre es desproporcionalmente grande comparado con sus propios genitales y teme ser destruida interiormente en su relación fantaseada con él. Además, si logra observar rasgos de sangre menstrual en la ropa de su madre o de otras mujeres, se convence de la vulnerabilidad del cuerpo femenino, más aún cuando tiene oportunidad de enterarse de abortos, partos difíciles y dolencias genitales femeninas.

Como la idea del parto se liga íntimamente a la representación del coito, un temor infantil al parto puede causar más tarde fácilmente frigidez. La niña desea tener un pene en lugar de una abertura que lleva al interior de su cuerpo, porque envidia al varón el poder cerciorarse continuamente de no haberse perjudicado por su masturbación, mientras que ella no tiene ninguna posibilidad de calmar su angustia de haberse dañado definitivamente por sus actividades masturbatorias acompañadas de fantasías pecaminosas incestuosas, o en sus juegos sexuales con otros niños. Por lo tanto, si la niña aprende a desconocer su vagina y reclamar un pene, concentrando su sensibilidad genital en el clítoris, se sirve de esta posición para negar sus tempranas experiencias vaginales, cargadas de culpa, fantasías incestuosas y angustias.

La autora cita como apoyo de su tesis una publicación importante de Josine Müller (v. Ind. Bibl.) que comprueba también, a través de material clínico, cómo precisamente las

mujeres hombrunas y dominadas por envidia fálica se pudo demostrar en el análisis que habían pasado en su infancia por una fase francamente vaginal y habían reprimido su sexualidad femenina a causa de sus sentimientos de culpa por sus deseos y fantasías incestuosas dirigidos hacia su padre.

Para complementar la bibliografía, citaré otra contribución al mismo tema, el artículo de Fanny Hann-Kende, "Masturbación del clítoris y envidia al pene" (v. Ind. Bibl.), cuya autora comprueba también la existencia de sensaciones vaginales tempranas.

Además, K. Horney sostiene que así como se observa en la niña una envidia del pene, el niño demuestra a menudo un deseo de tener senos. Interpreta las dos actitudes como manifestación de la bisexualidad humana innata.

Para no cansar al lector con esta larga exposición teórica plantearé ahora un problema concreto relacionado con nuestro tema. Vimos que Helene Deutsch insiste, al hablar del trauma genital de la niña, en que ésta no percibe su vagina ni comprendería afectivamente la función futura de sus genitales aunque le diéramos las explicaciones adecuadas al respecto.

Esta supuesta incomprensión de su futura femineidad le dificultaría la aceptación de su sexo. En un trabajo anterior la misma autora explica que el hecho de que la maternidad sea sólo una esperanza para un futuro lejano, fija a la niña a su protesta viril y posición reivindicatoria. Karen Horney dice igualmente que para la niña la realización de su deseo de tener hijos está demasiado lejana para conformarla con su papel femenino.

La observación del hecho en sí es indudablemente exacta. La niña sufre, porque mientras que el varón puede ver sus órganos genitales y sacar placer de ellos, ella todavía desconoce su vagina -siguiendo la interpretación de Freud, Deutsch, etc.- o ha reprimido su sensibilidad vaginal -

siguiendo a Horney y la "escuela inglesa", de la cual hablaré más adelante- y por eso no comprende que tendrá de adulta tanta capacidad de goce como el varón y que obtendrá una gratificación específicamente femenina e importantísima en la maternidad. Veamos ahora si condiciones culturales totalmente distintas a las nuestras pueden ofrecer ya a la niña pequeña la valoración exacta de su futuro de mujer, y si esta comprensión le permite aceptar de antemano su femineidad, o si la envidia fálica y el sentimiento de inferioridad femenino son inevitables y consecuencias de hechos biológicos.

Margaret Mead nos ofrece en su libro "Adolescencia y cultura en Samoa" (v. Ind. Bibl.), la descripción de una sociedad distinta a la nuestra.

En una larga permanencia en Samoa se dedicó principalmente a observar en qué forma las niñas adolescentes se adaptan a la sociedad. El problema que la llevó a Samoa era averiguar si las dificultades que presentan las niñas de nuestra sociedad durante su pubertad son causadas por factores biológicos, como se sostienen generalmente, o consecuencia de factores culturales. En su convivencia íntima con niñas y mujeres jóvenes de tres aldeas llegó a la conclusión de que la pubertad no presentaba problemas especiales para ellas y que, además, en general la mujer parecía muy conforme con su papel femenino, aun viviendo en una sociedad patriarcal que daba más derechos al hombre que a ella. Estoy plenamente de acuerdo con la autora cuando toma como índice de esta conformidad con su sexo el hecho de que la frigidez sea totalmente desconocida entre las samoanas. Evidentemente, el pleno goce sexual es un indicio de la conformidad de la mujer con su sexo.

Ahora bien, ¿cómo podemos comprender la aceptación de su sexo por parte de la mujer samoana a pesar de vivir en una sociedad donde el hombre desempeña un papel social más importante que ella? Entre los factores superficiales de-

bemos contar con que también la mujer está muy bien considerada, que puede llegar a desempeñar un papel importante, y que el nacimiento de una criatura femenina se festeja con la misma alegría con que se recibe un hijo varón. Pero hay factores más profundos que evitan allí los conflictos frecuentes en nuestra sociedad. Más adelante comprobaremos que la frigidez y otros trastornos femeninos tienen su raíz en conflictos pertenecientes a la primera relación de madre e hija y especialmente en frustraciones orales tempranas. La estructura de la sociedad samoana descarta esta fuente de conflictos. El niño se cría al pecho, tomándolo a cualquier hora que lo exija, y además recibe desde el principio otros alimentos. De él no se ocupa únicamente su madre sino todas las demás mujeres que conviven en una misma casa. Por eso, si una madre por una razón cualquiera llega a descuidar la alimentación de su hijo o a negarle cariño, otro miembro familiar se ocupa de él y lo alimenta, evitando así la frustración.

Expuse antes el concepto de que la niña es incapaz de apreciar sus propios genitales porque no los conoce bien, por parecerle la vagina una abertura siniestra, y por temer que juegos sexuales podrían perjudicarla definitivamente; o porque la recompensa de su sexo, la maternidad, está demasiado lejana e irreal para ella.

Esta situación es totalmente distinta en Samoa. Las niñas ven desde muy temprano la vida sexual de los adultos, conocen perfectamente el significado y la capacidad de los genitales femeninos, tienen libertad en sus juegos sexuales y presencian coitos y nacimientos. Me parece interesante que la única niña, en quien Margaret Mead pudo observar manifestaciones de envidia fálica, no tenía padres y convivía con dos matrimonios mayores, ya sin hijos.

La niña de Samoa comprende, pues, tempranamente su futuro papel de mujer. Además, la estructura social de Samoa le ofrece vivencias de tipo maternal. Cité antes a Ruth Mack

Bunswick (l. c.), que supone que la niña debe abandonar durante su desarrollo sus tendencias activas hasta que finalmente, ya mujer y madre, puede experimentarlas en sus funciones maternas frente al hijo. En Samoa esta situación es distinta. La madre se ocupa del hijo mientras lo cría.

Después lo deja al cuidado de una "niñera", es decir, de una niña de la casa que tendrá la misma edad que nuestras niñas cuando juegan con muñecas. Antes de llegar a la pubertad, cuando la niña es ya capaz de desempeñar trabajos más complicados, deja su "muñeca" al cuidado y la responsabilidad de otra criatura menor. A pesar de que M. Mead vea más bien una carga para las niñas en esta obligación temprana de responsabilizarse de otra criatura, supongo que es una actividad satisfactoria, en el sentido instintivo, para las niñas, que les permite adquirir seguridad, vencer dudas y sentimientos de culpa irracionales y las hace realizar muy tempranamente las tendencias maternas biológicas de su sexo.

Otro factor de la conformidad de las mujeres samoanas reside probablemente en la gran libertad sexual, igual para ambos sexos, donde el único tabú es el incesto, tabú que se hace muy llevadero por la facilidad de relacionarse con otros objetos permitidos. Así, en la niña samoana no puede originarse el conflicto tan arraigado en nuestra sociedad, y especialmente en la mujer, entre la satisfacción sexual y su ideal del yo.

Supongo que las observaciones de M. Mead sobre la ausencia de envidia fálica entre las samoanas son exactas.

También creo no errar en mi interpretación al explicar este fenómeno, en gran parte, por la satisfacción que la niña puede dar a sus tendencias activas y maternas, y la seguridad que adquiere tempranamente sobre su futuro papel de mujer y madre. Sin embargo, con eso no quiero negar lo inevitable de conflictos y grandes angustias durante la primera infancia y las consecuencias que puedan tener para la vida

posterior del individuo. Sería tentador y reconfortante atribuir las causas de todas nuestras angustias a factores meramente culturales, pero ello no corresponde a la realidad. El desamparo total en que nace la criatura humana y la larga época de dependencia casi absoluta por que tiene que pasar -en contraste con los animales- hasta que sea adulta y capaz de mantenerse sola, satisfacer sus necesidades sexuales y adaptarse simultáneamente a su comunidad, hace inevitable su pasaje por estados angustiosos e irracionales. Por otra parte, vimos que Margaret Mead intentó en su libro "Sexo y temperamento" (l. c.) reducir las diferencias psicológicas entre hombre y mujer a meros factores educacionales, en último término, culturales. También este punto de vista me parece inadmisibles. Si consideramos al ser humano como una unidad psicosomática, no podemos suponer que las diferencias anatómicas y funcionales entre hombre y mujer no envuelven simultáneamente una diferenciación psicológica profunda. Estudiaremos este aspecto al exponer las teorías de Melanie Klein sobre el desarrollo femenino. No creo que se pueda sobreestimar la influencia que ejercen factores biológicos sobre lo psíquico.

Sin embargo, se la puede interpretar erróneamente, y eso ocurre si se considera a la mujer biológicamente inferior al hombre o "a priori" disconforme con su papel sexual. Allí donde tropecemos con esta disconformidad ya estamos frente a los resultados de un trastorno de desarrollo.

Karen Horney tiene el gran mérito de haber sido una de las primeras en haber llamado la atención sobre este error, y con la mayor perspicacia y argumentación científica. Más adelante abandonó este camino de investigación para llegar a buscar todas las causas de trastornos en factores culturales y alejados tanto de la primera infancia del sujeto como de su vida instintiva. Allí llegó a negar precisamente lo que antes había afirmado con toda razón: la necesidad de interpretar al

ser humano como algo global, como unidad psicobiológica o psicosomática.

Hasta ahora he mencionado los conceptos de Freud y de la llamada "escuela vienesa" referentes a la psicología femenina. He destacado como enfoque fundamental que en lo psicosexual el varón es el tipo "standard", que la niña pequeña desconoce hasta en su inconsciente sus órganos genitales femeninos, se considera físicamente igual al varón y lo es solamente en lo psicológico. Después, a los tres o cuatro años, se entera de la diferencia anatómica de sexos, reaccionando a este descubrimiento con envidia y sentimientos de inferioridad, y llega, poco a poco, a través de procesos psicológicos complicados y en ocasión de su desarrollo fisiológico puberal y postpuberal, a aceptar su femineidad; eso ocurre únicamente bajo circunstancias muy favorables. Me referí a la crítica de Karen Horney, que considera como inverosímil y como enfoque poco científico la suposición de que la mitad del género humano está disconforme "a priori" con su sexo, y enumeré parte de sus investigaciones más importantes al respecto.

Expondré ahora los conceptos de Melanie Klein y su "escuela inglesa" que, en discordancia con Freud, insiste también en que, citando a Ernest Jones, "la mujer no sería psicológicamente un hombre castrado, sino que ya habría nacido como hembra". Reseñaré en forma condensada dos artículos fundamentales de este autor al respecto: "The early development of female sexuality" y "Early female sexuality" (véase Ind. Bibl.). El concepto más interesante para nosotros, expuesto en el primero de los dos artículos, es el de la "aphanasis", concepto que nos sirve para la comprensión de múltiples ansiedades neuróticas. Discute lo expuesto por Freud sobre el temor a la castración en ambos sexos y sostiene que lo que se teme en el fondo no es siempre sufrir o ya haber sufrido la pérdida del pene, según los sexos, sino verse privado de toda posibilidad de goce sexual. Quiero contemplar esta afirmación recordando que en esta pérdida

afirmación recordando que en esta pérdida queda implicada como consecuencia más importante la pérdida de posibilidad de vincularse libidinosamente con el objeto amoroso. Según el sexo y la etapa de organización sexual alcanzada, el temor a la aphanasis puede referirse especialmente al peligro de la destrucción del pene, de la vagina, del ano, de la boca, etc.

Por otra parte, cuando la satisfacción de determinada zona erótica, por ejemplo, la vagina, entraña demasiado peligro, la sensibilidad sexual se desplaza a otra zona, principalmente el clítoris, evitando así la aphanasis.

En su segundo artículo fundamental al respecto, el autor expone en forma esquemática las diferencias principales entre la escuela vienesa y la inglesa. Para eso recapitula cómo esta última concibe el desarrollo infantil psicosexual del varón y la niña: los dos experimentarían tempranamente sensaciones correspondientes a su organización genital, es decir, el varón tendencias de penetración, localizadas en su pene, y la niña deseos receptivos en la vagina. Me referiré únicamente a la evolución de la niña. Ésta, necesariamente experimentará frustraciones en la etapa oral, causadas por su madre, cuyos pechos no le dan toda la leche que desea. Como consecuencia de estas frustraciones tempranas surgirían odio y "sadismo oral" contra la madre. Al exponer los conceptos de Melanie Klein volveré en forma más extensa sobre este tema.

Por una parte la niña se imagina que la madre alimenta también al padre con el pecho y entra en una actitud de rivalidad con él. Por otra, cree que su madre recibe del padre un pezón-pene y leche mucho más generosa de la que le da ella. Supone, además, que el interior del cuerpo de su madre está repleto de cosas (leche, penes, hijos) que ha recibido del padre y que la niña quisiera tener para ella. Por eso quisiera penetrar en el cuerpo materno y despojarlo de sus contenidos. Reprime esas fantasías sádicas por temor a sufrir el castigo correspondiente, es decir, que su madre podría destruir el in-

terior de su cuerpo. Además, no puede permitirse mucha agresividad contra su madre porque depende totalmente de ella durante su primera infancia (el varón tolera con más facilidad su odio frente al progenitor de su propio sexo, el padre, porque no es la persona de la cual depende). Ya en esta época temprana la niña siente el deseo de tener un pene. Este deseo proviene de distintas causas. La niña se forma dos ideas opuestas del pene.

Una, la que ya mencionamos: el pene es a modo de un pecho más potente, algo bueno que alimenta y reconforta.

Quiere tenerlo para dárselo a su madre y reconciliarla consigo en esta forma después de haberla dañado en sus fantasías. Pero la niña ve también en el pene un arma agresiva que le puede servir en sus ataques contra su madre.

Además, un pene visible podría neutralizar el pene agresivo que cree haberse incorporado (tragado) y ella podría así devolver un pene al padre, a quien ha castrado en fantasías anteriores. En resumen, la niña desea tener un pene solamente en parte por razones libidinosas (eróticas). Más importante es su necesidad de dominar su sadismo y librarse de esta manera de sentimientos de culpa y de la angustia resultante.

Resumamos una vez más. Según Jones y la escuela inglesa, el deseo de la niña de tener un pene no es primario, sino ya una actitud neurótica defensiva, consecuencia de sus angustias surgidas del complejo de Edipo temprano, desencadenado por frustraciones orales con la madre. Además, mientras que para la escuela vienesa la niña pequeña desconoce su vagina y concentra toda su sexualidad infantil genital en el clítoris, para la escuela inglesa tiene un conocimiento instintivo y "a priori" de sus órganos genitales y sus funciones receptivas. Según la escuela vienesa, su fracaso en la actitud masculina obliga a la niña a aceptar el papel femenino. Los partidarios de la escuela inglesa suponen lo contrario: la niña

adopta transitoria o permanentemente una actitud viril por las frustraciones sufridas en sus tendencias primariamente femeninas. Se imagina tener un pene para que la madre no pueda destruir el interior de su cuerpo y para poder aliviar su sentimiento de culpa ofreciendo su pene imaginario a la madre o al padre, a quienes lo ha robado en fantasías anteriores.

Doy esta exposición de Ernest Jones repitiendo en parte conceptos ya expuestos, porque me parece importante dejar bien establecidos tanto los puntos de vista de la escuela vienesa -representados en mi exposición por Freud, Ruth Mack Brunswick y Helene Deutsch-, como el concepto intermedio de Karen Horney, y los de la escuela inglesa -cuyos exponentes principales son Melanie Klein y Ernest Jones-, y porque el conocimiento de todos estos enfoques será utilísimo para la comprensión de los trastornos psicosomáticos femeninos, que trataré en la segunda parte del libro.

Expondré ahora un resumen del concepto de Melanie Klein sobre el desarrollo femenino, aunque advirtiendo de que su teoría es difícil de comprender para personas poco familiarizadas con el psicoanálisis. La comprensión de los conceptos de E. Jones facilitará al lector seguirme en esta exposición, que en parte repite y en parte completa lo dicho anteriormente.

Melanie Klein (véase Ind. Bibl. "El psicoanálisis de niños") dice que los niños pequeños de ambos sexos ya intentan imaginarse el coito de los padres (la escena primaria, según el término técnico psicoanalítico). Como ellos se relacionan con la madre y el mundo exterior principalmente a través de la boca, todas sus ideas se expresan en un plano oral. Crean que la madre alimenta al padre con los senos y que él a su vez la alimenta con el pene. Ahora bien, ¿cómo puede la niña pequeña, que nunca vio un pene, concebir semejante fantasía? Freud expuso su criterio, ya mucho tiempo atrás, en una carta personal a Jones: la primera idea que la niña se

forma de la relación sexual entre su órgano externo con este órgano fantaseado. Además, en su desilusión respecto a su madre cree que ésta le da poco por preferir alimentar a su padre, por lo que entra en rivalidad con éste y siente rencor hacia su madre. Por otra parte, imagina, como ya dijimos, que el padre alimenta con su pene a la madre, llenándola de penes, hijos y leche. Por eso envidia a la madre y entra en rivalidad también con ella. Una diferencia fundamental de este concepto con el de Freud es que afirma que la niña ya entra en su primer año de vida en una situación de rivalidad con la madre e inclinación amorosa hacia el padre - situación "edípica"-, mientras que, según Freud, la niña sólo a los cuatro años busca a su padre, rechazando simultáneamente a su madre.

Según Melanie Klein, esta situación de odio temprano hacia la madre lleva a la niña a querer destruir el interior del cuerpo materno y a apoderarse de su anhelado contenido; como consecuencia, surge en la niña el temor al desquite correspondiente por parte de su madre y el creerse expuesta, a su vez, a ser destruida interiormente (siguiendo la ley bíblica del Talión, que rige para el inconsciente). Este temor irracional, que ya encontramos en la exposición de Karen Horney y de Ernest Jones, sería el temor básico femenino. Vemos, pues, otra diferencia entre ambas escuelas. Según Freud, la niña teme sufrir o haber sufrido la castración de su pene imaginario. Según la escuela inglesa, teme la destrucción ya ocurrida o por ocurrir de sus órganos internos femeninos. Esto nos conduce a la tercera diferencia fundamental.

Ya he recalcado que según la escuela vienesa la niña desconoce su vagina y concentra durante la etapa fálica - cuando descubre sus genitales exteriores, es decir, a los cuatro años- toda su excitabilidad en el clítoris.

Según la escuela inglesa, la niña adopta desde el principio una actitud femenina, receptiva, frente a su padre, percibe

su vagina y quiere albergar el pene paterno en ella. Eso ocurre simultáneamente con las fantasías de "fellatio" que he mencionado más arriba. Como la niña es frustrada en sus deseos por su padre, dirige fantasías sádicas hacia su pene. Proyecta después su propia agresividad sobre este órgano y llega así a temer su contacto. De ahí surge su posición "masculina" temprana, como defensa contra sus temores. Frustrada por el padre y envidiosa de él, trata de desempeñar el papel que le adjudica en su fantasía y se identifica con él.

Como confunde fantasía y realización, cree haber introyectado (3) su pene, poseerlo ahora y poder conseguir de su madre todo lo anhelado por ella. Además, como ya vimos en la exposición de Ernest Jones, la idea de poseer un pene la tranquiliza en sus angustias, por ver en él un arma ofensiva y defensiva y por permitirle restituir a sus padres lo que les ha robado.

Antes de estudiar otro concepto importante de la escuela inglesa, que es continuación de las teorías de Karl Abraham sobre las primeras relaciones objetales (l. c.), expondré brevemente un resumen de estas últimas. Basándose en las investigaciones de Freud expuestas en "La aflicción y la melancolía" (véase Ind. Bibl.) y en sus propios hallazgos al respecto, llega a la conclusión de que el ser humano trata de sobrellevar la pérdida de otro ser armado introyectándose -es decir, para el inconsciente, comiéndose- llegando así a una identificación con el objeto perdido. Siguiendo este curso de ideas y estudiando con detención los resultados obtenidos en los análisis de melancólicos y paranoicos, logró penetrar más profundamente en la forma de las primeras relaciones objetales del niño.

Freud había sostenido que el niño ama primitivamente sólo a su propia persona -narcisismo primario-, para interesarse y vincularse después, poco a poco, con las personas principales de su ambiente. Abraham describe cómo hay que

intercalar entre esta primera fase narcisista y la próxima, la relación ya interpersonal, otra más durante la cual el niño entra en relación con una sola parte importante de la persona amada. Por ejemplo, no ama ni percibe a su madre como a una persona sino como a pechos, es decir, quiere a un objeto parcial. En sus fantasías se defiende contra la posible pérdida de los pechos maternos incorporándoselos en forma caníbal. Su vinculación con el objeto parcial es ambivalente, es decir, tiene sentimientos amorosos y de odio hacia el objeto. El odio lo lleva a temer al objeto introyectado e intentar liberarse otra vez de él expulsándolo. Este concepto nos ayuda a comprender qué significa, por ejemplo, como dije antes, que la niña se haya ya incorporado el pene paterno o el contenido del cuerpo materno.

Siguiendo este orden de ideas, Melanie Klein y otros autores llegaron a la conclusión de que para el niño pequeño no existe un solo pecho materno o pene paterno, buscado ambivalentemente, sino que desdobra sus objetos. El niño tendría en su mente la representación de un pecho bueno -el que le da leche- y otro malo -que se la niega y le causa los sufrimientos del hambre-. O de un pene bueno, que alimenta, y otro malo, que tiene características de arma peligrosa. Además, ya he explicado cómo el niño confunde sus fantasías con la realidad.

Cree haberse introyectado realmente una cantidad de objetos malos, y busca ansiosamente objetos buenos en el exterior para incorporárselos y neutralizar así la acción dañina de los malos. Intenta, además, expulsar todo lo malo que lleva adentro. Esto parece sumamente teórico y poco asequible.

Sin embargo, nos ayuda a comprender problemas muy concretos. Por ejemplo, Melanie Klein explica así por qué muchas mujeres extraen del acto sexual una gran tranquilidad de sus angustias, independiente ya del goce erótico. Temen haber introyectado un pene malo. Este temor puede

hacerse consciente en las más diversas manifestaciones: como consecuencia puede, por ejemplo, surgir la idea hipcondríaca de sufrir de cáncer. Todo acto sexual con un compañero "bueno" calma sus angustias inconscientes e irracionales, porque viven el coito como incorporación de un pene bueno, curativo y neutralizador de objetos malos.

Se ha reprochado a menudo a la escuela inglesa el hecho de dibujar un cuadro demasiado fantástico y pesimista del primer desarrollo infantil.

Como las primeras frustraciones orales son prácticamente inevitables, se podría temer que si el niño pasa ya en su primer año de vida por angustias y vivencias tan decisivas y terroríficas, el papel del medio ambiente para evitarle neurosis graves posteriores sería casi nulo. Sin embargo, no es así. Melanie Klein destacó la gran importancia que tiene una actitud realmente amistosa del medio ambiente para contrarrestar la dañina influencia de ese mundo fantástico en que el niño vive su primera infancia y ayudarle a adquirir poco a poco el creciente sentido de una realidad distinta a sus ansiedades irracionales. La misma realidad le ofrece también posibilidades de cerciorarse de no haber sido destruido y de reconstruir en actos simbólicos y de sublimación a las personas amadas a que haya causado daño en sus fantasías.

Volvamos ahora a nuestro problema, el del desarrollo psicosexual de la niña. Ya dije que M. Klein habla de una posición temprana masculina. La niña a menudo vuelve a este recurso contra sus angustias. Pero normalmente entra en una fase "postfálica", en la cual ya acepta plenamente su papel femenino y adopta la actitud correspondiente frente a su medio ambiente.

En lo que concierne a las diferencias psíquicas entre los sexos, M. Klein atribuye mucho valor al hecho de que la niña esté más expuesta a angustias en su desarrollo temprano que el varón, por no poder comprobar la integridad de sus

genitales y al ver el logro de la maternidad como algo lejano. Sostiene, en contraposición con Freud, que las tendencias receptivas femeninas la llevan a una mayor introyección de sus padres, es decir, a un superyó o conciencia moral más intenso que el del varón. Además, la inseguridad frente a su interior y la necesidad de dominar sus contenidos malos la llevan a desarrollar un agudo poder de observación y visión psicológicas junto con un cierto arte e inclinación hacia el engaño y la intriga. Su mayor dependencia de su superyó la obliga a ser altruista y dispuesta a sacrificios. Sus temores de haber dañado el interior del cuerpo materno y de haber sido castigada en la misma forma, la llevan a tratar de dar a luz hijos hermosos y alimentarlos, sea en realidad o en forma de sublimaciones. Dejo aquí mi exposición teórica, a sabiendas de haber expuesto solamente parte de los resultados científicos del psicoanálisis al respecto y de no haber logrado hacer más que parcialmente una exposición sencilla y bien comprensible. Me justifica la complejidad del tema y el hecho de que no se puede llegar a una comprensión profunda del psicoanálisis sin haber pasado por la experiencia personal del conocimiento del propio inconsciente.

Para finalizar, algunas palabras sobre mi concepto personal respecto de las distintas teorías sobre el desarrollo psicosexual de la mujer. Si he destacado en este capítulo y los anteriores los "errores falocéntricos" de Freud y los puntos en los cuales no estoy de acuerdo con su teoría, apoyándome en los resultados de la investigación de sus discípulos y en lo visto personalmente, me siento adoptando un papel algo pretencioso y mezquino. Criticar a Freud en un aspecto de sus teorías, pese a todo, secundario, utilizando como arma los métodos de investigación elaborados exclusivamente por él y basándose en los resultados científicos de cincuenta años de existencia del psicoanálisis, no hace meritoria la pretensión de ver algunas cosas en forma más acertada que él. Sin embargo, el mismo Freud nos ha animado a esta crítica por la

forma en que siempre favoreció cualquier enfoque nuevo, alentando a sus discípulos a no respetar nunca nada sino cuando se puede considerarlo al margen de cualquier duda y discusión.

En "El psicoanálisis y la teoría de la libido" (véase Ind. Bibl.), refiriéndose al carácter del psicoanálisis como ciencia empírica, dice que no se trata de un sistema como los filosóficos, que partiendo de ciertos conceptos fundamentales precisamente definidos pretenda aprehender con ellos la totalidad del universo, y una vez concluido lo cierra definitivamente a nuevos hallazgos y conocimientos. Se atiene más bien a los hechos de su campo de acción; intenta resolver los problemas más inmediatos de la observación; tantea sin dejar el apoyo de la experiencia; se considera siempre inconcluso y está siempre dispuesto a rectificar o sustituir sus teorías.

Admite también, como la física o la química, que ciertos conceptos sean oscuros y algunas hipótesis provisionales, y espera de una futura labor una más precisa determinación de los mismos.

Por otra parte, a menudo se puede observar en primer plano en los tratamientos psicoanalíticos de mujeres su envidia del pene, su sentirse castradas y su actitud masculina. Pero esta actitud ya es defensa contra angustias más profundas de ser destruidas en su feminidad. Veremos como la comprensión de dos fantasías diferentes de castración nos serán útiles para el entendimiento de los trastornos psicósomáticos de la mujer y cómo ambos suelen aparecer en una misma reacción o en un mismo síntoma. Por ejemplo, la reacción de la niña a la primer menstruación representa a menudo una mezcla curiosa de humillación, rechazo y alegría desafiante. La humillación corresponde a la pérdida de su supuesta virilidad, a su "castración", mientras que la alegría es consecuencia del alivio que experimenta al comprobar su

feminidad intacta y la irrealidad de sus temores al respecto y al percibir la menarquía como promesa de futura maternidad.

También en materia de antropología pueden observarse ambos factores. Generalmente, en las sociedades patriarcales, la envidia fálica de la mujer está en primer plano, aunque vimos, por ejemplo, cómo en Samoa, bajo condiciones culturales muy distintas a las nuestras, no parece existir tal envidia o, por lo menos, parece ser muy poco frecuente. En sociedades del todo diferentes, como en la de las islas Marquesas, los temores genitales se presentan en forma distinta. Kardiner dice no haber encontrado rasgos de envidia del pene entre las mujeres de esas islas, y lo explica por el papel privilegiado de la mujer, que no tiene por qué envidiar al hombre. Pero el fenómeno de la seudociesis (embarazo imaginario) tan frecuente entre ellas, debe ser interpretado, según mi juicio, como una manifestación del temor a la castración de la genitalidad femenina, es decir como un intento de negar la destrucción interior y supuesta pérdida de la fecundidad, seguido por su admisión.

Finalmente, explicaré por qué expongo en un libro de enfoque clínico toda la evolución de la teoría psicoanalítica sobre el desarrollo psicosexual de la mujer, en lugar de dar un breve resumen del estado actual de nuestra ciencia. Pienso que el lector interesado únicamente en el aspecto práctico saltará lo que no le interese. Además, en todo caso, necesita para su comprensión un mínimo de teoría. Por otra parte, supongo que una breve exposición del ambiente histórico en que surgió y del desarrollo de su teoría, harto complicada, ha de ser de interés para el lector no familiarizado con el psicoanálisis. Finalmente, espero poder ofrecer en esta forma a los conocedores y estudiantes del psicoanálisis un resumen útil para sus investigaciones (4).

## Notas

(1) En gran parte de lo que ahora referiré seguiré la exposición que Zilboorg da en su "Historia de la psicología médica" (v. Ind. Bibl.) (2) Sin embargo, en algunas publicaciones, por ejemplo "La moral sexual, cultural y la nerviosidad moderna", Freud atribuye la inferioridad intelectual femenina a la mayor coerción educacional por lo sexual que sufre su curiosidad en la infancia.

(3) Uso el término en el sentido de incorporación psicológica.

(4) Agrego a este resumen, escrito en 1951, esta nota para completar la discusión sobre la envidia del pene y mencionar, por lo menos, el concepto tan importante de la envidia del pecho.

En un libro, aparecido en 1955, "Envidia y Gratiitud" (véase Ind. Bibl.) Melanie Klein vuelve sobre el tema de la envidia. Describe cómo este sentimiento destructivo surge ya en la relación bipersonal entre el niño y la madre y se dirige contra el pecho. Dado que éste es para el niño la fuente creadora de todo lo que él carece, y al sentirse frustrado por él presupone que el pecho se alimenta a sí mismo, en lugar de gratificarlo, lo ataca y lo destruye en sus fantasías inconscientes.

Esta envidia primitiva, difícil de entender, sin haber estudiado a fondo el concepto de fantasías inconscientes y otras teorías klenianas, puede observarse, sin embargo, en análisis profundos con toda claridad en la relación transferencial.

En un trabajo mío, "Esterilidad y envidia" (Sterility and envy) (ver Ind. Bibl.) presentado en el vigésimo Congreso Psicoanalítico Internacional, puede demostrar cómo esta en-

vidia forma la base de muchos trastornos que describiré en este libro y además establecer las distintas conexiones entre la envidia del pecho y del pene. 1º) Como Melanie Klein ya encontró en 1928, la voracidad de la niña pequeña y su envidia del pecho la llevan a envidiar y desear también el pene del padre, porque cree que la posesión de este órgano la capacita para recibir el pecho de la madre.

Entonces la envidia del pene es proporcional, en su intensidad, a la voracidad de la niña y su envidia del pecho. 2º) Dado que la envidia del pecho lleva a la niña a atacar el cuerpo de su madre y a temer su contraataque, y dado que ella se defiende contra su temor de estar destruida en su femineidad, adoptando una posición masculina que implica envidia del pene, esta envidia es, en última instancia, el resultado de su envidia del pecho. 3º) Además, Melanie Klein nos ha demostrado que la niña abandona el pecho y se vuelca hacia el pene porque lo considera, en sus fantasías, como un pecho inagotable. Pero dado que su envidia del pecho se origina en la fantasía de que éste, en lugar de darse a ella, se alimenta a sí mismo, reacciona también frente al pene con envidia y celos, sospechando que también el pene se alimenta a sí mismo y a la madre. De esta manera su envidia del pecho se transforma directamente en envidia del pene.

4º) Finalmente su falta de cualquier órgano creativo, sea del pecho de la mujer adulta o sea del pene, forma la base de su envidia de ambos.

### Capítulo III

#### La imagen de la "madre mala" (1)

El "mito del niño asado". La hostilidad de la madre hacia su hija.

La hostilidad de ésta hacia su madre. En el plano oral. En el plano genital. ¿Quién es el victimario y quién es la víctima? La importancia de la felicidad de las madres para la salud mental de las futuras generaciones.

Ya he hablado de los juicios despectivos sobre la mujer y cómo el prejuicio de su inferioridad se basa en viejos resentimientos infantiles.

Ocurre así que tanto el hombre como la mujer rechazan inconscientemente a la madre. La total dependencia de la criatura humana de su madre y su gran vulnerabilidad hacen que le tema, la envidie y la odie. Esa misma dependencia y la gran intimidad existente entre la madre y su hijito hacen que la quiera. El hecho de que el niño dependa del todo y conozca únicamente a su madre, da como característica a su amor la insaciabilidad y el deseo de exclusividad y lo lleva por eso, forzosamente, a sufrir frustraciones una y otra vez. La quiere, pero reacciona a las frustraciones con un odio impotente y desesperado, y la proyección de estos sentimientos sobre su madre hace que le tema.

Expuse las teorías de la escuela inglesa sobre la psicología de la niña de muy corta edad. Describí cómo en sus fan-

tasías quiere destruir el cuerpo materno por todos los medios a su alcance y cómo teme ser destruida como represalia por su odio. Vimos que desdobra las imágenes y lleva dentro de su inconsciente, al lado de la "madre buena" que acaricia y tiene pechos llenos de leche, la representación de una "madre mala" y vengativa.

Como temo haber dejado en el lector la impresión de que todos estos conceptos son harto complicados y difíciles de comprender, demostraré, mediante el análisis de distinto material, que son una realidad psicológica y que también todos nosotros llevamos junto a la imagen de la madre buena otra terrorífica, la imagen de una madre que mata, destruye y devora al niño.

Más adelante veremos eso al exponer material clínico. Pero por el momento lo demostraré con algo tomado de la psicopatología cotidiana, interpretando un rumor que corrió hace poco por Buenos Aires y estaba en boca de todos, trasmitiéndose con suma velocidad por las sirvientas, los chóferes de taxi y los peluqueros.

Se trata de algo que se podría llamar un "mito moderno". Tomamos esta expresión del libro "Mitos de guerra", de Marie Bonaparte (véase Ind. Bibl.). En él la autora describe cómo la situación psicológica colectiva creada por la segunda guerra mundial hizo surgir rumores persistentes que adquirieron una rápida difusión oral. El análisis de sus contenidos latentes demostró que sirven para asimilar psicológicamente, en forma disfrazada, situaciones de angustia colectiva y los conflictos subyacentes, del mismo modo que lo hacían los mitos en el pasado.

El rumor a que me refiero, y que, como decía, se extendió muy rápidamente (en el término de una semana me llegaron nueve versiones, distintas sólo en sus detalles) y fue aceptado como verídico por personas generalmente capaces de un juicio crítico. Esto comprueba que el rumor responde,

aunque en forma muy disfrazada y elaborada, a una situación interior reprimida y a angustias infantiles aún persistentes en la gran mayoría de las personas.

La versión más completa de la extraña historia que se relataba en junio de 1949 en todo Buenos Aires era la siguiente: Un joven matrimonio toma una sirvienta, estando la esposa cerca del final de su embarazo. Nace la criatura. Algunas semanas después marido y mujer salen de noche para ir al cine, dejando el niño al cuidado de la sirvienta, que hasta ese momento ha merecido su confianza. Al regresar los recibe muy ceremoniosamente, vestida con un traje de novia de la señora, según una versión, y los dice que ha preparado una gran sorpresa para ellos. Los invita a pasar al comedor para servirles una comida especial.

Entran y se encuentran con un espectáculo horripilante. En medio de la mesa, puesta con sumo cuidado, ven en una gran fuente a su hijo, asado y rodeado de papas. La infeliz madre enloquece en el acto. Pierde el habla y nadie le ha oído pronunciar desde entonces una sola palabra. El padre, quien, según varias versiones, es militar, extrae su revólver y mata a la sirvienta. Después huye y no vuelve a tenerse noticias de él.

Según averiguaciones posteriores, el drama se explicaría por el hecho, desconocido por el matrimonio, de que la sirvienta era una psicótica, escapada poco antes de un manicomio. Hay otras versiones del mismo acontecimiento, que difieren en detalles. A veces el marido es médico. No huye después de haber matado a la asesina sino que se suicida. Según algunos, la criatura no es de pocas semanas sino que había cumplido precisamente los seis meses.

Este rumor tiene características que concuerdan con las observaciones de Marie Bonaparte sobre los mitos modernos. En primer lugar, todas las personas que relatan el cuento dicen haberlo oído de otros que conocen muy bien a los prota-

gonistas. Varias veces se me afirmó también que todo el drama había aparecido en los diarios, aunque nadie lo había leído personalmente. Y casi todos estaban dispuestos desde el primer momento a tomar como verídica la tragedia que me referían.

El cuento parece muy curioso, tal vez demasiado para que podamos mantener nuestra afirmación de que su contenido latente corresponde a una situación psicológica común a todo el mundo. Porque de ser así hubiera aparecido en esta forma u otra similar con mucha mayor frecuencia. Investiguemos, pues, si hay otros relatos en los que un niño es servido como comida a sus padres. Recurramos primeramente a la mitología clásica. El material existente es abundante, y la versión más conocida y más próxima a nuestro "mito moderno" es la historia de Tántalo.

Tántalo, rey de Lidia y yerno de Júpiter, sirvió a los dioses, para probar su divinidad, los miembros del cuerpo de su propio hijo Pélope. Sólo su esposa Ceres, la diosa de la fertilidad, absorbida por el dolor de la pérdida de su hijo, comió este terrible manjar. Habiendo Júpiter devuelto la vida a Pélope, le puso un hombro de marfil para reemplazar el que le había comido su madre Ceres.

A Tántalo lo precipitó al Tártaro y lo condenó a ser víctima de hambre y sed devoradoras. Se le representa en medio de un río cuyas aguas huyen tan pronto como quiere acercar sus labios a ellas, y debajo de árboles frutales cuyas ramas se levantan tan pronto como quiere coger una fruta. Dejemos la interpretación de este mito para más adelante y pasemos a ver situaciones similares en dos cuentos de hadas.

Primeramente, en "Blancanieves".

Ahí la madrastra mala, envidiando a Blancanieves su belleza, pide al cazador que lleve a la niña al bosque para matarla y que le traiga después su corazón. El cazador, conmo-

vido por la belleza y bondad de la niña, mata en lugar de ella una liebre, cuyo corazón trae a la reina cruel, quien lo hace preparar y lo come, creyendo ingerir así una parte integrante del cuerpo de su bella hijastra.

En "H)nsel y Gretel" el padre de los niños, acosado por la pobreza que no le permite seguir alimentando a sus hijos, se deja persuadir por su mujer, madrastra de los niños, a llevarlos al bosque y abandonarlos allí. Los niños vagan solos por el bosque hasta que llegan a la casa de la bruja, que está hecha de golosinas. Empiezan a comer parte del techo y son sorprendidos.

La bruja los encierra y hace engordar a H)nsel, para matarlo y asarlo luego. Gretel, mediante un ardid, salva a su hermano. Nuevamente nos encontramos con un intento de una malvada mujer que quiere matar a un niño para comerlo luego. La situación de este cuento tiene ya bastante similitud con la de nuestro mito moderno.

Vimos anteriormente material mitológico de una cultura distinta de la clásica y de la nuestra, la de las islas Marquesas, donde las embarazadas temen que las "vehinihai" - espíritus de mujeres salvajes- les roben, para devorarlo, el hijo que están esperando.

Citaré parte del mismo tema aparecido en el sueño de una joven homosexual: Ve un árbol, a cuya sombra observa varios chanchitos. Mira hacia arriba y descubre una "araña-cangrejo" enorme, suspendida de la cima del árbol. De pronto la araña empieza a bajar. Los chanchitos huyen, menos uno que se queda como paralizado y fascinado. La araña se le echa encima y empieza a succionarlo. La durmiente ve con horror que el pobre chanchito no logra defenderse y cómo el color rosado de su piel se vuelve pálido y blanco porque la araña le ha succionado toda la sangre. Puedo adelantar de la interpretación de este sueño que los tres chanchitos - conocidos como tres hermanitos por los dibujos cómicos de

Walt Disney- representan a la durmiente y a sus dos hermanas menores, mientras que la araña -como acontece generalmente en los sueños y en el material folklórico- simboliza a la madre.

Todo lo dicho nos servirá para llegar a través del análisis de este material a la comprensión de nuestro mito moderno. Ya destaqué una situación común a todos los casos expuestos: la posibilidad de que sea comido un niño.

Unas veces este crimen es realizado y otras la protagonista se ve frustrada en su intención perversa. Pero, ¿a quién representa la protagonista? ¿Quién realiza o intenta realizar el crimen antropofágico? En resumen: ¿quién es el criminal? En el mito de Tántalo es el padre quien mata a su hijo, pero la única que completa el crimen y come de este plato horrible es Ceres, su madre.

En "Blancanieves" la madrastra hace matar a la princesa y quiere comer su corazón. En "H)nsel y Gretel" la situación está más disimulada, pues la madrastra aduce su pobreza e incapacidad de dar comida a los niños para lograr su objeto, que es exponerlos al peligro de ser comidos por la bruja.

Es otra imagen de la madre mala que se niega a alimentar a los niños.

En el mito de las islas Marquesas, las "vehinihai" o mujeres salvajes hacen desaparecer el feto del útero de la madre o se comen a sus hijos pequeños.

Freud demostró que en nuestro inconsciente rige la ley cruel e inflexible del Tali3n: "ojo por ojo y diente por diente". Significa que, como castigo por nuestras maldades, esperamos siempre que otra persona nos haga lo mismo que le hemos hecho en la realidad o en la fantasía. Pues bien, el crimen que realizan las "vehinihai" es justamente el mismo que, impulsados por sus celos, los niños de ambos sexos cometen en sus fantasías inconscientes frente a su madre embarazada

embarazada o a sus hijos pequeños, sus hermanos menores, cuando quieren robarlos y matarlos. De ahí puede deducirse que la niña, una vez adulta, cuando espera a su propio hijo, tema la venganza de su madre y la convierta en la mujer salvaje del mito, que roba y come a sus hijos.

Ya he dado la interpretación correspondiente del sueño de la araña y los tres chanchitos: la madre mala está simbolizada por la araña y los tres chanchitos representan a la soñante, de niña, y a sus dos hermanas. Mientras que observa en el sueño la trágica escena, se identifica simultáneamente con el chanchito víctima de la araña. Sueña, pues, que su madre la mata sorbiéndole la sangre.

Vemos en todo el material situaciones similares. En el mito de Tántalo el padre es el responsable del crimen, pero lo ejecuta la madre. En los dos cuentos de hadas, sustitutas malvadas de la madre (madrastra, bruja) intentan ejecutar el crimen. En el sueño, la madre es un vampiro, que mata a su hija (2).

En el mito de las "vehinihai", la imagen terrorífica de la madre -la mujer salvaje- mata y come a los niños de su hija. A pesar de que la tragedia aparezca desplazada a la próxima generación, la situación psicológica es la misma que en el otro material, porque la joven madre se identifica con su criatura y la considera como parte de ella misma, como carne de su carne.

Examinemos ahora la situación de nuestro mito moderno. En éste la sirvienta es quien mata al hijo de su joven patrona. Considerando a la sirvienta como representante de la imagen rebajada de la madre mala, encontramos la misma situación que la de las "vehinihai". Ahora bien, si así fuera, ¿cuáles son los motivos de que la sirvienta llegue a desempeñar para el inconsciente el papel de madre? Son varios, y se observan en los tratamientos psicoanalíticos de muchas mujeres. Gran parte de las dificultades y quejas constantes

de las dueñas de casa sobre el servicio doméstico provienen de esta identificación inconsciente. En primer término, las actividades de las sirvientas son muy parecidas a las que desempeña la madre frente al niño: la sirvienta tiene el deber de alimentar, cuidar y limpiar.

En contraste con esa similitud está la dependencia e inferioridad social de la sirvienta frente a la patrona, que le permite a ésta realizar una vieja e infantil fantasía vengativa: trastocar los papeles. Fantasía que expone a menudo el niño pequeño frente a su madre con las siguientes palabras: "Ya verás cuando yo sea grande y tú seas chiquita". Todo lo que la niña sufre por su dependencia de la madre y por su obligación de obedecerla puede ahora hacérselo experimentar a la sirvienta. Todas las críticas a su madre que hubo de reprimir durante su infancia pueden expresarse más tarde y con toda claridad frente a la sirvienta. En ella puede vengarse de las frustraciones sufridas en la niñez (3). Todo el odio reprimido que tampoco ya adulta la mujer se atreve a manifestar a su madre, lo descarga contra la sirvienta. La teme y la cree capaz de cualquier atrocidad debido a este mismo odio. Muchas mujeres creen continuamente que las sirvientas las perjudican, las roban y les seducen a sus maridos o hijos.

Una de las causas por las cuales el cuento del niño asado fue aceptado como verídico proviene de esta situación inconsciente entre ama de casa y sirvienta. Por todo lo expuesto parece que nos encontramos con variantes de una misma situación, en la que siempre el hijo o la hija es víctima de una madre criminal.

La persona que se conmueve al escuchar el relato siniestro se identifica con el niño, víctima inocente de la sirvienta-madre mala, sintiendo simpatía y compasión por la joven señora, en la cual proyecta la imagen consciente y buena que tiene de su propia madre. Ya dijimos cómo por los celos reprimidos en la infancia se llega a atribuir a un sustituto mater-

no el extraño deseo de comer a su hijo. Además existe otra causa más profunda para ello. Siguiendo la ley del Talión, la persona que cree en los deseos caníbales de la madre y se identifica con la víctima teme sufrir de la madre mala lo que ella misma, en su primera infancia, quiso hacerle.

Le atribuye sus propios deseos perversos, para poder condenar en la madre lo que se niega a reprocharse a sí misma. Tendré que demostrar, pues, que el crimen primitivo de nuestro mito sería el haber querido devorar a la madre y que el verdadero criminal sería la víctima aparente, el niño. Para ello volvamos al material relacionado por su contenido con nuestro mito.

El castigo de Tántalo consiste en la condena a la sed eterna y en ver cómo se retiran las ramas llenas de fruta cuando extiende su mano para alcanzarlas. Las frutas son símbolos del pecho femenino. Se deduce, por el carácter del castigo mismo, que su crimen primitivo fue la voracidad de su hambre. La situación aparece en el mito, transformada en su contraria.

No es él quien quiere comer a su madre, sino que su hijo -representante de su infancia- es quien sirve de manjar a Ceres.

Blancanieves cae como muerta después de haber comido la manzana envenenada que le ofrece su madrastra, es decir, es castigada por su glotonería, por haber deseado comer el pecho de su madre hostil.

En "H)nsel y Gretel" los niños son expulsados de la casa por su voracidad (ya no es posible alimentarlos) y la bruja los sorprende y castiga cuando los niños comen parte de su casa. También la casa constituye un símbolo materno muy conocido en psicoanálisis.

En el mito de las "vehinihai" no aparece el hambre del niño castigado.

Pero sabemos que las madres en las islas Marquesas niegan el pecho a sus hijos y los alimentan en forma grosera, provocando, por consiguiente, fuertes deseos canibalescos y vengativos en los niños, deseos que más tarde encuentran su realización en la antropofagia practicada con el enemigo vencido.

Durante el tratamiento psicoanalítico de la joven homosexual cuyo sueño he citado, se pusieron de manifiesto sus fuertes tendencias orales de carácter agresivo dirigidas hacia su madre.

Dada la similitud de las situaciones, podemos deducir que también en nuestro mito moderno el crimen primitivo es el hambre agresiva del niño, hambre que se ha intensificado por el abandono de la madre. La tragedia ocurre cuando la madre se ha ausentado con el padre.

El criminal sería siempre, pues el niño mismo, y su propio sentimiento de culpa hace que posteriormente lleve dentro de sí la imagen reprimida de una bruja-madre con deseos antropofágicos y malvados hacia él. La persistencia de esta imagen en los que escucharon nuestro "mito moderno" es la causa de su credulidad ingenua. En determinada época de nuestra infancia todos hemos experimentado deseos canibalescos hacia el pecho de nuestra madre. Abraham (l. c.) fue el primero en descubrir que simultáneamente con la primera dentición, es decir a los seis meses, surgen en el niño deseos sádicos de morder y masticar el pecho de su madre, que se ligán a las tendencias cariñosas. Llamaré la atención del lector sobre el hecho de que en una versión de nuestro mito el niño habría cumplido precisamente los seis meses. Tomar alimentos, tanto la leche materna como otros distintos, significa para él comerse a su madre, y este mismo acto adquiere dos contenidos opuestos. Se incorpora a su madre porque, por su amor hacia ella, quiere llevarla dentro de sí mismo, pero la destruye con sus dientes, porque la odia y la teme, pro-

yectando en ella su propia agresividad. Esas tendencias agresivas se ven reforzadas con cada experiencia dolorosa para el niño y por todas las frustraciones sufridas y causadas por su madre. El niño pequeño proyecta su hambre sobre la madre y lo experimenta como si ella lo comiera y destruyera desde adentro: como una agresión deliberada que ella le inflige y como un castigo por su propia voracidad. Por eso la sirvienta que prepara al lactante para servirlo de comida a sus padres representa a la madre que quiere calmar su propia hambre con la carne de su hijo en lugar de ofrecerle sus pechos.

Hasta ahora nos hemos ocupado en nuestro mito exclusivamente de la relación madre-hijo en el plano oral.

Pero también el padre aparece en escena. Los protagonistas del drama son: el padre-médico según una versión, militar, según otra, la madre y la sirvienta. Creemos que las dos profesiones que se asignan al padre no han surgido ocasionalmente sino que corresponden a la situación interior que el mito expresa. Un militar es un personaje importante, autoritario, algo como un presidente o un rey, es decir, corresponde a la imagen que la niña pequeña se hace de su padre. El médico es el hombre delante del cual no existe secreto sexual ni prohibición. Él lo sabe todo y está autorizado a examinar nuestra intimidad física. Tiene, pues, un papel parecido al que el padre desempeña frente a la madre en las relaciones sexuales.

Veamos ahora la situación de la niña frente a sus padres unidos. En determinada edad se enamora de su padre y quiere ocupar el lugar de su madre.

Siente celos violentos, la odia y desea eliminarla. Ésta es otra razón más para que la niña tema la venganza de su madre y la vea mala. Además, si nacen otros hermanos, lo vive como traición por parte de sus padres, y dirige todos sus ce-

los y su odio hacia el recién llegado (4). Se hace susceptible y se siente postergada y tratada como "Cenicienta".

Expuse cómo en el plano oral la sirvienta de nuestro mito representa a la madre mala, sobre la cual el niño proyecta sus propios deseos caníbales.

En el plano edípico el papel de la sirvienta es distinto: representa a la niña resentida y enamorada de su padre. La situación de rivalidad con la madre queda expresada con más claridad en aquella versión del mito en la cual la sirvienta se pone el vestido de novia de la señora, es decir, se sitúa directamente en el lugar de la joven madre, al lado del padre. La niña está celosa de la vida sexual de sus padres. En el mito la desgracia ocurre cuando los patrones dejan a la sirvienta en casa y salen juntos de noche. Además, la sirvienta entró en la casa antes del nacimiento de la criatura, es decir, de hija única se convertía en hermana mayor, viéndose desplazada por el nacimiento del hermano. Hace una regresión al plano oral y se venga, matando al lactante y preparándolo como comida. Su venganza consiste en que él, en lugar de seguir comiendo de su madre con la autorización del padre, sirva de comida a los dos. Por eso debe ser castigada. En el mito, en una versión el padre mata a la sirvienta a palos, según otra, a balazos. Los dos castigos representan, en un plano regresivo masoquístico, el coito de ella con el padre. Lo reprimido, la satisfacción sexual prohibida y negada, irrumpe otra vez en la conciencia, aunque en forma disfrazada y dolorosa. Pero por poco tiempo, pues el padre desaparece o se suicida y la madre enmudece, lo que simboliza también la muerte. Esto es, que la niña-sirvienta sufre el castigo más grave que un niño pueda imaginarse: por su crimen de celos es abandonada por ambos padres.

Marie Bonaparte encontró que los mitos modernos analizados por ella eran la reacción a una situación actual angustiante, la segunda guerra mundial, correspondiendo así a una

constelación psicológica común a mucha gente. No sé hasta dónde la génesis del mito que examinamos pueda referirse a situaciones actuales, como las puntualizadas por esa autora; por otra parte, no ha sido mi propósito su investigación. Quise analizar el contenido inconsciente y eterno de nuestro mito para comprobar que corresponde a una situación psicológica común a todos nosotros y que logra plena credulidad en el público porque éste, a través de las distintas identificaciones con los diversos protagonistas, logra captar esa constelación y su veracidad psicológica.

Hasta ahí la interpretación de nuestro mito. Descubrimos así que la culpable del crimen es la niña, que odia a su madre, la teme por esta causa y lleva reprimida dentro de sí misma su imagen horrorosa. Empleo la palabra "culpable". Sin embargo, ¿tengo el derecho de usarla? ¿Es su maldad la que lleva a la criatura a odiar a su madre y querer destruirla, o son las frustraciones que ésta le impone? Entre los psicoanalistas existen distintas opiniones al respecto. Hay quien sostiene, apoyándose en la teoría de Freud sobre el instinto de muerte, que la criatura ya nace con capacidad de amar, odiar y envidiar y que ve al mundo ya su madre mala conforme a sus propios impulsos. Hay otros que ven en el odio de la criatura la reacción a la actitud hostil de la madre y a las frustraciones que impone a su hijo. Sin embargo, tanto los partidarios de un concepto como los del otro interpretan la conducta del niño como resultante de su constitución, más las experiencias reales hechas por él en su infancia. Pero, según su "Weltanschauung", cada cual hace más hincapié en uno u otro de estos dos factores.

No discriminaré aquí entre ambos conceptos. Clínicamente veremos más adelante que desde su punto de vista subjetivo siempre uno se siente primeramente víctima y sólo después victimario. Pero también que, en la medida que progresa el análisis, uno llega a aceptar su responsabilidad por

lo que hizo a sí mismo y a sus propios objetos. Me referiré en la clínica tanto a material psicoanalítico de "hijas" como de "madres". Expondré, por ejemplo, cómo el temor a su madre impide a la niña menstruar en la época debida.

También hablaré del odio que puede sentir una mujer embarazada hacia su feto, sentimiento que la llevará posiblemente al aborto; o el rechazo de la joven madre de su lactante, rechazo que será la causa de trastornos en la lactancia. ¿Pero consideramos "malas" a estas enfermas, cuyas actitudes rechazantes hacia el hijo estoy describiendo? Seguramente que no, porque a través del análisis de éstas comprendemos que repiten -sin querer y sin darse cuenta- frente al hijo lo que sufrieron de niñas por parte de su propia madre. Es decir, que todo lo que parece hostil y no maternal en ellas proviene de sus propias frustraciones infantiles, que las fijaron en una actitud inmadura e inadecuada a su papel de madres. Resumiendo: lo que lleva a la madre al rechazo de su hijo y a frustrarlo, a menudo cruelmente, proviene tanto de su identificación inconsciente con la imagen de su propia "madre mala" como de los impulsos infantiles ligados a esta imagen.

## Notas

(1) Gran parte de este capítulo apareció bajo el título: "El mito del niño asado", en la "Revista de Psicoanálisis".

(2) Puedo agregar otra observación clínica de contenido parecido, la de un síntoma de conversión histérica.

Una mujer que alimentaba a su criatura de pocas semanas siente un día, inesperadamente, un dolor espasmódico en los pezones, que se va intensificando hasta hacerse intolerable.

El dolor desaparece bruscamente cuando lo relaciona con un hecho ocurrido unas pocas horas antes.

Había recibido una carta en que su madre le comunicaba que se veía en la necesidad de aceptar la ayuda económica que su hija le había ofrecido tiempo atrás. Lo que la enferma expresaba a través de su síntoma era que ella estaba dispuesta a dar el pecho a su bebé, con el cual se identificaba, pero no a alimentar a su madre. Hacerlo sería como dejarse comer por ella, situación que expresó y contra la cual protestó con su dolor, que desapareció al hacerse consciente su significado.

(3) Hace poco me contaron que una señora, nada tacaña por lo general y muy adinerada, cada semana solía sacar del placard de la cocina un bolso lleno de terrones de azúcar.

Cuidadosamente solía contar para cada persona de la numerosa servidumbre los terrones a que tenían derecho durante ese día. Después los entregaba a la cocinera y guardaba lo restante bajo llave. En un primer momento me chocó es-

ta actitud, tan en contraste con el nivel económico y la forma de vivir de esa familia, hasta que pude comprender que probablemente la madre de esta buena señora debía de haber hecho lo mismo con ella cuando, siendo niña, le pedía caramelos u otras golosinas de poco valor.

(4) Una niña de cuatro años, que acababa de recibir un hermanito, preguntó a su padre: "¿Cómo se hace para que a los bebés se les pare el corazón? ¿Basta con apretarlos con fuerza?"

## Capítulo IV

### Parte clínica (1)

#### Menstruación

¿Es siniestra la menstruación? La menarquía como el gran acontecimiento. La menarquía como trauma. ¿Por qué? Respuesta antropológica. Respuesta pedagógica. Enfoque psicoanalítico. Exposición de casos. Teresita: el efecto traumático de la menstruación por la situación conflictual con su madre. Temores a la castración masculina y femenina.

Menarquía traumática porque la realización de los deseos sexuales se vuelve peligrosa: Molly. ¿La menstruación es biológicamente dolorosa y deprimente? Exposición del historial de una adolescente dismenorreica. De una joven amenorreica. La actitud viril como defensa. Resumen.

Estudiaremos ahora las distintas etapas de la vida femenina, sus mecanismos normales y patológicos. Estos últimos son, en el fondo, siempre la manifestación del mismo conflicto, del temor de identificarse con la imagen de una madre mala destruida o del temor a su venganza. Veremos cómo estos temores, superados en una etapa evolutiva, reaparecen, a menudo, bajo cualquier forma, en otra posterior.

Como breve ejemplo contaré, antes de estudiar el tema de la menarquía y de la menstruación más sistemáticamente, la historia de una joven. Era elegante y atractiva, aunque mostraba, cuando se ponía nerviosa, un ligero estrabismo.

Me relató en su psicoanálisis datos de su infancia. Había sido una niña fea, bajita, sin cuello, como decía su madre, y con un fuerte estrabismo. Su madre mujer linda y muy orgullosa, solía decirle, cuando la acompañaba a sus primeros bailes, que ella, aun siendo más vieja que su hija adolescente, le ganaba todavía en belleza.

Otras veces la madre se mostraba muy preocupada por el futuro de la hija y temía que no consiguiera casarse. La niña dedicaba todo su interés al estudio, a su amistad con sus compañeras, y no se preocupaba aparentemente por su físico. Pero, llegada a los dieciséis años, todavía no se había desarrollado. Seguía bajita y no tenía la menstruación. Por otra parte, su madre la había hecho operar ya varias veces para corregir su estrabismo, pero siempre sin ningún éxito. En esa época se internó, una vez más, en un sanatorio para hacer otro intento.

Esta vez la operación resultó muy bien. Además, aún antes de que pudiera conocer el resultado, un joven médico empezó a hacerle la corte. Ella se entusiasmó: se sentía tratada como una mujer atractiva por primera vez en su vida. El día que salió del sanatorio se produjo la menarquía. Cuando la conocí, años después, ya no tenía nada de la niña bajita, gorda y sin cuello, que había sido. Era una linda mujer, alta y delgada. Sin embargo, lo que parece haber sido una "curación por el amor" no la había cambiado a fondo. Se casó impulsada por motivos neuróticos. El matrimonio empezó a andar mal cuando ella misma se convirtió en madre. Se separó, haciendo inconscientemente todo para perder en el juicio de divorcio la tenencia de su hijita, adorada por ella. Es decir, fracasó en su vida de mujer por su incapacidad maternal. De adolescente, por la actitud de su madre, había rechazado su femineidad. Pensaba que como nadie iba a quererla como mujer, más valía quedar niña o vivir como un muchacho. El primer amor bastó para dar atractivo al destino femenino.

Vino la menstruación, se transformó en mujer. Pero más tarde no toleró la transformación en madre. Por su resentimiento hacia su propia madre no podía convivir felizmente con el hombre que ésta le había elegido, ni desempeñar libre de angustia su papel materno frente a su hija. Conscientemente temía tratarla con la misma maldad con que su madre la había tratado.

Entonces, para no perjudicarla, prefirió abandonarla y empezar su vida de nuevo.

La primera menstruación representa para la niña un acontecimiento importantísimo. Significa que adquirió su madurez biológica, que es mujer, y capacitada físicamente para el amor y la maternidad. Tendría que ser una fiesta para la niña, un día cuya fecha debería recordar más tarde junto a la de su casamiento y las de los nacimientos de sus hijos. Efectivamente, entre los primitivos ocurre eso. La primera menstruación está rodeada de tabús y ceremonias que culminan en un gran festival, durante el cual la niña es aceptada por la sociedad de las mujeres adultas como una de ellas. Sin embargo, es cierto también que el análisis de los ritos de iniciación demuestra la ambivalencia del primitivo frente a la púber. También la mujer adulta en estado menstrual lo excita, tienta y asusta y lo lleva a defenderse con numerosos tabús contra el contacto siniestro con ella. El sentido profundo de estos temores ha sido el objeto de las investigaciones de muchos psicoanalistas: Coronel Daly, Melitta Schmiedeberg, Mary Chadwick, A. Winterstein y otros más (véase Ind. Bibl.). Freud se refiere en algunos de sus escritos al tema, interpretando el temor del hombre a la menstruación como temor al genital castrado y ensangrentado de la mujer. El primitivo teme a la mujer en estado menstrual, e impone a la joven que pasa por primera vez por esta situación restricciones, y la somete, en algunas tribus, a operaciones crueles. Sin embargo, nunca falta, al final de las pruebas por las cuales tiene que pasar, el

festejo alegre de su madurez sexual, por parte de la comunidad. Ella se ve constituida en el centro del interés, aceptada y aconsejada por su femineidad recientemente adquirida.

En nuestra sociedad ocurre todo lo contrario. La primera menstruación es un acontecimiento vergonzoso, del cual no se debe hablar. Helene Deutsch (l. c.) destaca que muchas madres hablan con sus hijas con más facilidad sobre la concepción que sobre el período, y que así las niñas ven reforzado su propio sentimiento de culpa y vergüenza por esa actitud idéntica de su madre. Sin embargo muchas niñas sienten, como sus hermanas primitivas, que su menarquía debiera ser festejada, y se ven defraudadas por la actitud de indiferencia o de rechazo del ambiente. Marv Cahdwick (l. c.) describe la reacción de una niña frente a su primera menstruación en esta forma: Su primer sentimiento frente a la indisposición fue negativo. Pero cuando le explicaron que este síntoma tan inquietante para ella era un indicio de su femineidad, experimentó un gran alivio. Súbitamente comprendía muchos misterios que antes la habían atormentado. Después entró en un estado de excitación. Sintió el deseo y la esperanza de ser festejada. Ella tendría derecho a ser el centro de una gran fiesta. Finalmente, todo le pareció sucio. Comprendió que ya podía casarse y dar a luz, que se había vuelto adulta en pocos minutos. Deseaba que su madre comunicara a su padre que tenía otra hija adulta más.

Como no ocurrió nada de lo esperado, volvió a la monotonía de su vida escolar.

Simone de Beauvoir (véase Ind. Bibl.) trae ejemplos de la reacción de la niña frente a la menarquía tomados de "Jeunesse et sexualité", de Liepmann. Transcribo dos, en los cuales encontramos otra vez la alegría de la niña frente a su madurez, que a menudo choca con la incompreensión materna. "El momento en que me vi indispuesta me precipité, radiante de alegría, al dormitorio de mi mamá, despertándola con el

grito de triunfo: ¡Lo tengo, mamá! / ¿Y por eso me despiertas?/, me dijo como única respuesta. A pesar de todo, yo había considerado eso como un verdadero acontecimiento en mi existencia".

Cuenta otra niña: "Ya sabía qué significaba todo eso. Hasta esperaba la cosa con impaciencia, pensando que entonces mi madre me explicaría cómo se fabrican los niños. Llegó el día famoso, pero mi mamá se calló la boca.

A pesar de eso estaba muy contenta.

Ahora -me decía a mí mismo- tú también podrás tener hijos. Ya eres una dama".

También las niñas de antes sentían así. En el "Diario de una adolescente", de autora anónima (véase Ind. Bibl.), la protagonista espera con ansiedad la manifestación de su madurez. Se aflige porque su mejor amiga se ha desarrollado antes que ella, se siente inferior y abandonada. Reproduzco algunas anotaciones de la niña: "5 de enero: ¡Importantísimo! ¡Hella lo tiene desde anoche! Ayer no fue al colegio porque ya sentía horriblemente descompuesta. Su mamá ya temía que tendría otra apendicitis. ¡En lugar de eso! Tiene un aspecto tan sufrido e interesante que yo me quedé toda la tarde con ella".

"2 de julio: Dios mío, hoy me vino... no, no lo puedo escribir. Era a mitad de la clase de física. Debíamos ponernos de pie porque llegó la señorita A., y en cuanto me puse de pie, pensé: Pero... ¿qué será esto? E inmediatamente me di cuenta: ¡Ah! Durante el recreo Hella me preguntó por qué me había puesto tan colorada durante la clase, si estaba comiendo caramelos. No quise decirle en seguida la verdad, por eso respondí: /No, casi me había dormido de aburrimiento y por eso me asusté cuando entró la señorita A./ En el camino a casa ni hablaba nada y caminaba muy despacio (dicen que no hay que caminar ligero si se tiene...). Entonces Hella me

dice: /Pero ¿qué te pasa hoy?, ¿por qué estás tan ceremoniosa? ¿Te habrás enamorado sin decirme nada o te habrá llegado realmente?.../ Yo le contesto: /¡Me ha llegado realmente!/ Y ella me dice: /Al fin, ahora te mereces otra vez mi amistad/, y me besó en mitad de la calle. Pasan dos estudiantes y uno nos dice: /A mí también un besito/".

Podemos aquí observar dos reacciones típicas a la primera menstruación: la niña se siente alegre y orgullosa por estar ahora más cerca de la madre, o de las compañeras de clase, o de la famosa "mejor amiga", es decir, satisface con la aparición de la menstruación tendencias homosexuales inconscientes. Pero simultáneamente surge también la esperanza de una gratificación heterosexual. Ella ahora es "una dama" que puede tener hijos. O, mientras que su mejor amiga la besa porque ella ya es mujer, pasan dos estudiantes y la galantean. Junto con su mejor amiga ha ingresado en el mundo de los adultos y está esperando el primer amor.

La reacción positiva frente a la menstruación sería un indicio de normalidad de la niña y aceptación de su sexo. Sin embargo, en la literatura psicológica, psicoanalítica, pedagógica, antropológica, etcétera, se habla muy poco de una reacción positiva.

Mucho más frecuentes son las descripciones del gran "trauma menstrual".

¿Pero es ineludible tal trauma como destino psicobiológico de la mujer? Veamos algunos indicios que niegan la base biológica de los conflictos menstruales de la adolescente. Ya expuse los estudios de una sociedad primitiva realizados por Margaret Mead y reunidos en su libro "Adolescencia y cultura en Samoa". El fin de esos estudios era establecer, por comparación con un ambiente totalmente distinto del nuestro, si las dificultades y trastornos tan frecuentes en nuestras niñas púberes son causados por circunstancias biológicas o culturales. Incluía por eso en su investigación la actitud de las

niñas samoanas frente a la menarquía y a la menstruación en general. Según la autora, las niñas tomaban con suma sencillez y sin asomo de vergüenza la aparición de su madurez. Además, una estadística basada en la observación minuciosa de treinta niñas adolescentes de Samoa comprobó que únicamente seis de ellas se quejaron de dolores durante el período menstrual, los que sin embargo nunca llegaron a una intensidad suficiente como para inhibir a la joven en sus juegos o tareas. En general, la gran mayoría parecía carecer completamente de conflictos frente a su sexo.

Dice Margaret Mead al respecto: "Con excepción de pocos casos, la adolescencia no representa un período de crisis o tensión, sino, por el contrario, el desenvolvimiento armónico de un conjunto de intereses y actividades que maduran lentamente. El espíritu de las jóvenes no quedaba perplejo ante ningún conflicto, no era atormentado por interrogante filosófico alguno ni acosado por remotas ambiciones. Vivir como una muchacha, con muchos amantes, durante el mayor tiempo posible; casarse luego en la propia aldea, cerca de los parientes, y tener muchos hijos; tales eran las ambiciones comunes y satisfactorias".

Simone de Beauvoir (l. c.) insiste mucho en la impresión humillante, vergonzosa e inferiorizante que la primera menstruación causa, por norma general, a la niña. Pero más adelante explica las reacciones distintas de la niña y del varón frente a la pubertad como consecuencia de nuestras circunstancias sociales y culturales. Dice al respecto que el varón, aun cuando viva el despertar de sus instintos y las transformaciones de su cuerpo con cierta angustia, experimenta con orgullo lo que para la niña se convierte a menudo en tragedia secreta: "El varón admira en su vello creciente promesas indefinidas; ella (la niña) se queda confusa delante del drama brutal y sin salida que marca su destino. El pene adquiere del contexto social su valor privilegiado, mientras que las circuns-

tancias sociales transforman la menstruación en una maldición (2).

Lo uno simboliza virilidad, lo otro, femineidad; como femineidad significa alteración e inferioridad, su revelación es recibida con escándalo". Y más adelante: "La menstruación inspira horror a la adolescente, por precipitarla dentro de una categoría inferior y mutilada".

Por lo tanto, ya sea la antropóloga Margaret Mead, como la feminista Simone de Beauvoir ven el efecto traumático de la primera menstruación como consecuencia de circunstancias sociales desfavorables a la niña, que le obstaculizan la aceptación de su femineidad. Entre muchos pedagogos de las primeras décadas de nuestro siglo se encuentra un enfoque algo parecido, pero no derivan las dificultades de la niña de la situación general de la mujer en nuestra sociedad, sino de un aspecto parcial de su educación. Dicen que el trauma menstrual puede ser evitado mediante el esclarecimiento sexual adecuado, y culpan especialmente a las madres de no preparar en forma debida a las niñas, antes de la menarquía, para su nueva situación de madurez.

Un número íntegro de la primera revista de pedagogía psicoanalítica, "Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik", fue dedicado al problema de la menstruación y las reacciones que provoca en las adolescentes. Los autores son psicoanalistas de adultos, de niños, y maestros con orientación psicoanalítica. Estos últimos exponen las dificultades observadas en las niñas de grado y el efecto benéfico que tenía para ellas un esclarecimiento adecuado que, con autorización previa de los padres, recibían por parte de los maestros. Sin embargo, sostienen que actualmente -el número mencionado de la revista data de 1913- la mayoría de las niñas tiene nociones sexuales. Mientras que algunos pedagogos todavía insisten sobre la importancia fundamental del esclarecimiento, otros ven el problema como de orden secundario. El Dr. Hein-

rich Meng (véase Ind. Bibl.) dice al respecto: "El problema del esclarecimiento sobre la menstruación no puede ser solucionado por la explicación, por parte del educador, de los hechos fisiológicos, psicológicos y biológicos de la madurez, dada poco tiempo antes de la menarquía. Esta explicación puede ser de cierto valor. Pero lo que realmente determina la actitud de la niña púber es el destino que sufrió su instintividad en su primera infancia. La profilaxis de los trastornos puberales consiste principalmente en la higiene psíquica adecuada del niño pequeño.

El educador libre de inhibiciones y sentimiento de culpa estará capacitado para ahorrar al niño una cantidad de conflictos en su primera infancia, en la pubertad y en la pubertad, o de aliviar su solución".

Melitta Schmiedeberg (véase Ind. Bibl.) admite que generalmente el esclarecimiento, por parte de la madre o de otra persona considerada por la niña, tienen efecto benéfico. Sin embargo, tal efecto provendría únicamente en pequeña parte de la comprensión intelectual ofrecida. Más importante es que la adolescente interprete la explicación como autorización de su madre de ocuparse de lo sexual. Además, la valora como prueba de confianza y de amor. Por razones que veremos más adelante, la primera menstruación despierta a menudo en la niña un temor frente a su madre, que puede ser contrarrestado por la actitud amistosa y comprensiva de ésta. Por otra parte, donde las angustias infantiles son demasiado grandes el esclarecimiento es rechazado. La autora relata el caso de una niña neurótica que reaccionó al esclarecimiento primeramente con un incremento de su angustia y después con la represión de los conocimientos adquiridos contra su propia voluntad.

En estos casos la raíz del problema reside efectivamente, como sostiene Meng, en la primera infancia y es consecuencia del vínculo con una madre neurótica. Una madre que

rechaza su propia femineidad, adoptará inconscientemente frente a su hija pequeña una actitud hostil, debido a la cual ésta no podrá más tarde convertirse en mujer, sin sentirse culpable e inferiorizada. Vivirá entonces, efectivamente, la menstruación como evidencia definitiva de su castración. Este proceso la podrá llevar a una regresión, que le haga sentir vergüenza frente a la hemorragia menstrual, equiparando la falta de control de la pérdida de sangre con el descontrol vergonzoso infantil de los excrementos y la orina (Bertram Lewin, véase Ind. Bibl.).

Esta regresión al plano anal o uretral ocurre donde hubo trastornos de este tipo durante la infancia. Una vez más, un desarrollo neurótico impide posteriormente a la niña la aceptación de su femineidad. Además, su sintomatología anal o uretral primitiva ya era un indicio de situaciones de conflicto provocadas en ella por la actitud de sus padres o sustitutos de éstos. Cuando más tarde la femineidad se le presenta inequívocamente a la niña en un plano biológico, oscila entre una huida hacia la masculinidad -hacia el deseo de tener un pene- o un retorno a la infancia -menstruación vivida como incontinencia anal y uretral.

Para ilustrar las diferentes causas por las cuales la niña rechaza su menstruación, es decir, su femineidad, expondré fragmentos del análisis de una adolescente, agradeciendo a Matilde Wencelblat de Rascovsky, que la trató, y gentilmente puso el material a mi disposición.

Se trata de una niña, la mayor de dos hermanas. Fue llevada al análisis por presentar serias dificultades tanto en su casa como en el colegio.

Quería a su padre. Pero, con excepción de él, estaba desconectada de su medio ambiente y vivía continuamente en un mundo de fantasías. Su madre, su hermana y sus compañeras la consideraban como loca y excéntrica y ella misma se sentía como un "fenómeno", término empleado en

su presencia por un médico cuando su madre la llevo a la consulta, sorprendida por una menstruación aparecida a los diez años.

Generalmente se interpreta que la niña reacciona con angustia a su menstruación porque ve en ella un castigo y una consecuencia de la masturbación.

Algunas niñas se asustan también al confundir la menstruación con alguna enfermedad venérea. Veremos en los fragmentos del análisis de Teresita que ella asocia menstruación, masturbación y sífilis.

Pero su problema central, causa del rechazo de su femineidad, era su imposibilidad de identificarse con su madre. Lo que impide esta identificación es siempre odio, que engendra temor y sentimiento de culpa. Teresita odiaba a su madre. Veremos, por eso, primeramente el material analítico correspondiente a ese odio.

Cuando Teresita tenía cuatro años, es decir, estaba en plena situación edípica, amando a su padre y temiendo los celos y la venganza de su madre, ésta quedó encinta. La niña hizo consciente su reacción al nacimiento de su hermana en el análisis.

Dice en su sesión analítica: "Ya sé: creo que mamá me abandonó por mi hermana, y no son ideas tontas porque puedo ver muy bien que ella es más querida que yo, y el mal que me han hecho lo puedo ver en mis celos de otras chicas y en que no puedo tener amigas. A Fulana (una profesora de su colegio), a quien tanto he adorado, hubiera deseado matarla porque prefería a otra chica. Bueno, todo eso es de ahora. Pero ya sé, cuando yo era chica nada hubiera ocurrido en realidad, y mamá no hubiera deseado tener otra hija si no se hubiera puesto celosa de la preferencia que tenía papá por mí. Entonces quiso tener una hija igual a ella y a mí me abandonó... El año 35, no me olvido, me encarcelé; nació mi

hermana y tuve que darle la presidencia e irme a la cárcel... El nacimiento de mi hermana para mis padres fue una fiesta, pero para mí, un velorio".

Se ve, pues, que Teresita odia a su madre por creer que ésta se embarazó porque no la quería más y para castigarla por su amor a su padre. Este mismo odio a la madre y los celos que siente de su hermana son los que fijan a Teresita a su mamá y no le permiten ser adulta. Rechaza la femineidad porque no puede separarse de su madre, por las frustraciones sufridas, ni identificarse con ella porque la odia.

Dice: "Para mí, cuando una mujer tiene hijos rompe con el mundo (el mundo de Teresita sigue siendo su mamá) y sólo se queda con los hijos.

Por eso mi llanto de ayer era no querer ser mujer; quiero ser soltera, con muchos novios que me hagan la corte.

Será por eso también que quise matarme. Usted misma dice que ando encorvada por miedo a que se me vean los pechos, que no quiero ser mujer. Pero ya no puedo ser bebita por más tiempo.

Por eso me dio asco y miedo y me quería morir, pero es porque no quiero ser mujer ni tener hijos, y principalmente tengo miedo de repetir lo que hace mamá, rezongar a mis hijos como ella y ser tan insensible e insensata como ella (imposibilidad de identificarse con una madre buena). Por eso me caí, para morirme. Así no tengo que apartarme del mundo ni tener relaciones sexuales y por eso temo la sexualidad, temo a los hombres y a tener que enfrentar las situaciones que todo el mundo debe enfrentar. Claro, usted dirá que lloro por otras cosas. Pero yo lloro por tener que tener pecho, hijos, relaciones sexuales, ser mujer; y por eso paso mis crisis y quiero morir".

Teresita fantasea con el amor, pero en realidad no le gusta salir con muchachos, le da miedo. Quisiera quedarse al

lado de su madre: "Y es que aunque exteriormente mamá dice: /Salí, encontrate con tus amigos/, por dentro no me deja, me dice: /No, sos muy chica todavía/". En realidad es Teresita quien quisiera que su mamá le dijera eso y la retuviera con ella. Sería una prueba de amor.

Veamos cómo considera la menstruación: "Aunque usted me diga que no lo soy, por dentro me siento como una pata chueca. Y me siento así desde que de niña tuve la menstruación. Por eso me sentí pata chueca por dentro y no por no saber cosas sexuales que las otras sabían".

Hablaré ahora también de la masturbación de Teresita, porque los dos temas están ligados entre sí: "Hoy yo no quería venir a la sesión. No quería levantarme. Creo que era porque mi cama estaba calentita y me masturbaba tan bien que no quería venir aquí. No me atrevo a hacerlo despierta, y tengo la mano debajo de la almohada, como defensa, pero cuando lo hago, a pesar de todo, me chupo el dedo y pienso que soy una mujer grande, casada, que tengo muchos hijos, que estoy haciendo el amor con un hombre, y de pronto lo dejo y digo: "No seas pavota, Teresita, no estás en edad para eso". En estas asociaciones se ve muy bien la doble situación de Teresita. Fantasea que es mujer adulta, es decir, se identifica con su madre y ama a un sustituto paterno; pero al mismo tiempo se chupa el dedo, como una nenita que extraña el pecho materno.

Teresita explica por qué se masturba: "¿Sabe que el 27 me tenía que venir la menstruación? Como no vino, me masturbé para sacarla. Me la saqué como la torta de mi abuela. Ella dice que el azúcar clama los nervios. Yo pienso que sólo la masturbación calma.

Antes de masturbarme siento unos nervios terribles". Compara, pues, la masturbación con comer azúcar y supone, además, que el masturbarse provoca la menstruación. Es el día de su cumpleaños. Por eso dice más adelante: "Eso es lo

que quiero, ser un bebé recién nacido y no tener estos horribles dieciséis años. Seguramente por dentro he deseado siempre ser un bebé, sin saberlo por afuera... Yo ya dije: a los dieciocho me comprometo, a los veinte me caso y después tendré muchos hijos". Oscila, pues, otra vez entre los deseos de ser una niña, o de ser como su mamá, con esposo e hijos.

Teresita tiene un concepto extraño de la sífilis: "Quisiera hoy hablarle de esto, de la sífilis. Será que una se enferma porque tiene relaciones.

Miré esta enfermedad en el diccionario y ahí decía: Enfermedad por herencia o por coito. Tengo miedo de agarrar esta enfermedad y ya no quiero tener relaciones. Esta mañana me agarró tal miedo: ¿Quiere decir que porque los padres tienen relaciones entre sí antes de casarse la hija va a tener sífilis? Si yo me escapo con un muchacho y sin estar casados hacemos el amor ¿me agarro la sífilis? ¿Si la madre ha tenido relaciones con muchos hombres, cuando sale el hijo tiene esta enfermedad? No comprendo lo de la herencia. ¿Qué culpa tiene el hijo si la madre tiene eso por lo que hizo ella? Es una injusticia del cielo.

Yo creo que el hijo no se salva. Vamos a pensar por otro lado: si la madre va con cincuenta hombres antes de casarse, el marido se dará cuenta y no la querrá, le dará vergüenza que digan de sus hijos: /La madre de éste ha tenido cincuenta hombres/. Cada vez que hablo con un hombre, me da asco pensar que puede tener sífilis. Después, a un hijo que va al doctor le dicen: /No es culpa suya sino de su madre/". (La analista le pregunta por qué cree tener sífilis): "Es por lo del flujo. Lo tengo antes de cada menstruación. Me cambio de bombacha y mamá me pregunta por qué. Yo respondo que estoy con la menstruación. Claro que si le contase lo que tengo sabría que es por la masturbación... ¿Cómo es una bombacha de sífilis? Yo creía que una persona que se masturba-

ba antes de tiempo tiene sífilis". Para Teresita, la masturbación trae, pues, además de la menstruación, la sífilis.

Esto se ve con más claridad en la sesión siguiente: "A veces pienso que el hombre es la causa de tantas enfermedades. Yo le doy la culpa por la sífilis. La mujer se deja atraer por el hombre y tiene relaciones con veinte tipos. El hombre no debe dejarse llevar por sus impulsos. Y claro, el hombre es culpable de mi masturbación. Para mí, la sífilis, masturbación y menstruación es todo una pelota. Pero una mujer que nunca ha tenido una relación sexual, en ella la causa es la herencia, como dice el diccionario. (Teresita culpa, pues, en el fondo, a sus padres de su "sífilis", es decir, de su masturbación. Porque ellos han tenido relaciones sexuales sin preocuparse del daño que le causaban, ella se masturba, tiene sífilis-flujo, y la menstruación). Para mí, la sífilis siempre representa gotita, siempre goteando y en cada menstruación se va un poco de carne. Yo acuso a la masturbación de eso porque una persona que se masturba mucho saca pedacitos de carne (posiblemente: pierde siempre el pene de nuevo). Ensucio muchas bombachas, tengo charcos de sangre. Pero el flujo es peor, viene una semana antes de la menstruación. Esta vez ha sido muy fuerte. No se manchó la cama, pero sí la bombacha. Yo la pongo sobre la silla y mamá me reta, me dice por qué no me limpio bien en el baño. Me da vergüenza de ella, no de usted, y no me atrevo a decírselo porque tendría que hablar de la masturbación. Cuando era chica tenía charcos y charcos de flujo y me sentía incómoda, como una bebita con un pañal mojado. Yo no se lo decía a mi mamá, pero sí a mi tío doctor. Él decía que eso venía porque yo estaba desarrollada antes de tiempo. Pero para mí es la masturbación; hasta pensé que aun casada, cuando mi marido se vaya de viaje, yo me masturbaré. (La masturbación aparece aquí como consecuencia de estar sola y abandonada). Siempre me he masturbado, hasta en viaje ella fue mi compañera. Por eso la acuso y la odio, es como una persona, me acom-

pañá, pero la acuso de la menstruación, del flujo, de todo. Usted dirá: /Pero Teresita, ¿cómo ve a la masturbación como a una persona?/ Así es, una persona tiene su lado bueno y malo. (La masturbación aparece personificada porque en el fondo representa al padre, que la mima y excita, pero la deja para tener relaciones con su madre, y a su madre que no la quiere".

El lado bueno representaría al padre seductor; el lado malo, al padre unido a la madre. Además, en realidad, ninguno de los dos padres la "acompaña". Para negar esta situación dolorosa insiste en que la masturbación la acompaña siempre). Lo malo de la masturbación es que cuando termino estoy mojada: la mano, la cama, todo.

Una mujer, cuando espera un hijo, se masturba. ¡Adiós hijo! Con razón que los hijos salen chuecos y deformados.

(Ya vimos que ella se considera "pata chueca" y "fenómeno", es decir, deformada, por tener la menstruación. Ahora aclara que culpa de esto a su madre por haberse masturbado, es decir, por haber tenido vida sexual. Los hijos nunca toleran la vida sexual de los padres, porque se sienten excluidos y abandonados, mientras que los padres se gratifican sexualmente).

"Mi tío doctor me dio unas pastillas para que orinara más y tuviera la menstruación con más regularidad. Yo tenía tanto flujo que a veces estaba meses y meses sin la menstruación.

Mamá dijo que era porque yo era desarrollada antes de tiempo, pero mi tío me dijo que mamá me engañaba, que era por el flujo. Usted dijo que el flujo desaparecerá cuando yo sea grande y tenga relaciones sexuales. Yo no lo puedo creer. Yo creo que lo tendré hasta el fin de mi vida. Yo veo a mi abuela, que tiene bombachas mojadas y no se orina, debe tener flujo; cuando era chica creía que se "pishaba". Pero, ¿cómo dice usted que con las relaciones sexuales el flujo se

va? Mi abuela lo tiene. ¿Será un fenómeno? Yo tengo miedo de tenerlo toda mi vida; cuando una es demasiado vieja para masturbarse, el flujo se queda. Lo raro es que no lo tenga mamá. (El flujo representa también una consecuencia de la soledad, del abandono.

Mamá no tiene flujo porque tiene a papá. La abuela es "fenómeno" como ella, porque está tan sola como Teresita y no tiene compañero sexual, es decir, nadie que la quiera).

>Yo quisiera ser sifilítica para ver cómo es, de dónde viene. Yo creo que el diccionario está equivocado cuando dice que es consecuencia del coito o de la herencia. Debe haber otra cosa más: la tercera razón de la sífilis es la masturbación".

Esta creencia de Teresita estaba antes muy difundida entre los adolescentes. Al principio de nuestro siglo aparecía todavía en los libros "científicos" de sexología. Pero, ¿por qué verá el adolescente en la sífilis la consecuencia de la masturbación o, mejor dicho, su castigo? La masturbación es un fenómeno normal en ciertas épocas del desarrollo. Se vuelve excesiva, como en Teresita, cuando el niño se siente abandonado por sus padres o tratado con indiferencia.

Reacciona a esto con odio. Es este odio latente, vinculado a la masturbación excesiva, lo que le hace sentir su onanismo como muy pecaminoso y digno de los peores castigos.

Teresita sigue elaborando el tema del abandono que siente haber sufrido por sus padres. Vive este abandono real en términos sexuales y lo retrotrae otra vez, ya a la época en la cual todavía no había nacido: "Yo nací muy bien, pero mamá se masturbaba demasiado, papá viajaba mucho y yo nací cuando papá no estaba. Yo pienso que mamá tuvo relaciones sexuales con otros cuando yo estaba a medio nacer.

Y papá viajaba. Entonces, no me van a decir que yo me formé sola, con los alimentos de mamá: alguien vino a poner

más semen. Yo no voy a dejar que mi marido salga cuando yo tenga una nena. Cuando era chica me contaron que los hijos se formaban de la comida de la madre; mentira, se forman del coito de los hombres. (Teresita expresa un pensamiento que ya encontramos entre las creencias de los primitivos (pág. 22), de que los hijos ya concebidos necesitan para crecer, además del alimento de la madre, del semen del padre. En Teresita este pensamiento expresa un reproche inconsciente. Como se siente rechazada por su madre y no puede desprenderse de ella, culpa al padre de haberla abandonado y no haber asumido él un papel maternal para con ella). Cuando nací, y ya antes, mi padre estaba lejos, por eso me deben haber puesto en la incubadora. Mamá quería un varón y, como estaba desilusionada, me negó el calor. (Aparece con toda claridad la envidia del pene, pero como consecuencia del rechazo sufrido por la madre).

Papá, que era el dueño de la fábrica, quería un varón y no una hija, que no sirve para nada; todavía tengo un miedo bárbaro por ser mujer. Yo quisiera ser varón, para ser el dueño de todo: de la mujer, de los hijos. Ser mujer, es estar indefensa, necesitar de un hombre para caminar. Papá se consoló, pero mamá aún quiere vengarse porque no soy hijo. En aquel tiempo, los hijos varones eran la moda y mamá dejó su calor para el segundo y ¡plaf! fue otra mujer. Yo la acuso de haber tenido relaciones sexuales con otros hombres y de no quererme por ser mujer. Yo no quiero ser mujer, tener pelos abajo y con los senos salidos.

Si hubiera sido varón, mamá estaría contenta y me daría el calor que tengo que buscar en extraños. Ella me da besitos pero me acusa de no ser varón.

Yo, de chiquita, creía que las muñecas se podían cambiar y yo decía: /No quiero ésa, quiero una verdadera/. Lo mismo hace aún mamá. Usted puede ver que me quiere devolver, por eso yo no le doy confianza ni le cuento nada. Pero

como usted toma al hijo como es, yo vengo a usted, soy su hija. Usted es mi incubadora y a veces pienso que soy hija suya, y quisiera serlo, porque usted no piensa en el varón por nacer. Mamá quería que fuera varón y heredara la fábrica de papá, pero una mujer no sirve para nada, sólo para fregar platos, limpiar la casa y tener hijos. Esto no sirve.

Yo quiero ser hombre, será un deseo inferior, pero mamá me querría mucho más".

Comprendemos ahora que la acusación de Teresita de que la madre haya tenido cincuenta hombres y sea sifilítica significa sencillamente: "Ésta no me quiere a mí, debe ser porque quiere a otros, a hombres". Además, como Teresita imagina que la madre desprecia su femineidad y la deja para dedicarse a los hombres, quiere también ser hombre para retenerla. Su odio a la madre la lleva a despreciar todo lo femenino. Su deseo de conquistarla la impulsa a una posición viril y a desear tener un pene. Si su padre, con el cual en realidad se lleva muy bien, pero que es un hombre débil, hubiera sido más fuerte, la niña habría podido desprenderse de su madre. Lo expresa en sus reproches por las ausencias del padre cuando ella estaba "a medio nacer". Pero con un padre débil y una madre que la rechaza no le queda otra solución que el deseo de volver a la primera infancia, cuando su madre aún la trataba mejor, o desea ser hombre para conquistarla y dominarla. Su madre se entrega al padre, es decir que, aunque fría, puede ser seducida y dominada por un hombre. Eso lo expresa Teresita fantaseando con una vida sexual promiscua de la madre, y con su sífilis. Entonces ella, siendo varón, podría satisfacer a la madre y ésta la querría.

Hasta ahora vimos que la masturbación servía a Teresita para intentar identificarse con su madre, fantaseando con su marido, con los hijos; pero no puede mantener estas fantasías, considerándose como demasiado niña.

Vimos también que la masturbación es una persona que la acompaña y que la vincula con chuparse el dedo o la compara con comer azúcar, es decir, recuperar a la madre. Con respecto a este último enfoque, añadiré aún otro material de suma claridad. Teresita es oriunda de una pequeña ciudad B., en el extranjero. Cuenta en su sesión: "Leí un libro tan triste que me hizo recordar mi infancia. Ni la masturbación me hizo nada. Me masturbo por placer, pero en seguida me viene B., el mercado de flores, y todo lo demás encima, y me parece que todo me dice: /Mastúrbate, no estamos muertos, a pesar de los años, viviremos siempre dentro de ti y la masturbación nos traerá siempre delante de ti/. Veía todo tan claramente que volvía a ser la niñita de esos años, la reina y la princesa linda que era. En ese momento sentí todo eso, por eso pensé: para sentir mi felicidad de antes necesito masturbarme, pero no puedo hacerlo toda mi vida. Para mí, la masturbación constituye ser la niñita de antes, y ya que soy demasiado débil para poder vivir en el presente, vuelvo al pasado". Explica una vez más por qué rechaza el presente y el futuro: "Ahora, con la sexualidad y los hombres, me da tanto miedo que quisiera no haber nacido, así no tendría que tener ni sexualidad ni hacer hijos, porque no puedo salir de la idea de que todas las mujeres casadas son sifilíticas, usted, y mamá y todas. No me quiero casar para no ser sifilítica. Me basta ya con el flujo y la masturbación".

Algunas sesiones más tarde, Teresita explica al final qué significa la sífilis para ella: "Yo quisiera ser su hija, usted me escucha y me analiza, pero a mamá sólo le interesan sus vestidos y sus sombreros. Rezonga porque no soy más vanidosa ni me miro al espejo. Yo creo que no lo hago para no parecerme a ella, o porque mirarme al espejo es mirarse por dentro y yo no quiero ver más cosas vergonzosas y repugnantes, a la bruja fea con cuernos y uñas largas que tengo por dentro. Por eso me visto rápidamente delante del espejo y me voy ligero.

En cambio, mi hermana está horas enteras delante del espejo. Además, mamá me pone siempre de ejemplo las otras: /Mirá como la de González camina derecha.../ ¿Cómo no quiere que tenga un complejo de inferioridad si siempre ve a las hijas de los demás mejores que la suya? Y de chica lo mismo. Pero papá me decía: /No te preocupes, porque tienes una voz de golondrina/. Yo aparentaba no preocuparme, pero por dentro era terrible.

Dígale que no me compare con la hija de los otros. ¿Cómo quiere que no me sienta inferior a las demás y que no me sienta con una sífilis tremenda? Y cuando estoy enojada me masturbo más, especialmente cuando me comparan con otras". Por lo tanto, en el fondo, tanto "tener sífilis" como necesitar de la masturbación significa que Teresita no se siente querida por su madre y sufre por creer que ésta prefiere a otras niñas.

Resumamos ahora lo que Teresita nos ha expuesto y el significado de sus temores y preocupaciones. Encontramos todo lo que se ve en una niña de esta edad: el rechazo y el deseo de la vida sexual, el sentimiento de culpa por la masturbación, con fantasías que en parte tratan de anticipar su vida de mujer, la vivencia de la menstruación como castigo por el onanismo, el temor a la sífilis y a la vida sexual en general, la envidia del pene, etc. A causa de su grave neurosis, todo aparece magnificado y nos permite obtener así una visión más clara del fondo subyacente a los conflictos típicos. Veamos lo que hay detrás de los temores puberales. Parece que provienen de una sola fuente. Teresita misma lo expresa cuando nos dice: "La sífilis, la masturbación y la menstruación, es todo la misma pelota". Las tres situaciones están ligadas al flujo, que la angustia y le hace revivir su enuresis (3) y su queja de la falta de pene. Todos sus temores y síntomas expresan su rechazo de la femineidad y son consecuencia de su vínculo persistente con una madre fría y frustradora que no

permite la identificación. su padre, aun cuando la quiere entrañablemente, es demasiado débil para desprenderla de la madre.

Ser mujer adulta significa entonces: por una parte, perder a la madre, y por otra, tener que identificarse con un objeto odiado. Ser niña que fantasea con su pasado implica retener a la madre. Lo desea porque aunque su madre fue mala con ella, no tiene otra elección. Necesita madre todavía. Su conflicto se expresa claramente en sus fantasías de masturbación. Aunque consisten a veces en imaginaciones sobre su vida de mujer casada y con hijos, Teresita anula esta situación adulta chupándose el dedo, es decir, regresando a su primera infancia.

Otras veces utiliza conscientemente la masturbación para volver a una época en que la madre la quería todavía.

El nacimiento de su hermana fue traumático para ella porque lo interpretó como una venganza de su madre por querer y ser querida por el padre. Regresó asustada a su madre y no se desprendió más de ella. Sin embargo, en realidad se quedó en el vacío. Su madre ya la rechazaba, prefiriendo a su hermana menor, y de su padre la separaba su sentimiento de culpa. Desea tener un pene para reconquistar a la madre y ser preferida a la hermana.

Equipara la sífilis con la sensación de ser comparada con otras niñas y ser juzgada inferior y rechazada, es decir, de haber perdido el cariño de la madre porque ésta prefiere a la hermana. La menstruación significa algo siniestro para Teresita, es ser "fenómeno" o "pata chueca por dentro", es decir, deformada y destruida. Pero, en el fondo, ser "fenómeno" es un no ser querida por la madre, es odiarla y sufrir las consecuencias de su odio.

Vemos en Teresita superpuestas las dos preocupaciones de la mujer frente a la sexualidad: la más superficial es la

envidia del pene, expresada en su deseo de ser varón; la más profunda consiste en un temor de ser destruida interiormente en su sexualidad femenina. Además, Teresita tiene una madre fría, dominante rechazante, y un padre seductor pero débil. Encontraremos esta constelación familiar en otros casos de trastornos procreativos psicosomáticos. Teresita misma presenta síntomas al respecto. Su flujo, su menarquía precoz y los trastornos e irregularidades de la menstruación son una expresión de sus conflictos y una consecuencia de su situación familiar.

Vimos en Teresita que la aparición de la menstruación, aun siendo traumática, no le trae ningún problema nuevo. Forma "una pelota" con la sífilis y la masturbación. Sin embargo, la menarquía intensifica los conflictos preexistentes y la angustia, porque la niña percibe su importancia biológica y se da cuenta de que todo lo sexual, que hasta ahora consistía en fantasías y juegos infantiles, puede convertirse de un momento a otro en la realidad de una vida de adultos. El incremento de la sexualidad inherente a esta época reafirma en la niña estas situaciones e intensifica su sentimiento de culpa.

Helene Deutsch (l. c.) relata un caso que ilustra claramente esta situación: se refiere a una niña de catorce años que enfermó de una psicosis aguda el segundo día de su menarquía.

Cuando fue internada en una clínica psiquiátrica de Viena bailaba y reía.

Tenía la cara llena de pintura, el pelo ondulado, se levantaba la pollera y usaba palabras obscenas, repitiendo además continuamente la palabra "Politik". Cuando ya se hizo accesible a su tratamiento, se pudo comprender que esta palabra alemana, que significa política, estaba compuesta para ella de otras dos palabras alemanas: "Polizei" -policía, en castellano- y "dick" -gorda. Estas dos palabras simbolizan sus ansiedades puberales. "Polizei" se refería a la idea prohibida

y temida de prostitución, que en su país estaba bajo vigilancia policial; y la segunda palabra, "gorda", "dick", se refería al peligro del embarazo. Su madre relató que la niña siempre había sido algo rara, pero hasta la menarquía nunca había presentado trastornos serios. Es decir que la primera menstruación, intensificando sus conflictos anteriores, convirtió sus fantasías sexuales en algo susceptible de realización. Actuó así como un elemento que destruía el equilibrio neurótico que hasta entonces había podido mantener.

Referiré otro caso de Helene Deutsch (l. c.), en que se observa una vez más cómo la niña se angustia frente a su madurez biológica, en discrepancia con su desarrollo psico-sexual. Además, se puede ver claramente cómo el incremento de su sexualidad lleva a la niña púber a revestir de erotismo sus primeros objetos amorosos y revivir su situación edípica. Conscientemente se defiende contra sus sentimientos incestuosos, reprimiendo en todo lo posible su excitación sexual y negando sus manifestaciones, especialmente a su madre, frente a la cual se siente culpable. Como la represión a menudo no logra vencer los deseos sexuales, éstos surgen en forma disfrazada, y la niña se ve obligada a defenderse contra ellos con mecanismos fóbicos y de conversión.

Helene Deutsch señala todo esto en la historia de Molly. Su madre la llevó a la consulta psiquiátrica porque presentaba múltiples síntomas fóbicos. Éstos se habían presentado desde hacía poco tiempo, pero rápidamente adquirieron tal intensidad que la niña tuvo que renunciar al colegio y a toda otra actividad social. Molly temía constantemente desmayarse. Por eso evitaba salir a la calle, temiendo caerse y quedar tirada inconsciente en la vereda. Pero también se intranquilizaba en ambientes cerrados. Ahí debía cerciorarse de que podía salir en cualquier momento. Además, en su casa aliviaba su angustia comiendo manzanas o tomando leche. Pre-

sentaba otros temores más, como el de morirse. No quería dormir.

Sus padres se llevaban mal y pensaban divorciarse. Ella no quería admitir esa probabilidad, ni podía decidir con cuál de sus padres se quedaría si el divorcio realmente se realizaba.

Creía haber unido a sus padres otra vez por medio de su enfermedad. La madre de Molly sufría de desmayos, que se presentaban a veces después de escenas turbulentas con el padre.

Molly tenía miedo a la muerte desde la época en que su hermana mayor había estado embarazada y ella se había enterado de que es posible morir de parto. Por otra parte, hacía poco que una compañera de colegio de Molly había quedado grávida.

Molly había empezado a menstruar hacía unos pocos meses. Estaba más bien inhibida cuando comunicó la novedad a su madre. Buscó a su hermana para que la acompañara a comprar sus primeros paños higiénicos. La madre comentó que le había parecido raro que Molly intentara esconderle su menstruación. En una ocasión, cuando la madre observó una mancha de sangre en la sábana de la niña y le preguntó si estaba menstruando, ésta se lo negó rotundamente. Cuando tuvo la primera menstruación, le comentó a su hermana casada, que en ese momento vivía con el esposo y el hijito en casa de sus padres: "De ahora en adelante cualquier cosa puede pasarme. Puedo tener un bebé". La hermana le contestó: "Pero no, querida, para eso hace falta vivir con un hombre". "Ya lo sé -contestó la niña-, pero yo vivo con dos hombres, con papá y con tu marido".

Esta conversación con la hermana nos da la clave para comprender la neurosis de Molly. Era cierto que en adelante podía tener hijos. Pero la angustiaba esa posibilidad y la lle-

naba de sentimientos de culpa frente a su madre, porque fantaseaba tener esos hijos de su papá o de un sustituto de éste, de su cuñado. Expresaba en forma ingenua su deseo y su temor, sin comprender conscientemente del todo lo que decía. Para su inconsciente, la idea de poder conquistar a su padre, ahora que ya era mujer, y de tener hijos de él, era una realidad psicológica y debemos interpretar todos sus síntomas como derivados de esa realidad. Intentaba esconder su menstruación delante de su madre para no provocar sus sospechas y celos. Fantaseaba unir a sus padres a través de su enfermedad para negar su deseo de separarlos. La enfermedad misma era también un castigo que Molly se imponía por sus deseos prohibidos. Vivía toda su situación edípica directamente con sus padres y simultáneamente desplazada sobre su cuñado y hermana.

Frente a ellos tenía menos angustia porque la situación era menos prohibida.

Freud describe un mecanismo psicológico que llama "la identificación por culpa". Si uno quiere tomar el lugar de otra persona, para castigare se identifica justamente con sus dolencias. Es como si se dijera a sí mismo: "Querías tener lo que tiene él -o ella-, y ahora ya ves, tienes el mismo sufrimiento que él -o ella- y lo tienes bien merecido". Vemos cómo Molly se identificaba con las dolencias de su madre y el peligro de muerte que tuvo que enfrentar su hermana.

Temía desmayarse, como su madre, o morir, como podría haber ocurrido a su hermana, por haberle envidiado el amor de su padre y de su cuñado y por haber querido ocupar el lugar de ellas. Además temía dormirse, porque en el sueño se debilitan las defensas y rugen los deseos sexuales prohibidos con más libertad.

Freud nos enseñó que todo síntoma es una transacción. Sirve tanto a la defensa contra un deseo prohibido como a la satisfacción de tal deseo. El temor de Molly a los desmayos

era una advertencia contra su identificación prohibida con su madre. Pero, al mismo tiempo, el esperar desmayarse, como también el angustiarse en habitaciones cerradas, significaban una espera inconsciente continua de un ataque sexual. Desmayada ella, podría aceptar una situación sexual libre de responsabilidad. Por otra parte, no estaba muy segura de su inocencia. En el fondo, Molly temía perder a su madre si llegara a ser sexualmente atacada, aun cuando ella no hubiera provocado tal situación. Por eso se angustiaba en habitaciones cerradas, de las cuales no se puede huir en el supuesto caso de un ataque, y lo único que podía calmar su angustia era comer manzanas -símbolo del pecho- o tomar leche. Es decir, calmaba su temor de perder a la madre -por deseos genitales- regresando a un nivel oral y relacionándose con la madre buena de la primera infancia. El mismo mecanismo pudimos observar en Teresita, que se succionaba el dedo después de haberse masturbado, soñando con un esposo e hijos. Lo que angustiaba a Molly frente al incremento inherente a la pubertad eran, pues, dos factores: el temor de morir en parto, es decir, de ser destruida interiormente si adoptaba un papel de mujer adulta como su madre o su hermana, y el de perder el afecto de su madre y de tener que abandonar así su posición de niña e hija. Además, en Molly se pone en evidencia que su rechazo de la menstruación no provenía de un deseo frustrado de ser varón y poseer un pene, sino que la menstruación era traumática para ella porque la hacía revivir sus conflictos infantiles edípicos.

Escondía su menstruación delante de su madre para calmar su supuesta hostilidad. Temía su odio, al percibir la rivalidad de una hija adulta, cuya femineidad se expresaba por la menstruación.

Con el historial de Molly expuse un típico conflicto de la niña púber, que derivó en la creación de síntomas neuróticos bastante graves. Otras veces -relataré más tarde un caso co-

respondiente- los conflictos se expresan en un plano psicosomático, provocando amenorreas y dismenorreas.

Éstas pueden presentarse como único indicio de conflicto, pero generalmente van acompañadas de trastornos psiconeuróticos.

Mientras que la amenorrea -falta de menstruación- siempre es considerada como un fenómeno patológico, cierta dismenorrea - trastornos de la menstruación- se considera casi generalmente como normal. La influencia que el período menstrual tiene sobre la personalidad, fue en una época un tema muy discutido. Fue un argumento importante de los antifeministas, que argüían que los dolores menstruales y la debilidad inherente a ese estado hacían a la mujer inepta para trabajos físicos y actividades deportivas continuos. Sostenían, además, que la mujer no podría ejercer profesiones o actividades de cierta importancia social, por cuanto se volvería clínicamente "irresponsable". Se presentaron muchas estadísticas demostrando que la mayoría de los crímenes cometidos por mujeres es producían en su época premenstrual o menstrual. Veamos, pues, si la mujer forzosamente ha de pasar antes o durante su período menstrual por un estado de depresión o de irresponsabilidad y si la hemorragia misma debe ir normalmente acompañada de dolor.

Hay mujeres que presentan clínicamente un estado llamado depresión premenstrual. Ocurre cada vez que de nuevo se sienten mal y ansiosas, sin poder darse cuenta por qué, hasta que el principio del flujo menstrual cambia súbitamente su estado de ánimo y les hace comprender su causa. Karen Horney ("Die premenstruellen Verstimmungen", véase Ind. Bibl.), basándose en el análisis de varias pacientes que sufrían de este cuadro, llegó a las siguientes conclusiones: Las mujeres que sufren de tales depresiones pueden conscientemente desear o no un embarazo. Sin embargo, no lograron la maternidad por un conflicto inconsciente. A su deseo intenso

de ser madres, se opone un rechazo de la misma intensidad, proveniente de angustias y sentimientos de culpa por sus fuertes tendencias destructivas. Supone esta autora que en la época del ciclo, en que todo el cuerpo se prepara biológicamente para la maternidad, se reactivan tanto el deseo de tener un hijo como el temor y rechazo del mismo. El resultado de este conflicto es la depresión que termina con la aparición menstrual, índice de que no se realizó un embarazo. Pude observar a menudo el cuadro clínico opuesto: Mujeres estériles que conscientemente quieren embarazarse, experimentan euforia y optimismo en el premenstruo, negando así sus percepciones íntimas de fracaso, seguidos por depresión al principio del período, vivido como aborto, como reacción a la esperanza de maternidad de nuevo frustrada.

Los dolores menstruales han disminuido en nuestra sociedad. Sin embargo, se los considera todavía como normales, especialmente en la niña. Varían mucho de intensidad, de mujer a mujer. Normalmente oscilan entre una percepción de órgano y ligeras molestias. Dolores francos son un índice de conflicto. Su génesis psicológica queda comprobada, al desaparecer prácticamente en el transcurso de un tratamiento psicoterapéutico adecuado.

Volvamos ahora a la exposición de casos clínicos, analizando las causas de una grave dismenorrea en una adolescente, Adela B., analizada por Arminda Aberastury (comunicación personal): Adela había tenido la menarquía a los trece años, sin trastornos. Unos días después ocurrió un hecho, aparentemente muy traumático para ella. El mucamo de la casa hizo un intento de violación, del cual desistió cuando la niña lo rechazó enérgicamente. La segunda menstruación ya fue acompañada de síntomas, que volvieron con cada período menstrual, hasta que los padres de la niña, agotada la medicación corriente, se decidieron a recurrir a un tratamiento psicoanalítico. Tenía dieciséis años en esa época. Era una

niña apocada, inhibida, muy religiosa. Físicamente aparentaba ser mucho menor. No tenía los senos desarrollados y toda la configuración de su cuerpo daba la impresión de una inmadurez acentuada. La menstruación le causaba siempre una grave depresión, con la sensación de estar sucia y sentirse desvalorizada.

Además tenía fuertes dolores, que la obligaban a guardar cama durante varios días, y una seborrea intensa en la cara y en cuero cabelludo.

La constelación familiar era muy parecida a la que he citado en el caso de Teresita. Una madre fría y dominadora, que prefería a la hermana menor, y un padre débil y seductor. La niña lo quería mucho. De chiquita, a los cuatro años, había sufrido de una vulvovaginitis, cuyo origen no se ha podido aclarar. Las curaciones le eran aplicadas por la madre y la humillaban y excitaban simultáneamente.

En su análisis se hizo evidente que Adela equiparaba y vivía sus dolores menstruales como dolores de parto. Es decir, que en su inconsciente se consideraba embarazada como consecuencia de sus fantasías sexuales. Éstas se habían intensificado por el incremento de la sexualidad inherente a la época puberal. Por otra parte, los dolores significaban también el castigo merecido por esas fantasías. Exhibía su sufrimiento para calmar la supuesta hostilidad y enojo de su madre. Inconscientemente repetía la situación vivida en su infancia, en la cual las curaciones de la vulvovaginitis fueron experimentadas como un castigo recibido de su madre por sus fantasías edípicas. En aquella época expresaba por medio del flujo, que consideraba una secreción repugnante, la suciedad de sus deseos sexuales. En la actualidad, esta "suciedad" se expresaba a través de la seborrea y de la sangre menstrual. Las causas de la depresión parecen ser las expuestas por Karen Horney. Un deseo inconsciente de maternidad, que la hacía transformar cada menstruación en un par-

to, estaba en conflicto con un gran sentimiento de culpa por el carácter incestuoso de sus deseos y por su hostilidad intensa hacia su madre.

Se podría objetar que en una niña de dieciséis años tal interpretación parece inverosímil. Adela sería demasiado joven para la maternidad. Esto, en un plano racional, es efectivamente así. Pero no estamos tratando con procesos racionales. Recordemos a Molly, quien dijo después de la menarquía: "Ahora ya me puede pasar cualquier cosa". Adela había tenido una menarquía normal. Después sobrevino el atentado del mucamo, hecho al cual Adela atribuyó suma importancia.

Sólo después surgieron los trastornos menstruales. Para el inconsciente de Adela, el intento, frustrado con toda facilidad, equivalía a la realización de un coito, y fue seguido por fantasías de embarazo y parto. Además, sólo después de un tiempo relativamente prolongado de análisis, la niña se atrevió a confesar que ella misma había hecho todo lo posible para provocar al mucamo, mostrándose, antes del "atentado", en paños menores.

Resultaría que Adela, frente al incremento puberal de su sexualidad y sus fantasías inconscientes, recurría a un medio drástico; el provocar el atentado del mucamo -representante rebajado del padre- tenía un doble fin: por una parte satisfacía sus deseos sexuales, y por otra, utilizaba el atentado como una advertencia. Se demostraba así a sí misma que ya era mujer y apta para conquistar, y que debía tener cuidado y reprimir su sexualidad peligrosa.

El tratamiento psicoanalítico transformó profundamente a Adela.

Desapareció la dismenorrea con todos sus síntomas. Además, de una niña inmadura e inhibida, Adela se convirtió, tanto en el plano psicológico como en el físico, en una mujer joven atrayente.

Adela expresó, pues, su conflicto puberal por medio de una dismenorrea.

Veremos ahora el caso de otra joven, Mary, que recurrió a la negación total de su femineidad, padeciendo de una amenorrea prolongada. Fue psicoanalizada por el Dr. Krapf, de cuya publicación (véase Ind. Bibl.) presentaré un resumen muy reducido.

Mary, joven de veinticuatro años, recurrió al análisis porque presentaba desde los veintiuno una amenorrea total, que se había establecido luego de un breve período dismenorreico. También sufría de una depresión marcada y de diversos trastornos de conversión, como ser vómitos, diarreas, estreñimiento, etc. Además, tanto por su depresión como por su estado físico se había visto obligada a abandonar sus estudios universitarios. Su constelación familiar resulta bastante típica.

Una vez más nos encontramos con el padre seductor y cariñoso y la madre fría, que rechaza a su hija por ser ésta mujer. Mary tenía un hermano, mayor que ella. Su madre aceptó su segundo embarazo sólo en la esperanza de que iba a dar a luz a otro hijo varón. Su desilusión al nacer Mary fue tan grande que durante quince días se negó a ver a la nena, hecho que más tarde se comentó ante Mary muy a menudo en el círculo familiar. Mary intentó conquistar a su madre y defenderse contra su sentimiento de inferioridad frente a su hermano, compitiendo continuamente con él y superándolo en mucho en el plano intelectual. Además, para evitar sentirse demasiado culpable para con su madre en su relación afectuosa con su padre, adoptaba una actitud "viril" con él.

Comentaba en su análisis que ella y su padre se trataban "de hombre a hombre", especialmente cuando le refería anécdotas de su vida estudiantil.

La menarquía fue experimentada por Mary en forma traumática, porque atacaba sus defensas de negación de su femineidad. Escondió el hecho de su primera menstruación durante un día entero ante su madre. La reacción de ésta a la confesión final de Mary nos describe bastante bien la actitud neurótica de la madre frente a su hija mujer. Le dijo, como explicación del hecho menstrual: "No es nada especial, sino una cosa desagradable y sucia que tienen todas las mujeres y que hay que aguantar sin remedio".

Sin embargo, a pesar del efecto traumático de la menstruación, Mary elaboró bien la situación, aunque lentamente. Trató de aceptar la menstruación como "una concesión que le había hecho su madre", es decir, como un permiso para ella de ser mujer.

En mi exposición de la teoría psicoanalítica hablé de las fantasías inconscientes de la niña pequeña de destruir el interior del cuerpo materno, para robarle los penes y los hijos que la niña cree están almacenados ahí.

Estas fantasías hostiles provocan el temor a la venganza materna. Ésta, siguiendo la ley del Tali6n, de "ojo por ojo y diente por diente", podría despojar a su hija de sus 6rganos internos y de toda posibilidad de una maternidad futura. El análisis de Mary demostr6 que sufría intensamente de este temor de castraci6n femenina.

Este temor se hizo consciente durante una sesi6n analítica, por una fantasía vivida con suma angustia y sensaci6n de realidad por parte de Mary. Antes de relatarla, debo adelantar que en la sesi6n anterior el analista le había interpretado que el amor era para ella tan peligroso porque veía inconscientemente en cada hombre a su padre o a su hermano, y temía por eso un castigo de su madre. Mary lleg6 angustia-da a la sesi6n siguiente, fantaseando que el analista - representante paterno- la podría abandonar. Decía que sin este sostén "de atrás" se caería, y que entonces vendrían

cuervos para comerla "de espaldas e indefensa". Cuando luego se le preguntó qué comerían los cuervos, dijo textualmente: "El cuerpo entero... las vísceras... el vientre y las piernas... los brazos y la cara no", y al llamársele la atención sobre el hecho de que entre el vientre y las piernas se encuentran los genitales, asoció inmediatamente el miedo de sufrir una operación para sacar de su cuerpo un hijo.

Ocultaba, pues, su femineidad a su madre para evitar este castigo. Destaqué ya más arriba la actitud pseudoviril que ella adoptaba para competir con su hermano y estar en relaciones amistosas con su padre. Un análisis más profundo demostró que esta actitud le servía también como defensa contra la supuesta hostilidad de su madre.

Todo su equilibrio neurótico se derrumbó frente a la primera vivencia de carácter genital. A los veintiún años se enamoró de un joven, Pedro.

Su primer retraso menstrual se produjo antes de una fiesta en que esperaba algo decisivo para su amor. Su analista interpreta este primer retraso ya como una consecuencia de sus angustias. No menstruar significaría cerrarse genitalmente y negar su femineidad frente a su madre. Mary pareció lograr en la fiesta lo anhelado.

Cuando el joven la besó, sintió por primera vez una excitación vaginal.

Horas después le vino la regla. Sin embargo, la situación con Pedro terminó con una desilusión grave. Entonces comenzaron las irregularidades grandes de la menstruación. Además, Mary sufrió, en los meses siguientes, otros reveses. Fracasó en un examen porque "esta vez no supo conquistar la simpatía de sus examinadores". En ocasión de una situación dramática por la cual atravesó su padre, se dio cuenta de que éste la quería mucho menos de lo que ella suponía. Sólo después de este desengaño se estableció la amenorrea, que

duró más de tres años, hasta ceder finalmente al tratamiento analítico. Sobrevino el cuadro depresivo y los síntomas de conversión. Estos últimos son bastante típicos en niñas histéricas después del primer beso de amor. Los vómitos y fenómenos intestinales nos recuerdan los trastornos del embarazo, y corresponden, efectivamente, a una fantasía inconsciente de fecundación oral y embarazo. El significado de la amenorrea era más complejo, y estaba en íntima relación con el temor de Mary a su sexualidad. Ya el incremento de ésta, correspondiente a la menarquía, la había dejado traumatizada. Después reprimió totalmente su sexualidad, pudiendo así aceptar sin trastornos su menstruación. Los primeros síntomas se establecieron sólo cuando Mary se enamoró y sintió excitación sexual.

Esto intensificó todos sus conflictos con su madre y su temor a ella. Pero estaba dispuesta a luchar por su femineidad. La menstruación, retrasada, llegó después del beso de Pedro.

Además, siempre le quedaba una defensa importante contra su madre: su intelectualidad, que para ella significaba disfrazarse de varón. Sólo Cuando hubo fracasado como mujer adulta -el joven y su padre la rechazaron, y los examinadores ya no simpatizaban más con ella- sobrevino la gran angustia. Frente a ésta abandonó sus posiciones, trabajosamente adquiridas, pero ya desvalorizadas. De una mujer adulta y estudiante brillante, aunque algo "machacona", se convirtió en una niña indefensa y asexual. La menstruación desapreció. Como menstruar significaba para ella abrirse genitalmente -exponiéndose así al ataque amoroso del hombre-padre y al hostil de la madre- y ser mujer adulta, el ser amenorreica representó para Mary cerrarse genitalmente, evitar la castración de su femineidad y convertirse en niña. Los resultados terapéuticos de su tratamiento psicoanalítico fueron muy satisfactorios: curó de su amenorrea y de los síntomas

concomitantes, y maduró psicológicamente, solucionando en forma adecuada los conflictos con sus padres.

Resumiré brevemente el material clínico expuesto hasta ahora. He presentado el caso de Teresita, porque me interesó exponer directamente los pensamientos y preocupaciones de una adolescente respecto de la menstruación y de otros problemas relacionados con ésta. Evidentemente, Teresita es una niña enferma; pero, como ya dije, esto permite ver con más claridad procesos psicológicos que se desarrollan también, aunque con menos intensidad, en niñas menos neuróticas. Luego expuse el caso de Molly, en que Helene Deutsch demuestra cómo la menarquía puede desencadenar una neurosis grave, aun cuando la niña aparentemente no se haya impresionado por la aparición de su regla. Toda la sintomatología de este caso se desarrolló en un plano meramente psicológico. Vimos el caso de Adela, en el cual los conflictos menstruales derivaron a un cuadro psicossomático, la dismenorrea, acompañada de síntomas neuróticos y de la piel.

La situación de Mary era parecida.

Se produjo en ella, a causa de conflictos no solucionados, una amenorrea acompañada de un estado depresivo.

Al cotejar la situación familiar de estas niñas, observamos que en todos los casos, menos en el de Molly -en el que faltan los suficientes datos-, se encuentra una situación familiar típica. La actitud rechazante de una madre fría provoca la hostilidad de la niña. Esta hostilidad se convierte en odio por los celos a otro hermano, preferido por la madre. La actitud seductora del padre atrae a la niña.

Pero, como el padre es débil, la niña no se siente protegida contra la madre, a quien teme. Este miedo proviene del sentimiento de culpa causado por su rivalidad con su madre frente al amor paterno, y por su odio por el rechazo de su madre. Este odio y este sentimiento de culpa no le permiten

una identificación feliz con su madre, sino que la hacen temer su venganza.

En los casos de Teresita y Mary, tanto el deseo de ser queridas por sus madres como el temor a ellas, las lleva al deseo de ser varón. Así, niegan también su temor, más profundo, de no poder ser ya mujer por estar destruidas interiormente, y lo reprimen para no tener que admitir que pueden haber perdido definitivamente la posibilidad de identificarse con sus madres y de tener marido e hijos.

En los cuatro casos vemos lo observado anteriormente por Melitta Schmiedeberg (l. c.): que la comprensión instintiva del proceso biológico de la menarquía puede ser especialmente traumática, porque la niña adquiere así el temor de que todos sus deseos y juegos sexuales, hasta entonces inofensivos, en adelante pueden acarrearle consecuencias reales. el primer caso que expondré en el próximo capítulo tendrá la misma constelación. En los casos subsiguientes demostraré que esta misma comprensión de haber alcanzado la madurez sexual puede tener sobre la niña el efecto opuesto: el de calmar sus angustias irracionales. Además, en todos los casos se demostrará que los mismos conflictos que dificultaban la pubertad traen posteriormente a la mujer adulta trastornos psicossomáticos en las distintas etapas de su vida procreativa.

## Notas

(1) Recomendando, especialmente al lector médico, la lectura de "Psychosomatic Gynecology" de Kroger y Freud. Encontrará allí una recopilación amplia de literatura y una exposición de los mecanismos fisiológicos y fisiopatológicos subyacentes a los distintos trastornos que estudiaremos en la parte clínica de este libro.

(2) La niña de habla inglesa llama al período su "curse", es decir, maldición. Hasta la mucho más inofensiva palabra "indisposición" transforma la menstruación en algo enfermizo.

(3) Incontinencia de orina.

## Capítulo V

## La Monarquía y los trastornos ulteriores (1)

Importancia del tema. Consecuencias neuróticas y psicósomáticas de la menarquía. Isabel. Reacción entusiasta en dos niñas aparentemente varoniles. Sus causas. La doble castración. La menstruación como defensa contra la homosexualidad, y como expresión de tendencias agresivas. Resumen.

Psicoanalíticamente, el tema de la menstruación ha sido objeto de muchas más investigaciones que otras funciones femeninas. Se ha dicho mucho sobre la menstruación, sus tabús y su efecto traumático tanto sobre el hombre como sobre la mujer. Sin embargo, existen muy pocos historiales clínicos publicados que se refieran concretamente a este tema. Además, tal vez el mismo enfoque "falocéntrico", es decir, el considerar a la mujer como varón castrado, haya sido responsable de que las investigaciones se detuvieran durante tanto tiempo en un plano relativamente superficial. Se insistió en la apariencia de castración de un pene imaginario que la menstruación a menudo tiene para la mujer, sin llegar a explicar satisfactoriamente por qué se presenta esta idea de castración y contra qué ansiedades más profundas sirve de defensa. Para poder descubrirlas era menester profundizar el análisis de las pacientes sin prejuicios teóricos. Para ello era preciso la revisión de todo el enfoque "falocéntrico" de la teoría psicoanalítica sobre el desarrollo femenino (expuesto en el

capítulo II). Además, este cambio teórico sobre la femineidad encontró su fundamento biológico en los progresos de la investigación endocrinológica ulterior. Pues, aunque parezca ilógico, sólo después de esta revisión de conceptos se llegó a comprender que la menstruación puede significar una manifestación placentera e inherente a la femineidad. Es cierto que la menstruación significa, en cada ocasión, la pérdida de una esperanza de maternidad; pero simboliza simultáneamente para la mujer su juventud y su fecundidad, su capacidad de regeneración continua y la promesa de una nueva maternidad.

Ya mencioné otra causa que me obliga a detenerme tanto en el tema de la menstruación: la menarquía marca un paso importantísimo en la vida de la mujer. La niña revive en la pubertad simultáneamente todos sus conflictos infantiles y entra en los correspondientes a la madurez sexual. En los casos en que ni la menarquía ni las primeras menstruaciones hayan significado un trauma para el inconsciente de la niña, se puede tener la seguridad de que ha tenido una infancia satisfactoria. Además, esta aceptación representaría ya casi una garantía para la salud psicosomática posterior de la mujer. Por otra parte, si la menarquía presenta conflictos, estos mismos podrán reproducirse en cada etapa de su vida procreativa. Unas veces se manifestarían en el plano psicológico, otras en el somático, y otras alternativamente en ambos. El caso que expondré a continuación servirá de ilustración. También veremos en él cómo la menarquía, aunque conscientemente parezca tener poco efecto sobre la niña, inconscientemente es experimentada en otra forma y desencadena síntomas que la misma enferma no relaciona con ella.

Isabel, joven e inteligente, casada desde hace algún tiempo, se trasladó del extranjero a Buenos Aires. Acudió al psicoanalista con fines profesionales. Aparte de otros síntomas, presentaba una fobia (2) a las cucarachas. Ésta se in-

tensificó en Buenos Aires, y ella supuso que su causa consistiría en que aquí estos insectos abundaban más que en su país natal.

La fobia había aparecido cuando Isabel tenía trece años, después de haberse mudado a una nueva casa en que abundaban las cucarachas. También anteriormente las había visto a veces, pero sin experimentar ningún sentimiento especial frente a ellas. Conscientemente le extrañaba su fobia, porque de chica siempre le habían gustado los insectos. Recordaba que su hermano le había regalado un saltón cuando ella tenía cuatro años. Lo quería mucho y lo guardaba en la cocina, hasta un día en que su abuela materna, intencionalmente, lo aplastó.

La relación de la niña con su abuela era muy tensa. Ésta tenía adoración por su nieto, el hermano de la niña, y le celaba el cariño y la dedicación que éste tenía a Isabel. Siempre le prohibía jugar con el hermano. Asociaba, pues, su asco a las cucarachas al episodio del saltón, más porque la abuela lo había aplastado, y porque lo que menos pudo tolerar más tarde era la vista de cucarachas aplastadas.

Sin embargo, no comprendía por qué asociaba lo del saltón con la fobia, que había aparecido sólo a los trece años, y frente a otro insecto.

Cuando niña sus padres le decían siempre que ella no debería casarse: su madre no la consideraba lo bastante bonita ni sana, y su padre opinaba que era demasiado inteligente para una vida corriente de mujer. En realidad, era muy agradable, aunque tal vez no tan linda como su hermana mayor. Su padre quería que se dedicara a una carrera universitaria sin que ningún amorío la distrajera de ello. Además, se enfurecía si la sorprendía cosiendo o cocinando, ya que estas ocupaciones le parecían tiempo perdido. A pesar de la oposición de sus padres Isabel se casó, pero nunca se hubiera animado a tener hijos en su país natal, donde vivían sus pa-

dres. En su análisis empezó a preocuparse por este problema, y pronto se decidió a tener un hijo.

El embarazo no se produjo en seguida, sino que se presentó una de esas esterilidades pasajeras, tan frecuentes, que suelen interpretarse como períodos seguidos sin ovulación, sin que los ginecólogos se preocupen en comprender los factores psicológicos determinantes. Expondré más adelante lo que pude concluir como causa de la dificultad de Isabel (pág. 144). En la época que describo, la fobia se había intensificado. Le interpreté que posiblemente el saltón haya representado para su inconsciente un hijo de ella y de su hermano, y que ella haya vivido la prohibición de su abuela de jugar con su hermano como una prohibición de algo sexual y la muerte del saltón como el castigo correspondiente. Isabel rechazó esta interpretación. Alegó que nunca había querido a su abuela y que, aparte de la rabia impotente que le había producido la muerte del saltón, no solía dar importancia a las actitudes de su abuela. Finalmente, Isabel quedó embarazada. La fobia continuó durante su embarazo. El parto ocurrió en otoño. En esta época empezó a olvidarse de las cucarachas, lo que le resultó fácil debido a que desaparecieron con la llegada de la estación fría. Unos meses después del parto se le ocurrió súbitamente analizar el significado de su fobia. Se acordó de mi interpretación, que esta vez hizo surgir en ella un recuerdo olvidado. A los trece años, cuando se habían mudado a la otra casa, su madre manifestó gran asco frente a las cucarachas que allí había, diciendo que se trataba de bichos inmundos que se alimentaban de excrementos. Ahí empezó la fobia. Después de haber surgido este recuerdo, se le ocurrió a la enferma que ya no tendría más temor o asco a las cucarachas. Pocos días después pudo verificar esta suposición: la fobia había desaparecido. Lo mencionó en su análisis, sin contarme mayores detalles. Pocos días después notó que su actitud frente a las cucarachas había cambiado nuevamente.

Cuando veía alguna, la observaba atentamente para cerciorarse que de veras no le causaba asco ni miedo.

Tuvo un sueño, parte del cual expondré. Veía dos cucarachas, empaladas en escarbadiantes. Entonces se acordó que de niña le gustaba mucho salir a juntar castañas con su hermano, quien le había enseñado a hacer lindos muñecos con ellas, uniéndolas con palitos.

Las cucarachas empaladas del sueño representaban tanto a los dos niños que jugaban con castañas, como a esos muñecos, hijos fantásticos de ella con su hermano. En el mismo sueño apreció otra cucaracha, de un aspecto raro.

Se parecía más a un trozo de excremento que a un insecto. Isabel asoció con esto la teoría sexual infantil de que el niño se forma dentro de la madre para salir como un excremento.

Sólo entonces me contó la conversación tenida con su madre después de la mudanza a la casa de las cucarachas, y que ésta había relacionado a estos insectos con excrementos, expresando viva repugnancia. Así se pudo reconstruir el origen de su fobia: cuando la abuela mató su saltón la niña tenía cuatro años y estaba en plena situación edípica, es decir, rivalizaba con su madre y pretendía el amor de su padre. Pero como su padre era un hombre severo, que más bien la angustiaba, ella buscó y encontró un sustituto paterno en su hermano, siete años mayor que ella y muy cariñoso y comprensivo. Así había sustituido a su padre como objeto de amor y admiración infantil. Cuando la abuela, celosa del amor de su nieto preferido, protestaba contar la amistad de los dos niños, Isabel sentía indignación. La sintió todavía con más intensidad cuando mató al saltón, tiernamente amado como regalo de su hermano. Pero no se produjo ningún síntoma neurótico porque despreciaba a su abuela y no necesitaba de su cariño. En la pubertad la situación se presentó en forma distinta.

Ya dije que los conflictos infantiles, que llega a su culminación con la situación edípica, se calman y quedan reprimidos por un tiempo -el período de latencia, rico en sublimación- para reaparecer en la pubertad. Cuando la menarquía se presentó a Isabel ésta estaba reviviendo la época de sus cuatro años. Surgía en su inconsciente el amor por su hermano y el deseo de tener un hijo. Se ahorraba así, aparentemente, un grave conflicto con su madre. Al querer a su hermano no entraba en competencia con ella, sino con la despreciada abuela. Así había solucionado su conflicto incestuoso en la infancia. Sin embargo, ahora, en su pubertad, también su amor a su hermano se convertía en algo peligroso.

Todos sus deseos eran, por supuesto, de carácter inconsciente. Pero lo que los volvía angustiantes era el hecho biológico de su menarquía, acompañado de la convicción de que como ella ya era mujer, esos deseos, hasta entonces fantásticos, se habían vuelto realizables. Cuando su madre reaccionó con asco y crítica frente a las cucarachas que se alimentan de excrementos pero se parecían a su querido saltón, Isabel lo experimentó como si su madre la condenara, como si le hubiera dicho: "El hijo que pretendes tener es una asquerosidad, una inmundicia". Además, esta vez ya no era la abuela despreciada quien criticaba su vinculación con su hermano, sino su madre, necesitada y querida ambivalentemente por ella. Se angustió y se produjo su fobia. Evitar las cucarachas significaba no tener un hijo incestuoso. La fobia significaba para su inconsciente una advertencia de su madre. Como si le dijera: "Acuérdate que no debes tener un hijo con tu hermano". En el sueño relatado antes apreciaban dos cucarachas empaladas. Es decir, las cucarachas simbolizaban a ella y a su hermano en la suciedad de sus juegos sexuales infantiles y repelentes para su madre. La tercera cucaracha, hecha de excremento, correspondía a la idea de Isabel sobre maternidad y nacimiento, cuando el hermano le regaló el saltón. Además, al excremento estaba ligado el re-

chazo de su madre frente a las cucarachas y las cosas sucias en general. Más tarde, cuando se casó, su marido significó para su inconsciente un representante de su amado hermano. En muchos de sus sueños se confundían las dos figuras. En su país natal, cerca de su madre, ni se animaba a tener hijos. Llegada a Buenos Aires empezó a familiarizarse con esta idea. Consecuentemente, la fobia, expresión de la prohibición materna, se intensificó. Su esterilidad pasajera expresaba su sometimiento a la madre severa de su infancia. Logró vencerla parcialmente, concibiendo.

Pero la coexistencia de su fobia con el embarazo era un indicio de que su conflicto con la madre no se había solucionado. Es decir, la prohibición materna, que le había causado, en el plano psicológico, una fobia, originó en el plano somático primeramente una esterilidad pasajera y después otros trastornos, de los cuales hablaré más adelante. Durante los primeros meses de su análisis tratamos principalmente todos los conflictos que la posibilidad y más tarde la realización del embarazo le producía frente a sus padres y representantes paternos. Para su inconsciente yo representé a su madre.

Mediante la interpretación tolerante de sus conflictos infantiles me convertí poco a poco en una madre que le permitía la maternidad, que le devolvía el saltón. Por eso al nacer un hijo sano, con mi autorización, podría decirse, desapareció la fobia, sin que ella siquiera se diera cuenta de ello.

Es un fenómeno frecuente, que veremos también en otros historiales presentados aquí, el que desaparezcan síntomas sin ser interpretados plenamente y hasta, a veces, sin que el enfermo se dé claramente cuenta del momento de su desaparición. Esto ocurre porque, desaparecido el conflicto en la situación transferencial el síntoma neurótico correspondiente pierde su razón de ser. La analizada sólo empezó a ocuparse nuevamente de su fobia, analizándola y verificando con cierta compulsión si realmente había desaparecido,

cuando sintió deseos de tener otro hijo. Me habló por primera vez de estos deseos en la misma sesión en que me contó el sueño de las cucarachas. El síntoma de observar muy bien a las cucarachas para asegurarse de que ya no les tenía miedo significaba, pues, cerciorarse de que el deseo de tener otro hijo no le estaba prohibido ni le producía angustia.

Resumamos en pocas palabras. Isabel se había educado con un padre severo, que quería a toda costa hacer un varón de ella, y una madre rechazante que concedía femineidad únicamente a su hija mayor. Ésta trataba a su hermana menor con compasión humillante.

La abuela la rechazaba totalmente.

Su hermano la quería, pero esta amistad sucumbió a las prohibiciones familiares. Podía conseguir el cariño de su padre si renunciaba a su femineidad. No es extraño, así, que Isabel hubiera preferido ser varón (envidia al pene) y que la aparición inconfundible de su condición femenina, la menarquía, le causara angustias y conflictos. Éstos no se hicieron conscientes sino que apareció la fobia.

Más tarde, casi en cada etapa de su vida procreativa, se presentaron diversos síntomas como derivados de su conflicto no solucionado. No se atrevía a ser mujer porque de niña le estaba prohibido soñar con su maternidad futura.

He descrito ya cómo la primera menstruación puede ser aceptada alegremente por la niña como la manifestación de su madurez y la promesa de su futura maternidad. Sin embargo, la reacción contraria es frecuente, y observamos en casi todo el material clínico expuesta aquí el efecto traumático de la menarquía y de la menstruación sobre la niña. Veamos, pues, por qué la menstruación tiene a menudo un carácter siniestro.

Para comprender esto tratemos de imaginar lo que puede sentir una criatura cuando percibe el estado menstrual de

la madre u otra mujer, sea al descubrir unas manchas en las sábanas, o al encontrarse con bombachas manchadas con sangre, etc. Comprende que esta sangre sale del genital, es decir, de un órgano capaz de dar mucho placer, pero que, por el carácter prohibitivo de este último, es centro de muchas ansiedades. Además, viendo la sangre, evidentemente la criatura pensará que proviene de una herida. El varón la verá como una herida externa y lo relacionará con la falta de pene del genital femenino y fantaseará con una castración sufrida, que deja una herida sangrante. La niña se dará cuenta de que la sangre sale del interior del cuerpo. Entonces considerará la herida también como algo interno y pensará que algo dentro del cuerpo de la mujer está lastimado. Dentro del cuerpo femenino crecen los hijos. Entonces, la hemorragia sería indicio de que estos futuros hijos han sido dañados y se están desangrando paulatinamente (Helene Deutsch, Melanie Klein, l. c., véase Ind. Bibl.).

Existe siempre, pues, la idea de la herida; de que la mujer haya sufrido una agresión. Por otra parte, el órgano que pierde sangre es el genital.

Entonces, la herida es la consecuencia de un acto genital. El primitivo ve en la menarquía la consecuencia de un acto sexual entre la niña púber y el espíritu ancestral (Wintertein, l. c.). La niña vive inconscientemente en la misma forma, es decir, su menarquía sería la consecuencia de un coito sádico con su padre (Melitta Schmiedeberg, l. c.). Además, si la hemorragia es un castigo por sus actividades sexuales prohibidas, se asocia inmediatamente a la masturbación, y la sangre es el indicio del daño que se ha infligido en sus actos masturbatorios. Finalmente para el inconsciente se equipara todo lo que sale del cuerpo (Melanie Klein, l. c.), y de ese modo la menstruación puede tomar también el carácter de pérdida de materia fecal o de orina.

Sin embargo, hasta ahora se subestimó el valor de la menstruación como manifestación sexual instintiva y de madurez sexual y como protección contra angustias. Unicamente Thérèse Benedek y Melanie Klein toman en cuenta este aspecto, pero insistiendo siempre mucho más en sus consecuencias negativas. Creo que nos acercaremos más a una comprensión objetiva del fenómeno menstrual en su totalidad si analizamos con detención también su efecto positivo. Expondré con este fin algún material clínico.

Primeramente presentaré el historial de Ana. Fue ésta una niña independiente. Hija única de padres más bien des preocupados. Había frecuentado un colegio mixto, siendo muy buena estudiante. Durante sus estudios rivalizaba con éxito con sus condiscípulos masculinos. En su vida sexual se permitía toda clase de libertades, que por lo general, y más en su época, se concedían únicamente al hombre, argumentando que, como trabajaba tan bien como sus compañeros, tenía derecho a vivir como ellos. Sin embargo, fue frígida durante los primeros años de su vida sexual, logrando el orgasmo únicamente si se imaginaba fantasías de contenido masoquístico. El mismo carácter tenían sus fantasías de masturbación. Su fantasía predilecta era una niña que un educador severo maltrataba por delitos nimios. En su infancia no jugó con muñecas, pero le gustaban mucho los libros y jugar a la pelota. Durante casi toda la época de la latencia se entretuvo a menudo representando con su mejor amiga juegos dramáticos de contenido masoquístico.

Ana desplegaba más fantasía que su amiga, y tenía toda la iniciativa. A la edad de diez años Ana se enteró por los diarios de un proceso, causa de un gran escándalo. Se acusaba a una mujer de haber maltratado y pegado a su hija delante de señores de la alta sociedad, que pagaban bien por este espectáculo. De pronto se hizo consciente en Ana que el sadismo era algo "muy malo y prohibido". A pesar de haberse

identificado conscientemente en sus juegos siempre con la víctima maltratada, reaccionó con sentimientos intensos de culpabilidad. Declaró a su amiga, desconcertada, que no practicaría nunca más "esos juegos". Durante el veraneo del mismo año conoció a unas niñas que le explicaron, en forma algo confusa, cómo y de dónde provenían los hijos. Su madre se enteró de estas conversaciones y, reaccionando con mucho enojo, prohibió terminantemente a Ana tan mala compañía. Ana, herida por la conducta de su madre y en un intento de elaborar sus nuevos conocimientos, trató en sus fantasías de prescindir de la mujer en el proceso de la procreación. Suponía que el hijo crecía dentro de la madre por alimentarse con la sangre normalmente eliminada en la menstruación.

Se imaginaba que se podría llegar a cultivar los espermatozoos como bacterias, en medio nutricio, y, regándolos con sangre, criar niños sin intervención femenina. En esa época un drama de celos había causado mucha sensación en su ciudad natal. La mujer de un famoso cantante había agredido a la querida de éste arrojándole a la cara ácido sulfúrico concentrado. Ana aprovechó este episodio como material para proseguir sus fantasías. Como ya no se necesitaba de las mujeres, se podía eliminarlas obligándolas a beber ácido sulfúrico concentrado. Ana eliminaba en sus fantasías a todas las mujeres del mundo, imaginándose con lujo de detalles cómo el líquido cáustico les quemaba la boca, el esófago y el estómago, hasta que morían miserablemente. Ana era una niña alta y bien desarrollada. Cuando tenía trece años comenzó a esperar con ansia los indicios del primer período. Se despertó cuando cumplió catorce sin haber menstruado. Temía no poder tener hijos nunca en su vida. Pedí a su madre que la llevara a consultar a un ginecólogo. Su madre intentó consolarla restando importancia al asunto. Por eso Ana la acusaba como responsable de que ella más tarde no podría tener hijos. Cuando sobrevino su primera menstruación, a la edad de catorce años y medio, su alivio fue indescriptible. Al

mismo tiempo cambió su conducta. No se preocupó más por sus estudios y se enamoró intensamente de un joven, algunos años mayor que ella.

Deseaba casarse tan pronto como fuera posible, para tener hijos. Había anhelado ardientemente tener la menstruación, pero siempre con el temor de no lograrla. Tal vez por sentimiento de culpa había realmente retrasado la fecha de su primer flujo menstrual.

Reaccionó más tarde en forma similar a todos los acontecimientos de su vida femenina. Muy joven aún tuvo sus primeras relaciones sexuales, debiendo insistir mucho frente a su amigo, que no quería desflorarla por escrúpulos y temor a la responsabilidad. Cuando se inició en la vida sexual notó que era frígida. Luego se casó; al no quedar embarazada durante el primer año de su matrimonio se desesperó, persuadida de ser estéril. Otra vez tenía la vaga idea de que su madre era la culpable de su supuesta esterilidad. Ya capaz de concebir, abortó varias veces. Se desesperó nuevamente, porque temía no poder nunca llevar a cabo un embarazo.

Cuando finalmente tuvo un hijo no pudo amamantarlo. Soportó las molestias inherentes a la vida sexual femenina, es decir, la menstruación, la desfloración y los dolores del parto con suma facilidad y sin quejarse nunca.

Por el contrario, todos estos acontecimientos la alegraron, y calmaron por un tiempo sus ansiedades profundas.

Antes de analizarlas, presentaré otro historial, el de Berta. Aunque su carácter parezca bastante distinto del de Ana, las raíces de sus neurosis tienen mucho en común. Ya expuse un sueño de Berta al hablar de la imagen introyectada de la madre mala. Ahora contaré, en forma resumida, toda su historia.

Berta era atractiva, inteligente y ambiciosa, pero se sentía muy inferior por ser mujer. Tenía un concepto sumamente

doloroso del amor. Para ella, la mujer que se entrega por amor a su compañero debe sufrir mucho y será inevitablemente abandonada. Aunque admiraba a los hombres y despreciaba a las mujeres, se consideraba homosexual. Había tenido algunas amistades femeninas platónicas, en cuya ocasión se había sentido muy enamorada y excitada. Se comportaba en ocasiones como un caballero que hace la corte a su amada, pero nunca intentó llegar a una materialización de su amor. En discusiones, le gustaba exhibir su supuesta homosexualidad. Por eso su asombro en el análisis fue tan grande cuando se dio cuenta de que todo lo relacionado con la homosexualidad, es decir, con el contacto íntimo con otra mujer, la horrorizaba. Esto se puso en evidencia en la situación transferencial, al parecerle que la analista quería seducirla. Su horror se manifestó en una pesadilla (ya descrita en la pág.

63): Ve un árbol y observa a su sombra varios chanchitos. Dirige su mirada hacia arriba y, suspendida de la cima del árbol, ve una araña- cangrejo enorme, que de pronto empieza a descender. Todos los chanchitos huyen, menos uno, que se queda como paralizado y fascinado. La araña se le echa encima y empieza a succionar su sangre. La durmiente ve con horror cómo el pobre chanchito no puede defenderse y cómo el color rosado de su piel se vuelve pálido y blanco porque la araña le ha succionado toda la sangre. En este sueño los tres chanchitos representan a ella y a sus dos hermanas menores, mientras que la araña-cangrejo simboliza a su madre o, en la actual situación transferencial, a su analista.

Berta siempre se había desesperado al ser mujer y había sentido conscientemente su envidia del pene. Tenía dos hermanos mayores, de los cuales estaba celosa porque les estaban permitidas muchas cosas que a ella se le prohibían. Su padre era un industrial de importancia, orgulloso, que adoptaba frente a su hija mayor una actitud seductora, pero

que despreciaba a las mujeres. Su madre era callada, tranquila, y dispuesta a sentirse la víctima de cualquier conflicto familiar.

Berta, de niña, adoraba los juegos de varón: armas de cualquier índole, máquinas, etc. Odiaba y admiraba simultáneamente a su padre por su hombría orgullosa y exhibicionista, y despreciaba a su madre por su hipócrita humildad. Una vez ésta la sorprendió mientras azotaba con toda su fuerza, con un látigo, una imagen de la Virgen que pertenecía a su madre.

Tuvo su primera menstruación a los doce años. Después cambió radicalmente. Relató que vivió entonces los dos años más felices de su vida. Se hizo femenina, coqueta, y se entusiasmó con Tarzán. Pero a los catorce años su estado psíquico cambió otra vez, a raíz de una desilusión grave sufrida en relación con un sustituto materno.

Su estado depresivo empezó con crisis de llanto hasta que, poco a poco, se estableció una despersonalización que duró en toda su intensidad varios años y nunca desapareció por completo. No recuperó ya jamás la alegría de la infancia. Durante su despersonalización intensa se quejó de dos síntomas: que todo que todo había perdido su relieve para ella (esto significa para su inconsciente que ya no quería más a las mujeres) y que no le gustaban más los hombres. La despersonalización de Berta fue la consecuencia de la represión, tanto de sus tendencias hetero como homosexuales. Por el odio a su madre, renovado por una última frustración, ella ya no podía identificarse con ésta, amando a Tarzán -sustituto del padre hiperviril-, ni podía acercarse a ella ni a figuras sustitutivas en un intento amoroso de carácter homosexual.

Cuando conocí a Berta estaba ya casada, en un matrimonio sin amor.

Seguía siempre deprimida y despersonalizada. Cuando quiso tener hijos, sufrió una esterilidad pasajera. Finalmente tuvo un hijo, pero no pudo amamantarlo por temor de entregarle sus senos.

A pesar de que tanto Ana como Berta sufrían indudablemente de una envidia intensa del pene, su primera reacción a la menstruación fue muy distinta de lo que se podría esperar.

No la vivieron con humillación ni deprimidas, como si se tratara de otra experiencia más de castración, sino experimentaron algo como un triunfo, un gran alivio y un sentimiento vago de gratitud. Ambas cambiaron de conducta y se volvieron femeninas durante cierta época. Se diría que no habían adoptado antes su papel femenino porque dudaban de su capacidad de ser mujeres y madres. ¿Cómo se comprende, pues, que la menarquía no las angustiara, sino que les trajera un alivio visible de sus situaciones neuróticas? Karen Horney (3) observó frecuentemente en mujeres el temor de no poder tener hijos por haberse masturbado en la infancia, y sentirse culpables porque esta masturbación infantil iba acompañada de fantasías sádicas contra otras mujeres. Melanie Klein (l. c.) habla de las ansiedades irracionales, provenientes de ataques fantaseados contra el cuerpo de la madre y de su contenido, y del temor de haber sido víctimas, como castigo, de ataques idénticos. Será menester ver, pues, si en nuestras dos enfermas existen manifestaciones de odio contra sus madres, de tal índole que las llevaran a dudar de su propia femineidad intacta.

Observamos una elaboración consciente de estos ataques en las fantasías sádicas de Ana de eliminar a todas las mujeres del mundo y el juego de Berta de azotar a la imagen de la virgen, símbolo máximo de maternidad.

Pero, ¿cuál fue la procedencia de tal odio, su carácter especial y sus consecuencias para ambas niñas? Las fanta-

sías vengativas surgieron en Ana después de la prohibición de su madre de enterarse de cómo se procrean y nacen los hijos, interpretándolo como prohibición de ser madre, a lo que reaccionó fantaseando sobre cómo podría eliminarse a las madres del proceso de la procreación. Sin embargo, hay indicios de que ya anteriormente odiaba a su madre y la consideraba como mala. Aunque nunca Había sido castigada con brutalidad, durante años en sus juegos se torturaba a niños por delitos inexistentes. Ella se identificaba con el niño castigado, y el delito inexistente sustituía el delito real de su odio y de sus ataques inconscientes contra su madre. Cuando leyó en un diario que la madre que castigaba a su hija en presencia de hombres era una criminal, Ana se asustó: lo sintió como si se acusara a su propia madre de tratarla con violencia y sin cariño en presencia de su padre indiferente. Sin embargo, no se animó a justificar estas acusaciones contra su madre, porque se sintió culpable y merecedora de cualquier castigo por su odio. Ana, pues, odiaba a su madre y quería destruirla. Pero la quería y la necesitaba: por ello no la acusaba sino que la tornaba masoquista, reprimiendo su odio. Así podía perdonar a su madre, gozando del castigo en lugar de temerlo. Pero, en su inconsciente, su odio a su madre o a las madres en general persistía a pesar de su masoquismo y de su amor, imposibilitando toda identificación. La raíz oral de su odio se ve en la forma misma en que en sus fantasías conscientes pretendía eliminar a la mujer.

Veamos ahora la situación de Berta. Mientras que Ana fantasea con envenenar a las madres, Berta sueña que la araña-madre la mata sorbiéndole la sangre. En una etapa muy primitiva de su vida Ana debe haberse sentido envenenada por su madre y se vengaba envenenándola en sus fantasías. Berta debe haber sentido que su madre no la saciaba, que no la alimentaba bien, que el hambre la vaciaba. Por eso debe haber deseado sorber y vaciar ella totalmente a su madre. Como castigo, la madre la succionaba en sus pesadillas.

Así llega ella a sentirse vacía por dentro. Conscientemente, no quiere ser mujer; inconscientemente, teme no poder serlo. Por eso no puede identificarse con su madre, que siempre está llena de hijos. Además, teme la identificación con ella, objeto odiado y despreciado. Por eso se refugia en la homosexualidad. Pero también ésta trae peligros. Berta no puede colocarse en una actitud pasiva frente a la mujer, repitiendo en un plano erótico la relación madre-hija, porque se expone, precisamente, a revivir sus primeras experiencias con su madre, a todo lo temido: será otra vez víctima de una madre-araña, como en su pesadilla. Elige como defensa otra forma de homosexualidad, la virilización. Desea ser hombre, tener un pene, y se comporta como un caballero frente a la mujer amada. Sin embargo, la teme y la odia demasiado para exponerse al peligro de un contacto íntimo, que demostraría lo ilusorio de su defensa viril. Por eso, en su análisis, frente al peligro de un enamoramiento homosexual con su analista, surge la situación primitiva y angustiante de su sueño, en que ella se convierte de nuevo en niña indefensa.

Vemos, pues, que tanto Ana como Berta fracasan en su femineidad en la identificación con la madre. Esto ocurre por la persistencia de su odio oral y por su temor de haber sido destruidas como consiguiente castigo. Se quedan en esta posición porque les falta también la ayuda paterna. El padre de Ana es demasiado débil y pasivo para que ella se atreva a enfrentar a su madre como rival e inclinarse en actitud femenina hacia él. El padre de Berta, por el contrario, es aparentemente demasiado fuerte y viril, desprecia a las mujeres, humilla a su esposa, y Berta teme acercarse a él en actitud femenina porque no quiere sufrir el destino de su madre. En ambos casos las niñas, al no lograr conquistar a su padre se identifican con él, adoptando una actitud varonil y exhibiendo su envidia del pene. Es decir, ambas niñas hubieran tal vez superado sus dificultades con su madre si el padre las hubie-

se apoyado. La falta de ese apoyo agravó el conflicto, que las llevó a la perversión.

Esto parece claro. Pero, ¿cómo se explica que la menarquía las llevara a una aceptación mucho mayor de su femineidad, en contraste con todo lo que se dice generalmente del efecto traumático de la menstruación precisamente en la mujer de tendencias viriles que siente la envidia del pene? Melanie Klein describe las fantasías inconscientes de la niña de destruir el interior del cuerpo materno para despojarlo de su contenido de hijos y penes. Por esta razón puede surgir a su vez en la niña el temor de ser destruida interiormente. Es éste el mecanismo que encontramos en nuestras enfermas. Tanto Ana como Berta tenían una fijación oral intensa y ambivalente con su madre. Sus deseos hostiles de incorporarla total o parcialmente, destruyéndola, las angustiaban. Por sus sentimientos de culpa, proyectaban su propia hostilidad oral sobre la madre. Pero esta proyección equivale al temor de la agresión materna, como lo demuestra el sueño de la araña. La idea de no estar físicamente intacta por culpa de la madre es consecuencia de este temor. Esta idea primitiva es reprimida. Más tarde el descubrimiento de la diferencia sexual y de la propia falta de un pene es vivida como una castración, porque hace resurgir el antiguo temor de haber sufrido una destrucción interior, que se relaciona ahora con un daño genital. Otra enferma, al interpretarle su reproche contra su madre por la castración de un supuesto pene, me contestó: "No creo que reprocho simplemente a mamá mi castración, sino el haberme castrado mal.

Ella no me ha hecho ni hombre ni mujer". Cuando, en el análisis, se discutió su temor a la sexualidad, surgió en ella una imagen de su infancia.

Vio a su padre degollando una gallina -que asoció con pérdida del pene-, y después a su madre que, introduciendo la mano en el interior del animal, le sacaba las vísceras y los

huevos, vaciándolo totalmente. Siguió asociándolo con su incapacidad para dedicarse a estudios profundos, dando como razón que ella misma estaba vacía. La paciente expresó así los dos temores de castración de la mujer. El segundo está siempre ligado al temor a la esterilidad.

Volvamos a nuestro problema principal. ¿Qué significado psicológico podía tener para nuestras enfermas la primera menstruación como señal de fecundidad, cuando sobrevino a pesar de todas sus dudas y temores? En primer lugar, fue vivido como una reconciliación con su madre, de quien recibían su madurez sexual, como un regalo inesperado e inmerecido. Equivalía a una absolución de su madre, la cual así les permitía ser como ella y tener hijos en el futuro. Esto, y el hecho de que sangrasen y sintieran ligeros dolores, aliviaba sus sentimientos de culpa. La hemorragia satisfacía también sus fantasías masoquísticas en una forma aceptable para su yo. Además, su sentimiento de triunfo y alivio provenía de no sentirse más como niñas, dependientes sino como mujeres capaces de renunciar a su dependencia homosexual de la madre.

Eso mismo se puede observar en los ritos de iniciación que los primitivos realizan después de la menarquía para separar a la niña de sus padres, y especialmente de su madre (Winterstein l. c.). En muchas tribus la niña debe abandonar a la madre al aparecer la primera menstruación. Vive después con una mujer vieja, símbolo de la madre asexual, hasta que es entregada al esposo. En algunas tribus, durante la primera menstruación y durante los meses subsiguientes, se encierra a las niñas en una casita, una jaula o una hamaca. El abandonar este lugar, símbolo del seno materno, después de cierto lapso, corresponde a un renacimiento y significa la separación definitiva de la madre.

Además la menstruación, como toda manifestación somática femenina, puede servir de arma contra la homosexual-

lidad. Pero, como vimos en el caso de Berta, la misma homosexualidad no es generalmente el problema de fondo, sino que sirve para ocultar la convicción más angustiante de la mujer, de estar destruida como tal. Pude observar claramente en una psicótica cómo la preocupación por su menstruación, símbolo de su femineidad intacta o dañada, fue sustituida por una idea delirante homosexual. Padecía de una esquizofrenia hipocondríaca. Durante mucho tiempo su preocupación hipocondríaca se concentró sobre su amenorrea relativa. Se sentía angustiada si llegaba a parecerle que la menstruación no duraba bastantes días o no era bien abundante. Temía estar gravemente enferma y sentía que algo dentro de ella no andaba bien. Pero este síntoma persistió solamente mientras no se resignó a una posición homosexual, luchando todavía por conservar su femineidad. Tuvo un sueño en el cual, siendo un hombre, realizó el coito con su madre. Cuando, poco después, creyó sentir que dentro de sus genitales le crecía un pene, y que se estaba transformando en varón, perdió todo interés por la menstruación. Así, pues, su preocupación por la regla expresaba su lucha contra la percepción de que algo dentro de ella, algo de su femineidad, estaba mal. Renunció a su femineidad destruida porque encontraba en la idea delirante de su transformación en hombre una salida psicótica para sus angustias. Ahora podía perdonar a su madre y retenerla como objeto, porque ya no era una mujer destruida sino un varón. En esta enferma se trataba de una preocupación psicótica; pero, en general, la preocupación hipocondríaca por su menstruación, que se observa en menor escala con tanta frecuencia en mujeres neuróticas, proviene de un temor de estar dañadas en su femineidad.

Además, la menstruación -la primera y las siguientes- puede servir para satisfacer tendencias agresivas dirigidas a la madre. En estos casos la matriz misma, por ser el órgano ejecutivo de la maternidad, es identificada con ella, más aún cuanto que la matriz es lo primero que conocemos de nuestra

madre. En castellano existe una relación filológica muy clara entre las palabras madre y matriz. En alemán esta relación es aún más evidente ("Mutter" = madre, "Geb)ren" = parir, "Geb)rmutter" = matriz).

Tuve ocasión de observar este mecanismo en una paciente homosexual que había quedado fijada a su madre a causa de una frustración oral intensa.

Describió en su análisis el placer sádico que sentía al observar su sangre menstrual corriendo por sus muslos. Se acordaba haber sentido una excitación intensa cuando leyó en una novela la descripción de cómo corría la sangre menstrual de una campesina sobre sus piernas desnudas, manchando el suelo. Para ella, la matriz era su propia madre, que sangraba y sufría durante la menstruación. Las madres de las tribus primitivas perciben la agresividad de la hija púber que menstrúa. Winterstein (l. c.) explica que en muchas tribus la madre o un sustituto de ésta ejecutan la parte más cruel de los ritos de iniciación de las púberes para vengarse y defenderse inconscientemente de los impulsos incestuosos y sádicos de sus hijas.

Resumamos todo esto. La niña normal aceptará con placer y orgullo su menarquía, pese a cierto sentimiento de extrañeza y ansiedad, porque verá en ella el inicio de su madurez femenina y la promesa de su futura maternidad.

La niña neurótica, en cambio, que se siente despreciada por ser mujer, rechazará la menarquía por vivirla como una castración o por interpretarla como castigo, como una consecuencia del daño que se haya causado en actos masturbatorios. Hemos visto esta segunda situación en Teresita, que rehusaba su femineidad por considerarla como la causa de la falta de amor de su madre. También vimos en su caso cómo la pérdida de sangre menstrual puede hacer revivir angustias pasadas en relación con una incontinencia de orina. En otros casos se equipara también con la pérdida de materia fecal.

Muchas niñas rechazan o esconden su menstruación porque ser mujer significa rivalizar con la madre, provocando su odio, o identificarse con ella, con el peligro de sufrir todos los males que la niña le haya deseado anteriormente. El primero de estos mecanismos pudimos observarlo en Mary, y ambos en Molly.

En Molly y Adela vimos también que la menarquía provoca angustia, porque la niña no está dispuesta todavía a abandonar su posición infantil y teme, además, la realización de sus fantasías sexuales, inofensivas mientras ella era inmadura.

Este mismo mecanismo se demostró también en Isabel, donde además pudimos ver cómo un conflicto menstrual reprimido causó más tarde trastornos psicosomáticos.

En Ana y Berta observamos, por el contrario, una aceptación entusiasta de la menarquía. Eran niñas que aparentemente rechazaban su femineidad porque se sentían incapaces de ser mujeres y madres. La menarquía les sirvió para calmar sus angustias profundas de castración femenina y sus sentimientos de culpa frente a la madre; pero en el fondo seguían convencidas de su esterilidad, y por eso reaparecían sus dificultades en las distintas épocas de su vida procreativa. Pero por un tiempo la menarquía había calmado su angustia.

Vimos en todos los últimos casos expuestos que la menstruación puede estar, además, al servicio de otras situaciones neuróticas o perversas.

De todo lo dicho se desprende que mientras el rechazo violento de la menarquía o de la menstruación en general siempre indica un conflicto, su aceptación puede ser tanto indicio de normalidad como de angustias reprimidas. Sólo un análisis más detallado permite diagnosticar la situación de fondo.

## Notas

(1) Varios de los historiales presentados en este capítulo ya fueron publicados. Véase: Marie Langer, "Algunas aportaciones a la psicología de la menstruación", en el Índice Bibliográfico.

(2) Una fobia es un temor invencible frente a un peligro inexistente en la realidad o, también, un temor cuya intensidad no está justificada por el peligro real.

(3) "The overvaluation of love" (véase Ind. Bibl.).

## Capítulo VI

### El temor a la desfloración

El tabú de la virginidad. Wilhelm Steckel: Los peligros de la desfloración. Las causas del rechazo de la femineidad. Historial de una fobia a la desfloración. Una sesión psicoanalítica.

En los capítulos anteriores se ha tratado de la menstruación, es decir, de un proceso biológico que concierne únicamente a la mujer. La experiencia de la desfloración se produce entre ella y su compañero. Mientras que hasta ahora hablamos de cómo fantasías e imágenes internas influyen sobre los procesos de su propio cuerpo, entramos ahora a dilucidar una situación que implica a una pareja que se eligió, por lo menos generalmente en nuestra sociedad actual, libremente y por amor. Pero ya en esta elección actuaron muchos factores inconscientes, una percepción inconsciente también del carácter y la manera de ser del otro, quien, en adelante, servirá de pantalla para proyectar sobre él y su cuerpo imágenes internas idealizadas u horribles. Además, la decisión de la mujer contiene ya, aunque lo excluya conscientemente, la promesa o amenaza de su futura maternidad.

En culturas primitivas la desfloración es un acontecimiento que, al igual que la menstruación, es rodeado de múltiples tabús y ceremoniales.

Según Freud (1), surge el tabú allí donde el primitivo teme un peligro.

Siente el valor de afrontarlo siempre que cumpla con ciertas medidas protectoras. Por ejemplo, la desfloración suele ocurrir en medio de una fiesta, con el consentimiento de toda la tribu y con la ayuda de los sacerdotes. Aun cuando estamos ya lo bastante alejados de las sociedades primitivas, nosotros seguimos ritos idénticos. La virginidad de la mujer soltera es tabú, y para que la desfloración ofrezca un mínimo de peligros hay que cumplir con la ceremonia nupcial, presenciada por un público benévolo. Además, hay que atenerse a ciertos ritos simbólicos, como el que dispone que la novia entre en la iglesia del brazo del padre, y salga al lado del esposo, que se vista en determinada forma, etc.

¿Pero contra qué temor se defiende el novio por medio de todos estos rituales? Según Freud el hombre teme la hostilidad de su joven esposa, de la virgen desflorada, por varias causas. Durante la desfloración el novio vierte la sangre de su compañera. La idea de la sangre está ligada a violencia, hostilidad y crimen. Haberla vertido despierta sentimientos de culpa y de temor a la hostilidad de la víctima. Por otra parte, este temor estaría justificado: la joven esposa sentiría, efectivamente, rencor contra su marido por haberle infligido una injuria narcisística, destruyéndole un órgano: el himen. Asimismo, como muchas mujeres rechazan su condición femenina y envidian al hombre la posesión de su pene, odian a quien las obliga a renunciar a sus fantasías varoniles y a reconocerse mujeres. En este plano la desfloración significaría, al igual que la menarquía, la castración del pene ilusorio. Encontramos, pues, de nuevo, el concepto de castración fálica de la mujer como causa de angustias del hombre frente a ella.

Además, el hombre, que ve en el coito un acto humillante y bajo para la mujer y siente que la domina durante el mis-

mo, vive la desfloración como una perversión y prostitución de su compañera, como un acto hostil contra ella.

Hay otras causas más que hacen temer al hombre la desfloración. Las analicé en un artículo: "El viaje al centro de la tierra" (v. Ind.

Bibl.). El niño se imagina el interior del cuerpo materno lleno de peligros. En el inconsciente del adulto persiste tal temor. No será éste tan grande cuando se relacione, aun por primera vez, con una mujer que ya ha tenido relaciones sexuales: su cuerpo no puede albergar peligros mortales, si sus amantes anteriores salieron indemnes de la aventura. Pero ser el primero en penetrar dentro de una mujer significa explorar una selva virgen y exponerse a peligros desconocidos. Debemos la comprensión de estos temores a los descubrimientos de Melanie Klein sobre las fantasías tempranas del niño frente al cuerpo materno.

Vemos, pues, también en el hombre con respecto a la mujer dos temores y que su fantasía que ella tenga un pene ilusorio representado por el himen en lo que concierne a la desfloración, le sirve de obstáculo y protección contra la penetración más temida de su cuerpo.

Todos estos temores inconscientes tienen como efecto el que se exagere mucho la importancia de la primera experiencia genital de la mujer. Se olvida que las consecuencias de esta experiencia ya estarán predeterminadas por la posición de la joven frente al hombre y a la sexualidad. Una novia tomará la excitación de su novio por pasión, mientras que otra, en las mismas circunstancias, se sentirá asustada y amargada de la brutalidad de los hombres. Además, la novia que se queja de la brutalidad o torpeza e inexperiencia de su compañero, inconscientemente lo ha aceptado como marido precisamente por estas características. Lo mismo ocurre en las experiencias extramaritales. Steckel, en "La mujer frígida" (v. Ind. Bibl.), insiste mucho en la importancia de la conducta

del hombre frente a la mujer durante su primera experiencia genital. Dice haber visto perturbaciones graves en mujeres "hasta entonces totalmente normales, por los procedimientos de hombres neuróticos". Ahora bien, parece una ingenuidad el suponer que una mujer "hasta entonces enteramente normal" eligiera como a su primer -y a menudo único- compañero a un hombre de conducta tan inadecuada que pudiese perjudicarla para toda su vida. Entre los casos que cita Steckel está el de una joven que había enfermado de una psicosis. Se consulta a Steckel, quien logra descubrir el suceso desencadenante. La señorita M.

G., niña de 19 años, de un ambiente muy estricto, es educada en altos conceptos morales. Trabaja como empleada en una oficina. Está enamorada perdidamente del encargado de su sección; pero, siguiendo el mal consejo de una compañera, se entrega a otro hombre a quien no quiere, y enloquece. Steckel sostiene que esta joven no se hubiera enfermado si se hubiera entregado al hombre querido y en el matrimonio.

Pues bien, lo que le impidió llegar a esta solución satisfactoria fue precisamente su neurosis, previa al acontecimiento traumático. Steckel culpa del desenlace trágico a la compañera, por haber aconsejado mal a su amiga.

Es otra ingenuidad pensar que haya bastado este consejo para que la joven se decidiera, a menos que haya existido una situación de dependencia muy neurótica frente a esta amiga.

Sin embargo, basándose en este tipo de historiales suele hacerse la propaganda de libros de sexología del tipo de "El matrimonio perfecto", de Van der Velde. Se trata aquí de lo mismo que ya dije antes, con respecto al concepto de los pedagogos sobre la importancia del esclarecimiento sexual de la niña prepúber. Tanto la menarquía como la desfloración despiertan angustias profundas y pueden, en determinados

casos, desencadenar estados patológicos. Las causas de la angustia son inconscientes, y desconocidas por los legos. Tratan de explicarlas y acusan de todos los daños a la ignorancia sexual. Pretenden evitar trastornos dando explicaciones adecuadas a la niña púber y a la novia, y enseñando al novio, en forma bastante ingenua, cómo debe proceder. Con eso no quiero decir que los libros del tipo de "El matrimonio perfecto" no tengan cierta utilidad. Lo sexual en nuestra sociedad está prohibido. Esta prohibición causa inhibiciones que se traducen en una conducta sexual torpe y artificial. Un libro serio sobre el tema, escrito por una figura paternal, independientemente de lo que enseñe sobre anatomía y sexología, calma angustias: porque, exponiendo como natural lo que era hasta entonces prohibido, disminuye sentimientos de culpa y autoriza a los novios a proceder con más libertad. Pero la necesidad misma de esta enseñanza es otro índice del carácter antiinstintivo de nuestra cultura. Por otra parte corremos el riesgo de convertir a través de estas "enseñanzas amorosas" lo que antes era el gran acontecimiento en la vida de la pareja, en un examen lleno de angustia especialmente para el hombre.

Mientras que él carga actualmente casi con toda la responsabilidad, la ansiedad consciente de la mujer ha disminuido mucho, desde que la virginidad ha dejado de ser tan apreciada y exigida por las normas sociales; los temores conscientes, las experiencias muy dolorosas y los cuentos de desfloraciones seguidas de grandes hemorragias prácticamente han desaparecido.

En apariencia la mujer virgen, pues, ya no tiene miedo y sus posibles conflictos con la vida sexual suelen manifestarse sólo cuando ella la haya iniciado. Existen, sin embargo, bastantes casos, conocidos únicamente por el ginecólogo, el psiquiatra o el psicoanalista, de parejas en apariencia bien constituidas, en las cuales un temor aparentemente invencible de

la joven esposa o compañera impide la desfloración y su iniciación en la vida sexual completa de la mujer adulta.

Observamos en estos casos que persiste en el inconsciente de la mujer un concepto sado-masoquista de la relación sexual, con mucha mayor intensidad de lo que ocurre corrientemente.

Pero, ¿de dónde proviene este concepto? La relación sexual implica pasividad para la mujer. Si una niña tiene oportunidad de observar el coito entre los padres o aun entre animales, tiene la impresión de una pelea en la cual la mujer llevara la peor parte.

El hombre está encima de ella y penetra en ella con movimientos bruscos.

Es como si la castigara. Esta representación infantil del coito muy a menudo no es rectificadora más tarde, sino sigue obrando desde el inconsciente.

Por eso las jóvenes tienen sueños angustiantes en los cuales se ven perseguidas por ladrones con armas de fuego. Por eso en el simbolismo onírico el pene es representado como un cuchillo u otra herramienta cortante.

¿Significa todo eso que la aceptación placentera del coito y más adelante el parto por parte de la mujer implica masoquismo o aceptación gozosa del dolor? Freud, (2) equiparando pasividad con masoquismo femenino, lo ve así. Helene Deutsch (l. c.) escribe que la mujer considera sus fines sexuales como peligros para su yo, por el carácter masoquístico de su sexualidad.

Sin embargo, creo que el problema permite también un enfoque totalmente distinto. Cuando hablé de los dolores de la menstruación, pude demostrar que éstos dependen en alto grado tanto de las normas de cada sociedad, como de la disposición psicológica de cada mujer frente a aquélla. Encontramos la misma "ecuación personal y social" en lo que con-

cierte a los dolores de la desfloración y del parto. Es cierto que queda algo de temor y de dolor, objetivamente inevitables, pero este remanente no será lo bastante grande como para que la mujer deba ser masoquista para poder aceptar su femineidad. Queda el otro problema: el coito. ¿La penetración del hombre ha de ser experimentada normalmente por la mujer como acto agresivo y peligroso? Si así fuera, para poder gozarlo tendría ella que volverse masoquista.

Sandor Lorand (véase Ind. Bibl.), en un artículo sobre la frigidez, sostiene que en el fondo la incapacidad orgástica de la mujer proviene de su fijación a experiencias penosas de su lactancia. Considero esta opinión como muy acertada. Durante los primeros meses de vida el ser humano forma la base para su actitud ulterior frente a las demás personas. La experiencia del coito trae de vuelta una intimidad y unión perdida mucho tiempo atrás y perteneciente a esta época. El feto dentro de la madre formaba un solo ser con ella. Esta unión, que se rompe bruscamente durante el nacimiento, es restablecida en parte por la lactancia. Si la primera relación madre-hija fue satisfactoria, si la penetración del pezón en la boca de la lactante significó una experiencia feliz para la niña, experiencia que durante el curso de su infancia no fue anulada por un cúmulo de acontecimientos penosos, de adulta no tendrá causas para vivir la penetración del pene de su amado como un acto sádico y humillante. Su vagina aceptará el esperma con tanto goce como aceptó su boca la leche de su madre.

Pero justamente esta analogía de situaciones y revivencia de sentimientos y sensaciones tempranos despierta también las ansiedades experimentadas entonces. Si la niña, en sus fantasías inconscientes, atacó los pechos de la madre violentamente, sea por frustraciones o sea por envidia, temerá más tarde la penetración de un órgano que su inconsciente equipara con el pecho. Ya describí (nota pág. 60) las relaciones existentes entre envidia del pecho y envidia del pene. Si

la niña atacó intensamente, por sus celos violentos a la unión sexual de sus padres y al pene paterno, más tarde sentirá este órgano cargado con su propia hostilidad como arma peligrosa.

Temerá su contraataque en la relación sexual y se defenderá contra ésta y la entrega implícita con una actitud masculina o masoquista, y si cree que sus ataques celosos a la pareja fueron exitosos, porque ve a una madre desgraciada y destruida que se queja y sufre por la sexualidad y su destino de mujer, tendrá temor de correr la misma suerte. Podrá ocurrir entonces, como describe Helene Deutsch (l.

c.), que sus fantasías eróticas tengan tal carácter auto-destructivo que su yo, sometido totalmente al temor por su integridad física, la llevará a evitar la vida sexual y todo su destino femenino con sus supuestos peligros.

Si sus ansiedades son menos intensas buscará, cuando llegue a elegir pareja, a menudo un compañero tímido y poco potente para protegerse contra la entrega temida. Aún así, si ésta se volvió muy peligrosa, se defenderá contra ella de distintas maneras, y, a veces, con una fobia a la desfloración.

Ocurre en estos casos que la mujer virgen ama a su compañero y conscientemente está dispuesta a entregarse a él. Aun siendo soltera, vence por amor sus dudas morales y el temor a la sociedad. Se decide a quedar a solas con su amante en un ambiente que permita la realización de coito sin ser molestados por nadie; va para entregarse, pero a último momento retrocede.

Más adelante hablaré de una adolescente, Laura, que sufría de fobia a la desfloración. Después de haber visitado a su amado en su departamento describe en su diario, con un dramatismo propio de su edad, sus sentimientos y angustias: "Nuestro último momento juntos y después -el ultimátum- ¡sí o no! ¡tienes que decidirte! Primero fue un éxtasis maravilloso,

rojo y azul, una danza de fuego ante mis ojos, va a matarme con sus besos.

Pero, no puedo. Él me dice: /Nos queremos o nos separamos, pero así, a medias, no puedo seguir, me vuelvo loco/. Hubiera querido explicarle, pero no se puede, no existe explicación.

Podría decirle: /No sé por qué, pero no puedo, soy demasiado joven, no comprendo, no me atrae/. Es sin salida. Tengo una tempestad en mi cabeza. De golpe hay dos caminos y hay que elegir. Querido, no puedo elegir, porque un camino está cerrado para mí (sin darse cuenta, Laura habla en términos simbólicos de su virginidad) y el otro es triste y negro (el de la separación, de la soledad) ¿realmente, no existe otra solución?" Se me podría objetar que en el caso de Laura no se puede hablar de fobia a la desfloración. Es natural que una niña joven, inexperta, soltera, se resista a entregarse a su amante y a los peligros que la vida sexual significa en estas condiciones. Que aun conscientemente los reprima, que tenga escrúpulos morales. Todo eso es cierto.

Sin embargo, creo que en Laura se trataba, a pesar de todos estos argumentos, de una situación fóbica. Lo veremos más adelante. Pero, para justificar el término de fobia, me referiré ahora a mujeres casadas que sufren del mismo cuadro.

Admito que es un cuadro muy poco frecuente. Ocurre con cierta frecuencia que la desfloración no se realice durante las primeras semanas después de la boda. Por otra parte, existen matrimonios de conveniencia, que nunca se consuman. Pero yo me refiero a una situación distinta, en la que, a pesar de que los esposos deseen conscientemente iniciar la vida sexual en común, la mujer no puede entregarse por la angustia intensa que siente en el momento en que su esposo se acerca para intentar la penetración. Quiera o no, la mujer se ve obligada a cerrar las piernas y, con su llanto o hasta luchando con él, llevar a su esposo a desistir por esa vez. Al

otro día ella misma le pedirá que intente de nuevo. Esta situación puede prolongarse durante años. Se busca entonces, a veces, una solución drástica.

La pareja recurre, de común acuerdo, por lo general, al ginecólogo, para que proceda a la eliminación del himen. Sin embargo, dado que la intervención médica no modifica los temores inconscientes, la mujer suele defenderse después con vaginismo contra la penetración temida. El vaginismo es una contracción de los músculos involuntarios de la vagina y la cierra, como afirma Simone de Beauvoir acertadamente (l. c.), con más seguridad frente al coito que el himen. Forzar a una mujer con vaginismo, igualmente como obligarla a la entrega, a pesar de su fobia a la desfloración, convierte el acto sexual en una violación. La mujer que sufre estos cuadros, logra, generalmente, con su temor, provocar la impotencia de su compañero que se siente frente a ella y a su ansiedad descabellada como un verdugo frente a su víctima.

Por eso, para obtener un éxito psicoterapéutico en casos de ya larga duración, se impone el tratamiento simultáneo de ambos integrantes de la pareja.

Obtuve un buen resultado terapéutico en un caso, porque puede convencer al marido de mi enferma a que se analizara simultáneamente con otro analista. De esta manera mientras que ella se volvía más femenina mediante el tratamiento, él se hacía más viril.

Así pudieron llegar a una solución feliz.

Mi analizada se llamaba Gabriela.

Era una niña de diecinueve años, bonita, aunque de aspecto más bien viril. Era alta, huesuda, delgada, de rasgos muy pronunciados y con mucho vello. Cuando acudió al análisis ya llevaba dos años casada, sin haber permitido a su esposo la desfloración, por sentir una angustia insuperable

cuando él intentaba introducir el pene. Además, sufría de una depresión profunda y de hastío de vivir.

Nada sabemos de la primera infancia de Gabriela. Pero puede deducirse de ciertos aspectos de su relación transfereencial y de la imagen que transmitía de su madre, que la temía y la odiaba, en rebelión secreta. En su análisis, su deseo y fantasía de tener un pene se pusieron pronto en evidencia. Temía el coito como amenaza, en el sentido de castración masculina.

Pero además presentó temores hipocondríacos que ya conocemos, como temor a la castración femenina. Temía por su femineidad, por el interior de su cuerpo. Decía que el marido puede desgarrar y destrozar a la mujer en el coito, y que ella lo rechazaba por temor de quedar enferma por el resto de su vida si se entregaba a él. En un sueño equiparaba la desfloración con la esterilización operatoria; el resto diurno provenía de una película antinazi, en la cual se amenazó con esterilizar a una joven como castigo por querer entregarse al enemigo.

Para comprender cómo llegó Gabriela a temer castigos tan crueles si se iniciaba en la vida matrimonial, debemos conocer algunos datos de su historia. Era oriunda de un pueblo pequeño del interior del Brasil e hija menor de una familia numerosa y adinerada, pero primitiva y llena de prejuicios y supersticiones. De niña compartía el dormitorio de sus padres y más tarde dormía en una habitación contigua. Su madre era una mujer sumamente hipocondríaca. Solía rechazar violentamente a su esposo si éste se le acercaba. Gabriela se acordaba perfectamente de haber oído discusiones al respecto, y del horror que le inspiraban. Cercana a la menopausia, la madre desarrolló una paranoia de celos.

Se negaba totalmente a su esposo, culpándolo de infidelidad y amenazando a sus supuestas queridas. A los diez años, y por voluntad expresa de la madre, la niña ingresó de

pupila en un colegio religioso sumamente estricto, especialmente en todo lo referente a lo sexual. Al principio Gabriela sufría mucho por la separación de sus padres y hermanos. Regresaba cada fin de semana a su casa, pero cada lunes experimentaba reiteradamente un intenso dolor ante la separación. A los doce años logró, a pesar de la estricta vigilancia de las monjas y de su madre, establecer un flirteo inocente con un muchacho. Cuando su madre se enteró la criticó violentamente, como si hubiera cometido un grave pecado.

Tuve la impresión de que desde esa época empezó la virilización física de Gabriela. Como lo sexual estaba tan prohibido para la niña y como su madre se enojaba tanto porque ella se estaba transformando en mujer, hubo de virilizarse para no perder el cariño de su madre. A los catorce años dejó el colegio religioso para volver a su casa.

Mientras tanto la situación entre sus padres había empeorado tanto que se separaron. Gabriela se quedó con su madre, extrañando mucho a su padre.

La madre le reprochaba a menudo que se viera con su padre clandestinamente y que siguiera queriéndolo. A los quince años se puso de novia. Su madre no estaba muy de acuerdo, pero no se oponía abiertamente porque el muchacho era un buen pretendiente. Sin embargo, aconsejó a Gabriela que haría mejor en no casarse, para no sufrir todo lo que ella había sufrido.

La previno especialmente contra los sufrimientos de la maternidad. Gabriela se casó a los dieciséis años.

Pero, sometida a su madre y a la prohibición de querer al padre, eligió un hombre muy distinto de éste. Su novio era un muchacho pasivo, tímido, muy joven y poco viril. Gabriela contó que durante la noche de bodas ella no se defendió mayormente, pero que él le propuso esperar unos días porque estaba nervioso y temía ser impotente. Al próximo intento de

coito Gabriela ya reaccionó fóbicamente. En cierto sentido, su fobia servía también para salvar la dignidad de su esposo. Además, cuando, durante su análisis, estuvo en una ocasión dispuesta a entregarse, su marido falló.

Situaciones como estas se observan con frecuencia en parejas incapaces de consumir el acto sexual. Cuando él o ella está dispuesto, uno u otro se hace cargo de evitar la unión peligrosa.

Comprueba esto que la elección mutua de la pareja ya estaba supeditada a los temores de ambos.

¿Pero qué pasaba en Gabriela, por qué intentaba siempre de nuevo tener relaciones sexuales, huyendo de su realización a último momento? Temía sufrir en el coito, como su madre, cuyas quejas había oído a menudo. Simultáneamente deseaba ese sufrimiento, porque quería a su padre y hubiera deseado estar junto a su marido como su madre lo había estado con su padre, aunque se quejara siempre y no lo supiera apreciar. Sin embargo, no se atrevió a sustituir a su madre en el coito, es decir, a hacer vida sexual y tener hijos, porque para su inconsciente esto significaba atraerse los violentos celos de su madre paranoica y sufrir todos los castigos imaginables, como se vio en el sueño de la esterilización. Porque quería a su padre y temía la convivencia con su madre, buscó enamorarse y casarse, siendo aún muy jovencita, pero para no perder el cariño de su madre, que también necesitaba, y para evitar sus castigos, eligió una transacción, insostenible a la larga: se caso sin hacer vida sexual, e intentó vivir con su marido con toda inocencia, como una buena niña con sus padres. Ya vimos en las fantasías masturbatorias de Teresita cómo, para no tener que enfrentarse con su madre y no arriesgarse a perderla, se resolvía ella a renunciar a la genitalidad y a transformarse de nuevo en una niña pequeña.

Este mecanismo, tan frecuente, es el que encontramos también en Gabriela.

El psicoanálisis logró con relativa rapidez modificar esta situación, pues para Gabriela fue fácil sustituir la imagen de su madre por la mía, siendo yo bastante mayor que ella - podría haber sido su madre- pero de características muy distintas. Sentía mi simpatía y comprensión por sus intentos de convertir su matrimonio aparente en un matrimonio real y desear vivir como las demás mujeres, con un esposo amado y con hijos. Pero cuando ya más desligada de su madre y con menos temor frente a ella su fobia empezó a ceder poco a poco e iniciaba ya su vida sexual, apareció otro tipo de defensa contra su sexualidad no satisfecha.

Ocurrió esto porque ella exigía de su marido más virilidad de la que él disponía en ese momento. Gabriela, por fantasías inconscientes, en las cuales buscaba un hombre tan fuerte como su padre, comenzó a impresionarse por los piropos que le decían por la calle.

Hizo tímidos esfuerzos de independizarse, de no vivir más como una niña de pueblo sino como una joven porteña.

Después de haber ido, por primera vez sola, una tarde al cine, se presentó una agorafobia, que felizmente cedió pronto al análisis. Así se pudo establecer cómo su fobia a la defloración era una forma de defensa contra los peligros de la vida sexual. No siendo ya virgen, recurría a otro mecanismo de defensa. Además, la agorafobia le servía para evitar el análisis, porque no hubiera podido concurrir más a la consulta si este síntoma se hubiera intensificado. Lo deseaba, porque tomarme inconscientemente como sustituto materno significaba perder simultáneamente a su madre real. Sin embargo, ya la temía mucho menos. Por eso quedó pronto embarazada. Al tratar sobre los trastornos del embarazo demostraré que la subsistencia de cierto temor a su madre le provocaba dificultades, que pudieron ser solucionadas analíticamente.

Recapitemos en pocas palabras el conflicto de Gabriela. Una niña, muy ligada a una madre dispuesta a quererla

solamente si renunciaba a su sexualidad, se siente atraída intensamente en su infancia por su padre y más tarde por los jóvenes. No puede entregarse siguiendo sus deseos por temor de perder a su madre, de exponerse a sus cruentos castigos o de identificarse con su triste destino. Se viriliza para evitar la competencia con su madre. Pero como en el fondo continúa deseando ser mujer, busca la transacción entre su deseo y su temor en un matrimonio no consumado, defendiéndose de lo prohibido y anhelado con una fobia a la desfloración.

En otros casos en que se presente también un conflicto entre el deseo de ser mujer y el temor de realizarlo, puede ocurrir que la joven busque precisamente la solución opuesta. Tanto Ana como Berta, de las cuales hablé en el capítulo anterior, solían vencer su temor reprimiéndolo, y precipitándose ellas mismas en lo que temían inconscientemente. Así lograron poder negar sus angustias profundas. Ambas buscaron activamente la desfloración.

Se puede observar a menudo este mismo mecanismo en mujeres desprejuiciadas pero frías. Intelectualmente niegan todo temor a la sexualidad, pese a lo cual por medio de su frigidez logran escapar a la temida entrega total.

Describiré una sesión psicoanalítica de Laura, la adolescente citada más arriba (3). Me parece interesante por dos factores. Primero, porque en Laura se ve cómo la fobia a la desfloración es seguida directamente por su frigidez y cómo ambos síntomas corresponden al mismo conflicto. En segundo término creo útil para el lector no analizado presenciar una sesión psicoanalítica, aun cuando no se muestre aquí la intervención del analista.

Debido a que Laura recién iniciaba su tratamiento y hablaba fluidamente, exponiendo sus pensamientos, no tuve motivo para intervenir. Quiero dar una noción de cómo el psicoanalista llega, a través de las asociaciones libres del en-

fermo, a una comprensión de sus conflictos. Elegí esta sesión porque demuestra con claridad, aunque en un solo plano (el edípico), toda la situación neurótica de la joven. Antes daré algunos detalles de su vida, que ya me eran conocidos en esa época.

Se trataba de una joven inteligente, vivaz y agradable, de veinte años.

A los dieciocho se había enamorado de un muchacho, quien insistió durante mucho tiempo en tener relaciones sexuales con ella. Habían llegado a una gran intimidad física y, conscientemente, la niña, educada en un ambiente bastante desprejuiciado, no tuvo temores morales de entregarse al amado.

Pero siempre que llegaban al momento en que la desfloración parecía inevitable, sentía una angustia insuperable y lo rechazaba violentamente. Sufría, pues, de una fobia a la desfloración.

A consecuencia de una de las escenas violentas que solían producirse después de los intentos infructuosos de vencer su resistencia, los novios se disgustaron y rompieron. La joven no sufrió, al principio, mayormente por esta situación. Sólo cuando se enteró de que él tenía otra novia empezó a desesperarse. Entonces hizo todo para recuperarlo, y con este fin se le entregó con suma facilidad y libre de angustia. Pero resultó ser fría.

Un año después de la ruptura definitiva ella empezó su tratamiento, presentando diversos trastornos. Era fría, se sentía a menudo angustiada y deprimida, y sufría de diversos síntomas de conversión.

Yo era de la relación de su madre, que solía llamarme por mi nombre de pila. Laura entró en la sesión que voy a describir, esbozando una sonrisa tímida y algo culpable. Lo primero que dijo fue: 1) ¿Usted me permite que la llame Ma-

ría? 2) Ahora recuerdo que una vez, de chica, mamá me pegó. Fue una sola vez. Habré tenido unos cinco o seis años. No sé por qué me pegó.

3) De niña tenía frecuentemente un sueño angustioso: yo y mi hermana estábamos en el claro de un bosque.

Allí, encima de una rama, estaba colgado el pullover de mi padre. Mi hermana desaparecía y el pullover se transformaba de pronto en un lobo. Yo me asustaba. Y después había dos posibilidades: A veces, en el sueño, yo corría, corría y el lobo siempre detrás de mí y yo con el temor de que me comiera. Me despertaba gritando.

Otras veces en el sueño yo no huía del lobo. Me hacía la muerta, acostándome en el suelo, inmóvil, y él se acostaba encima de mí. Como yo estaba como muerta, él no me podía hacer nada. Entonces me despertaba con una opresión en el pecho.

4) Hace poco también soñé con mi padre. Lo vi sentado delante de mi escritorio y él era joven. Tan joven como casi no lo he conocido. Mi madre no estaba en el sueño.

5) Este verano un muchacho me contó sus problemas. Mantiene relaciones con una mujer casada. Ella quisiera divorciarse de él, pero él no quiere porque es la mujer de un amigo. No sabe qué hacer. Cuando él terminó de contarme todo eso, me fui a mi pensión. En el camino, que ascendía, me dio fatiga y, cuando llegué, un gran dolor al corazón. Nunca he sentido algo parecido. Me asusté muchísimo.

Pensé que iba a morir. Pocos días antes, en una conferencia que escuché, hablaron de dolores hipocondríacos y locura, y me asusté más. Pensé que lo que me pasaba podría ser un indicio de alguna enfermedad mental.

6) Algunos años atrás fui invitada a una estancia. Tenía mi habitación en el segundo piso. Estaba una noche sentada a la ventana, leyendo "La muerte blanca". De pronto oí un gri-

to como de un animal moribundo. Me asusté muchísimo. Me latía el corazón.

Me acerqué a la ventana y sentí como si afuera alguien respirase con dificultad. Pero eso era imposible, porque era un segundo piso y no vivía nadie al lado. Poco a poco me calmé y creo que lo de la respiración era imaginación mía.

7) Hoy, de mañana, me paso una cosa rara. Papá tiene un amigo que viene a menudo de mañana porque trabajan juntos en algo. Hoy fui al baño, vestida sólo con un batón. No sabía que él estaba en la pieza que tenía que atravesar. Me disculpé cuando lo vi, pero sin sentirme molesta. Para mí es un viejo. Es cierto que no tiene más edad que papá. Él me dijo: "No te disculpes, el batón te queda muy bien". Después me pidió que le alcanzara algo. Cuando se lo di intentó besarme y abrazarme. Yo no sentí nada y me defendí tranquilamente, sin decir palabra. Él tampoco habló. Por eso, después, todo me pareció tan irreal.

Y ahora mismo sé que eso ocurrió, pero tengo la sensación de que todo fue sólo un sueño.

8) Ahora se me ocurre otra cosa.

¿Usted se acuerda del hombre casado del que le hablé? Le dije que me interesa tanto..., pero que es mejor no verlo más. Se lo conté hoy a mi amiga íntima. Ella me aconsejó primero que lo viera tranquilamente. Yo le dije que no quería, que era una lástima que uno quiera siempre lo inalcanzable.

Pero que él era para mí un hermoso imposible.

9) Terminó la sesión y Laura se despidió emocionada con un "Adiós, María".

¿Qué significan los temas presentados por Laura y cómo se vinculan entre sí? Veamos el contenido de cada asociación.

El "¿Usted me permitiría que la llame María?" parece hallarse en función de la búsqueda de una relación amistosa con la analista.

La segunda asociación: "Mamá me pegó", representa un recuerdo encubridor. La paciente recuerda el castigo recibido, reprimiendo la causa por la cual lo sufrió. Por su edad cuando ocurrió el hecho, y por las siguientes asociaciones, es de suponer que Laura interpretó la actitud de su madre, al pegarle por alguna travesura infantil, como si la castigara por su masturbación, provocada por la excitación erótica dirigida hacia el padre.

Ya la próxima asociación (3), la pesadilla infantil, nos lleva a la relación de Laura con su padre. En el sueño, ella está con su hermana, un sustituto materno. Encuentra al padre, que primeramente está representado por su pullover, prenda inofensiva que abriga. Este aspecto tranquilizador del padre, que la durmiente busca para calmar su angustia, no perdura.

El pullover se transforma en lobo y la hermana desaparece. Es decir, la niña se ve sola frente al padre excitado. Freud demostró que en las fobias infantiles a los animales, éstos representan siempre a uno de los progenitores, y que el temor de ser devorado expresa, en un plano regresivo, un deseo genital. Es la propia excitación sexual que, angustiante para la criatura, se proyecta en el padre y lo hace aparecer bajo el aspecto de animal peligroso. La niña, en su pesadilla, intenta evitar el ataque del padre-lobo empleando dos técnicas defensivas distintas. Utiliza una técnica fóbica, huyendo del lobo; y una técnica de despersonalización, haciéndose la muerta. Veremos cómo más tarde, ya adolescente y frente al "peligro" real de entregarse al lobo -a un hombre, sustituto paterno-, recurrió a las mismas técnicas.

Sigue elaborando su situación con el padre (4): Relata un sueño reciente con él. Aparece en el sueño rejuvenecido, representando la edad que habrá tenido cuando Laura era

pequeña y temía al lobo. Esta vez es un sueño agradable. Laura no se angustia ni presta un aspecto terrorífico al padre, porque ha encontrado otra solución aparente a su conflicto. Niega su rivalidad edípica con la madre -"mamá no estaba"- y la supuesta agresividad erótica del padre -"él está sentado tranquilamente delante de su escritorio".

El intento de solución fracasa cuando Laura no se tolera haber alejado, en su sueño, a la madre. Surge otro recuerdo angustiante (5): Habla del muchacho que quiere a una mujer casada, pero su sentimiento de culpa frente al amigo impide la realización de su amor. Cambiando los sexos, nos encontramos otra vez con el conflicto edípico de Laura. Es ella quien quiere a su padre, hombre casado, y que desea separarlo de su mujer. El relato del muchacho reactivó su sentimiento de culpa. Si su madre supiera que ella quiere traicionarla, le dolería el corazón. Laura se castiga a sí misma, sintiendo ella este dolor. El temor a la locura corresponde al temor a sus instintos.

A través de la próxima asociación (6), sigue elaborando su preocupación frente a los padres. Se enfrenta con "la escena primaria", el coito de ellos. De niña habrá espiado en la noche, por los ruidos, las relaciones sexuales de sus padres, interpretándolos en un sentido sado-masoquista. Su lectura y la soledad nocturna reviven este recuerdo. El grito del animal moribundo corresponde al orgasmo de la madre, y la alucinación auditiva de una respiración penosa, a la respiración agitada de los padres en coito.

Surge otra asociación en relación con el padre (7): Esta vez se trata de un acontecimiento reciente, donde el padre queda sustituido por su amigo, hombre de su misma edad. La paciente rechaza sin angustia consciente la tentativa de seducción porque logra reprimir sus afectos. Dice que "no sentía nada", es decir, recurre otra vez, como técnica de defensa a la despersonalización.

Continúa el tema del hombre mayor y casado (8): Esta vez él ya aparece como el querido, el deseado. Laura ya no se defiende de reconocer su amor, sino renuncia conscientemente. Este amor es "un hermoso imposible".

Su renuncia le permite despedirse de mí, sustituto materno, cariñosamente (9): "Adiós María".

Comprendemos hasta ahora los contenidos inconscientes de cada asociación. Nos queda por ver el dinamismo, la fuerza que impone determinado rumbo a los pensamientos de Laura en el análisis y en sus actos en la vida.

Lo que la mueve es su deseo amoroso de conquistar al padre o a un sustituto paterno, deseo que entra en conflicto con angustias infantiles frente a la vida sexual y su temor de enojar y perder a su madre, que necesita y quiere ambivalentemente.

¿Qué significa, pues, esta sesión? Laura viene optimista a verme.

Quiere negar su conflicto. Yo soy de la edad de su madre, una relación de ella y, lo que importa más, por la misma situación analítica, me convierto en un sustituto materno. Pero Laura quiere que seamos buenas amigas y pide llamarme María (1). Su intento de negar así sus temores fracasa. Recuerda el castigo de su madre por sus deseos incestuosos con el padre (2). Esta asociación surge porque teme inconscientemente que la misma situación de castigo pueda repetirse conmigo en el análisis. Además, para prevenirse mejor de realizar sus deseos, recuerda a qué peligros se expuso fantaseando con el padre. El lobo podría devorarla (3). Tal vez habría otro camino: alejando a su madre y despojando su relación con el padre del contenido erótico, ella podría quererlo sin miedo. La imagen del padre joven (4), sentado tranquila y serenamente ante el escritorio -símbolo de amistad sublimada, que ella realmente siempre intentó establecer con su pa-

dre- representa este plan. La ilusión de que esto fuera factible no perdura. Si mamá está ausente, ella tiene la culpa (5). Ha separado a los padres. Ha traicionado a la madre. Por eso le duele el corazón, aparece el temor hipocondríaco a la locura. Además, si ha logrado ocupar el lugar de la madre, está sola con su padre y otra vez en la situación de peligro ya expresada en la pesadilla. En su inconsciente, Laura sigue siendo una niña, demasiado joven para hacer vida sexual. Aparece el recuerdo de la respiración jadeante y el grito del animal moribundo (6).

Su padre la va a matar en el coito.

Pero, ¿cómo defenderse? tal vez si adoptara la actitud de ser fría (frígida), negando su angustia y excitación... Hay que darse la apariencia de ser ya una mujer adulta, que no tiene miedo y sabe rechazar tranquilamente al hombre maduro (7). Pero en el fondo le cuesta hacerlo, porque lo quiere. Sin embargo, renunciará (8) y así podrá conservar a su madre (9).

Creo que hasta aquí el dinamismo de la sesión ya resulta lo bastante claro como para poder apresarlo en un esquema:

A: asociaciones B: contenidos inconscientes C: relaciones con los padres D: consecuencias neuróticas

A: (asociaciones) B: contenidos inconscientes.

1) ("María") Negación del conflicto edípico. Falla por temor al 2) ("Mamá me pegó") castigo materno y a su propia 3) (Pesadilla infantil) destrucción, por el padre, en el acto sexual.

4) (Sueño con el padre. "Mamá está ausente") Intento de sublimación. Fracasa, por el deseo de eliminar a la madre. Éste provoca 5) (Separar a un matrimonio -dolor del corazón y temor a la locura) castigo de dolores cardíacos, temor a la

locura y 6) (Angustia de escena primaria -el grito del animal moribundo-) temor a la destrucción por el padre.

7) (Intento de seducción por parte del amigo paterno) Por eso es mejor rechazar al padre, 8) (El hombre casado "un hermoso imposible") o renunciar a él 9) ("María") y conservar a la madre.

A: (asociaciones) C: relaciones con los padres.

1) ("María") Busca apoyo maternal por su 2) ("Mamá me pegó") temor de perder a su madre por su 3) (Pesadilla infantil) deseo incestuoso hacia el padre, que la lleva al 4) (Sueño con el padre. "Mamá está ausente") intento de eliminar a la madre.

5) (Separar a un matrimonio -dolor del corazón y temor a la locura) Fracasa, por amor a la madre y sentimientos de culpa 6) (Angustia de escena primaria -el grito del animal moribundo-) y temor a la relación sexual con el padre.

7) (Intento de seducción por parte del amigo paterno) Rechaza al padre, 8) (El hombre casado "un hermoso imposible") renuncia a él 9) ("María") y vuelve a la figura materna.

A: (asociaciones) D: consecuencias neuróticas.

1) ("María") Búsqueda de la madre.

2) ("Mamá me pegó") Fobia a la desfloración (huida).

3) (Pesadilla infantil) Frigidez (simulación de muerte).

4) (Sueño con el padre. "Mamá está ausente") Capacidad de sublimación alterada.

5) (Separar a un matrimonio -dolor del corazón y temor a la locura) Conversión histérica.

6) (Angustia de escena primaria -el grito del animal moribundo-) Ataque de angustia.

7) (Intento de seducción por parte del amigo paterno) Despersonalización (frigidez psíquica).

8) (El hombre casado "un hermoso imposible") Elección de objeto prohibido.

9) ("María") Fijación a la madre.

Ya estudiamos las dos primeras series (A y B) del esquema de nuestra sesión analítica. No hace falta explicar en detalle la serie siguiente (C). Se trata otra vez del conflicto edípico de Laura, del problema sin solución: cómo lograr el amor del padre a pesar de sus temores infantiles a la vida sexual y de su necesidad de protección y amor por parte de su madre.

La fijación de Laura a la situación edípica le causa diversos trastornos que ella, sin darse cuenta, expone en su sesión. Vemos en el esquema que el análisis del contenido inconsciente de sus asociaciones (serie B) nos lleva a comprender su dependencia de los padres (serie C) y la consecuencia, los síntomas (serie D).

Laura es una niña inteligente, de gran capacidad para el estudio, pero no fue perseverante en su trabajo intelectual ni logra utilizar bien los conocimientos adquiridos. Su capacidad de sublimación está evidentemente inhibida. Trabajar intelectualmente significa para su inconsciente estar con su padre y excluir a su madre (4, sueño con el padre, "mamá está ausente"). Busca otras soluciones neuróticas a su conflicto. Dijo ya que sufría de una fobia a la desfloración, que, una vez superada, fue sustituida por frigidez. La frigidez representa una transacción entre el deseo y el temor a la vida sexual. Significa entregarse físicamente, negándolo al propio tiempo. No hay peligro ni culpa, porque la mente no participa de la entrega. Existe a menudo en la mujer frígida, durante el coito, una sensación de extrañeza frente a lo que está pasando a su cuerpo. Esta sensación tiene mucho en común con la desesper-

sonalización, estado que Laura experimentó frente al intento de seducción por parte del amigo de su padre (7).

Ella misma lo describe con las palabras características para tal estado: "Yo no sentía nada" y "todo me parecía tan irreal". Por otra parte, la frigidez consiste en una insensibilidad física y pertenece así a los síntomas de la conversión histérica. Encontramos una conversión histérica como reacción al relato de su amigo (dolor de corazón, 5). Cuando el estímulo es demasiado intenso, fracasan los mecanismos neuróticos que sirven para dominar la angustia y ésta surge directamente. Esto ocurrió con Laura, cuando se situó en el lugar de su madre en la escena primaria (6).

Es interesante observar que Laura y demostraba en su pesadilla, soñada a los cinco años, la misma reacción frente al peligro sexual que reapareció más tarde durante su adolescencia.

En su sueño, cuando el encuentro con el lobo ya parecía inevitable, buscaba alternativamente dos soluciones: huía del lobo, es decir, adoptaba una actitud fóbica, precursora de su fobia a la desfloración, o se hacía la muerta.

Esta forma de defensa corresponde a su frigidez posterior. Todos sus síntomas son expresión de su fracaso de amar al hombre y separarse de la mujer. Ella cree y aparenta no querer mucho a su madre y ser independiente de ella. Sin embargo, la necesita y la busca continuamente. Lo demuestra también a través de su última asociación, del "adiós, María". Así, vuelve a la madre después de haber luchado infructuosamente para desprenderse de ella.

## Notas

- (1) "El tabú de la virginidad" (véase Ind. Bibl.).
- (2) "El problema económico del masoquismo" (véase Ind. Bibl.).
- (3) Publicado bajo el título. "Una sesión psicoanalítica" (véase Ind. Bibl.).

## Capítulo VII

### Frigidez

¿Qué es frigidez? ¿Es un síntoma neurótico o un fenómeno normal? La sexualidad de las mujeres de Arapesh, de Samoa, de Mundugumor.

En nuestra sociedad. Investigación psicoanalítica de las distintas causas de la frigidez. La envidia del pene. Ana, Berta, Laura. La fijación del padre. El masoquismo femenino. Las frustraciones tempranas con la madre. Frigidez por homosexualidad reprimida. ¿Existe incompatibilidad entre maternidad y goce sexual? Otra vez las mujeres de sociedades primitivas. El problema de la mujer en nuestra época.

A pesar de la gran importancia clínica que tiene la frigidez, trataré brevemente este tema. Una razón de esta restricción estriba en la gran cantidad de investigaciones que ya existen al respecto. Abunda la literatura psicoanalítica sexológica, ginecológica, etc., sobre ella. Dar una revisión completa a ésta sobrepasaría en mucho el marco de este libro. Por otra parte la relación de la frigidez con los trastornos procreativos femeninos, que son nuestro tema central, es indirecta y muy discutida. Sin embargo, la frigidez está vinculada íntimamente con el vaginismo y la fobia a la desfloración, ya que las tres representan un rechazo del coito. Pero mientras que los dos últimos trastornos impiden a menudo totalmente a la mujer la realización biológica de la maternidad, la frigidez constituye un obstáculo muy relativo. Hay muchas mujeres

frías que logran un embarazo y parto aparentemente normales y amamantan bien a sus hijos. Algunos autores sostienen que la frigidez no causa esterilidad y que, en cambio, un amor físico muy apasionado puede ser obstáculo para la fecundación, porque es exclusivo y rechaza la admisión de un tercero, del hijo. Otros, y creo que la mayoría, ven en la frigidez un factor coadyuvante de la esterilidad.

En todo caso la mujer fría teme la entrega y la femineidad igualmente como la mujer que se cierra al coito.

Pero la acepta físicamente, dado que logra ausentarse mentalmente. Así tolera la penetración temida, porque al no sentirla del todo, la niega en su inconsciente. Si teme al orgasmo como una pérdida de control, al no lograrlo, se siente a salvo. Si teme depender de otro para el logro de su placer y odia esta dependencia, ya que inconscientemente equipara a su compañero con objetos hostiles o frustrantes, al anular su propio placer invierte la situación. Observa entonces fríamente, a menudo con una mezcla de cariño y curiosamente superficial, al hombre excitado y súbitamente desarmado por el placer. Es ella quien controla la situación.

Pero, ¿cómo logra ausentarse de esta manera? ¿Qué es la frigidez, este trastorno tan frecuente? Existe mucha confusión sobre el tema y estadísticas sumamente divergentes respecto a su frecuencia. Oscilan en encontrar frigidez desde en un 40% hasta en un 90% de las mujeres. Esta discrepancia proviene de quien se elige para hacer la estadística - mujeres sanas o que acuden al ginecólogo, del tal o tal otro nivel social, etc.- de las diferentes maneras de interrogatorio, pero también de los diferentes conceptos y definiciones de la frigidez.

Utilizaré aquí la de E. Bergler (véase Ind. Bibl.), que corresponde al criterio de otros autores importantes y que me parece la más acertada y concreta. Según él, es fría toda mujer que no pueda alcanzar el orgasmo vaginal en el coito.

Describe en la siguiente forma lo que él entiende como sensaciones normales de la mujer durante el coito: "El acto sexual normal incluye tres fases para la mujer. Primeramente, su genital se humedece y se produce una erección y pulsación del clítoris. Al placer en el contacto físico, los besos y abrazos sigue el deseo de la penetración del pene. Después empieza el deseo por el comienzo de las fricciones. La mujer es consciente del incremento gradual de éstas y quiere que continúen. Simultáneamente o tal vez más a menudo un poco después del orgasmo del compañero, se produce el orgasmo de la mujer y va acompañado por contracciones de la musculatura involuntaria de la región pélvica y genital. El orgasmo es seguido de una sensación de relajamiento de la tensión sexual. En contraste con el apasionamiento del hombre, que cede más rápidamente, el de la mujer perdura durante más tiempo. Por eso también después del orgasmo quiere permanecer unida al hombre, quedarse abrazada a él y guardar su pene dentro de ella".

Por lo tanto, según Bergler, toda mujer que no experimente el coito en esta forma sería frígida. Además, habla de frigidez "obligatoria" y "facultativa". La primera se refiere a una incapacidad absoluta de la mujer para el orgasmo, mientras que las mujeres que sufren de frigidez "facultativa" pueden alcanzar la forma descrita de orgasmo con determinados compañeros o en determinadas circunstancias. Desde luego que hasta cierto punto toda mujer es facultativamente frígida, porque no llegará al orgasmo en situaciones desfavorables o con un compañero inadecuado.

La definición estricta de Bergler no concuerda con la opinión del lego.

Existen mujeres incapaces del orgasmo vaginal que no se sienten frías y que su compañero no considera tales porque no son "frías". Gozan de la vida sexual, y en muchos casos la buscan compulsivamente. Otras mujeres no experi-

mentan un placer vehemente, pero gustan del coito porque aman a su compañero y se sienten felices en complacerlo. Sin embargo, la gran mayoría de las mujeres frías, incluyendo las "apasionadas", sufren consciente o inconscientemente de su frigidez.

La misma diversidad de opiniones que vimos en lo que se refiere a la definición apropiada de la frigidez, la encontramos en el intento de esclarecer sus causas. La opinión legista sostiene generalmente que una mujer es frígida porque no encontró todavía un compañero adecuado.

Pero mientras que los adictos a los libros de esclarecimiento sexual afirman que la panacea de la frigidez consiste en descubrir la "técnica" adecuada para despertar a determinada mujer, los analistas, p.e. Bergler (l.

c.) sostienen que la mujer percibe inconscientemente la manera de ser sexual del hombre. Si, como ya vimos en otra oportunidad, a pesar de esta percepción o, a menudo, precisamente por ella, se decide a entregarse a él, ella misma debe sufrir de una neurosis que la lleva a tal elección de objeto.

Si nos ponemos de acuerdo en considerar la frigidez como causada por una neurosis, ¿cómo debemos clasificarla? Además, ¿siempre debió considerársela como tal o hubo épocas y circunstancias culturales en las cuales la frigidez fue una reacción normal? La primera pregunta es importante porque nos lleva directamente a la dificultad de diagnóstico y pronóstico con que clínicamente nos enfrenta cada caso de frigidez. Visto desde un enfoque tal vez sobresimplificado, se trataría únicamente de una anestesia histérica pasajera de la mucosa vaginal. Basándose en ello se considera la frigidez como un síntoma de conversión, es decir, histérico. En tal caso el pronóstico sería muy bueno porque la histeria es perfectamente accesible a métodos psicoterapéuticos.

Pero si aceptamos una paciente de acuerdo con este diagnóstico, podemos encontrarnos con la desagradable sorpresa de que la curación de la frigidez resulte sumamente larga y difícil, porque lo que parecía un síntoma histérico resulta ser la expresión de un profundo conflicto y trastorno de la personalidad.

Veamos ahora el segundo interrogante planteado. Es cierto que actualmente y en determinados círculos no encontramos oposición a nuestro criterio de que la frigidez sea una neurosis y de que la mujer sana sea capaz de gozar sexualmente. Más aún, como ya dije, en ciertos ambientes se exige actualmente capacidad orgástica a la mujer y ella la exige y se siente culpable frente a sí misma y a su compañero cuando no logra el orgasmo. A menudo esconde su incapacidad como una tara, fingiendo su logro frente a él.

Pero unas cuantas décadas atrás se consideraba todavía que la esposa buena y decente no siente orgasmo ni debería sentirlo. Mientras que podía sentir agrado en las caricias, excitación en un beso fogoso y cierto placer maternal durante el coito, el orgasmo era triste privilegio de las "locas", de las Mesalinas y de las mujeres histéricas. Y, lo que parece más extraño, no era un criterio únicamente sostenido por hombres, sino que la mayoría de las mujeres lo compartía.

Parece, pues, que para comprender todo el problema debemos tomar en cuenta, aparte de los factores individuales, también los antropológicos.

Recurramos otra vez a Margaret Mead. Dice en "Male and Female" (véase Ind. Bibl.) que la capacidad de la mujer para alcanzar el orgasmo es considerada en forma distinta según las sociedades. A través de todas sus investigaciones llega a la conclusión de que el orgasmo constituye una potencialidad femenina que puede o no ser desarrollada individualmente o por toda una sociedad. Es decir que, al parecer, así como hay actualmente en nuestra sociedad mujeres frígi-

das, hay también sociedades frías. Es cierto que en estas sociedades se encuentran también algunas mujeres capaces de goce sexual, pero éstas son las inadaptadas, sufren por su inadaptación y su ambiente las considera "neuróticas". Por otra parte, existen sociedades que esperan de la mujer que sienta igual placer que el hombre. En éstas, la mujer fría es la excepción neurótica.

Entre los Arapesh (1) tanto hombres como mujeres tienen un comportamiento sumamente suave y maternal. El niño es tratado con mucho cuidado y cariño. Se lo amamanta bien y durante largo tiempo. Pues bien, en esta sociedad se supone que la mujer no siente ningún orgasmo. Es cierto que el coito le es placentero y la deja con una sensación agradable de calor, pero ella no aprecia mayormente la potencia de su marido ni insiste en llevar una vida sexual intensa. Margaret Mead nos describe la historia trágica de una joven, Amitoa, que era muy distinta de las demás mujeres Arapesh.

Era una mujer fuerte y activa. Insatisfecha de su marido, de constitución enfermiza y poca potencia, le reprochó abiertamente el no satisfacer sus necesidades sexuales. Lo abandonó, en búsqueda de otros hombres. Fracasó en este intento, y los parientes de su marido la llevaron de nuevo a su casa por la fuerza. Quedó embarazada e intentó matar a la criatura recién nacida. Se lo impidieron y la obligaron a amamantar a su hija. Cuando dio a luz por segunda vez, nadie estaba presente. Aprovechó la oportunidad para aplastar con el pie la cabeza del recién nacido. Amitoa era, evidentemente, una inadaptada. Pero en sus exigencias eróticas ligadas al rechazo molesto de la maternidad se comportaba en la misma forma que muchas mujeres de nuestra o de otras sociedades.

Ya describí la vida en Samoa (2).

Ahí el niño se cría en grandes comunidades familiares. Aparte de su madre, muchas mujeres más alimentan y cuidan al lactante y educan al niño pequeño. Se quiere a los niños,

pero con cierta tibieza. Los adolescentes tienen plena libertad sexual. Se considera la sexualidad como una diversión muy agradable para ambos sexos.

Raramente ocurren tragedias pasionales. No hay ni frigidez (en el sentido amplio de la palabra) ni impotencia. Margaret Mead supone que esto proviene de la falta de amor individual y de la libertad con que se admite como norma y corriente cualquier juego sexual que nosotros consideraríamos como perverso.

En Mundugumor (3) tanto hombres como mujeres son altivos, irascibles y enérgicos. Rechazan la maternidad, no quieren a los niños. Entre ellos se espera que la mujer experimente el mismo placer sexual que el hombre.

Sin embargo, los actos sexuales se parecen más bien a una lucha que a un contacto amoroso. Para que una muchacha pueda disimular que ya tiene amante, se la aconseja en la forma siguiente: "Si tus aros se han desprendido de tus orejas, si tu falda está desgarrada o manchada, y tu cara y tus brazos rasguñados y con sangre, di que oíste un ruido en la manigua, que te asustaste y caíste al correr. De lo contrario, dirá la gente que te encontraste con un amante". Dice Margaret Mead que "...el amor en estos rápidos encuentros toma la forma de un violento abrazo y una pelea a mordiscos calculada para producir la máxima excitación en un mínimo tiempo". Supongo que la mujer de Mundugumor consigue en esta forma mucha gratificación sexual, pero no logra experimentar el orgasmo vaginal. También entre ellos hay personas inadaptadas a su ambiente. Margaret Mead nos cuenta la historia de Kwenda, cuya inadaptación consistía en su carácter maternal. Era tierna y cariñosa.

Su marido la abandonó por otra porque ella se negaba a que matasen a su hijo recién nacido. Durante la lactancia de este niño su marido la dejó. Más tarde adoptó una niña, cuya madre no se sentía capaz de criar a dos mellizos simultá-

neamente. No encontraba ya marido porque no la estimaban y, además, porque temían a su irascible esposo. Vivía sola con las dos criaturas, pero no demostraba amargura y tenía un natural alegre y cariñoso. En Mundugumor, una sociedad en que la mujer experimenta placer sexual violento, Kwenda era, pues, considerada como neurótica por su carácter maternal.

En las islas Marquesas (4), por la escasez de mujeres, el hombre tiene sumo interés en satisfacer a su compañera sexual. No es fácil de lograr.

Kardiner dice al respecto: "Constituía el papel del hombre excitar a la mujer mediante cunnilingus y succión de los pechos hasta que alcanzaba aquélla un grado extremo de excitación y daba la señal de permitir el coito; esos preliminares estaban completamente desprovistos de ternura y con frecuencia llevaban aparejados arañazos y mordiscos de una y otra parte. Los juegos sexuales eran, al parecer, mucho más importantes que la verdadera experiencia orgástica. Todos los indígenas eran sexualmente potentes, pero la potencia de la mujer dependía de esos complicados preliminares, sin los cuales le era imposible llegar al orgasmo". En esta sociedad, desprovista de sentimientos maternales, la mujer es capaz de gozar, pero ese goce no proviene del contacto vaginal.

Compararé antes, a pesar de las grandes diferencias evidentes, la cultura de las islas Marquesas con la nuestra. En ambas, la mujer ha adquirido igualdad de derechos con el hombre en lo sexual y lo social, a costa de una renuncia parcial a sus capacidades de maternidad. Es cierto que en muchos aspectos la situación vigente en las islas Marquesas parece una caricatura de la nuestra. Por otra parte, Kardiner sostiene que no existe la frigidez entre las indígenas, lo que revelaría una diferencia fundamental entre ambas culturas. En nuestra sociedad las estadísticas sobre la frecuencia de la frigidez en la mujer dan un porcentaje sumamente elevado.

Pero leyendo atentamente la descripción que Kardiner da de la vida sexual de las naturales de las Marquesas, me aparece hallar también en este terreno cierto parecido con nuestra situación. La mujer de las Marquesas, en su promiscuidad, su insaciabilidad y sus complicados juegos sexuales, recuerda a cierto tipo de mujer de nuestra sociedad, frígida y desinteresada en la maternidad, que, impulsada por su frigidez e insatisfacción psicológica, va continuamente de un hombre a otro y les exige complicadas técnicas sexuales para lograr su satisfacción.

Supongo, pues, que en la sociedad de las islas Marquesas, que rechaza la maternidad, existe, a pesar de la apariencia de gran apetito sexual de la mujer, por lo menos tanta frigidez vaginal como en la nuestra. Lo mismo, evidentemente, es aplicable a la salvaje y orgullosa sociedad de Mundugumor.

La situación en Samoa es algo distinta. Ahí el niño es bien recibido y tratado. Pero aparte de su propia madre muchas otras mujeres se ocupan de él con cariñosa indiferencia. Es interesante ver cómo se repite esta situación en el adolescente cuando empieza su vida sexual. Tanto hombres como mujeres se tratan cariñosamente, pero obran como si desconociesen el amor individual. Las mujeres sienten placer sexual, pero no se puede deducir de lo expuesto por Margaret Mead si logran un orgasmo vaginal.

Finalmente, la situación entre los Arapesh se parece a la que existía todavía a principio del siglo Xx en nuestra sociedad. La mujer estimada es buena madre y buena esposa. Pero no precisa de vida sexual y en el coito no siente nada más que un calor agradable y simpatía por su compañero.

La mujer de grandes necesidades eróticas, como Amioa, es para ellos una loca que se lanza activamente a la búsqueda del hombre y del placer sexual y que rechaza la maternidad y descuida sus deberes.

Temo haber llegado a un resultado harto contradictorio en la presente investigación antropológica. Parecería que la niña educada cariñosamente por su madre será más tarde buena madre a su vez, pero sin interés por lo sexual, mientras que la niña a quien su propia madre no le dé todo el cariño y cuidado necesario y, más todavía, la niña criada en forma ruda y desamorada, más tarde buscará ávidamente la sexualidad y encontrará satisfacción en ella.

Antes de intentar la aclaración de estos hechos aparentemente contradictorios, volvamos a nuestro planteo anterior: que en nuestra sociedad actual la frigidez se considera como una neurosis. Creo que la mujer frígida sufre por serlo y que su frigidez se manifiesta como inhibición también en otras actividades, alejadas del plano sexual. Pero si consideramos la frigidez como una neurosis, debemos estudiar qué factores la provocan. Entonces podremos comprender también mejor los datos antropológicos expuestos.

Freud, en "El tabú de la virginidad" (l. c.), interpreta la frigidez como hostilidad contra el compañero sexual, hostilidad que puede estar basada en la envidia del pene y un rechazo de la propia femineidad. Esto se manifiesta más intensamente frente al primer compañero sexual, porque la mujer le reprocha haberla privado del himen y haberla obligado a aceptar un papel pasivo. La afirmación de Freud puede ilustrarse con material clínico abundante. Pero la pregunta de por qué la mujer quiere ser varón y desempeñar un papel activo queda sin respuesta. En todo caso, si siente ese deseo, es lógico que sea frígida y hostil al hombre, que desempeña el papel anhelado por ella.

En estos casos la excitación de la mujer se limita al clítoris, que filogenéticamente representa un rudimento del pene; no logra erotizar su vagina.

Freud lo explica por el desarrollo sexual de la niña que, según él, carece de sensaciones vaginales, mientras que co-

noce tempranamente la excitabilidad del clítoris. Sólo el hombre le enseña a descubrir su vagina. Logra gozar vaginalmente cuando puede desplazar parte de la excitabilidad del clítoris a la vagina.

Necesitamos analizar entonces por qué una mujer prefiere desempeñar el papel activo, reivindica un pene y, negando la existencia de su vagina, queda fijada, para su goce, al clítoris. Veamos esta situación en Berta, enferma ya presentada en este libro.

Ella reprimió toda reacción de angustia frente a la desfloración. Fue ella quien convenció a su novio para que la desflorara antes de la noche de bodas. Así tomó la iniciativa y logró restar importancia al hecho, humillante para su sentir, que un hombre la desflorara y la penetrara activamente.

Además, tenía una gran sensibilidad en el clítoris, pero era frígida. Así manifestaba su rechazo de su papel femenino en lo sexual. Ya mucho antes del análisis tenía plena conciencia de su envidia la pene. Sin embargo, no lograremos comprender su frigidez si queremos reducirla a esta envidia.

Porque tanto su envidia del pene y su frigidez, como su rechazo de toda situación pasiva, provenían del mismo conflicto. Vimos, al exponer sus temores, que su actitud viril y activa era ya una posición defensiva. Provenía de su incapacidad de identificarse con su madre, muy femenina pero odiada por ella, y de su horror de estar pasivamente a merced de alguien que siempre representaría en el fondo para ella a su madre mala, que quiere succionarla y destruirla interiormente.

Como otra causa frecuente de la frigidez, Freud da la persistencia inconsciente de una fijación incestuosa de la mujer a su padre. Éste ha sido el gran amor de su infancia. Más tarde verá en todo hombre querido a su padre, pero la prohibición moral y el temor a la venganza de su madre, que pesan sobre este lazo, le impedirán todo goce sexual. Vimos

claramente esta situación en la sesión analítica de Laura, expuesta en el último capítulo. Laura quiere a su padre, pero se imagina la relación con él en forma masoquística, como algo muy cruel y destructor (la pesadilla del lobo y la fantasía de la escena primaria). Vemos ahí la posición masoquística de la niña frente al padre, que Helene Deutsch ha destacado en muchas publicaciones suyas. Esta autora ve en el masoquismo femenino demasiado intenso una causa frecuente de la frigidez.

Reflexionando un poco, esto parece obvio. Una mujer que tiene su imaginación llena de fantasías cruentas, no podrá abandonarse al orgasmo, porque teme que en ese momento de abandono se le puedan infligir daños terribles.

Esto se pudo observar muy bien en Berta. Ésta sentía odio por su padre, pero también una gran admiración por su virilidad agresiva. En sus sueños aparecía como un toro. De niña había sufrido de una fobia a estos animales. Dije antes que el temor a la maldad de su madre le impedía la entrega al hombre. Sin embargo, si no hubiera temido también a su padre, si él hubiera sido más protector y tierno, Berta más adelante hubiera podido encontrar en el hombre cierta protección contra la mujer.

También en Ana era muy evidente que su masoquismo le impedía la entrega total.

En su última investigación sobre la psicología femenina Freud llegó a nuevos conceptos, en cierto contraste con lo sostenido anteriormente por él.

Dice que la relación primitiva de la niña con su madre es de suma importancia porque repetirá después con su padre esta misma experiencia. Deduce de ahí que muchos matrimonios fracasan porque la mujer repite con el marido la antigua situación conflictual con su madre. Este concepto aparece ampliado y profundizado por Sandor Lorand (l. c.), quien

ve como la causa más profunda de la frigidez las frustraciones orales tempranas con la madre.

Laura sentía conscientemente envidia del pene. Sufría fobia a la desfloración. Más tarde fue frígida. En ella vemos, pues, como causales de su frigidez, las ya descritas psicoanalíticamente. En un plano más superficial, Laura quería ser hombre. Así se defendía contra su deseo y temor de entrar en una relación amorosa con su padre. Además, realizar ésta significaba para ella convertir en reales sus fantasías masoquísticas. Si ella, por sus celos, había convertido la unión de sus padres en algo sumamente doloroso (recuérdese su representación de la escena primera y su equiparación del orgasmo de la madre con el grito de un animal moribundo) no podía arriesgar la aceptación del papel femenino en la relación sexual. Pero también convertía en sufrimiento el placer de su madre, por su viejo rencor contra ella por tempranas frustraciones orales y por temor a su propia agresividad oral. En su inconsciente equiparaba la leche con calor materno.

No pudo dar amor porque no había recibido bastante. Además, si perdía el control, temía convertirse en un animalito voraz y agresivo como lo había sido en su primera infancia.

Tomo las siguientes líneas de su "Diario", escritas tiempo antes del análisis. En ellas expresa claramente que ser frígida significa estar hambrienta. Dice de sí misma: "Emocionalmente soy como una niña, aferrándome a todo, pero nunca satisfecha, siempre hambrienta e incapaz de dar.

Hasta soy incapaz de recibir debidamente, pero a pesar de eso me aferro siempre al otro. Él (se refiere al novio) tiene razón al afirmar que estoy así porque tengo hambre emocional y siempre creo que él no me da bastante. Por eso voy y flirteo con otros.

Pero me siento sola. Trato de buscar satisfacción física aun sabiendo que no me dará resultado y perjudicará a otros. Entonces siento náuseas por todo".

Laura establece, pues, una relación causal clara entre su frigidez e insatisfacción oral. Además, las náuseas que siente de sí misma son manifestación de su asco por sus persistentes apetitos infantiles. Anhela todavía el pecho, sin poder admitírselo a sí misma.

Laura nos explica también que la típica infidelidad de la mujer frígida proviene de su hambre e insatisfacción. Pero tiene otra causa más, proviene de la infancia. La niña insatisfecha por su madre cree que ésta la frustra porque le es infiel: la abandona por el padre. Se identifica con esta imagen de una madre mala e infiel y trata más tarde a sus amantes como ella misma se sentía tratada. Los tienta para frustrarlos después.

Laura no se resigna a su frigidez.

En cada ocasión intenta nuevamente llegar al orgasmo. Describe en su "Diario" la única experiencia sexual durante la cual casi lo alcanza, percibiendo claramente qué era lo que le impedía entregarse del todo. Lo llama en forma errónea su "subconsciente" y después, mucho más acertadamente, "el monstruo". "Esta noche casi ocurrió, nunca he tenido tan cerca a mi subconsciente como en ese momento. Nunca lo enfrenté así. Surgía de las profundidades de los valles oscuros como el brazo invisible de un gigante, como el viento que se siente únicamente sin que se lo pueda ver, para oprimirme, y empujarme otra vez hacia lo incompleto y los deseos insatisfechos. Súbitamente, histéricamente eché a llorar y te dije que me dejaras. Era una sensación muy rara, casi hubiera vencido al monstruo, pero él se defendía y me atacaba con dientes y uñas".

El monstruo que su amante despierta en ella tiene las características de su madre frustradora de la primera infancia -el brazo gigantesco que la agarra y la empuja otra vez a lo incompleto e insatisfecho. Además, el monstruo lucha contra ella con dientes y uñas, es decir, tiene las características de su primera insatisfacción oral. En Laura la vagina se ha convertido en boca hambrienta y el monstruo que la separa de su amante tiene tantos rasgos de la niña frustrada como de la madre frustradora.

También en mujeres capaces de gozar, la vagina tiene características de boca. Sorbe durante el orgasmo "la leche" que el amante le ofrece, es decir, el semen. Pero en muchas mujeres frías la vagina ya no es boca que succiona sino pecho que es sorbido.

Racker (5) explica este fenómeno, que a primera vista parece extraño, en esta forma: la niña pequeña vive la frustración oral como si algo la comiera ("el hambre que devora"); con eso se convierte, para su inconsciente, en pecho. Cada vínculo erótico ulterior tiene, en el fondo, un significado análogo y envuelve el peligro correspondiente. Frente a esta situación, la niña intenta defenderse identificándose con el objeto frustrador (devorador), negando así su desamparo.

Más tarde no puede darse porque proyecta su propia insaciabilidad infantil sobre su amante. Entonces el pene de éste se convierte en boca que succiona. Entregarse del todo significaría dar la vagina como un pecho y arriesgarse a ser vaciada totalmente, del mismo modo como ella hubiera deseado destruir y vaciar a su madre frustradora.

Este concepto parece extraño porque, evidentemente, durante el coito el pene es el órgano que da y la vagina el que recibe. Sin embargo, es de la mujer de quien se dice que se entrega, que brinda su cuerpo. Para el inconsciente de la mujer fría, el hombre satisfecho se convierte en lactante bien

alimentado, y ella, que le ha dado la satisfacción sin recibir nada en cambio, en madre víctima.

Laura, por ejemplo, conocía muy bien la sensación de furia, envidia y cansancio frente al compañero satisfecho. De Berta conocemos, por su pesadilla de la araña, su temor de ser vaciada. También Laura padecía de esta fobia a las arañas, tan frecuente. Otra mujer fría llamaba "sanguijuelas" a las personas que la amaban. Hablaba del pene como de una jeringa de inyecciones. Pero explicaba que sentía que esta jeringa, durante el coito, no le inyectaba nada, sino, por el contrario, aspiraba y aspiraba continuamente hasta dejarla deshecha y vacía. En los sueños de otra paciente fría el pene aparecía simbolizado por la trompa de un elefante o por un hocico, es decir, siempre por un órgano que succiona. Las prostitutas generalmente son frías. Hubo una prostituta famosa por su costumbre de comer una manzana durante el coito.

Es decir, que siempre que ella comiera la manzana (símbolo famoso del seno ya desde las épocas bíblicas) podía tolerar que el hombre, al gozar de su cuerpo, comiera de ella. Hay buenas amas de casa (frías) que, si se les interroga con detención sobre sus pensamientos durante el coito, admiten con cierto pudor que se ocupan de confeccionar el menú del día siguiente.

También ellas, para contrarrestar la angustia de ser comidas durante el coito, tienen que asegurarse que podrán restaurar lo perdido con el menú del otro día.

Finalmente, mencionaré otra causa posible de la frigidez, que observé en una paciente. Se trataba de una joven que durante su pubertad había mantenido relaciones sexuales con su hermana.

Más tarde se casó con un hombre que para su inconsciente representaba a aquélla en muchos aspectos. General-

mente era frígida con su esposo. Despreciaba la sexualidad y aceptaba muy bien su frigidez. Pero las veces que llegaba al orgasmo sentía furia, sentimientos de culpa y de humillación, porque alcanzar el goce sexual significaba para su inconsciente caer de nuevo en el vicio humillante de gratificarse homosexualmente.

La diferencia entre este caso y los expuestos anteriormente consiste en que la primera relación de esta enferma con su madre - hasta el nacimiento de su hermana- había sido muy buena.

Fracasó afectivamente cuando, resentida con su madre por el nacimiento de la hermana, quiso inclinarse hacia el padre, quien la frustró. Se identificó con él y eligió por eso en la pubertad, época normal del primer enamoramiento un objeto homosexual. Logró más tarde reprimir su homosexualidad y hacer una elección de objeto aparentemente normal. Pero, para su inconsciente, el goce sexual quedó ligado con sus experiencias infantiles. No se toleraba a sí misma la satisfacción, porque rechazaba su homosexualidad, por temor de ligarse afectivamente, al lograr el goce de antes, y de exponerse así de nuevo al peligro de sufrir la misma desilusión que había experimentado con el objeto homosexual primitivo, con su madre.

Recapitulemos brevemente las distintas causas de la frigidez expuestas más arriba. La mujer fijada a la satisfacción clitoridiana, que rechaza su femineidad, es frígida e incapaz de orgasmo vaginal. Lo mismo ocurre a la mujer ligada intensamente a objetos incestuosos, porque para ella el goce adquiere un carácter prohibitivo. La mujer masoquista no puede abandonarse durante el acto sexual porque teme la realización de sus fantasías crueles.

En su último trabajo sobre el tema, Freud aclara que la causa más importante de los trastornos sexuales femeninos radica en conflictos tempranos entre madre e hija. La niña

frustrada oralmente repite más tarde en su vida sexual estas primeras experiencias traumáticas. Para su inconsciente su vagina puede representar su boca hambrienta y el pene el pecho frustrante; o puede temer que el pene, a través de su vagina, aspire como una boca el interior de su cuerpo.

No entraré en detalles sobre las causas superficiales de una frigidez de tipo pasajero, como ser el rechazo del compañero, sentimiento de culpa por una relación prohibida, temor consciente por las consecuencias del coito, etc., porque se entienden por sí solas. Pero hemos visto aquí cuántas determinantes puede tener el síntoma de la frigidez, y que tanto puede provenir de un conflicto relativamente superficial y de fácil solución psicoterapéutica como ser expresión de trastornos afectivos profundos, provenientes de la primera infancia.

Otro factor importante de la frigidez es la incompatibilidad que tiene para muchas mujeres la maternidad con el goce sexual. Ocurre a menudo que una mujer con plena capacidad orgástica se vuelva frígida después de un parto. Es porque en su inconsciente conserva el concepto de la madre pura, es decir, asexual, la madre que hubiera querido tener, para poder quererla, libre de ambivalencia.

Más aún, ocurre con frecuencia que una pareja de amantes, que llevaron una vida sexual muy satisfactoria, a poco de haberse casado descubren desilusionados que ella, de golpe, desde que tienen derecho a una unión sexual permitida, se volvió frígida. Se preguntan extrañados cómo el mero hecho de haber pasado por el registro civil, donde un señor desconocido autorizó su unión, haya tenido consecuencias tan desastrosas. Hay dos causas de este proceso. Si para la mujer la sexualidad quedó ligada a juegos infantiles prohibidos, no puede gozar de ella, cuando ya perdió este carácter. Además, estar casada, ser una señora, ya implica una futura maternidad que, como dijimos recién, para muchos es incompatible con el sexo. En su inconsciente disociaron de

niñas la figura de la madre en una buena y pura que alimenta y protege y otra celada, odiada, y mala por eso, que abandona para gozar con el padre. La maldad misma de esta imagen impide a menudo la identificación con ella.

Encontramos este mismo rechazo de la madre sexual entre los Arapesh, tribu ejemplar por sus sentimientos maternales, compartidos, además, por ambos sexos. Desde el parto los padres deben abstenerse de relaciones sexuales, hasta que la criatura sea capaz de dar sus primeros pasos. Eso significa en ese ambiente primitivo que la criatura empieza a independizarse de la madre. Dicen que si no se observa estrictamente esta regla de abstinencia, se causa un grave mal a la criatura. Es decir, ellos se identifican con el niño pequeño y perciben perfectamente que éste, mientras dependa de sus padres, siente odio y rabia impotente frente a su unión sexual, y la percibe como un rechazo de él y como una frustración.

Entre los Mundugumor y los indígenas de las Marquesas la situación es la opuesta. No se observa ninguna abstinencia después del parto y las madres reducen la lactancia a un mínimo para no verse restringidas en su libertad sexual. Son malas madres, pero amantes exigentes.

La niña Arapesh es muy gratificada por su madre. Ésta la acostumbra a jugar con sus pechos mientras la alimenta. La acaricia, le da golpecitos cariñosos en los genitales. Pasan a veces horas enteras así, jugando y lactando. La figura del padre, en su actitud cariñosa, se confunde con la de la madre. Es como ésta, pero tiene una gran desventaja para la mentalidad infantil: le faltan senos. Más tarde la niña no puede gozar con su compañero, porque las gratificaciones recibidas en su primera infancia, más la identificación con una madre desinteresada de lo genital, hacen que sienta placer únicamente en la maternidad.

La figura del padre fue demasiado débil para romper la unión, extremadamente placentera, de madre e hija.

La niña, entre los Mundugumor, es destetada pronto. Su madre la alimenta con dureza, su padre la rechaza.

Los dos la abandonan para que no estorbe en sus relaciones sexuales. La niña queda fijada a su primera infancia, por las frustraciones mismas que le trajo. Más tarde ella misma será una madre rechazante, pero apreciará la sexualidad, por causa de la cual sus padres la abandonaron. Reivindicará agresivamente frente al hombre las gratificaciones que le fueron negadas en su infancia.

Entre las mujeres frías de nuestra sociedad podemos encontrar "mujeres Arapesh y de Mundugumor". En la actualidad, en que las mujeres, por lo general, se restringen mucho en sus funciones maternales, prevalecen en ellas las de Mundugumor, que, insatisfechas, buscan ávidamente la sexualidad. En sus análisis se ve que han sido frustradas de niñas por la madre y rechazadas por el padre y que están fijadas en su vida erótica a esta situación. En el fondo siguen siendo niñas hambrientas, aunque sean mujeres maduras que a menudo adoptan una actitud al parecer muy independiente y "viril". Otras, las mujeres de antaño, siguen el camino de las Arapesh.

Subliman su erotismo en la maternidad, y son frías sin sufrir por ello, porque la genitalidad no les interesa. Obran así con el deseo inconsciente e infantil de negar e impedir, por identificación, la sexualidad de sus propias madres. Además, desprecian la genitalidad porque lo que ofrece les parece un placer inferior al que han recibido en su primera infancia y que están brindando a sus propios hijos. También ellas están en el fondo fijadas a la situación madre-hija. No siguen siendo niñas porque se han identificado con su ideal, la madre asexual, y porque gozan los placeres infantiles a través de la identificación con sus hijos. Finalmente, existen mujeres que por haber sido gratificadas excesivamente en su primera infancia y frustradas después, no logran la maternidad sino que

buscan en el marido a la madre y se mantiene en una posición infantil.

De todo lo expuesto se puede deducir la constelación familiar que garantice a la niña una evolución sexual favorable. Ambos padres deben darle bastante cariño para que ella acepte sin demasiada envidia sus relaciones sexuales. Un padre fuerte y lleno de ternura para con su hijita le facilitará abandonar a la madre como objeto amoroso e inclinarse femininamente hacia él. Una madre feliz con su marido no se verá en la tentación de poner todo su amor insatisfecho en su hija, sobreestimándola, ni de rechazarla ni de despreciarla por no ser varón, porque ella misma está contenta con su femineidad. Permitirá a su hija identificarse con una madre cariñosa con los hijos y amante con el esposo.

Éstas son las condiciones ideales.

Pero, ¿cómo puede superar sus frustraciones infantiles la mujer que no haya tenido un hogar feliz? Evidentemente existe maternidad sin capacidad orgásticas. Por el contrario, según una observación muy acertada de Helen Deutsch, no existe orgasmo vaginal sin la aceptación psicológica de la maternidad. Por otra parte la maternidad, a través de la identificación con el hijo y una buena relación afectiva con él, brinda a la mujer la mejor posibilidad de superar las frustraciones infantiles sufridas con su propia madre. En nuestra sociedad la mayoría de las mujeres busca el orgasmo con avidez, sin lograrlo porque ya muchas de nuestras madres fueron frustradas en su maternidad y frustradoras para sus hijas. Además, fracasan eróticamente porque se sienten restringidas y amenazadas en el logro de sus instintos maternos. Eso las hace sentirse culpables y malas madres.

Para compensar esta frustración buscan afanosamente la satisfacción sexual, sin comprender que se mueven en un círculo vicioso, porque a menudo el mismo tipo de búsqueda del placer sexual las hace sentirse culpables e incapaces pa-

ra la maternidad y les dificulta más aún entonces el logro del anhelado placer orgástico.

En nuestra época, tanto por factores internos como sociales, los deseos maternos de la mujer chocan más que nunca con sus necesidades, deseos y ambiciones personales. Sin embargo, la mujer que renuncie del todo a la maternidad generalmente no será feliz ni capaz del pleno goce sexual. Hasta que la sociedad no venga en su ayuda, toda mujer deberá encontrar la forma más adecuada para ella que le permita, sin prescindir de sus intereses generales ni reprimir su erotismo, realizar parte de sus instintos maternos y satisfacer en una sublimación adecuada sus restantes fuerzas procreativas. Podrá así recuperar sus frustraciones infantiles y sentir haberse realizado plenamente en sus facultades psicobiológicas como individuo y como mujer.

## Notas

- (1) Margaret Mead: "Sexo y temperamento" (véase Ind. Bibl.).
- (2) Margaret Mead: "Adolescencia y cultura en Samoa" (véase Ind. Bibl.).
- (3) Margaret Mead: "Sexo y temperamento" (véase Ind. Bibl.) (4) Abraham Kardiner: "El individuo y su sociedad" (véase Ind. Bibl.).
- (5) Véase Ind. Bibl.

## Capítulo VIII

### Trastornos de la fecundación

Esterilidad psicógena. Inseminación artificial. Angustia de muerte y procreación. Esterilidad curada sin tratamientos. Esterilidad pasajera. Lina. Isabel. Compulsión a la concepción. Aborto provocado. Retrasos menstruales. Seudociesis. Maternidad fraguada.

La fecundación ocurre cuando un espermatozoo sano penetra en el óvulo maduro. Pero hay muchas relaciones sexuales realizadas sin ninguna medida anticonceptiva que no dan este resultado. Sólo en las últimas décadas se pudo aclarar bien este problema, al llegar a conocerse la fecha corriente de ovulación. Esta ocurre -según Knaus y Ogino- en la mitad del ciclo menstrual. Normalmente la mujer es fértil durante los días anteriores y posteriores a la ovulación.

Una vez aclarado esto ya parecía comprensible que el acto sexual a menudo no llevara a la fertilización, por haber ocurrido en la época (antes, durante o después de la menstruación) que suele denominarse actualmente "de esterilidad fisiológica". Sin embargo, pronto surgieron nuevos problemas.

Ocurría que una mujer se embarazaba por un coito que había tenido lugar poco antes o después de su menstruación. Que otra, que ya había comprobado su fertilidad en embarazos anteriores, no se fecundó, aunque la relación tuvo lugar en los días correspondientes a su ovulación.

El primer hecho puede explicarse únicamente por irregularidades en la ovulación. Volveré más adelante sobre este tema. El segundo hecho puede corresponder a muchos factores. Excluyo aquí, al hablar de esterilidad, todos los trastornos causados por graves anomalías anatómicas, por operaciones mutilantes, estados infecciosos agudos, etc. Lo que en la presente exposición interesa es la esterilidad pasajera y crónica por causas hormonales o por espasmo tubario, es decir, la esterilidad psicógena.

Este enfoque, según el cual existe tal tipo de esterilidad, siendo mucho más frecuente que cualquier otro, no es nada novedoso. El pueblo siempre vio en la esterilidad un castigo de Dios, castigo que podía ser anulado con votos y peregrinaciones, es decir, lo trataba como un problema psicológico y de conciencia. Muchos primitivos ven en la esterilidad una consecuencia de la promiscuidad y en el hijo un premio a la fidelidad conyugal. Hay mujeres que atribuyen a su frigidez, es decir, a su incapacidad de amor y entrega, su falta de descendencia.

Pero la medicina desdeñaba hasta hace poco estas explicaciones de la esterilidad, que corresponden a una realidad psicológica, como ingenuas y erróneas.

Ultimamente este concepto parece sufrir cambios importantes. Va aumentando el número de ginecólogos que indican psicoterapia a sus enfermas estériles, al darse cuenta que, a pesar de la creciente perfección de la técnica ginecológica tanto en el terreno operatorio como en la medicina hormonal, la esterilidad está aumentando.

Debe, además, su mayor comprensión de la influencia de los factores psicológicos en estos trastornos a la gran difusión del psicoanálisis y al auge de la medicina psicosomática.

Un logro importante de las últimas décadas en el terreno de perfeccionamiento de técnicas ginecológicas ha sido la in-

seminación artificial. Pero justamente ésta nos sirve para comprobar las limitaciones de las terapias mecanicistas.

Therese Benedek y sus colaboradores estudiaron profundamente este tema (1). Mientras que en animales una sola inseminación da un resultado exitoso en un 99%, el éxito de la inseminación en la mujer oscila, según el caso, desde un 4 hasta un 30%. Y esto, aunque se realice en condiciones físicas óptimas y desde luego durante el período de fertilidad máxima.

Los autores observaron que mujeres de ovulación perfectamente normal empezaron a presentar ciclos anovulatorios, una vez empezada la inseminación artificial. Estudiaron detenidamente a seis mujeres que se habían sometido a la inseminación artificial porque sus maridos tenían problemas de infertilidad relativa. Ellas eran consideradas como normalmente fértiles, pero les fue indicada psicoterapia, dado que sin ella la inseminación artificial no daba resultado.

Comprobaron los autores que el procedimiento de la inseminación artificial ejercía una influencia desfavorable sobre la potencia y fertilidad del marido y sobre la vida sexual de la pareja en general. Pero pudo demostrarse también que la influencia favorable de la psicoterapia sobre una de las mujeres mejoró la fertilidad del esposo a tal punto que pudo embarazarla normalmente. Ocurrió esto después que había interrumpido los intentos de inseminación y decidido la adopción de un niño.

Pero en los 5 casos restantes no pudieron lograrse resultados positivos. Una sola mujer se embarazó debido a la inseminación artificial, pero entró en pánico y en temor de sufrir de un cáncer. Quedó visiblemente aliviada al abortar espontáneamente a las pocas semanas. Las otras mujeres desarrollaron tal angustia que interrumpieron los intentos de inseminación artificial y, dos de ellas, también la psicoterapia.

Este estudio está lleno de sugerencias. Discutiremos brevemente dos puntos. El primero ya nos es conocido: la interrelación entre la pareja.

Del punto de vista físico las 6 mujeres eran sanas. Sus esposos sufrieron de una fertilidad limitada. Por eso tuvo que recurrirse a la inseminación artificial. (En 5 de los 6 casos pudo usarse el semen del esposo).

Sin embargo, cuando las mujeres se vieron enfrentadas con la posibilidad de realizar sus deseos conscientes de maternidad, se angustiaron tanto que perdieron, temporariamente por lo menos, su fertilidad. Podemos deducir de nuevo que ya su conflicto inconsciente con la maternidad influyó en la elección marital, como perturbó después su posibilidad de concebir o (en el segundo caso) de llevar a término un embarazo.

Y, segundo, esta perturbación física era provocada por su ansiedad. Es posible, pues, que angustias intensas o crónicas (el "stress" de los norteamericanos, un estado de tensión ansiosa crónica, responsable de muchos trastornos psicósomáticos) influyan seriamente sobre la fertilidad femenina. Dejamos de lado aquí, deliberadamente, la influencia del stress sobre la fertilidad del hombre. No pertenece a nuestro tema. Además, está poco estudiado. Pero que resulta igualmente influenciable y determinada por factores psicológicos, lo demuestra bien el estudio citado como lo subrayan también sus actores, como asimismo los experimentos de Stieve, que citaremos ahora en forma muy resumida y únicamente en lo que se refiere a la mujer.

Sucedía en la Alemania nazi, que nadie habría podido acusar de psicologismo. Los libros de Freud habían sido quemados públicamente. Sin embargo, preocupados por la grandeza de la raza, las autoridades apoyaron todos los estudios de factores que pudiesen ser causantes de una disminución de la fertilidad.

H. Stieve (véase Ind. Bibl.) logró demostrar por métodos objetivos, e. d. anatómicos e histológicos la influencia de los procesos psicológicos sobre el aparato genital.

Una persona sana expuesta durante semanas a una amenaza continua de muerte, evidentemente sufre de angustia. Se le ocurrió a Stieve hacer la autopsia de los cadáveres de presos de ambos sexos que hubieran muerto ajusticiados, para investigar el estado de sus órganos genitales. Previamente, mientras los sujetos de su investigación estaban todavía con vida, los interrogó sobre la normalidad de su vida sexual. Resultó que el 75% de las mujeres que habían menstruado normalmente antes de su detención, dejaron de menstruar inmediatamente después.

Evidentemente estaban presas de gran angustia, porque ya suponían que serían condenadas a muerte. Fueron ajusticiadas algunas semanas más tarde. Durante su encierro no fueron maltratadas y recibieron una alimentación adecuada. Sin embargo, resultó que todas ellas habían sufrido graves daños en sus órganos procreativos.

La mucosa de la matriz de una ajusticiada de veinte años de edad, que había estado 68 días en prisión, tenía el mismo grosor y aspecto que normalmente tiene la mucosa de una matrona de sesenta años. Los ovarios de otra presa, de veinticuatro años, que había tenido su última menstruación sesenta y dos días antes de su muerte, se parecían a los ovarios de una mujer en pleno climaterio. Todas estas mujeres jóvenes habían envejecido en su aspecto procreativo durante esos dos o tres meses de mortal angustia, y morían al final de su sufrimiento convertidas físicamente en ancianas.

Eso, por supuesto, implica que se habían vuelto estériles. Stieve deduce de sus investigaciones que no se puede negar la influencia dañina de emociones angustiosas sobre el aparato genital, y que es de suponer que también temores

mucho menos intensos pueden ser causantes de dificultades procreativas.

La necesidad de recurrir a experimentos tan drásticos para demostrar esta influencia es prueba de la extrañeza del médico de la Alemania nacionalsocialista frente al descubrimiento del proceso psicosomático. Sin embargo, una vez que se convencieron de su existencia, los ginecólogos se empeñaron en averiguar sistemáticamente las causas psicógenas de la esterilidad de sus enfermas. Por falta de la formación científica correspondiente no podían profundizar en la materia, pero la abundancia del material clínico recogido les permitió llegar a conclusiones halladas empíricamente.

El doctor Anselmino, médico en una gran clínica de obstetricia, averiguaba de cada paciente si había pasado por períodos largos de esterilidad.

En los casos afirmativos hacía una anamnesis (2) somática y psicológica minuciosa, para establecer los factores causantes de esa esterilidad y las circunstancias por la que había cedido finalmente. En esta forma reunió gran cantidad de historiales, parte de los cuales publicó en su trabajo "Embarazo logrado después de una esterilidad no tratada y de larga duración" (véase Ind. Bibl.). El autor llegó a las siguientes conclusiones: la mayoría de las enfermas provenía de ambientes familiares neuróticos y conflictuales.

Además, en la vida matrimonial de todas ellas podían descubrirse también factores causantes de tensión nerviosa y estados conflictuales. Estos factores fueron dificultades maritales, situaciones económicas muy difíciles, la necesidad para la mujer de desempeñar un trabajo exhaustivo o en desacuerdo con su posición femenina, etc. Cuando el estado de tensión desaparecía, por un cambio favorable de su situación externa, las enfermas se embarazaban.

El doctor Anselmino incluyó en sus historiales también el transcurso del parto de sus enfermas, por un hecho que le llamó poderosamente la atención: el porcentaje extremadamente elevado de intervenciones quirúrgicas durante el parto. Interpretó esta necesidad como una prueba de la disposición a trastornos funcionales por parte de las enfermas anteriormente estériles. Evidentemente, Anselmino está en lo cierto con su observación. Pero añadiré otra explicación. Cuando los trastornos psicosomáticos procreativos curan espontáneamente, no se logra solucionar por eso el conflicto básico.

Por esta causa, a menudo, cuando una mujer ha superado un trastorno de una época de la vida procreativa, se presenta otro obstáculo en la siguiente.

Las enfermas del Dr. Anselmino no podían embarazarse por determinado conflicto. Se embarazan cuando su situación psicológica se modificaba, aunque superficialmente; pero las dificultades durante el parto son un indicio de que en el fondo persistía su ambivalencia frente a la maternidad y de que su conflicto básico frente a ésta no estaba del todo solucionado.

La mayoría de los cambios favorables en la vida de las enfermas ocurría en relación con la guerra y sus exigencias. Efectivamente, es un hecho bien conocido que las neurosis suelen disminuir en épocas de emergencia. Pero parece, por lo aquí expuesto, que lo mismo ocurre también con ciertos trastornos psicosomáticos que resultan de los mismos conflictos.

Finalmente, Anselmino cita un grupo de enfermas en cuya curación la intervención de la guerra fue directa e inmediata. Describe cuatro de los muchos casos que observó de mujeres estériles que habían presenciado bombardeos muy graves, durante los cuales sus casas quedaron totalmente destruidas. Sus maridos estaban ausentes en esa época. En el primer encuentro con ellos, después de la catástrofe, quedaron grávidas. Veremos más adelante que una dificultad impor-

tante de la mujer estéril reside en su fijación a la madre (3). Otra, en sus sentimientos de culpa. El haber presenciado un grave bombardeo sin llegar a sufrir ningún daño físico, probablemente había sido experimentado por estas mujeres como si Dios o el destino les perdonase la vida o, dicho en otras palabras, como prueba de que no eran tan culpables como habían creído.

Por otra parte, la casa es un símbolo materno y su pérdida puede corresponder, para el inconsciente, a una destrucción del vínculo con la madre.

Por eso la coincidencia de esos dos acontecimientos: la sobrevivencia al bombardeo y la destrucción de sus casas, permitió a estas mujeres concebir.

Vemos ahora más profundamente qué tipo de conflictos puede perturbar la fecundación normal y cuáles son los trastornos que pueden acarrear. Primeramente me ocuparé de un fenómeno que pasa por lo general inadvertido, porque la misma enferma no lo valoriza lo bastante como para consultar a su médico. Es la esterilidad pasajera, de poca duración. Es sumamente frecuente, y su base fisiológica consiste en los ciclos menstruales carentes de ovulación. Puede evitarse también la fecundación, aunque la ovulación se haya producido normalmente, por un espasmo de las trompas. Éste se produce a raíz de una tensión constante (stress) o accidental e impide la unión del óvulo con el espermatozoide (4). Puede observarse concretamente durante la insuflación y cede momentáneamente a la medicación o a medidas sugestivas.

Pudimos observar claramente en varios análisis que la falta de fecundación es la expresión de factores psicológicos negativos para el embarazo.

Analizaremos primeramente un episodio de esterilidad de cuatro meses de duración en una joven que llamaré Lina, casada desde hace algunos años. Ella había querido tener

hijos, pero su marido se había opuesto. Finalmente lo persuadió, pero resultó ser estéril.

Él reaccionó con angustia a esta esterilidad, dudando de su virilidad.

Ahora también él deseaba un hijo.

Para comprender bien su problema, daré algunos datos de su historia infantil. Lina fue hija única. Sus padres se habían llevado mal, siendo el padre un hombre violento y dominante. Recuerda a su madre llorando y preguntándole si quería irse de casa con ella o quedarse con papá. Cuando ella tenía seis años su madre enfermó del corazón. La niña relacionaba vagamente esta enfermedad con las consecuencias de la vida sexual. A los pocos meses la madre murió, y una tía fue a vivir con ellos. Con el tiempo, Lina empezó a preocuparse de si no existirían relaciones amorosas entre su padre y su tía. Sin embargo, la quería mucho. Era inseparable de ella. Su gran necesidad y amor por su tía se explicaba por varias causas.

Lina había perdido a su madre y temía que también su tía pudiera dejarla, si ella no hacía todo lo posible por retenerla. Además, como en una época había deseado la muerte de su madre, para sustituirla al lado del padre, su sentimiento de culpa la llevaba a suprimir ahora toda hostilidad contra su tía, compensándola con un amor exagerado. Para no entrar en conflicto con su tía se mantenía también apartada de su padre. Además, reprochaba a éste que la rechazara por ser mujer. Efectivamente, su padre decía a menudo que hubiera preferido tener un hijo varón.

La reacción de Lina frente a esta actitud de su padre fue de odio, pero también de identificación con él, tendiendo a masculinizarse para ser más a su gusto. Buscaba también a su tía, en rivalidad con su padre. Más tarde se casó con un

hombre que tenía para ellas muchos rasgos similares a su padre.

Ya dije que su esterilidad databa de cuatro meses. Daré ahora algún material analítico de esa época de su tratamiento. A la primera menstruación que siguió a relaciones sexuales realizadas sin medidas anticonceptivas, Lina reaccionó con ambivalencia.

Se angustió por no haber logrado un embarazo, pero se alegró también de frustrar a su marido, identificándolo inconscientemente con su padre, que antaño no la había querido aceptar como mujer, del mismo modo como su marido no le había permitido ser madre.

Ahora que éste la acepta y le pide un hijo, ella, resentida y desconfiada, reprime su femineidad y no lo complace. En el mes siguiente continuaron las relaciones sexuales sin precauciones, pero Lina sentía que no se embarazaba. En la noche anterior a la menstruación tuvo el sueño siguiente: Está acostada al lado de una mujer rubia, que tiene los senos desnudos.

Succionando por una pezonera le extrae leche que corre por dentro de un vaso. Lina le dice: "Ves, no estás casada. Pero no importa, ahora, desde que he mamado tu leche, podemos alimentar a este niño", indicando a un lactante que está acostado en la cama, junto a ellas; Lina no sabe de quién es el niño. En la segunda parte de su sueño, Lina se entera de que una amiga soltera tuvo un hijo. Se extraña que la madre de su amiga, generalmente tan severa, le haya permitido eso. No puedo entrar aquí en una interpretación completa de estos dos sueños.

Quiero señalar únicamente lo más importante en relación con la esterilidad de la paciente. Lina, resentida con su marido-padre, se refugia de nuevo en la relación infantil. La imagen de la mujer en el sueño representaba una condensación

de la analista y la tía. Lina expresa en su sueño que no quiere tener un hijo de su marido, sino que quiere ser ella misma la hijita, que mama todavía. Además, la posibilidad del embarazo hace surgir en ella una vieja fantasía: la de tener un hijo con su madre (como ya he mencionado en páginas anteriores, típica para determinada etapa del desarrollo infantil). En la segunda parte del sueño, en la cual ella queda representada por la amiga y la analista por la madre de ésta, trata de obtener la autorización de su analista para la realización de tal fantasía.

En las sesiones siguientes al sueño Lina recordó que antes de conocer a su futuro esposo había pensado siempre en no casarse jamás sino vivir más tarde sola con su tía o con una amiga.

Además, durante toda su adolescencia se había imaginado que debía existir una posibilidad de tener hijos sin la intervención del hombre. Por su temor al embarazo -su madre murió de una enfermedad que, según rumores que le llegaron de niña, fue la consecuencia de varios abortos exigidos por su padre- y por su resentimiento contra su esposo, Lina volvía a sus fantasías infantiles y a una exposición homosexual. Fue esta situación la que le impidió embarazarse y le provocó el sueño.

Durante el mes siguiente Lina siguió elaborando su situación. Culpó a su padre por su homosexualidad y mantuvo muchas querellas con su marido.

Unos días antes de la fecha de la menstruación -la tercera de su época de esterilidad- me dijo: "Durante todo este tiempo, cada vez que le tenía rabia, pensaba que aunque el huevito hubiera quedado preñado, con mi rabia lo habría raspado y deshecho". Efectivamente, sobrevino la menstruación.

Durante el mes siguiente surgió en el análisis gran cantidad de material referente a su padre. Lina se hizo consciente

de su amor reprimido por él y la intensidad de su resentimiento por haberse sentido rechazada como hija mujer. Comprendía que este rechazo era un factor importante en su envidia del pene y en sus deseos de ser hombre. Empezó a preocuparse por su esterilidad y a desear seriamente un embarazo. Esta vez se deprimió cuando tuvo la menstruación. Tuvo un sueño, en el cual se preocupó de averiguar las circunstancias de su propio nacimiento, la muerte de su madre y si ésta habría sido realmente una mujer de poco valor moral, como siempre había sostenido su tía. Empezó a reconciliarse con el recuerdo de su madre muerta y a temer menos su identificación con ella. Tuvo una larga conversación amistosa con su marido sobre su esterilidad. Se sintió aliviada cuando él prometió hacerse practicar un examen de esperma, admitiendo así la responsabilidad de ser él el responsable del fracaso. Lina tuvo luego una relación sexual con el marido en la supuesta fecha de la ovulación.

Después sueña que camina por un sendero estrecho. Se siente hombre. Dirige un contraataque contra un adversario invisible, llamado "el otro" que la ataca a ella y sus compañeros junto con indios que arrojan flechas envenenadas. Si uno extrae rápidamente estas flechas no pasa nada. Pero si uno se descuida y las deja, muere. Lina siente que está por perder la batalla.

Después se encuentra con "el otro" en un departamento para hacer un pacto (Lina, efectivamente, quedó embarazada).

Este sueño parece ser la representación psicológica de sus defensas fisiológicas contra la fecundación, y de su entrega final. Lina, a veces, hablando de su marido, solía llamarlo "el otro". El estrecho en que "el otro" la ataca es su vagina. Las flechas envenenadas representan a los espermatozoos. Quedar envenenada significa quedar embarazada y morir; sacarse las flechas rápidamente, salvarse del peligro evitando

la fecundación. Para alcanzar esto último hay que virilizarse. Ella está por perder la batalla, es decir, siente que esta vez quedó embarazada. Pero ya no se defiende porque se reconcilió con "el otro", el enemigo. No quiero entrar aquí a discernir hasta dónde "el otro" representa otra parte de su yo, y que la hostilidad que ve en el marido sea hostilidad propia, proyectada sobre él. Lina asocia el pacto con la amistosa conversación mencionada anteriormente. Como su marido ya admite que ella tal vez no sea culpable del fracaso de su embarazo, admite que ella no es "mala" y puede quererla. Entonces ella disminuye su propia agresividad contra él y teme menos abandonar sus defensas, entregarse femeninamente a él y concebir.

Lina estaba muy contenta cuando comprobó su embarazo. Pero a los pocos días tuvo otra discusión violenta con su marido. Reaccionó con el siguiente sueño: "Estoy con mi marido y una mujer del tipo que le gusta a él."

Él se mantiene pasivo. Entonces yo le hago la corte a la chica y la conquisto, experimentando mucho placer".

Es decir, frente a la primera frustración sufrida a causa de su marido Lina vuelve a sus reacciones anteriores. Se siente despreciada por su padre (el marido), le roba su virilidad (lo deja pasivo) e, identificándose ahora con él, conquista a la tía.

Lina ya estaba embarazada. Pero por este sueño vemos que se siente arrepentida de haber cedido. Efectivamente, su ambivalencia persistente frente a la maternidad se expresó durante todo su embarazo por distintos trastornos y la expuso, en los últimos meses, a un peligro continuo de un parto prematuro.

Hemos visto en esta enferma una constelación familiar muy desfavorable para un desarrollo femenino normal.

Una madre tímida, reprimida y sometida, que por su muerte abandona a su hija a un padre violento y seductor.

Éste, para defenderse contra su vínculo incestuoso, no la quiere aceptar como hija mujer. Lina conscientemente siempre temió un embarazo, por miedo a morir en el parto o de quedar deformada para el resto de su vida, perdiendo así el cariño de su esposo. Además, inconscientemente temía el enojo celoso de su madre si ella tuviera un hijo del marido-padre. Teme, pues -si realiza su maternidad-, la destrucción interior y la pérdida del amor de ambos padres. Se defiende contra estos peligros virilizándose. Así es del agrado de su padre y, rivalizando con él, puede conquistar a su madre. Rechaza su femineidad, oponiéndole su envidia del pene y su deseo de ser hombre. Además, esta posición viril, que la vuelve pasajera y estéril, le sirve contra el peligro mayor de una castración de su genitalidad femenina (la deformación o la muerte).

Mediante el análisis de sus conflictos y por una recuperación parcial de su madre en la figura de la analista y una reconciliación con su padre por la actitud más comprensiva de su marido, logra el embarazo. Sin embargo, esta victoria de su posición femenina todavía no es firme. Frente a la primera rencilla con su marido vuelve a su posición defensiva anterior.

Relataré ahora otro caso de esterilidad pasajera ocurrida durante el análisis. Se trata de Isabel, ya mencionada en páginas anteriores, cuya fobia a las cucarachas había yo interpretado como expresión de conflictos infantiles, reavivados o intensificados por la aparición de la menarquía.

Quiero ahora recordar brevemente al lector algunos datos de la constelación familiar infantil de Isabel y referir, además, otros de su vida de adulta, necesarios para la comprensión de los factores que intervinieron en su esterilidad. Su padre era severo, la impulsaba a los estudios y le negaba todo derecho a placeres y actividades meramente femeninas. Su

madre era rechazante y arbitraria y nunca había perdonado a Isabel su existencia, porque se habría sentido más cómoda con dos hijos ya en edad escolar, sin tener que atender otra vez a un bebé que la molestaba. Su hermana, orgullosa de su belleza, despreciaba a la pequeña. El único que la trataba con cariño era su hermano. Pero su abuela le envidiaba y prohibía esta amistad.

Isabel era de un temperamento pasional y violento, que en su infancia había sucumbido casi totalmente a la severidad de su ambiente familiar. Durante su pubertad llegó a sentirse tan desgraciada que hizo dos intentos de suicidio, envenenándose una vez y tirándose al agua otra. Conoció a su futuro esposo en la Facultad de Medicina, al principio de sus estudios.

Cuando se puso de novia no se atrevió a comunicar el hecho a sus padres. En el mayor secreto mantuvo relaciones íntimas con su novio, quedando varias veces embarazada. Tuvo que abortar bajo condiciones sumamente difíciles.

Finalmente se recibió y se casó. Como ya he contado, no se atrevió a embarazarse en su país natal. Sólo aquí, lejos de su familia y ya en tratamiento psicoanalítico, se decidió a prescindir de toda precaución en su vida sexual, para embarazarse.

Como antes de su matrimonio su gran fecundidad la desesperaba a menudo, quedó muy extrañada y pronto también deprimida y angustiada al verificar que no quedaba encinta. Veamos ahora, a través del análisis de algunos de sus sueños de esta época, qué temores le impedían realizar su gran deseo consciente de tener un hijo. Antes de la segunda menstruación tuvo un sueño en dos partes. Ha dado a luz mellizas. A una de las dos no le da el pecho. Ésta queda débil y callada.

Alimenta bien a la otra, que se convierte en una criatura fuerte y espléndida. En la segunda parte del sueño se ve con sus amigos huyendo despavorida de la ciudad y perseguida por un demonio, la "hija del fuego".

Sabe que es la hija que ella atendió tan bien. Ahora lamenta no haberse ocupado de la otra, la "hija del agua", que era una niña mejor. Posteriormente a este sueño sobrevino la menstruación. La hemorragia no cedió en la fecha normal. Después de haber tenido pérdidas menstruales durante diez días, Isabel consultó a su ginecólogo, quien diagnosticó una insuficiencia del cuerpo lúteo menstrual y le recetó las inyecciones correspondientes, que terminaron con la hemorragia.

Aun cuando no es mi intención dar todas las asociaciones de Isabel con respecto al sueño, vemos ahora su interpretación en lo ligado directamente a sus temores de embarazo. Concebir significaba para Isabel satisfacer sus deseos instintivos, desafiar a su madre - como su hermana, la fuerte y espléndida, que tiene hijos- y dejar salir lo que tiene adentro. Ambas, la "hija del fuego" y la "hija del agua" la representan a ella. Si ella se atreviera a levantar sus represiones, seducida por el buen trato que yo le doy -la analista como la madre que da el pecho-, surgiría su personalidad fuerte y violenta, que ella, identificada con el juicio de sus padres, considera como a un demonio. Pondría en peligro a toda su familia. Por eso se arrepiente en el sueño de haber abandonado a su otra personalidad, la "hija del agua", que fue tratada sin cariño, que hizo el intento de ahogarse (de ahí también la representación de "hija del agua"), pero que, por los malos tratos que le dieron, se había vuelto tranquila, sumisa e inofensiva.

Isabel, pues, teme concebir y dar a luz o desarrollar su verdadera personalidad porque, sometida a su madre, la considera como sumamente peligrosa y hostil. Para defenderse mejor contra la tentación de levantar sus represiones, produ-

ce una prolongación de su hemorragia menstrual, postergando así la posibilidad de un embarazo.

Isabel empieza muy lentamente a darse cuenta de que yo, en contraste con su madre interna, quiero ayudarla en la realización de su maternidad.

Desconfía de mi "bondad". Sueña con un personaje que quiere hacer ingerir veneno en ampollas a otra persona. Se sabe que anteriormente ya asesinó a alguien de la misma manera. Como el siniestro personaje se ve impedido de realizar sus propósitos, intenta envenenarse a sí mismo. Isabel asocia el veneno en ampollas con las inyecciones que le prescribió su médico para detener su hemorragia. Además, mientras que en el otro sueño hacía una alusión a su segundo intento de suicidio, esta vez, a través del veneno, alude al primero. Porque quiero ayudarla en la curación de su esterilidad me identifica con su médico. Además, confundiéndome inconscientemente con su madre, desconfía de mis propósitos. Su madre, por su falta de comprensión y amor, la llevó una vez a envenenarse; yo, aparentemente le quiero hacer un bien, pero seguramente la rechazaré y la haré sufrir mucho una vez que esté embarazada. Por eso, en su sueño, el siniestro personaje -condensación de su madre y de mí- ya envenenó una vez a una persona y pretende repetir ahora su crimen. Para su inconsciente, no quiero curarla sino llevarla al suicidio. Por eso se defiende, impidiendo el peligroso embarazo y fantaseando en atacarme con las mismas armas con que yo la atacó (el personaje criminal finalmente debe suicidarse).

Detrás de su odio consciente a su madre aparece, poco a poco, un anhelo de ella. En un sueño expresa su deseo nostálgico de volver al seno materno.

También esta nostalgia le impide la concepción, porque transformarse en madre significa para ella dejar definitivamente de ser hija. Como Isabel fue tan frustrada de niña, rei-

vindica todavía sus derechos infantiles y no puede decidirse a renunciar a ellos siendo madre a su vez. En el mismo sueño de búsqueda de su madre, Isabel puede "mantenerse suspendida en el aire, habilidad que había conocido muy bien de niña y que había olvidado".

La paciente no suministra asociaciones con respecto a esta parte del sueño. Pero, interpretando simbólicamente, parece tratarse de las sensaciones experimentadas durante su masturbación clitoridiana olvidada (la habilidad olvidada, que conoció de niña). Por la primera parte del sueño, que expresa una búsqueda y vuelta cariñosa a su madre, se puede deducir que las fantasías eróticas que acompañaban a su masturbación infantil clitoridiana se dirigían hacia aquélla, y que Isabel, exasperada por el rechazo de su madre y en su afán de conquistarla, adoptaba una actitud erótica varonil (el sueño de volar es típico en hombres para expresar una erección).

Reproduzco la última parte de otro sueño, ligado a nuestro tema: Isabel me está esperando. Cuando llego, le indico que tengo que cortar el pelo.

Le corto un mechón. Ella está muy asustada y piensa: "Menos mal que era el mechón de adelante. Pero hubiera sido un desastre si lo hubiera cortado todo".

Isabel vuelve a un tema del sueño anterior, pero en forma mucho más elaborada. Ha comprendido que si logra acercarse a mí, identificándose conmigo en mi calidad de madre, puede prescindir de su pene imaginario ("el mechón de adelante" lo simboliza) y a su excitabilidad clitoridiana, acompañada de fantasías inconscientes de conquista de su madre. Puede renunciar a su defensa viril siempre que yo "no le corte todo" (es decir, no destruya su genitalidad femenina, que anteriormente su madre había coartado) y le permita su realización en la maternidad.

Vemos, pues, aparecer en un solo sueño los dos temores de castración característicos para la mujer, el más superficial referido a la pérdida de un pene imaginario, y el más profundo, de una destrucción total de su femineidad.

Isabel no queda encinta a pesar de haber renunciado, en el sueño, a su virilidad. Reacciona a la aparición de la regla con una depresión profunda. Tiene un sueño que nos explica su estado de ánimo. Debe pasar por un camino estrecho, cerrado por telarañas, por el cual otras personas de su familia, incluso la abuela despreciada, pasan sin dificultad; intenta pasar, pero cuando siente las telarañas en la cara cae al sueño gritando de dolor y de angustia. Los otros acuden para ayudarla y ven que está llena de ronchas, causada por las telarañas, que le queman. Como ya dije antes, Isabel teme perder a su madre si ella, a su vez, tiene un hijo. Quiere estar ella misma todavía dentro de la madre, quiere no haber nacido (más tarde explicaré el contenido de estas fantasías, tan frecuentes, de vuelta al seno materno). Para su inconsciente, nacer y dar a luz son sinónimos.

Pero está comprendiendo que tendrá que separarse de su madre y adoptar su papel de mujer adulta, como lo hicieron en su debida época su propia madre, su hermana y las demás mujeres de su familia. Su grave depresión corresponde al duelo por la separación anticipada de su madre. Volvamos al sueño. Pasar por un camino estrecho significa tanto nacer como dar a luz.

Muchas mujeres de su familia, hasta su abuela despreciada, sabían hacerlo bien. Solamente ella no se atreve.

La telaraña que le cierra el camino simboliza su fijación a la madre mala.

Ella se siente como una criatura, gritando echada en el suelo al no poder desprenderse. Finalmente, los otros -yo- la ayudan a pasar, es decir, a nacer, a separarse de su madre.

Pero si pasa, estará llena de ronchas, es decir, embarazada (ronchas - hinchazón de la piel, embarazo - hinchazón del vientre). Las ronchas queman. A través de esa sensación dolorosa expresa su sufrimiento por la separación de su madre y los temidos dolores del parto.

Después de una interpretación profunda de este sueño y de su estado depresivo, este último desaparece.

Supongo que la fecundación ocurrió en uno de los días transcurridos entre este sueño y el siguiente, que Isabel tiene poco después. Sueña que está en el sótano de su casa paterna; ve todo lleno de polvo, y cucarachas muertas que cuelgan del techo. Una se cae.

Le da asco, pero no le causa horror (como expuse anteriormente, sufría de fobia a las cucarachas). Tranquilamente empieza a limpiar el sótano.

En su depresión a causa de su supuesta esterilidad, Isabel se reprocha a menudo haberse arruinado por sus abortos provocados. Su madre tuvo tres partos y un aborto. Ella, tres abortos ya adelantados y uno al principio de un embarazo. Isabel era la hija menor. Inconscientemente se explicaba que su madre no tuviera más hijos después de haber nacido ella como prueba de que sus ataques imaginarios contra el cuerpo de su madre habían dado resultado y le habían quitado toda posibilidad procreativa. Por eso teme, como castigo más adecuado, haber agotado -como su madre- su capacidad procreativa después de cuatro embarazos. Pero en el fondo, tanto este temor como su misma esterilidad ya son una defensa contra la angustia de que su madre vengativa la destruiría ("le cortaría todo", en el otro sueño) si ella se atreviera a abandonarla. Por otra parte, fijada por sus frustraciones a su madre, Isabel se sentía incapaz de separarse de ella, aun cuando conscientemente negaba esta situación. Interpreté su depresión como expresión de esta dificultad (la incapacidad de Isabel de pasar por el estrecho en el sueño anterior). Es el

haberse hecho consciente esta situación y el sentirse apoyada por mi comprensión lo que le permite desligarse de su madre y del pasado y tener el sueño optimista del sótano. La casa paterna en el sueño representa a su madre (la casa perteneciente al padre) y a ella, en su identificación con la madre por sentimiento de culpa. El sótano simboliza la matriz de ambas.

está vacío, lleno de polvo, es decir, en desuso. Las cucarachas muertas representan tanto a sus hermanos (asesinados por ella en sus fantasías inconscientes infantiles) como a sus propios hijos, que ella mató abortándolos. (En páginas anteriores he explicado que las cucarachas llegaron a tomar el significado de hijos para Isabel). En el sueño, Isabel se extraña de no sentir horror a la vista de las cucarachas. Ese horror era la expresión de su sentimiento de culpa y temor al castigo. Su desaparición le permite limpiar el sótano, lo que equivale a preparar la matriz para un nuevo embarazo.

Isabel temía un embarazo por su propia hostilidad a su madre y por la hostilidad de ésta hacia ella. Su actitud viril desempeñaba dos funciones importantes: defenderla contra un embarazo, que para ella hubiera significado su destrucción interior, y vincularla con su madre, que la rechazaba como hija mujer. Pudo renunciar a su pene imaginario y concebir cuando sintió que su analista-madre no la abandonaría por sus culpas pasadas ni la rechazaría por su femineidad. Sus abortos habían tenido un sentido de desafío y sumisión ulterior a su madre. Cuando sintió que su analista no la castigaba por tal actitud sino que la comprendía plenamente, disminuyó su sentimiento de culpa y su propia hostilidad reactiva y defensiva, permitiéndole por medio del embarazo una identificación con su madre sana, no destruida, capaz de dar a luz. Sin embargo, sus conflictos persistían todavía, aunque con menos intensidad, y se agudizaron varias veces durante su em-

barazo, causándole distintos trastornos psicosomáticos de que hablaré más adelante.

Lo expuesto nos plantea varios problemas. ¿Qué significado tienen las fantasías de vuelta al seno materno? ¿Son meras fantasías o corresponden acaso a recuerdos olvidados que vuelven de la represión? Como vimos, Isabel expresó a menudo tales fantasías, en forma disfrazada, en sus sueños. Ahora bien, la explicación de aparición de tales fantasías en Isabel es obvia. Desde pequeña se sentía maltratada por una madre sumamente nerviosa e irritable. Interpretaba sus actitudes como rechazo, como indicio de que no la quería. Pero es intolerable para el niño pequeño, que depende tanto de su madre, comprobar que ésta no lo quiere. Se remonta entonces cada vez más en su breve pasado para encontrar una época durante la cual su madre lo haya querido y una explicación del cambio sufrido. Los pueblos en desgracia suelen volverse religiosos, acusándose de sus pecados y fantaseando con la felicidad del paraíso. Para no acusar a Dios de maldad por haberlos expulsado -es decir, dejado de quererlos- culpan a Adán y Eva por la pérdida del paraíso. Del mismo modo el niño, en su desamparo, no puede admitir la maldad de su madre. Prefiere creer que ésta dejó de quererlo por su culpa, pero que por lo menos antes lo quiso, cuando él era todavía inocente y formaba parte de ella misma. Por eso más tarde estará fijado a su madre por las mismas frustraciones sufridas, y en momentos de peligro de perderla volverá en sus fantasías a la época intrauterina, feliz y libre de peligros.

Hay un segundo problema que llama la atención en el historial de Isabel. En determinada época de su vida, durante la cual un embarazo era realmente catastrófico para ella, Isabel era sumamente fecunda, mientras que tuvo dificultades en concebir cuando lo ansiaba conscientemente y cuando ya no había ningún obstáculo exterior para la realización de sus deseos.

Helene Deutsch (l. c.) nos da la explicación de este fenómeno aparentemente contradictorio. Habla de una "compulsión a la concepción" en los casos en los cuales la mujer concibe con suma facilidad justamente en circunstancias psicológicas y exteriores muy desfavorables. La autora demuestra con material clínico abundante que los mismos factores psicológicos que en una mujer originan una esterilidad, en otra pueden ser causa de una compulsión a la concepción. Esto mismo explica, a mi criterio, cómo una mujer puede evidenciar alternativamente ambos síntomas.

Volvamos a Isabel. Su madre le prohibía ser mujer. Conscientemente, ella la odiaba y quería negar su fijación desafiándola. Inconscientemente, la necesitaba y estaba fijada a ella.

Sus embarazos ilegítimos tenían varias funciones psicológicas: eran expresión de su desafío; se comprobaba a sí misma que no le preocupaban las prohibiciones de sus padres y que, a pesar de todo, era mujer y podía tener hijos. Pero los desafió en una época en que sabía perfectamente que tendría que eliminar sus embarazos abortando.

En esos abortos se sometía a su madre, volvía hacia ella y, privándose de tener el hijo anhelado, se castigaba por haber impedido a su madre -en sus fantasías- tener otros hijos después de nacida ella. Además temía que, si desafiaba a su madre al tener un hijo, aquélla la destrozaría interiormente. El aborto significaba una transacción entre este temor y su negación. Isabel comprobaba su fertilidad sin arriesgarse a enfrentar el castigo de su enojada madre al llevar la prueba a término. Veremos más claramente esta situación al estudiar, más adelante, los trastornos que sufrió durante su embarazo, finalmente logrado.

Al casarse, su situación exterior había cambiado radicalmente. Pero tener un hijo seguía significando para ella un

desafío a su madre, acompañado del temor inconsciente de perderla por ello o de sufrir un castigo cruento.

Además, ya no podía permitirse un embarazo como afirmación de su independencia, porque, como faltaba todo pretexto para su interrupción, tendría que llevarlo hasta el temido final.

Se defendía entonces con su esterilidad, expiando simultáneamente sus culpas con su sufrimiento.

Pudimos ver también en Isabel que atribuyera conscientemente su esterilidad a sus abortos, que realmente la habían traumatizado mucho. Esto se debía a las razones psicológicas ya mencionadas, pero también, evidentemente, porque en su país el aborto provocado era en esa época un delito grave, perseguido por la ley con todo rigor. Esta circunstancia dificultaba mucho su ejecución, y la rodeaba de peligros reales para su salud y su libertad. No quiero aquí entrar a fondo en el problema tan discutido del derecho de la mujer de decidir libremente por sí misma a seguir o no con un embarazo. Quiero llamar únicamente la atención sobre el hecho de que la mujer embarazada contra su voluntad consciente, pero obligada a tener el hijo, está en un conflicto grave. Al concebir busca inconscientemente un castigo para sí misma y una venganza contra su medio ambiente. Obligarla a tener a su hijo en estas circunstancias es satisfacer esas tendencias destructivas y responsabilizarse de la existencia de una criatura que, tanto por la situación psicológica de su madre frente a ella, como, a menudo, por las dificultades económicas y el rechazo de su medio ambiente, se convertirá en un individuo resentido y neurótico para toda su vida. Esas mismas circunstancias desfavorables tarde o temprano harán de él una carga para la sociedad.

Por otra parte, es importante para el ginecólogo y el psicoterapeuta saber que un raspaje o un aborto provocado siempre significa un trauma grave para la mujer. No me refie-

ro al daño meramente somático que le podría traer, porque un raspaje hecho por un especialista y en las circunstancias adecuadas es, evidentemente, hasta menos peligroso para su salud física que un embarazo llevado a término. Pero quiero recalcar que ella sufre un traumatismo psicológico. Hasta la mujer para quien un raspaje no tenga, aparentemente, más importancia que una visita a su dentista, en el fondo se siente como una asesina. Parece que también la mujer atea, en su inconsciente admite el concepto católico, según el cual el óvulo fecundado tiene alma y es un hijo. Esto ocurre porque, consciente o inconscientemente, ha fantaseado durante toda su vida anterior con el hijo que algún día tendría. Basta para ella enterarse de su embarazo para que resurjan estas fantasías y se ligen como promesas a lo que lleva dentro de sí. Se considera una criminal porque, en su inconsciente, no destruye por el raspaje el óvulo fecundado pocos días atrás, sino asesina al niño, centro de todas sus fantasías maternales. Buscará y encontrará siempre el medio de castigarse a sí misma, y a menudo también a su compañero, sentido como un cómplice del crimen que pretende quedar impune.

Y si se trata de una mujer que ya tiene hijos, éstos percibirán consciente o inconscientemente con horror el raspaje que su madre se practica.

La sentirán bruja y asesina peligrosa, preguntándose gracias a qué suerte extraña ellos pudieron salvar su vida y nacer. Y se sentirán culpables, ya que ella, al eliminar al hermano celado, ejecuta las fantasías criminosas de sus hijos.

Por todo lo expuesto debemos considerar, por lo general, la concepción indeseada como un síntoma neurótico, a pesar de la importancia de la actitud del compañero, la ignorancia de la mujer y otros factores que influyen en el proceso y que pueden, de por sí, estar desvinculados de su neurosis.

Podríamos decir que la mujer somatiza su conflicto por medio del embarazo.

Ciertos retrasos menstruales, cuyas causas psíquicas nunca fueron discutidas por los médicos, constituyen una somatización menor. Es un hecho bien conocido que la mujer soltera, en su temor al embarazo, su búsqueda de castigo y, finalmente, también por su deseo rechazado de maternidad, sufre con mucha frecuencia de retrasos menstruales. Se cree encinta, se desespera, busca angustiada cualquier solución, hasta que, con la aparición de la regla, se tranquiliza instantáneamente, para sufrir la misma tragedia al mes siguiente.

En la mujer estéril deseosa de un hijo se pueden observar los mismos retrasos menstruales por motivos aparentemente opuestos. Al igual que la mujer soltera, comienza a observarse y sentir síntomas de embarazo antes de la fecha menstrual. Está segura de haber logrado esta vez lo anhelado cuando aún sólo lleva unos pocos días de retraso. Se auto-observa y se cuida continuamente, fantaseando con su hijo, hasta que, generalmente entre los ocho y quince días de retraso, aparece la menstruación, destruyendo súbitamente todas las ilusiones. Ambas mujeres expresan a través del mismo síntoma somático -el atraso menstrual-, pero por un estado psicológico aparentemente opuesto, el mismo conflicto: su posición ambivalente frente a la maternidad y su deseo de un hijo, que, por una u otra causa, no se sienten con derecho a tener. El retraso menstrual es una expresión somática de su fantasía frustrada de maternidad.

En raros casos esta fantasía toma contornos aparentemente más reales.

Me refiero al cuadro de pseudociesis o falso embarazo, donde la menstruación desaparece y la mujer toma el aspecto de embarazada y tiene ciertos síntomas aparentemente inequívocos, como ser movimientos abdominales que parecen fetales, sin que exista un embarazo.

En esta forma hace una transacción imaginaria entre su deseo de tener un hijo y su incapacidad de alcanzar la mater-

nidad, basada en causas reales, psicológicas o psicosomáticas. En un intento de negar tal incapacidad se tiende así misma y a los demás una trampa, está aparentemente segura de esperar un hijo, logrando transformar su cuerpo hasta tal punto que convence también a los demás, y a menudo hasta a su médico partero. Para que podamos estudiar este trastorno expondré un caso clínico tratado y publicado por Ruth Moulton (ver Ind. Bibl.).

Se trata de Winifred N., soltera, de diecisiete años, hija de una familia numerosa y muy católica, perteneciente a la clase obrera. Se presenta en el hospital para dar a luz. Sin embargo, a pesar de su abdomen grande y prominente, en el cual se observan ciertos movimientos de tipo espasmódico, el médico de guardia diagnostica de inmediato un falso embarazo. Ruth Moulton hace la interesante observación de que únicamente mujeres que ya han tenido hijos o que estén muy familiarizadas con los procesos biológicos de la maternidad son capaces de producir con gran realismo todos los síntomas exteriores de embarazo, tales como la pigmentación de los pezones, la hinchazón de los senos, etc. Winifred no tenía ninguna experiencia personal al respecto, pero había visto a su madre y a sus hermanas mayores embarazadas. Las veía con el vientre abultado y estaba acostumbrada a oír sus quejas sobre náuseas y dolores lumbares. Entonces copió estos síntomas en su simulacro de maternidad, pero lógicamente no podía imitar lo que era desconocido para ella. Dos días después de su admisión en el hospital, Winifred sintió intensos dolores abdominales, interpretándolos como trabajo de parto. Duraron algunas horas y fueron seguidos por una hemorragia vaginal. Unos días después la Dra.

Moulton se encargó de tratarla psicoterapéuticamente, reuniendo datos que presentaré en forma muy resumida.

Winifred había tenido una infancia difícil. Sin embargo, parecía bien adaptada a su medio ambiente. Desde muy pe-

queña ayudó a su madre en los quehaceres de la casa y gustaba de cuidar de sus dos hermanos menores, como si fuesen sus propios hijos.

Nunca permitió a su madre explicarle cómo se originan o cómo nacen los niños y cuando se internó en el hospital "para tener a su hijo" aún no sabía "de dónde vienen los chicos". Aunque parecía más ligada a su madre, estaba en buenos términos con su padre. Pero le molestaba que su madre durmiera con él, y de noche intentaba retenerla a su lado. Se resintió con su familia cuando la mandaron a trabajar en seguida después de haber salido del colegio. Poco después se enamoró de un muchacho de dieciocho años, pero rechazó su propuesta de matrimonio por considerarse demasiado joven para casarse. Dos veces se dejó persuadir a tener una relación sexual con él, sin saber bien conscientemente lo que pasaba. Después del segundo coito el muchacho le dijo: "Ahora vas a tener un bebé y tendrás que casarte conmigo". Desde entonces se consideró embarazada y no menstruó más durante los nueve meses siguientes. Cuando su madre se enteró de lo que había pasado, denunció al joven a la justicia y consiguió que el juez fallara que el muchacho tuviera que casarse con Winifred en el término de un año o debiera sufrir una pena de prisión.

El padre de Winifred no le dirigió la palabra desde que se enteró de su supuesto embarazo. La niña pasó los nueve meses de espera haciendo un complicadísimo ajuar para su bebé, fantaseando con el casamiento y exhibiendo su embarazo frente a las mujeres de su familia para acallar ciertas dudas de éstas con respecto a su estado. Al llegar al tratamiento psicoterapéutico, estaba todavía convencida de su embarazo. Deseaba una hija, diciendo que sería lo único que su madre nunca le podría robar, porque ella no se lo permitiría. Cuando finalmente tuvo que admitir que no tendría un hijo se deprimió mucho. Decía que su madre se había salido con la

suya porque por sus rezos había logrado que ella no tuviera un hijo y que ahora no podría casarse ni abandonar el hogar paterno.

La autora ve las causas psicológicas de la seudociesis de Winifred principalmente en su fijación a la situación edípica. Aunque reprimida para su consciente, existía en ella una fuerte inclinación amorosa hacia su padre y gran resentimiento y envidia contra su madre porque ésta tenía relaciones sexuales y recibía muchos hijos del padre. Vivía los mismos conflictos con sus hermanas casadas, que eran para ella sustitutos maternos.

Para rivalizar con ellas, quería tener un hijo, casarse y formar su propio hogar. Evidentemente esta interpretación es correcta, pero parece ser incompleta. Opino que el mayor conflicto de Winifred consistía en su fijación preedípica a su madre y en la persistencia de sus anhelos infantiles de cariño. El nacimiento seguido de sus hermanos no le había permitido ser la hija menor, la niñita mimada del hogar, durante un lapso suficiente.

Buscaba y reclamaba todavía estos mimos, pero la única forma de satisfacer sus deseos consistió en la identificación temprana con una madre cariñosa, tratando ella a sus hermanitos y sobrinos con el cariño que le había faltado. Parecía contenta de esta forma de vida, y más aún porque su madre la estimaba, diciendo de ella que sería capaz de tomar su lugar en cualquier momento. Perdió esta sublimación de sus deseos infantiles cuando la mandaron a trabajar, menospreciando así indirectamente sus cualidades maternas y negándole el derecho a identificarse con su madre. A esto se sumó el incremento de sus tendencias heterosexuales. En su despecho decidió enamorarse lo más pronto posible, para poder casarse y abandonar a su ingrata familia. A último momento desistió, sintiéndose demasiado joven, es decir, ligada a su madre. Pero persistía su conflicto. Intentó tener hijos a

su vez. Lo impedía su sentimiento de culpa y su resentimiento frente a su propia madre. Cuando Winifred dice: "Nunca permitiré que mi madre me robe a mi hijo", expresa, en el plano edípico, que no permitirá que su madre -que ya acaparó a su padre- le robe a su esposo, ligado a ella por el niño esperado. Pero, más profundamente, intenta negar su temor más grande: de que su madre, a la cual hubiera querido quitar mágicamente sus hijos, los rivales de Winifred, le haga ahora lo mismo, robándole su niño. Cuando dice: "Mi madre consiguió con sus rezos (es decir, con medios mágicos) que no tuviera mi hijo", admite, con furia y dolor impotente, que su madre logró frente a su "embarazo" lo que ella no consiguió durante su infancia: destruirle el feto mágicamente. Por lo tanto, para ella es su madre la que hizo desaparecer a su hijita.

Winifred da la misma explicación de la desaparición de su embarazo que la hallada por las mujeres de las islas Marquesas, cuando acusan a las "vehinihai" de la pérdida de sus hijos imaginarios.

En resumen, en su despecho por sentirse expulsada de su casa, en el conflicto entre su deseo naciente de tener una vida heterosexual adulta y de maternidad auténtica y su vínculo con su madre y su temor infantil a ella, Winifred elige el falso embarazo como transacción del momento. Satisface así sus deseos de maternidad sin exponerse al peligro del castigo materno de destrucción mayor, y se venga de su madre con su conducta de un embarazo ilegítimo, que le permite, además, quedarse otra vez en su casa y al lado de su madre. Finalmente se castiga y expía su culpa por sus deseos destructivos contra su madre embarazada, al aceptar ella la desilusión final de su fantasía de maternidad con la desaparición mágica de sus esperanzas cifradas en su hija.

Winifred no podía ser madre. Posiblemente protegió su integridad física conformándose con jugar a la maternidad. Pero existen transacciones mucho más autodestructivas de

conflictos psicológicos parecidos. Me refiero al embarazo extrauterino, que expone a la mujer embarazada a un peligro mortal. También en estos casos entran en conflicto un deseo de maternidad y una prohibición estricta de ésta, mantenida por sentimientos de culpa y necesidad de castigo. Tanto el deseo como la prohibición encuentran así su somatización. El primero lleva a la fecundación, mientras que la prohibición interna de seguir el embarazo pecaminoso se materializa a través de un espasmo relativo de las trompas, dando paso al espermatozoide, pero ya no al óvulo fecundado, provocando de esta manera su anidación en un órgano inadecuado. Cada día de crecimiento del óvulo acerca más a la mujer embarazada al peligro y la expone a la alternativa de muerte o renuncia a su hijo por medio de una operación peligrosa. Pude observar en varios casos que el fruto del embarazo extrauterino significaba para el inconsciente de la mujer el hijo de una relación incestuosa y sumamente prohibida, aunque en la realidad proviniese del propio marido.

No dispongo de suficiente material para dar un análisis detallado y a fondo de la situación y lamento que no exista todavía, que yo sepa, literatura psicoanalítica al respecto. Sin embargo, aun los análisis minuciosos no han podido responder hasta ahora al interrogante de por qué el mismo conflicto lleva a una mujer a la esterilidad, a otra a una compulsión a la concepción, a una tercera a la pseudociésis, y a una cuarta al embarazo extrauterino. Conocemos los conflictos, pero nos falta comprender todavía por qué una mujer recurre a determinado tipo de somatización, mientras que otra los expresa a través de mecanismos de conversión histérica o elabora su situación conflictual en un plano meramente psicológico de actuación.

A esta última situación quiero referirme ahora. Existen mujeres que, frente a la imposibilidad de realizar sus intensos deseos de ser madres, recurren al robo o a la mentira. Helene

Deutsch (l. c.) describe y analiza en su libro las causas psicológicas que llevan a algunas mujeres a robar niños pequeños. Aunque no dispongo de más detalles que los aparecidos en los diarios, intentaré analizar el fondo psicológico de una situación parecida, que conmovió algún tiempo atrás a Buenos Aires. Se trataba de lo siguiente: Un acaudalado hacendado, soltero, ya de cierta edad, denuncia a su amante de haberle hecho reconocer la paternidad de un supuesto hijo de ambos, por haber posteriormente descubierto que ella había simulado el embarazo. Había comprando el niño con anticipación, a la dueña de la clínica de partos, en que más tarde se internó con los dolorosos fines mencionados.

Los motivos de tal actuación de la mujer, que tenía una larga historia de aventuras y estafas, parecían obvios.

Llegada a los cuarenta y cuatro años, vio venir su última oportunidad: si tuviera un hijo del señor X., éste lo mantendría debidamente. Además, después de su muerte, ella se convertiría en "la madre" del único heredero de una gran fortuna. Sin embargo, leyendo con más atención la crónica policial se tiene la impresión de que Pastora de Verissimo (así se llamaba la falsa madre) obró impulsada por motivos distintos.

Ésta debe haber sido también la opinión de algunos periodistas que, para aclarar los motivos de Pastora, averiguaron diversos hechos significativos de su vida: Nunca había tenido un hijo, pero siempre vivió obsesionada por la idea de la maternidad. Joven, dejó su casa y su país. Del extranjero anunció a su madre su casamiento, para mandarle, a los diez meses, la fotografía de un supuesto hijito suyo. Hasta la muerte de su madre, que ocurrió unos años después, no volvió a su patria, pero siguió anunciándole anualmente el feliz nacimiento de otro nieto. Volvió a su país natal. Allí provocó un escándalo, acusando a un hombre casado y de posición de haberla embarazado. Se negó a una revisión médica que se le exigió para verificar el supuesto embarazo, y el asunto

quedó en la nada. Tuvo otros episodio parecidos. Se casó con un médico, pero enviudó al año. Escribió un libro, que fue todo un éxito. Se llama "El hijo de nadie" y es la exaltación del amor libre y del hijo ilegítimo, que pertenece únicamente a su madre. Ya cerca del climaterio tuvo una breve vinculación íntima con el señor X. Pronto se distanció de él, pero un tiempo después le avisó que estaba embarazada. Más tarde le pidió que fuera a verla a la clínica obstétrica de su amiga -la que le facilitó el niño- para conocer a su hijo, que acababa de nacer. X no sospechó nada en un primer momento y reconoció su paternidad. Sólo comenzó a dudar cuando encontró, escrita al dorso de la partida de nacimiento de su hijo, la siguiente leyenda, puesta por Pastora: "Hijo mío, la última y única vez que estuve con tu padre fue el último sábado del mes de abril y al día siguiente la reacción de Friedmann dio resultado positivo".

Su "hijo" había nacido a principios de noviembre. Pero, según lo escrito, Pastora lo habría concebido a fines de abril. Cuando X conoció a su hijo recién nacido en la clínica, se admiró de ver un bebé tan fuerte y sano (en realidad el niño ya había cumplido un mes). Sólo entonces se enteró de que el niño habría nacido prematuramente.

Empezó a dudar, a reconstruir hechos pasados, y poco a poco se desmoronó todo. La partera confesó, las enfermeras también, únicamente Pastora sostuvo hasta el final, y ya contra toda argumentación lógica, que el pequeño era su hijo y ella la única con derechos sobre él.

Pastora era estéril. No conozco la causa. Pero debe haber sido muy importante para ella, porque durante toda su vida trató de imaginarse y convencer a los demás de que tenía hijos.

Finalmente, ya lo había logrado.

¿Qué la llevó, entonces, a poner esa burda inscripción en el dorso de la partida de nacimiento, que le hizo perder lo adquirido y la expuso al castigo de la ley? No lo sé, pero es de suponer que haya sido el mismo factor psicológico que provocó su esterilidad física. En el argumento de su novela "El hijo de nadie", Pastora expone una fantasía infantil, que ya nos es conocida y que se encuentra con frecuencia en madres solteras. Tratan de tener un hijo sin padre para vivir con el niño a solas, como en su propia infancia hubieran deseado vivir con su madre, a solas y sin la intervención de nadie. Si Pastora no hubiera sido estéril, habría podido realizar su ideal. Así, tuvo que conformarse con expresarlo únicamente como tesis en su libro. He hablado, en la exposición teórica (Cap. II), de otro anhelo fantástico, descrito por Freud. Es el deseo preedípico de la niña de recibir un hijo de la madre o de darle uno. Pastora enviaba a su madre los retratos de sus supuestos hijos.

Aquella probablemente le contestara felicitándola, dándole consejos sobre la crianza, pidiéndole más noticias de los niños, etc. Esos niños, pues, existían únicamente para ella y su madre, nadie más sabía de ellos. Esa sería una forma de realizar, aunque en el plano de la ilusión y la mentira, la vieja fantasía del hijo recibido de la madre o regalado a ella, pero que, en todo caso, perteneciera únicamente a ellas dos.

Pastora dio un paso más en la realización de esa fantasía cuando pidió a la partera dueña de la clínica que le consiguiera un niño. Así realmente recibiría a su "hijo" de otra mujer.

Pero las dos eran pobres. Necesitaban dinero. Por eso tenían que buscarle un padre adinerado. Creo que lo que Pastora expresó en el fondo cuando buscaba un padre rico para su hijo, no era su afán de dinero, sino su resignado reconocimiento de que las mujeres no pueden tener un hijo entre ellas. Son pobres porque carecen de lo necesario para

engendrarlo, del pene. Por eso, finalmente, aunque no quieran, deben recurrir al hombre. Lo que Pastora escribió al dorso de la partida tenía varios significados.

Intentó agradar a su hijo y a sí misma, reduciendo a un mínimo -a un solo coito- la intervención del pene, desgraciadamente necesaria. Así aseguraba a su hijo que él era su único amor, y reducía en lo posible el sentimiento de odio celoso frente a los padres unidos sexualmente -que ella, de niña, debe de haber experimentado con violencia, para temer tanto que surgiera en su "hijo". Ella debe de haber exigido a su madre una renuncia total al hombre, porque, al confesar a su hijo en la partida de nacimiento su unión sexual con un hombre, lo hacía en tal forma que se entregaba a la justicia, perdiendo su propio derecho a la maternidad pura. Lo expresa a través de esas palabras que más arriba denomino "su resignado reconocimiento", por el cual confiesa el fracaso de su fantasía infantil del hijo que le dio su madre. Cuando tiene que admitir frente a él que tiene padre, que no es fruto de ella y de otra mujer, ya se derrumba su querida fantasía; y ya no le importa denunciarse a sí misma y -por medio del mensaje a su hijo- hacer fracasar todo.

Probablemente haya otra causa más de su raro proceder. Pastora de Verissimo tuvo una vida desdichada.

Ha sido estéril, mitómana, aventurera. Todo eso hace suponer que su infancia no fue nada feliz. De su actuación se desprende que su padre ha estado ausente, o fue demasiado débil o rechazante como para desligarla de su madre. Su misma situación de dependencia de aquella debe de haber sido tanto el resultado de frustraciones como una fuente de odio. Probablemente su sentimiento de culpa por ese odio no le permitió realizar una maternidad fraguada y la llevó a denunciarse indirectamente a la justicia, a través del torpe mensaje a su hijo, en búsqueda de castigo.

## Notas

(1) Therese Benedek, George Ham, Fred Robbins, Boris Rubenstein: "Some emotional factors in infertility" (véase Ind. Bibl.).

(2) Interrogatorio acerca de la historia clínica.

(3) Benedek y sus colaboradores comprobaron lo mismo en su artículo recién citado.

(4) Véase Ind. Bibl. Langer y Parks Odiandorena.

## Capítulo IX

## Cinco historiales psicoanalíticos de mujeres estériles

Causas típicas de esterilidad en una joven. Historiales psicoanalíticos de mujeres estériles: Silvia, Sra. Z., Sra. B., A. Nn. Factores comunes en los distintos historiales. Esquema basado en otros factores. Estudio del esquema. Historiales de mujeres infértiles. Sra. M., Olga. Esquema ampliado. Frida. Deducciones finales.

En el capítulo anterior describimos cómo la angustia impide la fecundación y hablamos de las creencias populares que ven en la esterilidad un castigo por nuestros pecados. Y aunque este enfoque ya carece de validez razonable, sigue válido para el inconsciente de la mujer estéril. ¿Cuál es, entonces, su culpa? Relataré el comienzo del psicoanálisis de una joven estéril, porque revela inmediatamente el factor típico causante de su esterilidad. En la primera consulta contó a su analista: "Cuando nos casamos, no quise tener hijos. Por suerte, mi marido compartía mi opinión. La idea de un embarazo me angustiaba mucho. Yo era muy joven. Quisimos gozar un poco de la vida antes de convertirnos en padres.

Unos años después cambiamos de idea.

Pero aunque hicimos durante los últimos cuatro años todo lo posible, yo no quedé embarazada". Detalla a continuación todos los tratamientos seguidos infructuosamente para curar su esterilidad. Dice después: "Yo soy la mayor de varios

hermanos. De niña estaba obsesionada por el temor de que mamá tuviera otro chico. De pequeña la golpeaba en el abdomen, como en un juego o por descuido. Si ella no reaccionaba, yo quedaba aliviada, pensando: /Bueno, si no cuida su vientre quiere decir que no está embarazada/. Tenía siete años cuando mamá volvió de un viaje. No la había visto durante meses. Pero en el puerto y ya desde la escollera, cuando pude reconocerla en el barco, me di cuenta de que esperaba un bebé. Efectivamente, tenía razón, mamá estaba en el cuarto mes de su último embarazo". Empezó el análisis con un atraso menstrual y en la duda de estar embarazada o no. Su primer sueño durante el tratamiento fue el siguiente: "Estoy en una bañera, que es más cerrada y con paredes más altas de lo común. Me siento muy bien. El agua es agradable, azulverdosa. Mi madre saca el tapón de la bañera. En este momento aparece en el agua un hilo de sangre y sé que me ha venido la menstruación". Se despierta, va al cuarto de baño y ve que efectivamente es así.

Vemos cómo la enferma relaciona espontáneamente su esterilidad con su temor infantil de que su madre tuviera más hijos. Tiene plena conciencia de esta relación. Sin embargo, me contó como una anécdota graciosa sus intentos de averiguar de niña si su madre estaba o no embarazada, dándole golpes en el vientre. Ahí no percibía conscientemente que había odiado a su madre embarazada y deseado destruir a los hermanos que llevaba adentro. En este odio y el temor consecutivo al castigo ya encontramos un factor básico de su esterilidad. Hablé antes de la utilización del término "culpa" en el problema de la esterilidad. El odio es la primera culpa de la persona estéril. Por eso en el primer sueño que relata la enferma, un acto de la madre que representa el castigo justo por su culpa, hace aparecer mágicamente la menstruación, es decir, la madre, como las "vehinihai" de las Marquesas, le deshace su embarazo (1).

Otro sueño que la enferma tuvo después de algunos meses de tratamiento nos revela otras causas de su esterilidad, por las cuales se siente culpable inconscientemente. Sueña que intenta diluir con leche una masa compacta para poder hacer de ella panqueques rellenos. Va añadiendo leche, y cada vez la masa parece diluirse, pero después absorbe el líquido y queda igual. En otra parte del sueño ve una mujer en un parto difícil, y a la partera amasando una masa sobre el bajo vientre de la parturienta. Este procedimiento le parece muy peligroso.

En la primera parte ella misma representa la masa, a la cual agrega leche infructuosamente. La "leche" significa "semen" en el lenguaje vulgar, y representa el esperma de su esposo.

Éste tendría que servir para embarazarla, para que la masa se convierta en panqueques rellenos. Pero ella no se ablanda. Absorbe toda la leche y se queda igual, es decir, es insaciable. Quiere gozar de la vida sexual sin consecuencias, quiere todo el cariño del esposo para sí misma, como de niña había pretendido ser hija única y tomar toda la leche de su madre, y quiere seguir siendo una niña mimada y atractiva, en lugar de deformarse y convertirse en madre. La segunda culpa de la cual se acusa inconscientemente la persona estéril es, pues, su insaciabilidad y su egoísmo infantil, ambos sentimientos consecuencia de frustraciones tempranas.

En la segunda parte del sueño aparece una mujer en un parto peligroso, y otra, la partera, que amasa sobre ella. Como ya se había visto en sueños anteriores, la partera representaba para el inconsciente de la enferma simultáneamente a su analista y a su madre. La partera amasa, para hacer tortillas. En el lunfardo porteño se llama "tortilleras" a las mujeres homosexuales. Su tercera "culpa", que le hace evitar el parto y lo convierte en demasiado peligroso, es su inconsciente fijación homosexual e infantil a su madre. Las tres cau-

sas citadas -el odio a la madre embarazada, el deseo de seguir siendo una niña mimada y la inconsciente fijación erótica a la madre- la hacen sentirse culpable y le impiden madurar y transformarse en madre a su vez.

Diferentes autores, p.e. Lewin Robbins (véase Ind. Bibl.) en "Suggestions for the psychological study of sterility in women" insisten actualmente en la necesidad de investigar las causas psicológicas de la esterilidad para distinguir en el plano psicológico y psicosomático dos tipos de mujeres estériles: La mujer infantil y la masculina, de carácter dominante, criterio que concuerda con el del endocrinólogo Marañón (véase Ind. Bibl.). Ambas padecen la insuficiencia ovárica, teniendo como base la primera una hipoplasia primitiva de la hipófisis y la segunda una hiperfunción de los parénquimas endocrinos virilógenos, que conduce a un proceso de luteinización del ovario. Nuestra enferma padecía de una leve insuficiencia ovárica que se manifestaba en su tipo físico y en frecuentes atrasos menstruales. Creo, sin embargo, que éstos y la insuficiencia eran ya consecuencia de sus problemas psicológicos. En todo caso, pertenecía al tipo infantil de mujer estéril. Pero también en mujeres que parecían virilizadas observamos que esta virilización no era sino una defensa contra la situación básica de la mujer estéril, su fijación infantil a una madre frustradora, y odiada por esta causa. Esta fijación la obliga a retener a la madre a su lado. Para eso trata de encontrar la mejor forma. Si su madre la quiere y la mima aún como a una niña indefensa, ella quedará infantil.

Si espera poder lograr más de su madre fingiendo ser varón y dominándola, se viriliza y fantasea tener un pene.

La virilización le permite, por otra parte, como ya hemos visto, eludir todos los supuestos peligros incluso en su femineidad.

Para que se mantenga en la hija una fijación intensa hacia su madre interviene generalmente otro factor importan-

te, que existía también en la historia infantil de nuestra enferma. Es la falta de un padre capaz de conquistar el amor de su hija y bastante fuerte para defenderla contra sus temores inconscientes frente a su madre.

El padre de la joven estéril era un hombre frío y totalmente absorbido por su profesión. Si no hubiera sido así, si su padre le hubiera permitido inclinarse amorosamente hacia él, la niña habría roto el vínculo frustrador y estéril que la ligaba a su madre, y más tarde hubiera podido convertirse en una mujer normal.

Veamos ahora si encontramos los mismos determinantes en varios historiales clínicos de mujeres estériles.

Primeramente daré el resumen de un caso tratado por Edith Jacobson (véase Ind. Bibl.), que sufre de graves trastornos hormonales. Ya se denotan en su aspecto físico. Silvia, de treinta y cinco años, casada, aparenta mucha menos edad. Parece extremadamente delgada y poco desarrollada.

Recurrió al tratamiento psicoanalítico por una depresión aguda que relacionó con su esterilidad. La determinación de esto parecía evidente. Desde los dieciséis años Silvia no había tenido más la menstruación, excepto algunas veces, bajo tratamientos hormonales intensos. En la época del análisis había renunciado ya desde hacía tiempo a estos tratamientos y era totalmente amenorreica. Su depresión se había desencadenado por un acontecimiento íntimamente relacionado con su esterilidad. Unos meses antes, de común acuerdo con su marido, Silvia había adoptado una criatura. Pero, al parecer, así como físicamente no podía lograr la maternidad, tampoco estaba madura para actuar de madre. Empezó a angustiarse frente al niño, a dudar si podría criarlo bien, a temer por su salud. Finalmente se enfermó y tuvo que devolver el niño a la agencia de la cual lo había tomado. A consecuencia de este fracaso cayó en una depresión aguda.

Silvia había estado en tratamiento hormonal durante años. Por su evidente trastorno glandular, su crónica falta de apetito y su debilidad, se había diagnosticado -por suerte erróneamente- una casquexia de Simmonds.

Cuando empezó su tratamiento analítico su analista le pidió que se hiciera revisar una vez más. El resultado fue el siguiente: presión 90-70, pulso 64, matriz pequeña y atrófica. La biopsia del endometrio dio células pequeñas y atróficas. El ginecólogo desaconsejaba cualquier tratamiento futuro de su esterilidad porque no veía ninguna probabilidad de éxito.

Sin embargo, Silvia empezó a cambiar físicamente desde el principio de su análisis. Engordó, sus senos se desarrollaron. Quedó embarazada en el octavo mes de su tratamiento psicoanalítico, sin haber menstruado antes.

A continuación, Edith Jacobson relata los datos de la vida de su enferma que nos hacen comprender los determinantes de su esterilidad y trastorno glandular. Silvia era la cuarta hija de ocho hermanos. Pertenecía a una familia sumamente pobre de inmigrantes judíos. Su madre era de carácter rígido y exigente, su padre más comprensivo, pero un hombre vencido por las dificultades de la vida. Además, su trabajo lo apartaba mucho de su familia. Silvia fue alimentada en forma insuficiente por su madre porque ésta no tenía bastante leche. Además, debió destetarla pronto por hallarse otra vez embarazada. Silvia tenía quince meses cuando nació Mary, su cuarta hermana. Parece que reaccionó a la llegada de su hermana con muchos celos y envidia oral. Su madre solía contar más tarde, como anécdota graciosa, que de noche dejaba siempre la mamadera preparada para Mary al lado de su cama. Silvia, cada noche, se iba gateando hasta allí y tomaba la mamadera, sin saber que su mamá la llenaba después de nuevo para su hermanita. Además, ella se negó a renunciar a su propia mamadera hasta los cinco años. La situación de miseria en que vivía la familia incitaba a cada hermano a pe-

learse continuamente con los demás para conseguir alimento suficiente y evidentemente no era propicia para que Silvia lograra superar las frustraciones orales de su primera infancia. Efectivamente, hasta el día de su casamiento, Silvia necesitaba succionar su dedo para dormirse, como una criatura. Hasta los cinco años padeció de enuresis y de crisis de pavor nocturno, durante las cuales ensuciaba los muebles con excrementos.

Evidentemente, su rivalidad con Mary la llevaba al deseo de prolongar más allá de su edad su condición de bebé.

Mary era la más fea y débil de las cinco hermanas. Sufría de estrabismo, y Silvia se sentía culpable por eso, porque temía inconscientemente haberlo ocasionado por haber robado el alimento (la mamadera) a su hermana. Cuando Silvia tenía cinco años y medio nació un hermano, el primer hijo varón de la familia, que coincidió con la época en que ingresó a un jardín de infantes.

Conoció ahí niños limpios, bien vestidos y bien alimentados. En su casa vio a su madre alimentar a su hermanito. Imaginó que a una criatura le crece el pene y resulta ser varón si la madre lo alimenta bien. Su envidia del pecho y de la mamadera se convirtió en envidia del pene. Pero no se permitía estos malos pensamientos.

Para negarlos cuidó muy bien a su hermanito. Vivió su circuncisión con sentimientos de culpa, como si le hubieran cortado un pedacito del pene para satisfacer su hostilidad y envidia. Más tarde expresaba su envidia del pene a través de fantasías ambiciosas. Se imaginaba que alcanzaría grandes éxitos que le atraerían la profunda admiración de una mujer buena y noble, que la había adoptado. Es decir, que Silvia creía que su madre podría quererla si ella fuera varón.

Por eso necesitaba un pene o éxitos, que según ella eran únicamente asequibles al hombre. Amargada por el

amor que su madre demostraba a su primer hijo varón, fantaseaba con tareas varoniles y una madre ideal que le perteneciera únicamente a ella. Expresaba su envidia del pene también en forma directa. Con sentimiento de culpa recordó en su análisis haber manejado rudamente a su hermanito, cuando tenía que cambiarle los pañales, o tocarle el pene.

A los diez años oyó que su madre decía a una vecina: "No sé por qué llaman a los hijos un regalo del cielo. Para mí son una maldición". En esta época Silvia empezó a preocuparse conscientemente por la vida sexual.

Como compartía el dormitorio con sus padres, tenía frecuentemente oportunidad de observarlos en sus relaciones genitales. Se forjó un concepto cruel y angustiante del coito, embarazo y parto. Su fijación oral la llevaba a imaginarse que la mujer se embarazaba por comer algo del pene del hombre.

En esa época la madre quedó embarazada. Silvia oscilaba entre dos posiciones opuestas: a veces quería ser varón; su envidia del pene, órgano que según sus teorías infantiles era un indicio de haber sido bien alimentado por la madre y una garantía de seguir siéndolo en el futuro, fomentaba este deseo. Otras veces envidiaba a su madre el embarazo, consecuencia, como creía, de que ésta se había alimentado de algo que su padre le había dado.

Es decir, tanto su envidia del pene como del embarazo eran, en el fondo, consecuencias de sus frustraciones orales. Silvia tenía fantasías hostiles contra su madre embarazada. Esperaba que su vientre abultado estallaría, que su madre moriría y ella se quedaría con el niño.

Nació otro varón. Por sus sentimientos de culpa y por rivalidad con su madre, lo cuidaba muy bien. Desgraciadamente, al año y medio el niño murió en un accidente. La madre reaccionó con una depresión aguda, que sólo superó por otro embarazo. Silvia, una vez más, se sintió culpable. En su aná-

lisis recordó angustiada haber sentido alivio, al par que tristeza, por la muerte de su hermano, al pensar que ahora había uno menos en casa para alimentar. Reprimió estos pensamientos y se convirtió en una niña buena, triste y sumisa.

Sobrevino su pubertad. Su menstruación era normal. Pero sus instintos recién despertados luchaban contra su sumisión a la rigidez moral y la tristeza del ambiente familiar. Se enamoró de un muchacho cristiano e insistió frente a sus familiares en estudiar y seguir una carrera universitaria. Así intentaba escapar de su casa, tan pobre y tan triste. Además, por sus estudios quería realizar sus fantasías de éxito de tipo masculino, susceptible de lograr el cariño de una madre ideal. Su familia se opuso.

Sus hermanas, que habían tenido que trabajar inmediatamente de terminar la escuela, le reprocharon su egoísmo.

Silvia siguió luchando y venció la resistencia familiar. Pero se castigó y se sometió interiormente al juicio de su familia, reduciendo a un mínimo su alimento. De esa época data su delgadez y su falta de apetito. Además, intentó reprimir su pasión prohibida por su novio cristiano. Empezó a menstruar irregularmente, hasta que, a los dos años de la menarquía, se estableció una amenorrea completa. Pero no logró vencer del todo sus instintos. Sólo cuando se entregó a su amigo su remordimiento fue tan grande que pudo renunciar a sus deseos. Rompió con él, y durante los años siguientes se dedicó únicamente al estudio, sin tener ningún trato con sus compañeros varones.

Más tarde se casó con un hombre del agrado de sus padres. Al principio de su matrimonio siguió con su labor profesional. Pero poco a poco se volvió cada vez más débil y enfermiza, convirtiendo inconscientemente a su marido en una madre cariñosa, que la cuidaba y alimentaba como si ella fuera una niña pequeña. Logró en esta forma lo que había conseguido en su infancia. Pero sus viejos deseos de tener un

pene o una profesión -para conseguir el cariño materno- o de ser madre -para conquistar a su madre, identificándose con ella- se mantenían vivos dentro de ella. Consiguió convencer a su marido de que adoptasen una criatura. Él aceptó, pero ella fracasó lamentablemente en su intento de maternidad. Fue este fracaso lo que la llevó finalmente al análisis.

Antes de intentar la comprensión de la esterilidad de Silvia, debemos analizar los dos síntomas que la provocaron orgánicamente: la inapetencia crónica y el trastorno glandular.

Edith Jacobson vio en la falta de apetito de su enferma un autocastigo por su envidia oral. Surgió por primera vez cuando quería estudiar, robando en esta forma el pan a su familia por no contribuir a su sostén con un trabajo remunerado. Le servía, además, para reprimir sus deseos sexuales, que para su inconsciente significaban deseos de comer algo prohibido. Por otra parte, su inapetencia la satisfacía también. Silvia no se atrevía a acusar a su madre por haberla alimentado mal. Pero su mismo aspecto físico lamentable era una acusación visible para todos. Finalmente, su cuerpo, delgado, sin formas, parecido al de un adolescente, correspondía a una realización parcial de su deseo de ser varón. Este mismo deseo se expresaba a través de su otro síntoma, la amenorrea, cuyas causas psicológicas eran múltiples. Silvia había envidiado y odiado a su madre embarazada, le había deseado la muerte.

Creció y se hizo mujer. Cuando ella misma estaba enamorada y ansiosa de un hijo, temía el castigo por aquellos deseos de muerte. La salida ingeniosa que encontró a este conflicto angustiante fue su amenorrea. Ésta significaba tanto escapar de su femineidad como realizar imaginativamente sus deseos de embarazo. Además, no tener la menstruación era ser como los hombres.

Más tarde, durante su matrimonio, surgieron deseos más regresivos. Ya renunciaba a su pseudovirilidad. Entonces utili-

zó la amenorrea como la inapetencia y todo su estado físico precario para poder ser una niña pequeña y mimada por el esposo-madre.

Silvia quedó encinta a los ocho meses de tratamiento, con el cual continuó hasta poco tiempo antes de su parto. Según Edith Jacobson, se había modificado lo suficiente como para lograr el embarazo y, en lo general, una mejor salud física y psíquica, pero distaba mucho aún de obtener una curación completa de sus neurosis.

Sin embargo, era tan feliz con su hija que no quiso reanudar el tratamiento.

La persistencia de sus conflictos básicos pronto se manifestó de nuevo a través de síntomas orgánicos. El parto fue fácil, pero la lactancia tuvo que interrumpirse pronto por una mastitis. La menstruación apareció en fecha normal luego del parto -la primera en muchos años- y desde entonces ambos esposos tomaron medidas anticonceptivas, a pesar de las cuales pronto quedó embarazada otra vez. Silvia se sometió a un raspaje e intensificó después sus cuidados preventivos, con el único resultado de un nuevo embarazo. Después de otro raspaje, quiso recurrir a una esterilización quirúrgica para evitar definitivamente futuros embarazos. Desistió después de una conversación acerca de ello con su analista.

Edith Jacobson llama la atención sobre esta evolución sorprendente del cuadro endocrino de su enferma, que es una demostración evidente del grado de influencia de los factores psicógenos sobre los procesos hormonales. El análisis había transformado a una estéril en una mujer hiperfétil. Esto pudo ocurrir porque no se habían solucionado los conflictos básicos de la enferma. Éstos -su envidia a la madre, que tiene muchos hijos, y su tendencia a castigarse por esta envidia-, la llevaron a lo que Helene Deutsch llama "concepción compulsiva", es decir, en este caso, a embarazarse y castigarse cada vez con un raspaje, torturándose hasta decidirse a re-

nunciar definitivamente a su femineidad por medio de la esterilización artificial. Parece que vivió en su inconsciente como un perdón de su madre la conversación con su analista, quien le desaconsejó esta medida drástica. Encontró entonces un medio menos doloroso de evitar futuros conflictos y angustias: se volvió de nuevo amenorreica y logró así ser estéril sin intervención cruenta. Al mismo tiempo empezó a trabajar de nuevo, pero no en su profesión anterior -que significaba para ella masculinidad- sino en algo que la satisfacía mucho: escribió con éxito artículos sobre psicología infantil en revistas de divulgación. Es decir, finalmente se convirtió, de una niña abandonada con muchos hermanos preferidos por la madre, en la madre ideal y comprensiva que había anhelado durante toda su vida y encontrado, parcialmente por lo menos, en su analista. Además tenía una sola hija, a la cual brindaba todo lo que ella había deseado tan fervientemente. Esta doble identificación con una madre buena y con una niña feliz -su propia hija- le permitía abandonar su rivalidad con la madre frustradora -la que tiene muchos hijos-, y sus deseos varoniles, que habían estado destinados a convertir a esta madre frustradora en tan buena y comprensiva como lo era con el hijo varón.

Relataré a continuación gran parte del historial clínico de una enferma del Dr. Cárcamo. Tanto su historia como los dos siguientes fueron publicados por nosotros en 1944 en la "Revista de Psicoanálisis", en un trabajo escrito en común con el Dr.

Cárcamo, y en forma algo más completa, en "Patología psicosomática" (véase Ind. Bibl.). Se trata de la señora Z., de treinta y cuatro años, que sufre de inseguridad en sí misma, de accesos de depresión, tristeza e impulsos suicidas. En la esfera somática, presenta constipación, que aumenta en los períodos menstruales, que son irregulares y dolorosos. Exá-

menes clínicos diversos acreditan el diagnóstico de disfunción ovárica e insuficiencia luteínica.

Al lado de una madre neurótica tuvo una niñez triste. Su hogar infantil fue teatro de frecuentes reyertas conyugales. El padre, de aspecto varonil, afectuoso, tolerante más por indiferencia que por bondad, fue una figura un tanto borrosa en las escenas familiares, desempeñando papeles de segundo orden. La vida familiar estaba regida por la madre, caprichosa, extravagante y tiránica; era la personificación de la protesta viril y de la ambivalencia. Admiraba y odiaba al hombre, acusándolo de cuantos males aquejaban a las mujeres; el embarazo figuraba entre los más intolerables.

Trató de inculcar estos sentimientos a sus hijas, comprendiendo el amor sólo como juego de burla y desquite. el nacimiento de esta hija decepcionó a la madre, que deseaba un niño. Nunca le perdonó su sexo, ni las molestias del embarazo, ni los sufrimientos del parto, anormalmente largo y dolorosos.

Además, creció un poco desgarbada, menos bella que las otras hijas, lo que aumentó el resentimiento materno y contribuyó a agravar cualquier traspié de su conducta infantil. La niña intuyó los medios de congraciarse con su madre: se convenció que ésta la odiaba por su falta de pene. Reprimió entonces su feminidad y exaltó los rasgos masculinos, expresados en una conducta independiente y en gustos varoniles.

Se hace audaz en la acción y estoica en el sufrimiento. Inconscientemente fantasea con su retorno al seno materno. El contenido de estas fantasías constituye la recuperación de la madre o su posesión violenta y sádica. Pero volviendo contra sí misma la agresividad, sufre masoquísticamente, consiguiendo en un mismo acto la satisfacción y la anulación del impulso destructivo, destrucción y salvación del objeto materno. Este mecanismo queda fijado como ulterior modelo de su carácter masoquístico. A cada intento de genitalización, ale-

amiento de la madre, seguirá una serie de fracasos y conflictos punitivos. Se siente muy feliz lejos de la madre y simultáneamente la extraña. Los fracasos y torturas morales eran el camino tortuoso de regreso a la madre.

A la incompreensión y rechazo de la madre, equivalentes al destete, se suman en su infancia el trauma de su falta de pene (castración) y sus intentos por recuperarlo. Lo expresa en recuerdos encubridores, uno de los cuales es el siguiente: Soplando por una pajita hacía pompas de jabón, cuyas gotas, al romperse aquéllas, recibía sobre su cara voluptuosamente, cerrando los ojos. El recuerdo alude a sus fantasías de castración y a prácticas masturbatorias. Las pompas son un símbolo del pene perdido y de las ideas viriles a que hubo de renunciar. Espera compensar lo perdido en la relación heterosexual, representada por la lluvia de gotas vivificantes.

Pero la pompa de jabón representa también el vientre o seno materno, que ella destruye y anhela recuperar por retorno a la madre. La enferma asocia la sensación de frescura producida por las gotas sobre su cara con el recuerdo de fuentes y lagos, es decir, con símbolos maternos. Expresa, pues, por su fantasía, la creencia de haber perdido a su madre por su falta de pene y la esperanza de poder recuperar, en su vida genital heterosexual, las gratificaciones anheladas. Sin embargo, en el fondo busca a su madre en su compañero sexual. Esto se confirma por el contenido de sus fantasías inconscientes durante el coito: son de agresión oral y de robo del pene paterno.

Efectivamente, toda su sexualidad está dominada por intensas pulsiones destructivas. Pero el análisis descubre que ella esconde detrás de su aspecto exterior viril y dominante una afectividad fina y tierna.

Llegó al matrimonio con inmadurez sexual; su protesta viril y fijación inconsciente a la madre impiden su entrega pasivo-femenina al esposo. La imagen materna continúa prohi-

biendo y frustrando todo anhelo personal legítimo. El psicoanálisis de la enferma descubre que la depresión es el resultado de conflictos internos, vividos antes con la madre y vinculados luego a su marido y al mundo exterior, cada vez que pulsiones instintivas la comprometían en un gesto de independencia, exponiéndola a la amenaza de castigo y abandono de la imagen interior de la madre frustradora. El sometimiento a ésta se lograba a costa del renunciamiento instintivo, mediante el mecanismo infantil, ahogando la rebelión y obligando a la agresión liberadora a volverse contra sí misma. Por eso tiene crisis depresivas e ideas de suicidio cuando su novio le propone fijar fecha de casamiento, episodio que se repite en renovados conflictos.

El análisis logra ponerlos al descubierto. La enferma, al ir despojándose de la exuberancia de su virilidad reactiva, empieza a desarrollar su feminidad y a modificar su carácter.

Con el despertar de su feminidad descubre también sus deseos de maternidad. Éstos son expresados al comienzo de una manera tímida y ansiosa, como temor de estar embarazada, vigilancia obsesiva de la menstruación y luego pesadillas en las que se ve con cara de idiota, aterrorizada ante las amenazas del analista, representante de la madre. Su madre solía tachar de idiotas a las mujeres que se embarazan. La frigidez desaparece, así como la constipación, los dolores e irregularidades del período. Luego sobrevienen atrasos en la menstruación, que permiten deducir la repercusión de sus deseos de ser madre sobre la función menstrual. Cuando sobreviene un atraso de dos meses, se verifica el embarazo, que continúa sin trastornos, mientras el tratamiento psicoanalítico sigue resolviendo paulatinamente la fijación materna y el sentimiento de culpa.

Veamos ahora otro historial. La señora L., de treinta y dos años de edad, se sometió al análisis exclusivamente para curar su esterilidad.

Casada hacía doce años, trató en vano de embarazarse, habiéndose sometido a todos los tratamientos ginecológicos y hormonales corrientes. El marido era perfectamente sano.

Era una mujer sensata, agradable e inteligente, conforme con su vida actual y sin trastornos sexuales. Su infancia había sido difícil. De niña se había enfermado de una poliartritis aguda, que le provocó una lesión cardíaca. Cuando acudió al análisis, su cardiopatía estaba compensada desde hacía tiempo. Pero en su infancia había sufrido por las restricciones que le imponía su estado de salud. Tenía una hermana mayor y dos hermanos varones menores. Muy joven se enamoró de un adolescente, con quien se casó más tarde. Fue feliz en su matrimonio.

Su única pena era su esterilidad, que la hacía sentirse inferior frente a otras mujeres y la llenaba de sentimientos de culpa frente a su marido, que deseaba tener un hijo.

La concepción se efectuó después de un tratamiento de nueve meses, en el cual analizó casi exclusivamente su relación con la madre. Debemos, pues, buscar la causa principal de su esterilidad en su reacción preedípica. En los primeros meses del análisis la enferma empezó a comprender la intensidad de su fijación a la madre, su gran envidia del pene y su rivalidad y celos frente a los hermanos menores.

Evidentemente, estos tres temas tenían una íntima relación entre sí.

Luego transcurrió el análisis casi hasta la concepción con cierta monotonía. Después de cada menstruación volvía la misma queja de que la madre no quiso que ella tuviera hijos, por lo tanto no tenía la culpa de su esterilidad; en parte esto era real, ya que su familia había tomado su cardiopatía como motivo para desaconsejarle un embarazo. A veces culpaba también al padre o al marido. Sin embargo, existían sueños que demostraban un sentimiento intenso de culpabili-

dad y deseos de autocastigo en relación con la madre encinta. Quedó grávida cuando comprendió que sus reproches a la madre eran en el fondo reproches que se hacía a sí misma -la madre que le prohibía embarazarse era ella, de niña, intentando mágicamente prohibir a su madre más embarazos y lográndolo las veces que su mamá abortaba-, y que ella tenía la "culpa" por el temor de abandonar su virilidad protectora y la gratificación de sus resentimientos contra su madre. Antes de darse cuenta conscientemente de su embarazo, sus sueños delataban que ella tenía algo valiosos que quería guardar y esconder a su analista. Su temor de comunicarme su embarazo era un temor a la venganza de la madre, en la cual proyectaba su propia agresividad, sentida contra ella en este estado.

En resumen, lo que impedía a la enferma quedar encinta era una fijación oral intensa a la madre, probablemente consecuencia de un destete y brusco retiro de cariño ocurridos por el nuevo embarazo de la madre y el nacimiento de un hermano menor. Esta fijación no fue nunca superada completamente.

El nacimiento de un segundo hermano hizo revivir el mismo trauma. Además, la madre se embarazaba frecuentemente, provocándose abortos. La niña debió sentir contra ella un odio intenso en esta situación. Este odio le impedía identificarse con su madre embarazada y lograr así la maternidad. Además, quiso, con su esterilidad, impedir mágicamente la vida sexual de sus padres confirmada por los embarazos maternos.

Satisfacía esta fantasía identificándose con una madre asexual, que no puede tener hijos. Para librarse de sus sentimientos de culpa, niega y proyecta su rechazo de la mujer embarazada. Dice que no es ella quien quiere prohibir a su madre la maternidad, sino que son su madre y más tarde su

analista quienes no le permiten a ella tener un hijo. Su padre aparecía poco en sus conflictos infantiles.

Era un hombre que no desempeñaba ningún papel importante en la familia.

La madre tenía que hacerlo todo, ocuparse de los hijos, de la casa y del negocio. Así quedaba poco tiempo para los hijos, que se criaron en un ambiente de frustración afectiva. El padre no les daba mucho, y aun les quitaba el cariño de la madre, durmiendo con ella y embarazándola. Por eso nuestra enferma estaba en franca rivalidad con su padre. Tanto frente a él como a sus hermanos sentía envidia del pene, que en sus sueños se simbolizaba a menudo como envidia oral. Esta envidia también le impedía embarazarse. No podía tener un hijo sin renunciar definitivamente a la esperanza de tener un pene algún día y conquistar a la madre.

Su situación psíquica cambió de aspecto desde su embarazo. Lo vivió al principio con sentimientos de culpa frente a su padre, como si le hubiera robado el pene (fantasía en la cual equiparaba por una parte el pene con el feto y por otra se acusaba de haber privado así a su madre de las relaciones sexuales con el padre). Intentó, pues, esta vez satisfacer sus deseos infantiles ya no con su esterilidad sino con su embarazo. Más tarde revivió en su análisis el pesar que le causaba abandonar a la madre. A pesar de su cardiopatía toleró bien su embarazo, y dio a luz sin complicaciones y en un buen estado psíquico. Interrumpió después su análisis, al cual recurrió de nuevo cuando, en ocasión del destete, se le produjo un estado cardíaco grave. Relataré más adelante esta situación y sus causas.

Referiré ahora el historial de la señora B. Mujer físicamente sana, de aspecto más bien viril, de treinta y cinco años de edad, casada hace doce años; se somete a un tratamiento psicoanalítico porque sufre de una grave depresión con estados de angustia, ideas de suicidio e impulsos obsesivos. Se

sentía compulsada a matar a sus familiares y especialmente a dos sobrinas que convivían con ella. Nunca había estado embarazada, a pesar de haber seguido varios tratamientos, que abandonó algunos años antes de empezar su tratamiento analítico conmigo.

La enferma era la séptima de once hermanos. En el análisis se reveló que había sufrido dos veces una serie de traumas casi idénticos. En su primera infancia, a los seis años, su madre, muy querida por ella, murió a consecuencia de un parto. Abandonada por la madre, ella, que era la hija preferida del padre, vuelca su amor en él. Queda defraudada cuando éste se casa, después de un año, en segundas nupcias. Por haber perdido al padre, trata de identificarse con él. Además, desplaza gran parte de su cariño sobre su hermano Juan. Más tarde se repite la misma situación traumática de su infancia: Juan se casa poco antes que ella. Y otra vez no es ella quien tiene hijos, sino su cuñada, que tiene dos partos y varios abortos.

Alicia, la cuñada, muere en circunstancias dramáticas por un aborto provocado. La enferma decide, entonces, hacerse cargo de su hermano y de sus dos sobrinas, entregándose con gran dedicación y sacrificio a educarlas.

Cuando, más tarde, se entera que su hermano tiene una amante, trata de esquivarla, como hizo antes con la madrastra. Además, es ella el hombre de la casa, maneja todo y domina al marido y al hermano. Algunos años más tarde, Cuando María, la mujer de su hermano menor, queda encinta, la paciente tiene una breve amenorrea. Poco tiempo después empieza su melancolía, que llega a un punto culminante en la época del parto de María.

El sentimiento más evidente que la enferma demostró en la primera fase de análisis fue el odio. Odio consciente contra Alicia, su cuñada muerta, y odio mal reprimido contra su madre.

Transfirió este odio sobre mí. Además, en las sobrinas, que había adoptado, y en mis hijos, odiaba a sus hermanos menores. Tenía fantasías de matar a las niñas o de matarme, de robarme mis hijos y torturarlos, etc.

Simultáneamente no se perdonaba este odio. Por eso se atormentaba con autorreproches melancólicos y tenía ideas de suicidio. Éstas representaban deseos agresivos, dirigidos contra la madre introyectada. De niña había estado muy apegada a ésta. Sin embargo, Cuando la madre murió en el puerperio, la niña no demostró ningún pesar. Durante la primera fase de su análisis se reprochaba esta aparente indiferencia -que era el resultado de un conflicto de ambivalencia- de tipo melancólico.

Más tarde admiraba conscientemente en su madre su bondad, su complacencia con el padre, su modestia y capacidad de sufrimiento y sacrificio. Inconscientemente rechazaba todas estas cualidades como indicio de debilidad femenina. Hubiera preferido ser hombre.

En la infancia sufrió una hernia inguinal, que la molestaba en sus juegos y actividades deportivas. Sin embargo, no se decidió a separarse de su hernia, que describió con las siguientes palabras: "Me avergonzaba desnudarme delante de otras mujeres, porque me sentía muy distinta a ellas. Tenía un bulto cerca de mis genitales". El "bulto" representaba para su inconsciente un pene escondido, que tal vez algún día podría salir, convirtiéndola en hombre. Solamente ya de novia, poco tiempo antes de casarse, renunció a él y se decidió a la operación.

Siempre había seguido una conducta más bien viril. Muy activa, capaz y enérgica, era el "hombre" de la casa.

En su vida sexual, más bien frígida, su placer aumentaba adoptando la posición masculina. Sin embargo, Durante su depresión, parece haber abandonado su papel viril. No com-

prende cómo pudo ser antes tan independiente. Conscientemente desea con ansiedad quedar embarazada. Habla a menudo de someterse a otro tratamiento ginecológico, de que un hijo propio sería su salvación, etc. Pero siempre asocia parto con muerte. En un lapso significativo, confunde la Natividad con el Viernes Santo, sosteniendo que Jesús murió el 24 de diciembre, y asocia la muerte del hijo con la posible muerte de la madre. A menudo me pregunta, con mucha insistencia, si el tratamiento psicoanalítico podría cura su esterilidad. Teme que yo, representante de su superyó materno, le exija quedar encinta. Pero mientras hablaba del futuro y de su posible embarazo, su depresión iba siempre en aumento, junto con sus ideas agresivas y de suicidio. Un día fantasea: "Voy a quedar embarazada con ayuda del tratamiento, pero a pesar de ello me voy a suicidar". Cuando comprendí que quedar encinta significaba para ella introyectar a su madre y morir, matándola de nuevo, le expliqué que no existía ninguna necesidad de que ella tuviera un hijo, que muy bien podría curarse sin eso y ser una persona útil y productiva. La enferma se calmó visiblemente. Le interpreté, además, consecuentemente sus sentimientos de culpa por la muerte de su madre, su agresividad contra ésta y su temor inconsciente de morir en el parto.

Desde entonces su análisis entra en una nueva fase. La melancolía desapareció totalmente casi de un día a otro. En el análisis, la paciente empieza ahora a elaborar su fijación a su hermano Juan. Despreciada por su padre al casarse éste nuevamente, ella había desplazado sobre el hermano sus sentimientos infantiles heterosexuales, continuando con él su complejo edípico positivo. Los sentimientos de culpabilidad, originados por esa fijación, no fueron la causa directa de su depresión sino una de las razones de su esterilidad. Decía a veces en el análisis: "Si Juan se fuera de casa, entonces sí podría tener hijos". Esta idea volvía también en sus sueños.

Además, aparece en sus sueños su gran desilusión causada por Juan, al unirse éste, después de la muerte de su esposa, a otra mujer. En la enferma se repite la desilusión sufrida de niña, Cuando su padre se casó por segunda vez. Y repite también su rechazo de la feminidad. En su adolescencia, Juan le había parecido más viril que su marido. Ahora ve que él tampoco es un verdadero hombre, que ella es mucho más activa y se desempeña mejor en la vida que él. Recuerda haber leído una vez en un diario que una mujer había cambiado de sexo por una operación. Observa que en su familia las hijas se parecen más al padre que los varones, y que valen también más que ellos. Durante su depresión se identificaba a veces con una parienta suya, que en un ataque de locura salió semidesnuda a la calle, exhibiendo sus paños manchados por la menstruación.

Posteriormente esa mujer se suicidó.

Demuestra con estas asociaciones una vez más la estrecha relación que existe para ella entre feminidad, locura y muerte. Además, la enferma vivía siempre su menstruación en forma traumática. Tenía hemorragias muy fuertes y molestas.

Ahora surgen otros recuerdos y sueños relacionados con la menstruación, y, en parte, directamente con Juan.

Como ya dije, la mujer de Juan había muerto a consecuencia de un aborto.

Por esta razón, teme que Juan, si juega un papel activo en sus relaciones, la hará menstruar, abortar y morir como la cuñada. Su fijación a Juan le trae así dos peligros: uno, de entregarse a él, y el otro, de atraer sobre sí el castigo de la madre, por querer robarle a Juan, representante del padre. El primer conflicto se soluciona provisoriamente, adoptando una actitud activa frente a Juan. Lo protege y domina, y en sus sueños lo castra. El otro problema causa una resistencia te-

naz en su análisis. En la transferencia vive su deseo de robar a la madre el padre o su pene como si quisiera robarme algo a mí, o se defiende invirtiendo la situación y sospechando que yo quiera despojarla de algo valioso. Desea interrumpir el análisis porque le parece muy caro. Asocia dinero con heces y con el pene del hermano. Sueña que me comunica haber conseguido un buen empleo; después se va, y solamente cuando ya está alejada de mi casa, se da cuenta que se ha llevado consigo a mi hijo mayor; regresa, me encuentra en el zaguán de una casa vieja y me devuelve al niño. Yo, en el zaguán, represento a su madre; el niño, mi hijo mayor, tanto a uno de los hijos de su madre como al pene de Juan o de su padre, mayor que el de su marido. La interpretación del sueño es la siguiente: Ella desea dejar su análisis, temerosa de que yo descubra sus intenciones de robo, y de sus consecuencias. Quisiera tener un buen empleo para ser poderosa (tener dinero) y desempeñar una actividad más viril, tal como en su infancia, frente a su madre, quiso usurpar el lugar del padre. Para poder realizarlo roba a la madre o a mí el pene del padre o de Juan o de mi hijo. Se ve impulsada a esta actitud viril porque no es mujer como su madre o yo, no tiene hijos.

Entonces intenta robarlos; fracasada esta solución porque al robarlos destruye a la madre y a sí misma (atribuía su enfermedad a haberse quedado con las hijas de su difunta cuñada), no le queda otra salida que renunciar del todo a su femineidad, devolver lo robado y tratar de adoptar una actitud viril. Cuando comprende que yo no le exijo separarse de Juan, su actitud hacia mí cambia. Le parezco ahora buena, pero muy débil y sumisa, como lo era también su madre. Poco a poco entra en una fase ligeramente maníaca.

Se siente muy bien y llena de actividad. Pero es muy agresiva. Por ejemplo, se pone en conflicto con los inquilinos de la casa alta, porque ellos riegan las flores de su terraza sin preocuparse de si mojan la vereda. La interpretación de su

protesta sintomática es que ella no quiere que la mojen porque no quiere ser tratada como mujer. Desea dominar a la familia y ocupar el lugar que antes tenía su padre. Sin embargo, inconscientemente duda de su capacidad y, como se pudo ver en la interpretación de un sueño biográfico, comprende que se ha enfermado por haber querido desempeñar sucesivamente el papel de su madre, de su padre, de las dos mujeres de su hermano, mientras que ahora prefiere ocupar el lugar de un cuñado, que es un poco el dictador de la familia.

Además de entrometerse en todos los asuntos familiares y de desplegar una actividad hipomaniaca, tiene otro síntoma: una gran agresividad contra las dos sobrinas que viven con ella. Al adoptar una actitud viril, su homosexualidad se refuerza. Ya no insiste tanto en que Juan siga viviendo con ellos, pero quiere quedarse con sus sobrinas. Simultáneamente, para defenderse del recrudescimiento de su homosexualidad, es muy agresiva con las niñas, que inconscientemente representan para ella también a su madre y a su cuñada. En un sueño ve a la mayor de las niñas durmiendo echada en una actitud provocativa sobre la cama de su madre. Asocia que la niña se parece ahora mucho a su cuñada muerta.

Luego tiene fantasías de haberme visto durmiendo, en la misma actitud provocativa como la de la sobrina en el sueño. En la misma época empiezan a surgir ideas agresivas contra mujeres embarazadas. Cree acordarse de mi aspecto grotesco estando encinta, a pesar de no haberme visto nunca en este estado. Le parece que sus sobrinas son muy enamoradizas a pesar de la buena educación que les ha dado, que los hijos tienen que sufrir por los pecados de los padres y que las niñas van a terminar mal. Por el material de sus ocurrencias y sueños se le pudo interpretar que ella había estado muy celosa de su cuñada encinta y que, para vengarse de su infidelidad, había adoptado a las sobrinas para pervertirlas. La enferma asimila poco a poco esta interpretación y, cuando la ha

aceptado, cambia su actitud frente a las niñas. Ya no es agresiva y las trata con cordialidad. Adopta nuevamente una actitud más pasiva. Se siente muy bien y quiere dejar el análisis, dándose por curada.

El 1º de junio tiene la menstruación. Al día siguiente se entera que su padre enfermó gravemente de una hipertrofia de la próstata. Ella no había pisado la casa paterna durante doce años porque el padre se había opuesto a su casamiento. Ahora se reconcilia con él y la madrastra. Para ella, el tumor de la próstata equivale a la castración del padre. Se comporta muy bien con los padres y también se permite por primera vez ser muy cariñosa con sus sobrinas. Una de ellas comenta: "La tía ha cambiado, no sé qué le pasa, pero es como una seda".

Al propio tiempo que su padre enferma, ella se entera que su cuñada María está encinta otra vez. Por esto no llama mayormente la atención no tener su regla a fin de junio, porque, como la he dicho, su enfermedad empezó con una amenorrea al quedar esta misma cuñada encinta por primera vez. Sin embargo, empieza poco a poco a penar en un embarazo, pero más bien rechaza esta posibilidad. En sus sueños reaparecen autorreproches y cierta ambivalencia, pero la enferma, ansiosa de dejar el análisis, se resiste a cualquier interpretación más profunda.

Algunos días después de mi propuesta de hacerse una reacción Friedmann, sueña "que está bajando apresuradamente una gran escalera y ve en un patio algunas mujeres haciendo ejercicios; ella pasa furtivamente detrás de la profesora de gimnasia". Bajar rápidamente la escalera se interpreta como terminar pronto su análisis. El edificio la hace recordar la maternidad.

Las mujeres haciendo ejercicios son mujeres en parto, y la profesora de gimnasia es el analista. Así, ella quiere entrar en la maternidad sin ser vista por mí. Finalmente se decide a

la reacción Friedmann, y en su última sesión comunica el resultado positivo.

Se despidió amistosamente. Quince días más tarde aborta. Ya repuesta, viene a verme y conversamos frente a frente. Ella confiesa que se da cuenta de haber provocado inconscientemente el aborto. Está serena y espera quedar pronto nuevamente embarazada, admitiendo que no quiso tener un hijo que hubiera sido para ella "un triunfo del análisis". Ya no quise ahondar más, pero por la revisión de sus últimos sueños parece evidente que este hijo, engendrado durante el análisis, que fue pagado por una tía, hermana de su difunta madre, significaba para ella un hijo robado a la madre. Además, por su ambivalencia, no quiso darme la satisfacción de "un triunfo del análisis". Durante los meses siguientes mantuvimos de vez en cuando conversaciones, discutiendo el porqué de su aborto. Un año después de haber dejado su análisis y, como ella misma observó, justamente en el día de mi santo quedó otra vez embarazada. Tanto este embarazo como otro, cuatro años más tarde, llegó a término sin complicaciones.

Daré todavía un breve resumen del historial clínico de la enferma. De niña, muy fijada oralmente a la madre, la odia por su infidelidad, comprobada por varios partos. Cuando muere la madre, teme ser la culpable de esta desgracia, por haberla matado mágicamente con la fuerza de su odio. Desde entonces maternidad y muerte están ligadas en su inconsciente. Sin embargo, necesita amor y se inclina en actitud femenina hacia el padre. Éste la rechaza, casándose. Se siente despreciada, e identificándose con él, adopta entonces una actitud viril.

Con esta defensa logra salvarse de la identificación peligrosa con la madre, protegerse de su castigo (la destrucción interior y muerte) y superar la desilusión sufrida por el padre. Pero su oposición todavía no es definitiva.

Mantiene una actitud de cariño femenino hacia su hermano preferido. Más tarde, a raíz de los embarazos y la muerte de su cuñada por un raspaje, repite sus vivencias infantiles con un agravante: se anima a realizar sus fantasías pecaminosas, al llevar a su hermano y a las hijas de él y de la cuñada muerta a su propia casa. Eso significa para su inconsciente haber cometido un nuevo crimen: además de haber matado de nuevo a su madre, en la figura de su cuñada, la ha despojado de su esposo -su hermano- y de sus hijos. A costa de la muerte de otra mujer ha logrado tener niños, sin correr el peligro de muerte que significa el parto. Después de tanta culpa ya su única protección contra el castigo será la esterilidad. Ante la pérdida amenazante de María, su cuñada embarazada, que es otra representante materna, y amada ambivalentemente por esta razón, la introyecta y se enferma de melancolía.

Relataré en forma muy reducida otro caso más, por cuyos datos agradezco al doctor Wencelblat. Se trata de una joven, A. N., de veintitrés años, casada desde tres años atrás, que acudió al análisis por su esterilidad, tratada infructuosamente por los diversos tratamientos ginecológicos.

Logró embarazarse durante su psicoanálisis, que permitió comprender las causas de su esterilidad. Era la segunda de cinco hermanas. Su destete fue brusco y ocurrió tempranamente, a causa de un nuevo embarazo de su madre. Cuando tenía tres años nació otro hermano más. Tuvo la menarquía a los diez años y medio. Algún tiempo después su madre quedó de nuevo encinta. Intentó abortar y tuvo que ser internada en grave estado en un sanatorio. Curó, abandonando asustada sus intentos de aborto. El embarazo terminó en un parto difícil, efectuado por una operación cesárea. A. N. estaba sola con su madre cuando empezaron los dolores del parto. A pedido de ella, le alcanzó una chata y vio con asombro que la madre la llenaba de sangre. Después del parto de

su madre, A. N. enfermó de una peritonitis y tuvo que someterse a una intervención quirúrgica.

A. N. se acordaba en su análisis cómo había celado a su padre el lugar al lado de su madre en la cama matrimonial. Además, lo quería poco. El padre ocupaba un lugar más bien secundario en la vida familiar. A. N. había desplazado sus afectos, que primitivamente dirigía hacia su padre, sobre su hermano mayor. Le gustaba jugar con él y sus compañeros a juegos masculinos. Nunca se sintió realmente femenina.

El análisis pudo aclarar cómo A.

N. inconscientemente experimentó y elaboró los acontecimientos de su infancia. Puso de manifiesto que su brusco destete la había frustrado mucho, intensificando por eso su envidia oral. Reaccionó con hostilidad hacia la madre embarazada. En ocasión del segundo embarazo y parto de su madre revivió un año más tarde la misma situación. El psicoanálisis de Silvia, la enferma de la doctora Jacobson, demostró que con motivo del nacimiento de hermanos arones ella había transformado su primitiva envidia oral, es decir, envidia porque su madre les daba el pecho, en envidia del pene. Lo mismo le ocurrió a A. N. Mientras su madre estaba embarazada, la odiaba fantaseando con destruir el feto dentro de ella. Cuando su hermano nació y la madre lo amamantaba, ella lo odiaba y lo envidiaba porque su madre le daba el pecho, desplazando después esa envidia sobre su pene. Más tarde oscilaba entre intentos de identificarse con sus hermanos, envidiándoles su sexo, o de reprimir su rivalidad, mostrándoles mucho amor. Cuando se sentía abandonada por su madre, que se dedicaba a los hermanos menores, intentó abandonarla por su parte e inclinarse cariñosamente hacia su padre, pero su indiferencia no le permitió lograr una buena vinculación con él.

Empezó entonces a reprimir sus sentimientos por él, despreciándolo y despreciando la vida genital de sus padres.

Volvió a su madre frustradora y agresiva, a la cual en lo futuro se someterá humildemente. No logró identificarse con ella, dudando de si podría ser mujer todavía, de si su madre no la habría castigado destruyendo su femineidad por sus deseos hostiles contra ella embarazada. Por dudar de su femineidad intacta, y por su temor a la venganza de su madre, se afirmó más en su posición viril, reforzando su envidia al pene; que ésta era secundaria y ella anhelaba en el fondo ser mujer, se puso de manifiesto por su tipo de reacción frente a la menarquía, reacción que por otra parte ya conocemos en otras enfermas (Ana y Berta). Relató en su análisis que la menarquía no la asustó porque su mamá ya le había explicado antes que eso iba a ocurrir. Además, la aparición de la menarquía la alegró porque significaba que ella era ya igual a su mamá, a la mucama y a las demás mujeres. Es decir, cuando comprendió que su madre la había perdonado, autorizándola a ser mujer, y que su capacidad procreativa estaba intacta, aceptó su femineidad con alivio y alegría.

Pero esta situación cambió fundamentalmente cuando su madre quedó de nuevo encinta. Cuando enfermó como consecuencia de intentos infructuosos de abortar, A. N. sintióse llena de angustia y sentimientos de culpa. Para su inconsciente, esta enfermedad significaba la realización tardía de sus malos pensamientos de antaño. Ea como si su madre hubiera intentado abortar y se hubiera dañado por habérselo ella deseado en la infancia, al odiarla por sus embarazos. El haber visto la hemorragia de su madre cuando empezaron los dolores del parto, su internación, y la noticia de que el niño había nacido por una cesárea, intensificaron su sentimiento de culpa y su temor de ser mujer. Se castigó con la peritonitis para tener, también ella, que sufrir una operación abdominal. Era la mejor forma para ella de aminorar su culpa. Se había sentido responsable de la cesárea de su madre, ahora le pasaba lo mismo, ahora también a ella le abrían el vientre. En el postoperatorio, su madre tuvo que aplicarle enemas calientes

que le provocaron intensos dolores. Su reacción fue tal que su madre solía decirle: "Con estos dolores ya hubieras podido tener dos hijos". Su castigo, aplicado por la madre, consistía, pues, en sufrir como aquélla en el parto, en correr los mismos riesgos sin la felicidad de tener un hijo y ser mujer, compensatoria del sufrimiento.

Cuando tuvo la menarquía, A. N.

la aceptó como señal de haber expirado sus agresiones infantiles contra la madre. Hubiera podido entonces renunciar a su defensa viril, porque, siendo igual a su madre y a las demás mujeres, ya no necesitaba envidiar a su padre y a sus hermanos la posesión del pene. Sabía que más tarde gozaría las gratificaciones de su sexo. Pero el embarazo accidentado de su madre hizo surgir en ella otra vez su sentimiento de culpa y los temores consiguientes.

Se castigó con la peritonitis y se refugió una vez más en su defensa viril. Dudaba de su capacidad de ser mujer; además, temía serlo porque esto significaba sufrir y ser destruida, como en realidad, pero aún más en su fantasía, le había ocurrido a su madre. Por eso se volvió estéril. Además, conviviendo con su marido sin tener hijos, ella podía negar frente a sí misma que hacía vida sexual y realizaba los mismos actos que en sus padres le habían parecido tan despreciables. Si A. N. hubiera tenido un padre fuerte y cariñoso, capaz de defenderla contra la imagen inconsciente de su madre mala y destruida, el desenlace probablemente hubiera sido distinto. Haber encontrado esa figura paterna en su analista le permitió quedar embarazada.

Veamos ahora qué puede deducirse, ya en términos generales, de todo el material clínico aportado. Para eso vuelvo al material típico de la primera sesión de una joven estéril ya dos de sus sueños (pág. 157). Lo que me impresionó durante la primera conversación con ella fue su noción intuitiva de que

la causa de su esterilidad radicaba en el conflicto con su madre.

Además, ella asocia su "obsesión por los embarazos de su madre" con su intento infantil de averiguar su estado golpeándola en el vientre. Lo contaba sin darse cuenta de que delataba así que la fuente principal de su conflicto era su resentimiento por los embarazos maternos y su agresividad contra la madre en ese estado.

En su primer sueño responsabiliza a su madre por su esterilidad. Esta acusación aparentemente irracional proviene del inconsciente y puede ser traducida a nuestro lenguaje lógico en esta forma: "Yo golpeé el vientre de mi madre embarazada para dañarla y destruir el feto; ella comprendió mis malos deseos y me prohíbe por ello embarazarme a mi vez ahora que soy adulta".

Ésta es una de las causas por las cuales la madre aparece como responsable de su esterilidad. El segundo sueño de la enferma descubre otras causas típicas más. Pone de manifiesto en su primera parte la insaciabilidad oral de la enferma (la masa que absorbe eternamente la leche) insaciabilidad que tanto puede ser consecuencia de una falta real de alimento, de una avidez interna o de la falta de cuidado cariñoso, necesario para el lactante y percibida por él en términos orales. Más tarde esta insaciabilidad se desplaza a menudo a lo genital, manifestándose en una apariencia de insaciabilidad sexual.

La segunda parte del sueño muestra la consecuencia de las frustraciones experimentadas con la madre y la ausencia de un buen padre. La inseguridad afectiva en que se halla la niña la obliga a aferrarse eróticamente a su madre, en la esperanza de retenerla y apaciguarla en esta forma.

Hay un detalle, también típico, en la historia de esta joven estéril, que ya llamó la atención de muchos investigado-

res, sin que intentasen encontrar su explicación. La joven me dijo que al principio de su matrimonio no quería tener hijos y que sólo más tarde, cuando deseaba tenerlos, comprobó su esterilidad. Efectivamente, en los historiales de muchas estériles se encuentra que al principio de su vida sexual usaron medidas preventivas diversas. Más tarde, cuando consultan ya al ginecólogo por su esterilidad, éste suele decirles: "Es lo que pasa por haber pretendido ir contra la naturaleza. Ésta no permite que se juegue con ella y ahora toma su venganza". Generalmente, la mujer acepta sumisa esta explicación; podemos aceptarla también nosotros después de haberla despojado, por una interpretación, de su aparente sentido místico.

Si sustituimos la palabra naturaleza por la de madre, ecuación simbólica que nos es bien conocida por diversos materiales, comprendemos que tanto el ginecólogo como la mujer han comprendido el problema instintivamente. La mujer estéril comprende que no puede tener hijos por haberse rebelado contra su madre. Ella no quería que su madre concibiera y tuviera hijos; ahora aquélla se venga y no permite la maternidad de su hija.

A menudo la mujer que más tarde lo hará todo para curar su esterilidad, deprimiéndose gravemente por cada nueva menstruación, pasó los primeros años de su vida sexual obsesionada por su temor a embarazarse y esperando con ansiedad la llegada puntual del período. Pareciera que para ella tanto su posible fertilidad como su esterilidad desencadenasen el mismo caudal de angustia. Eso comprueba en primer término que su capacidad procreativa presentaba dificultades a estas mujeres aún antes de poder comprobar el hecho de su esterilidad. Además, que el embarazo, aparentemente tan deseado más tarde, fue muy temido en una época anterior; lo que explicaría que, aunque más tarde la mujer conscientemente quisiera que se produzca, su inconsciente siga tratan-

do de evitarlo con todos los medios psicósomáticos a su disposición. Podemos deducir de esto que para estas enfermas el embarazo ya no es un proceso biológico destinado a terminar en un nacimiento, sino una exposición a graves sufrimientos y peligros, que pueden llevar hasta la destrucción de su feminidad o a la muerte. Si a pesar de ello se deciden a embarazarse, fracasan, y se angustian tanto por su esterilidad porque la interpretan como comprobación de haber sido ya destruidas anteriormente. Esta destrucción, justo castigo de su hostilidad infantil, las angustia como una prueba de su culpa. La mujer estéril que quiere embarazarse suele oscilar entre dos posiciones igualmente penosas: teme la menstruación como prueba de su esterilidad y culpa, y teme la falta de la regla como indicio de embarazo, es decir, de la posibilidad de tener que sufrir sólo entonces su castigo. Por eso observamos su falta de alegría cuando finalmente queda embarazada.

Hay un elemento frecuente en la historia de mujeres estériles, que falta en nuestro "historial típico", pero al que he aludido ya en páginas anteriores. Se trata de un acontecimiento trágico, ocurrido durante su infancia, que puede hacer creer a la niña en la eficacia y omnipotencia de su odio. Esto ocurrió en varias de las enfermas citadas. Silvia odiaba a sus hermanos y les envidiaba el alimento proporcionado por su madre. Su hermanito murió a raíz de un accidente trágico. Se cortó un dedo al romper su mamadera. Como sangraba mucho, su madre lo llevó al médico. Éste lo anestesió para coser la herida. El niño murió durante la anestesia. Es decir, murió por haber tomado la mamadera que Silvia le envidiaba. La señora L., siendo niña, enfermó de artritis y tuvo una cardiopatía. Cuando, más tarde, oyó decir a sus padres que por su corazón enfermo nunca debiera casarse y menos aún tener hijos, sintió que su hostilidad contra la madre, que tenía vida sexual e hijos, debió haber sido muy grande y peligrosa para

que Dios (representante de sus padres) la castigara en tal forma.

La señora B., de niña, odiaba inconscientemente a su madre por sus embarazos; ésta murió al nacer un undécimo hijo. El niño, privado de su madre, murió pocos meses después. A.

N. había deseado en su infancia que su madre abortara o muriera antes que diera a luz nuevos hermanos. Más tarde, cuando ella era púber, y su madre casi muere por haber intentado abortar y tuvo después un parto difícilísimo, efectuado por una cesárea, la niña se sintió responsable.

Hemos observado, pues, en los casos de mujeres estériles cuyos historiales tuvimos a nuestra disposición, la existencia de ciertos factores típicos. Aunque pueda parecer aventurado generalizar con un material clínico tan reducido, expondré lo observado como típico en un esquema, que desde luego estará sujeto a toda modificación ulterior proveniente de nuevos conocimientos en esta materia (3).

### Esquema

-Constelación familiar. Madre, figura central. Padre, figura secundaria.

Silvia: sí Sra. Z: sí Sra. L: sí Sra B: sí A. N.: sí - Frustración durante etapa oral...

Silvia: sí Sra. Z: ...

Sra. L: sí Sra. B: sí A. N.: sí -en relación con nacimiento de hermanos menores.

Silvia: sí Sra. Z: ...

Sra. L: sí Sra. B: sí A. N.: sí -Odio contra madre embarazada: sí.

Silvia: sí Sra. Z: ...

Sra. L: sí Sra. B: sí A. N.: sí -Acontecimientos que hacen creer en la eficacia de este odio.

Silvia: sí Sra. Z: ...

Sra. L: sí Sra. B: sí A. N.: sí -Resultado: 1) Temer como peligrosa la identi 17369

ficación con la madre embarazada.

2) Esterilidad: Silvia: infantilismo Sra. Z: virilización Sra. L: virilización Sra. B: virilización A. N.: virilización

Vemos, efectivamente, a través de este esquema una gran concordancia de factores en las enfermas. Todas tienen determinada constelación familiar: la madre es la figura central, el padre tiene relativamente poca importancia para ellas. Sin embargo, esta misma constelación la encontramos también en la mayoría de los neuróticos y psicóticos. Eso es fácil de comprender. El niño pequeño depende totalmente de su madre. Ella es el único objeto de su amor. Pero esta misma dependencia y las frustraciones que ha de sufrir por ella determinan también que ella concentre sobre sí todo su oído y su angustia consecutiva. Si en la primera infancia el niño tiene un padre capaz de convertirse en otro objeto igualmente importante, le será mucho más fácil independizarse de su madre y manejar sus sentimientos y ansiedades. Si carece de tal padre y otro objeto sustitutivo, no logrará librarse de tal dependencia y más tarde se transformará en un neurótico.

Veamos la segunda serie: efectivamente, todas nuestras enfermas habían sido frustradas durante la etapa oral, es decir, durante el primer año de su vida. Este factor es ya más específico para el cuadro de esterilidad, Aunque se encuentra también con frecuencia en otros trastornos. En cuatro de ellas

esta frustración provenía de un destete brusco, determinado por un nuevo embarazo de su madre. Pero al hablar de frustración en la etapa oral no me refiero únicamente a una alimentación inadecuada. Ésta puede ser, desde el punto de vista pediátrico, muy adecuada, y el niño sentirse frustrado. Probablemente, el lactante sienta también toda falta de cariño y las más diversas molestias en el plano oral como hambre. Esto provoca su odio contra la madre frustradora y su deseo de succionarla, vaciarla y quitarle a la fuerza el contenido negado de su cuerpo. Estas fantasías inconscientes pueden llevar más tarde a la niña a creer que su madre, en justa venganza, la haya vaciado y privado así de su capacidad de tener hijos.

Por otra parte, puede causar temor de embarazarse a la mujer ya adulta. En su inconsciente teme que ahora su madre podría privarla del contenido valioso de su propio cuerpo, representado por el niño. En cuatro de nuestras enfermas la frustración oral y el odio consecutivo se ligaban, además, directamente con la idea de la madre embarazada, por el hecho del destete debido a la gravidez de aquélla. Su odio contra la madre se había reforzado y había causado su envidia contra los hermanos cuando observaban que la madre los alimentaba. En una de nuestras enfermas, la señora Z., faltaba ese factor, por lo cual, al parecer, no podría hablarse de odio contra la madre embarazada, ya que ella era su hija menor. Sin embargo, Helene Deutsch (l. c.) sostiene que a menudo precisamente la hija menor vive en el temor y en la obsesión continuos de que su madre podría estar embarazada y cree, si no nace otro hermano, haberlo impedido mágicamente por la violencia de sus malos deseos. Este concepto es válido para la señora Z., cuya madre vivía, además, despreciando a su propio sexo obsesionada por la idea de un embarazo. Acontecimientos trágicos en relación con la maternidad de la madre intervienen como factor fundamental para crear un obstáculo serio que impide a la hija la identificación con su madre

justo en sus funciones maternas. Le hacen creer en la eficacia de su envidia, sus celos y su odio y en la debilidad e inutilidad de su amor y deseo de reparación. Así la maternidad se vuelve extremadamente peligrosa para ella, haciéndola temer, si se expone, a sufrir, como castigo, un destino igual o peor que el de la madre.

En la última serie del esquema he situado lo que podría llamarse "el infantilismo o la virilización" de las enfermas. Excluyendo el caso de Silvia, que presentaba un infantilismo hormonal evidente, los términos se refieren prevalentemente a actitudes caracterológicas de las enfermas. Hubiera omitido esta serie si en la literatura respectiva no se insistiera tanto sobre este aspecto, tomándolo erróneamente como causa de la esterilidad. La niña púber no queda infantil, ni se viriliza, volviéndose más tarde estéril por este motivo sino para protegerse contra los peligros que la fertilidad entraña para ella. También se viriliza si teme no poder ya ser mujer. Finalmente, he hablado de su dificultad de identificación con la madre. Entonces elige otra forma de acercarse a ella; quedará niña o intentará transformarse parcialmente en varón, según crea poder retenerla o conquistarla mejor.

Las causas que pueden haber provocado la esterilidad de estas enfermas evidentemente se encuentran también en mujeres fértiles. Pero creo que siempre causarán dificultades psicosomáticas o psicológicas a sus capacidades maternas. Relataré brevemente tres historiales demostrativos al respecto para incluirlos en nuestro esquema.

El historial de la señora M. fue publicado por Cárcamo en nuestro trabajo en común (l. c.). Era una de las mayores de una larga serie de hijas mujeres. Su madre, psicótica, sufrió un episodio melancólico después de haberla dado a luz. Por esa causa ella fue sacada de su casa y entregada primeramente a un ama de leche y después a un matrimonio amigo, sin hijos, que la trataba muy bien. Volvió a su casa cuan-

do tenía cuatro años. La madre no la quería. Se irritaba y la castigaba cuando la niña reclamaba llorando a su querida madre adoptiva. Nacieron otras hermanas. El padre era un hombre cariñoso y suave, que adoraba a su mujer y sufría por su psicosis. Se sintió desilusionado por la falta de un hijo varón. Sin embargo, trataba bien a sus hijas, teniendo una gran predilección por una sola de ellas.

La enferma quería a su padre, pero sentía que él no la apoyaba ni se preocupaba mayormente por ella. No entraré en más detalles del historial infantil, pero resumiré los accidentes de la vida procreativa de la señora M., accidentes que fueron evidentemente consecuencia psicósomática de los conflictos de su infancia. Se casó enamorada y al principio parecía que todo iba a andar bien. Al año nació una hija, más tarde otra, que por su sexo desilusionó a su madre. Unos años más tarde la señora M. se embarazó de nuevo, abortando en el cuarto mes. Esta vez hubiera sido el varón anhelado por ella y su esposo. (Parece que su sentimiento de culpa frente a su madre no le permitía superarla dando a luz un hijo varón (4)). Luego tuvo un embarazo extrauterino, sobreviniendo después de éste una amenorrea completa. A los treinta y cuatro años se le hizo el diagnóstico de menopausia precoz. Sin embargo, el análisis logró provocarle de nuevo un período menstrual, permitiéndole una elaboración de sus conflictos infantiles y mejorando su estado psicofísico en general. Pero después de esta menstruación diagnosticada como ovulación tardía, la enferma se volvió, a los cuarenta y un años, definitivamente menopáusica.

Encontramos en la enferma todos los factores traumáticos descritos anteriormente. Tampoco faltan en su historia los acontecimientos exteriores, que ella puede haber vivido con sentimiento de culpa y como castigo. Su madre la abandonó en seguida. Perdió a su nodriza y después a su querida madre adoptiva, para encontrarse con una madre fría y psicótica

que la rechazaba. Por otra parte, se enteró que su nacimiento había sido la causa de uno de los episodios de melancolía de su madre.

La enferma cuyo historial resumiré, se trató con el Dr. León Grinberg, a quien agradezco haberme facilitado los datos correspondientes. La llamaremos Olga. Era de una familia pobre. Su padre, sordo e irritable, era un hombre difícil, que afortunadamente no intervino mucho en su educación.

Su madre, mujer sufrida y amargada, la quería, pero, como tenía que trabajar en una fábrica, la atendía el mínimo estrictamente necesario para poder criarla. Dos hermanos mayores habían muerto pequeños antes que ella naciera. Su madre se embarazaba a menudo, y se provocaba abortos. Cuando la niña ya había entrado en plena pubertad, su madre le preguntó un día si quería todavía tener un hermanito, pidiendo en esta forma indirecta la autorización a su hija para seguir con un embarazo. Olga protestó violentamente. La madre se sometió a su juicio, muriendo a los treinta y siete años, poco después, a consecuencia del aborto que había provocado. Olga recurrió al análisis por un estado depresivo con compulsiones y angustias.

Estaba casada, apreciaba a su marido y tenía una hija. Posteriormente había abortado un varón. Al mes del aborto casi murió de una grave hemorragia genital. Su depresión y sus temores datan de entonces. Pero ya anteriormente había vivido obsesionada por la idea de que debería repetir exactamente el destino de su madre.

Tendría una hija viva, daría a luz a dos varones que no podrían vivir y moriría a los treinta y siete años de un aborto. Interpretó su aborto como equivalente al nacimiento de su hermano mayor, que murió pequeño. Ahora estaba aún más segura de que el destino de su madre sería el suyo también.

Por eso se protegió con una esterilidad pasajera contra los peligros de su fertilidad. Se embarazó de nuevo cuando estaba por iniciar su análisis y esperaba del tratamiento una protección mágica e inmediata contra los peligros de un embarazo. Pero al progresar éste, y todavía incapaz de liberarse de sus sentimientos de culpa infantiles, adquirió la convicción de que otra vez iba a abortar antes de llegar al cuarto mes. Consultó a su ginecólogo sobre ello, quien no encontró nada anormal. Efectivamente, próxima la fecha, empezó con pérdidas.

Hizo reposo absoluto y la medicación adecuada, pero abortó precisamente en el día previsto por ella, que correspondía a la cuarta falta de la menstruación.

Incluiré ahora esas dos enfermas en nuestro esquema, más una tercera, Frida, cuyo historial relataré después.

#### Esquema:

-Constelación familiar. Madre, figura central. Padre, figura secundaria.

Estériles: Silvia: sí Sra. Z: sí Sra. L: sí Sra B: sí A. N.: sí  
Infértiles: Sra. M.: sí Olga: sí Frida: no conoció a su madre -  
Frustración durante etapa oral...

Estériles: Silvia: sí Sra. Z: sí Sra. L: sí Sra. B: sí A. N.: sí  
Infértiles: Sra. M.: sí Olga: sí Frida: sí -en relación con nacimiento de hermanos menores.

Estériles: Silvia: sí Sra. Z: ...

Sra. L: sí Sra. B: sí A. N.: sí Infértiles: Sra. M.: ...

Olga: ...

Frida: ...

-Odio contra madre embarazada: sí.

Estériles: Silvia: sí Sra. Z: (¿) Sra. L: sí Sra. B: sí A. N.:  
sí Infértiles: Sra. M.: sí Olga: sí Frida: ...

-Acontecimientos que hacen creer en la eficacia de este odio.

Estériles: Silvia: sí Sra. Z: ...

Sra. L: sí Sra. B: sí A. N.: sí Infértiles: Sra. M.: sí Olga: sí  
Frida: al nacer ella enloqueció la madre -Resultado: 1) Temer como peligrosa la identificación con la madre embarazada.

2) Esterilidad: Infértiles: Sra. M.: Aborto espontáneo.

Embarazo extrauterino. Menopausia precoz.

Olga: Abortos espontáneos. Hemorragia grave.

Frida: Infertilidad psicológica.

-Mecanismo para mantener el resultado.

Estériles: Silvia: Infant. y virilizac.

Sra. Z: Virilización.

Sra. L: Virilización.

Sra. B: Virilización.

A.N.: Virilización.

Infértiles: Sra. M: Virilización.

Olga: Infantilismo.

Frida: Infantilismo.

Me referiré ahora al último caso incluido en el esquema, el de Frida (5). A raíz del nacimiento de Frida su madre había enloquecido de una psicosis puerperal. Hubieron de internarla en un nosocomio, del cual nunca salió. Su hija fue criada en casa de los abuelos. Tuvo una infancia difícil y triste. Cuando se casó, quiso conscientemente tener hijos. Se embarazaba

con facilidad para entrar poco después en tal estado de angustia y desesperación que los médicos, temiendo por su razón o su vida, aconsejaban la interrupción del embarazo. Esto ocurrió cuatro veces, hasta que finalmente, apoyándose en su tratamiento psicoanalítico, recién iniciado, pudo llevar un embarazo a término. Después del parto desmejoró rápidamente. Empezó a angustiarse, a deprimirse y a llenar la casa de paños de menstruación usados y bombachas manchadas de excrementos. Hubo de recurrir de nuevo al análisis, que había interrumpido prematuramente a causa del nacimiento de su hijo.

Su síntoma de locura tenía un doble sentido. Por una parte mostraba con la exhibición de su sangre menstrual que no estaba en la situación de su madre, no estaba embarazada, y por eso no necesitaba enloquecer. Por otra parte, simulaba hasta cierto punto locura y destrucción interior, exhibiendo sangre y excrementos. Los perdía para no tener que perder, como su madre, su sexo y su razón, y era como si dijera así al mundo y al destino: "Ya sé que por mi nacimiento destruí a mi madre. Pero no me castiguen más por eso, ahora que yo también soy madre.

Yo misma ya me castigué bastante, ya estoy destruida y loca, como ella".

En Frida no existe la envidia contra sus hermanos menores ni el odio contra la madre embarazada. La había perdido ya al nacer. Por eso, para ella, convertirse en madre significaba perderse a sí misma, es decir, perder la razón. Su historia nos hace comprender que, a pesar de la importancia de todos los demás factores mencionados, el mayor obstáculo para la maternidad de la hija reside en dificultades de identificación con su propia madre en su papel maternal.

Sin embargo, en modo alguno hemos de deducir del esquema presentado que toda mujer que haya pasado por episodios dramáticos en su infancia o sólo se haya sentido de-

fraudada en su vinculación con su madre por el nacimiento de un hermano menor, sea incapaz de ser una buena madre. Afirmar esto sería interpretar erróneamente y con excesivo pesimismo el material presentado. Aunque la primera infancia influye notablemente en el desarrollo futuro, también cuentan los años posteriores: un trato comprensivo y realmente bondadoso por parte de las personas que rodean al niño puede mitigar las consecuencias tanto de las primeras vivencias infantiles como de acontecimientos dañinos ocurridos durante la infancia. Además, el propio efecto traumático de las vivencias depende del comportamiento de los padres. Una madre que no prive de cariño y dedicación a su pequeña hija, aunque espere un nuevo hijo, no provocará los celos desesperados que suscitará otra, preocupada y amargada por un nuevo embarazo, que rechace a la niña sin darse cuenta a menudo de su actitud hostil.

Hasta acontecimientos trágicos, siempre que no lleven a los padres a subordinar el bienestar de sus hijos vivos y sanos a la preocupación por un hijo enfermo o a sacrificarlos al duelo insuperable por un hijo muerto, les permitirán superar la tragedia al no tener que cargar inconscientemente con toda la responsabilidad y culpa por lo ocurrido. Pero las madres de las enfermas cuyos historiales he descrito eran sumamente neuróticas y frustradoras y no había nadie bastante fuerte en el ambiente de la niña para contrarrestar eficazmente su influencia dañina.

## Notas

(1) Con esta interpretación, el sentido simbólico del sueño no queda agotado. Ella en la bañera significa tanto ella dentro de la madre -dentro de un receptáculo lleno de líquido- como una identificación típica con un feto -su hijo dentro de ella-. Así como su madre no le permitió seguir indefinidamente dentro de ella y la echó al dar a luz, tampoco le permite revivir, por un embarazo y la identificación con el feto, sus fantasías de regreso al seno materno. El sueño significaría, pues: "Mi madre no me quería, por eso me echó y no me deja tener hijos". En otra parte vimos la fantasía de regreso al seno materno como típica para personas tratadas con desamor en su infancia.

(3) Mis observaciones posteriores, hechas tanto en mi práctica privada de psicoanalista como durante mi actividad de psicoterapeuta, dirigiendo un servicio psicosomático hospitalario, comprobaron la importancia, a menudo fundamental, de los factores expuestos aquí.

(4) Observé a menudo, a través del análisis clínico de sueños de embarazadas, que la mujer percibe inconscientemente el sexo de la criatura que lleva dentro de sí.

(5) Comunicación personal del Dr.

D. Liberman.

## Capítulo X

## Embarazo y parto (1)

¿Son normales los trastornos del embarazo y parto? Sus causas psicológicas. La doble identificación de la mujer embarazada. El niño robado a la madre. Gabriela, Isabel, Lina. El instinto maternal. Resumen de las diferentes barreras psicosomáticas erigidas contra la maternidad. Manifestaciones de un conflicto frente a la maternidad: hiperémesis fravídica, estreñimiento (Gabriela), diarrea (Erica) y abortos habituales (Ana). Gratificaciones del embarazo. El concepto sobre el parto en nuestra sociedad. "Anxiety in pregnancy and childbirth". Conclusiones. Angustia frente al parto. Pérdida del niño. El parto bajo anestésicos. "Childbirth without fear". Preparación psicoprofiláctica para el parto sin dolor: interpretación y conclusiones.

El embarazo y parto constituyen un episodio normal de la vida procreativa femenina, por lo que podría suponerse que transcurren en la mujer sana sin mayores molestias. Pero, en realidad, en nuestra sociedad hasta hace poco no ocurría así, sino por el contrario, los trastornos del embarazo, los dolores, dificultades y angustias del parto son tan frecuentes que se los consideraba como fenómenos normales y casi inevitables. Sin embargo, un examen psicológico más profundo nos revela que estos trastornos provienen de conflictos psicológicos y de identificaciones con otras mujeres ya trastornadas en su feminidad.

Margaret Mead (2), por sus estudios antropológicos comparados de diferentes sociedades, llegó a la conclusión de que cada una de éstas tiene sus preconceptos frente a las funciones procreativas de la mujer, preconceptos a los cuales la mayoría de ellas se adapta. En las sociedades que consideran que el embarazo debe estar acompañado de náuseas y el parto de dolores y peligros, la mayoría de las mujeres embarazadas sufre efectivamente de estados nauseosos y tiene partos difíciles, mientras que en otras sociedades que no rodean de peligros y tabús a la mujer en este estado, los embarazos y partos suelen transcurrir con facilidad y sin mayores incidentes. ¿Cómo puede explicarse fenómeno aparentemente tan extraño? Es fácil, si tenemos presente lo dicho anteriormente sobre la identificación de la mujer con su madre en sus funciones maternas. Grantly Dick Read expone en "Childbirth without fear" (véase Ind. Bibl.), su observación de que mujeres criadas en un ambiente y por madres que describían la experiencia del parto como muy angustiosa y llena de dolor, solían tener partos difíciles, mientras que pudo comprobar en mujeres que daban a luz con facilidad el haberse educado en un ambiente de enfoque opuesto. La escuela reflexológica dedicada al parto sin dolor (véase Ind. Bibl. A.

Baner) sostiene lo mismo. Lo que Margaret Mead observó en distintas sociedades ocurre, pues, también con respecto a círculos mucho más reducidos. Hay familias en las que las hijas, siguiendo los conceptos de sus madres, temen poco el embarazo y parto y, efectivamente, sufren entonces menos en este caso que en otras familias donde las niñas se educan en el temor de su feminidad por las quejas y temores que oyen expresadas a sus madres al respecto. Aunque existan estas diferencias, pertenecemos a una sociedad que, por lo general, ve en todas las funciones femeninas algo doloroso y lleno de peligros. Por eso también, por ejemplo, la primera visión que Freud tuvo de los procesos psicológicos que acom-

pañan a la menarquía fue que la niña la vive como un proceso de castración. Sin embargo, aunque la actitud de cada mujer frente a su feminidad depende hasta cierto punto de la actitud del ambiente que la rodeó en su infancia, intervienen además factores mucho más personales que condicionan su conducta ulterior. Esto nos explica por qué en la misma sociedad, y hasta en el mismo reducido círculo familiar, cada mujer desarrolla un caudal de angustia y de trastornos distinto frente al embarazo y al parto.

Dije que nuestra sociedad acepta como prácticamente normales las dificultades del embarazo y del parto.

Sin embargo, últimamente un número siempre creciente de investigaciones dentro y fuera del análisis comprobaron que estas dificultades son la consecuencia de conflictos psicológicos y, por eso, accesibles a medios psicoterapéuticos.

Más adelante hablaré de Read y de los reflexólogos. Por el momento mencionaré solamente algunas observaciones de enfoque estrictamente psicoterapéutico: Flanders Dunbar y R.

Squier (véase Ind. Bibl.) recomiendan que la mujer embarazada sea atendida no sólo por un médico obstétrico sino también por un especialista en medicina psicosomática, y demuestran la utilidad de este procedimiento con la exposición de material clínico.

Salerno (véase Ind. Bibl.) aporta su experiencia exitosa de doble desempeño: trataba a sus pacientes simultáneamente como ginecólogo y psicoterapeuta, pudiendo lograr, p. e., que una enferma, después de haber abortado o alumbrado prematuramente doce veces, lograra llevar un embarazo a feliz término. Pude observar en el hospital que conversaciones psicoterapéuticas breves (30 minutos) una vez por semana mantenidas durante toda la duración del embarazo, bastaban para que éste transcurriera satisfactoriamente, en mujeres

que habían sufrido de diferentes trastornos y especialmente de abortos espontáneos en embarazos anteriores.

Las causas de trastornos del embarazo que se descubren en una investigación psicológica pueden ser múltiples. Pero siempre la aparición de los trastornos significa un rechazo del niño, rechazo provocado a menudo por circunstancias económicas adversas, sociales, por desamor al marido, etc. Por ejemplo, tres autores norteamericanos (3) realizaron un estudio estadístico durante la última guerra, investigando en un ambiente social y económico sumamente pobre las ansiedades provocadas por el embarazo y parto en 27 primerizas. Parte de las mujeres embarazadas eran solteras, otras habían sido abandonadas por sus esposos, otras vivían separadas de sus maridos porque éstos estaban en el frente de guerra. Casi ninguna disponía de un hogar propio y de cierta seguridad económica para ella y su futuro hijo. Estas circunstancias influían visiblemente en los trastornos y ansiedades del embarazo. Sin embargo, aun en este ambiente había mujeres que aceptaban y toleraban muy bien su embarazo. Los autores las denominan personalidades más maduras, y destacan que provenían de hogares, aunque pobres, afectivamente bien estabilizados. Pero en la mayoría de los casos, la situación económica difícil ya había trastornado la infancia de las enfermas y les había robado la seguridad afectiva de la cual tanto necesita el niño. Como consecuencia de esta situación, ya adultas, no fueron capaces de encontrar un compañero adecuado que les garantizara el mínimo de estabilidad exterior que necesitaban para poder aceptar bien su embarazo. Vemos, pues, la interacción entre factores económicos y afectivos y, nuevamente, la repetición por parte de la mujer adulta de su situación infantil. Durante el embarazo y parto repite especialmente su relación primitiva con su propia madre. Este hecho ha sido observado a fondo en tratamientos psicoanalíticos. Helene Deutsch (l. c.) lo interpreta como consecuencia de una doble identificación. La mujer encinta se

identifica con el feto, reviviendo así su propia vida intrauterina. (Esta identificación pudo observarse, por ejemplo, en el sueño de la joven estéril, descrito en la pág.

157). Además, el feto representa para el inconsciente de la mujer embarazada a su propia madre y especialmente a su superyó materno, y así su relación ambivalente con la madre es revivida con su hijo futuro. Pero, según pudimos observar, el feto puede adquirir otras representaciones más para la mujer. La más frecuente es la de algo robado a la madre. Este algo puede ser tanto un hijo que pertenece a la madre, como el pene del padre que la madre lleva dentro. Volvemos, pues, a encontrarnos otra vez con las fantasías tempranas e inconscientes de la niña, de haber despojado a su madre de los contenidos valiosos de su cuerpo (Melanie Klein). La reagudización de estas fantasías durante el embarazo y el parto es la causa de múltiples angustias y trastornos somáticos.

Para ilustrarnos recurriré al material de enfermas que ya presenté en capítulos anteriores. Hablaré nuevamente de Gabriela, la joven brasileña que temía la desfloración; de Ana, que necesita sufrir fracasos en cada etapa procreativa para poder dar un paso adelante; de Isabel, que sentía un temor fóbico a las cucarachas, y de Lina, huérfana de madre, y expondré además en forma condensada el caso de Erica que quedó embarazada después de una psicoterapia breve.

Cuando Gabriela ya hubo superado su temor a la desfloración e iniciado su vida sexual, tuvo un retraso en su menstruación. No quiso interpretarlo como indicio de un embarazo ni enterarse de éste por medio de una revisión médica. Hablaba de abandonar su análisis y volver a su patria, y tuvo el siguiente sueño: "Está en el hotel, ocupada en arreglar su equipaje para volver a su casa. Está muy apresurada, metiendo algunas cosas que no caben bien en su valija. Se siente nerviosa porque afuera está la mucama y ella desea salir del hotel sin que la otra se dé cuenta, para no tener que darle

propina". La valija representa su útero, las cosas que no caben bien, el feto y el pene; la mucama, a su analista. Para su inconsciente, ella todavía una niña demasiado pequeña para poder embarazarse y tener derecho a la maternidad. Por eso, su útero aparece como una valija demasiado pequeña para contener tantas cosas: el pene del marido y el feto. En el tratamiento yo le había prometido solamente curarla de su temor a la desfloración, es decir, de darle el pene del marido. Su embarazo era algo que yo no le debía, que ella tenía que esconder ante mí para que yo no le pidiera que me lo devolviera en forma de propina. La interpretación completa del sueño sería, pues, que ella deseó con ansiedad volver a su patria sin que me enterara de su embarazo para no tener que darme la propina, es decir, algo a que tenía derecho, el hijo que me había robado. Este sueño, que expresa el temor de la joven embarazada frente a la analista-madre, por haberle robado el feto, nos recuerda otro, ya descrito. Es el sueño sobre la profesora de gimnasia (pág. 172) de la señora B., quien, cuando se había curado de su esterilidad, reaccionó en la misma forma que Gabriela. No quiso comprobar su embarazo y hasta abandonó el análisis el día en que se enteró de su reacción de Friedmann positiva.

La aparición en sueños del temor a la madre por encontrarse posiblemente embarazada, aun antes de haber confirmado clínicamente su estado, resultó ser sintomático para el desarrollo del embarazo de ambas mujeres. Me puso sobre aviso de la probabilidad de dificultades somáticas. No pude ayudar en nada a la señora B., porque dejó su análisis cuando obtuvo la confirmación de su estado. Abortó espontáneamente algunas semanas más tarde. Gabriela prosiguió su análisis, y sus trastornos y ansiedades pudieron ser resueltos analíticamente, sin una repercusión orgánica mayor.

Isabel sufría del mismo temor, que también en ella hizo peligrar el embarazo. Ella vivía de los suyos y no quería co-

municar por carta la noticia de su embarazo a su madre. Ocultó también el mayor tiempo posible su estado delante de sus compatriotas, para que no divulgasen la noticia, que en esa forma podría llegar hasta su familia. En uno de sus sueños, su mejor amiga (representante materna) se entera de su estado por una indiscreción de su marido. Entonces ella le dice furiosa: "Como tú ahora ya sabes que estoy esperando un hijo prefiero abortarlo", y sale corriendo del departamento en que se encontraba su amiga.

Ésta la persigue por las escaleras.

Éste fue el primero de toda una serie de sueños de persecución. En el sueño aparentemente desafiaba a su amiga-madre y la amenaza con abortar. Pero después se escapa, perseguida por la otra. Es decir, que su desafío es aparente. Teme que su madre, una vez enterada, pudiera quitarle el hijo, y su primera reacción de resentimiento es, entonces, la de renunciar a él abortando. Su segunda reacción es ya la fuga, para conservarlo. Algunas semanas después de este sueño un amigo, compatriota suyo, y por el cual indirectamente su familia podría enterarse de su embarazo, le hizo observar que ella estaba engordando. Esta observación la llenó de furia. Soñó en la misma noche que su hermana se estaba muriendo lastimeramente por un aborto, frente a la indiferencia de su hermano y de su madre. Ve con terror cómo su hermana, junto con la sangre, está perdiendo sus órganos internos.

A la mañana siguiente empezaron dolores uterinos que, felizmente, pudieron ser suspendidos antes de que determinaran un aborto. Esto ocurrió cuando ella estaba en el tercer mes de su embarazo. Dos meses más tarde comunicó la noticia a sus padres. Al día siguiente tuvo una ligera hemorragia.

En el primer sueño de Isabel, en que su amiga se entera de su secreto por una indiscreción de su marido, para perse-

guirla después, se condensa su situación infantil y actual y se ve la importancia de esta última para la aparición de las dificultades de embarazo. En su infancia el padre tomaba a menudo su defensa contra su madre nerviosa e irritable. Pero después se ponía siempre de acuerdo con su mujer, abandonando a la hija otra vez a la ira de aquélla. Por su situación infantil, Isabel ya estaba predispuesta para ciertos trastornos de embarazo.

Pero influyó, para que se produjesen realmente, el que su marido se ocupara poco de ella precisamente durante el embarazo, es decir, en una época en que la mujer generalmente necesita más amparo. Esto la hizo revivir su desamparo infantil por parte de su padre e intensificar su temor, ahora ya irracional, a su madre. Por esta condensación de situaciones infantiles y actuales, sus padres parecen representados en su sueño por el marido y la mejor amiga, a la cual la unía una relación llena de sentimientos muy ambivalentes.

En el segundo sueño la situación traumática infantil aparece todavía con más claridad. Pero nuevamente surge en función de su conflicto actual, de la indiferencia de su marido frente a los peligros del embarazo.

Isabel, de niña, había desplazado su amor edípico del padre al hermano.

Más tarde sustituye a éste por su marido. En el sueño, su hermana representa a Isabel, y su hermano, tanto a su marido como a su padre. La indiferencia de su marido la hace revivir fantasías tempranas y masoquísticas, en que padre y madre unidos ven con indiferencia cruel cómo ella sufre el castigo por su odio y rivalidad con la madre. El castigo mismo consiste en la destrucción de su feminidad.

Como último material comprobatorio de que el feto puede simbolizar algo valioso robado a la madre, por lo cual la joven embarazada teme su venganza, describiré una crisis de

angustia que sufrió Lina ya adelantada en su embarazo. Era de noche, Lina estaba sola en casa. Tenía, en una caja de hierro, dinero que su padre le había entregado para que se lo guardara. De pronto fue presa de una ansiedad terrible. Creía oír pasos, ruidos extraños, ver sombras raras. Pensó que algo terrible había pasado. Tal vez la sirvienta había envenenado a su marido y vendría ahora con sus cómplices para forzar la caja de hierro y robar el dinero que su padre le había dado en custodia. Lina no percibía que estaba fantaseando; creía vivir una terrible realidad. El contenido de su crisis de angustia es fácil de interpretar, por cuanto sus elementos principales ya nos son conocidos por otro material analizado. Nos encontramos de nuevo con la despreocupación del joven esposo por su mujer encinta, que desencadena el estado de angustia y el resurgimiento de viejas fantasías infantiles. A la mucama la conocemos ya como representante de la madre rebajada. En su fantasía, Lina intenta disculpar a su marido. Él no la cuida porque la madre mala y envidiosa lo envenenó. Pero, ¿por qué y con qué fin? La caja de hierro cuidadosamente cerrada representa el vientre embrazado de Lina; el dinero del padre, su valioso contenido, el feto, pero simultáneamente también el pene del padre. El padre de Lina está ausente, abandonándola a sus angustias. En el inconsciente de Lina, las figuras de su padre y su marido están condensadas en una sola. Para ella su embarazo significa haber robado a la madre el pene del padre. Si éste está cerca, se siente segura. Pero en el momento en que se siente desamparada por el marido y el padre, surge su temor a la venganza de su madre muerta.

Hasta ahora he hablado de la mujer embarazada que intenta defender el feto contra la madre, la "vehinihai", que quiere quitárselo. Pero en ella frecuentemente existe también un rechazo del feto mismo. Cité antes el concepto de Helene Deutsch de la doble identificación en que la mujer encinta vive su embarazo. Si se identifica con el feto, proyecta sobre él

su propia voracidad infantil, sus deseos de la primera infancia de comer a la madre. Cuando el feto representa a su madre, cuya venganza oral teme, es experimentado como algo angustiante y destructor que ella lleva dentro. En el temor de tantas mujeres embarazadas de dar a luz un monstruo, un ser anormal, ellas expresan que juzgan sus propios deseos infantiles como monstruosos, que en sus fantasías exigentes frente a sus madres se comportaron como monstruos. En los sueños, el feto toma a veces la representación de un cangrejo (el feto las destruye con la misma crueldad y falta de consideración con que ellas querían destruir a sus madres) o de una araña (es otra representación de la niña pequeña y deseosa de succionar a la madre; o de ésta, que la sorbió en su primera infancia por medio del hambre que le hacía sentir). Lina, por ejemplo, soñaba durante su embarazo estar en el comedor de su casa paterna, al lado de su tía, ambas cubiertas de arañas chiquititas.

El miedo de dar a luz un monstruo proviene también del temor a los propios sentimientos destructivos contra el hijo, representante del marido, de uno de los padres o de un hermano, pero siempre de algo que para el inconsciente pertenece a la propia madre.

Cuando hablamos de esterilidad, expuse que la mujer puede interpretarlo como un castigo impuesto por su madre.

En contraste con eso, la mujer embarazada que teme ser destruida por el feto experimenta a menudo el embarazo como una trampa peligrosa tendida por su madre, y el mismo embarazo se convierte también en castigo. A esto la embarazada suele reaccionar con intentos semiconscientes de abortar, seguidos por un intenso sentimiento de culpa. Isabel, al principio de su embarazo, decidió andar a caballo. Sostenía que su estado era normal y que no veía por qué cuidarse. Esta actitud debía servir para despistar a su madre y esconderle su embarazo. Al mismo tiempo, andar a caballo significaba

para Isabel un intento de abortar y liberación del peligroso embarazo, tan anhelado por ella poco tiempo antes.

Realmente participó en una excursión, pero estaba sumamente angustiada porque se le impuso la idea obsesiva de que el caballo iba a tirarla, matándola. Es decir que Isabel trataba de abortar, impulsada por su angustia.

Pero ya no había salida para ella, porque si intentaba eso el destino la castigaría con algo peor, con la muerte.

La propia frustración oral que lleva al rechazo del feto suele expresarse también en una negativa desafiante de alimentarlo, que significa un diálogo tardío con la madre, como si le dijera: "¿Cómo puedes pedir que yo dé lo suficiente a mi hijo si tú no me has dado lo necesario?" Isabel expresó esto durante su embarazo en una serie de sueños en que se veía continuamente fastidiada y angustiada por tener que ofrecer comida a personas que ella no había invitado o por no poder atender bien a visitas queridas e importantes porque no disponía de los medios necesarios.

Si sólo hubiera un rechazo del hijo o si éste fuera muy intenso, el embarazo ni se produciría. Para que se produzca, pero continúe lleno de trastornos, deben existir dos tendencias opuestas que entren en conflicto. La causa fundamental por la cual la mujer desea tener un hijo es biológica. Su instinto maternal exige esta gratificación directa. Ya expuse por qué creo justificado hablar de tal instinto. Pero como el instinto sexual lleva al enamoramiento, y los enamorados satisfacen en su unión, junto con su apetito sexual, determinadas necesidades psicológicas, el instinto maternal, como parte integrante de la sexualidad femenina, gratifica a través de su realización múltiples deseos de la mujer: Desea un hijo porque esto significa recuperar a su propia madre y también porque le permite identificarse con ella. También anhela un hijo para comprobar su propia fertilidad. El deseo de un hijo puede corresponder a su deseo infantil de regalar un niño a su

padre. El feto puede representar para su inconsciente el pene anhelado. Desde luego, en su deseo de maternidad influyen también causas más conscientes o más racionales. Puede anhelar un hijo para revivir su propia infancia en él o para darle precisamente lo que ella no tuvo. Puede desear un hijo por rivalidad con las demás mujeres, o para retener a su marido o por necesidad de status o por cualquier otra causa actual. Pero, en el fondo, el deseo de la mujer de dar a luz un hijo, proviene de su necesidad psicobiológica de desarrollar todas sus capacidades latentes.

Hay mujeres que logran esta finalidad sin mayores dificultades. Y otras, las que describimos en este libro, que están en conflicto con su feminidad. Este conflicto podría formularse también como provocado por dos corrientes diferentes de fantasías inconscientes: Las primeras pertenecen a la posición esquizo-paranoide y las segundas a la posición depresiva, ambas descritas por Melanie Klein (véase Ind. Bibl., ""Some schizoid mechanisms""). Albergar el pene, el semen o el feto dentro de ella, significa entonces para la mujer haber robado algo que pertenece a la madre, significa ganarle y triunfar sobre ella.

Por eso mismo implica el peligro de castigo y de su destrucción. Entonces la salvación consiste en negarlo todo - frigidez- o en esconderse de la madre (los sueños de Gabriela, de la Sra.

B., de Isabel, etc.) o aun de desprenderse de un embarazo robado (Sra.

B. y, como veremos más adelante, Ana). Pero estos temores paranoides entran en conflicto con el deseo de reparar (posición depresiva) a través de su propio embarazo y parto feliz a la madre destruida, de devolverle lo robado a través de un hijo sano y de dar la fe de esta manera, tanto de su bondad y tolerancia, como de la bondad e integridad del propio cuerpo.

En la mujer estéril e infértil prevalecen los temores paranoides (Langer: "Sterility and Envy").

Por eso erige según su estructura personal diferentes barreras contra la incorporación del pene y del semen o el albergar el feto dentro de ella.

La barrera más superficial, a la cual la mujer que teme el embarazo puede recurrir, es la fobia a la desfloración y, cuando ésta haya sido vencida, el vaginismo.

La frigidez es otro intento de defensa, aunque de carácter fantástico.

La mujer frígida, al no sentir el acto sexual, espera eludir sus consecuencias peligrosas.

Otras recurren al trastorno hormonal, y de esta manera anulan pasajeramente su feminidad, que se ha vuelto peligrosa.

El espasmo de las trompas es la defensa más íntima y primitiva contra la fecundación. Detrás de su disfraz histérico no percibe la actitud autista de cortar toda comunicación con un mundo hostil.

La mujer estéril se embaraza impulsada por su necesidad de reparación.

Pero mientras el niño crece dentro de ella, siente que su perseguidor, que atacará desde adentro todo lo bueno que contiene, crece también (el sueño de la hija del fuego pág. 144). Impresiona a menudo la intensidad de angustia que sienten muchas mujeres al principio de un embarazo deseado conscientemente. Si la angustia se vuelve intolerable, intentarán liberarse del feto persecutorio por todos los medios a su alcance. Vi dos mujeres lograr la interrupción de sus embarazos, por indicación psiquiátrica, una tercera que logró lo mismo a través de sus vómitos incoercibles y dos que prácticamente destruyeron el embrión por la fuerza de su ansiedad.

Pero la defensa psicósomática más frecuente contra la angustia provocada por el feto que crece y crece consiste en el aborto, en la expulsión prematura del perseguidor, que ocurre a menudo, sin poder ser frenada por ninguna medida preventiva o mediación.

Pero si el conflicto frente al embarazo es menos intenso y despierta menor ansiedad, sus manifestaciones serán más inofensivas. La más frecuente es de carácter oral y consiste en náuseas, vómitos y antojos. Otro síntoma frecuente, de carácter anal, es el estreñimiento. Surge el interrogante de si la gran frecuencia de estos dos tipos de síntomas puede explicarse por los cambios fisiológicos que la mujer sufre durante su embarazo, o si las tensiones psíquicas provocadas por el embarazo tienden a descargarse por determinada conversión.

Freud llamó la atención sobre las teorías fantásticas que los niños conciben para explicar el misterio de la concepción, del embarazo y del parto.

Estas teorías están de acuerdo con las etapas libidinosas por las cuales atraviesa el niño. Más tarde sucumben a la represión, pero se mantienen inalterables en el inconsciente. La teoría más frecuente, que por lo demás se encuentra también en muchos mitos y en las creencias de pueblos primitivos, es que la mujer se embaraza por haber comido algo. Este algo simboliza generalmente el pene. Por otra parte, el niño reprime su conocimiento de la existencia de la vagina, confundíéndola con el ano. Por eso y por sus propias sensaciones y vivencias durante la defecación supone que la criatura es expulsada por el ano y la equipara a un excremento. Parece que los trastornos más frecuentes de la gestación, los vómitos y el estreñimiento, se producen por la persistencia en el inconsciente de esta fantasía infantil.

La intervención de factores psicógenos en la hiperémesis gravídica fue reconocida hace mucho tiempo. Se observó que por medio de cambios ambivalentes, de tratamientos

persuasivos, de raspajes fingidos, etc., se pueden obtener éxitos terapéuticos, poniendo así en evidencia el origen psíquico de este trastorno. Ya en 1921 Schwab consideró la hiperémesis incoercible (4) como una huelga de hambre contra el embarazo, y la muerte por hiperémesis como un suicidio. Susana Hupfer (véase Ind. Bibl.), en 1932, explica los vómitos y su contraparte, el antojo de la mujer grávida, señalando la relación inconsciente que existe entre estos trastornos y la teoría infantil de la concepción. Sostiene que, mientras la hiperémesis significa un rechazo de la gestación, en el antojo se expresa un deseo de afirmación del embarazo y una repetición simbólica de la concepción. Según Helene Deutsch (l. c.), la embarazada reacciona durante los primeros meses del embarazo frente al feto con ambivalencia oral, y trata de expulsarlo con los vómitos y reincorporarlo con los antojos.

Agregaré algo a lo expuesto por estos autores. Evidentemente, tanto los vómitos (o la náusea, que es un principio de vómito) como el antojo son expresión del conflicto de ambivalencia que el embarazo provoca en la mujer. Aunque el antojo a veces se interpreta como actitud positiva frente al feto, por expresar una necesidad de reafirmar el embarazo, esta misma necesidad ya indica la existencia de un deseo contrario, el de expulsar el feto o lo que éste representa para su inconsciente. Esta expulsión imaginaria se realiza por la boca por varias causas. Primeramente, por chocar con un deseo de proseguir con el embarazo.

Si así no fuera, el inconsciente no se conformaría con un intento de interrupción del embarazo que (excepto la hiperémesis gravídica incoercible, que obliga al médico a practicar un aborto), no tiene más valor que el de una protesta simbólica y de una descarga de tendencias negativas. Además, como lo señalaron los distintos autores, el inconsciente elige pa-

ra su protesta el tracto alimenticio por la persistencia de viejas teorías infantiles con respecto a la concepción.

Otra causa, a mi juicio, sería que las angustias de la mujer embarazada provienen en gran parte de sus frustraciones orales y de su desconfianza y resentimiento oral hacia la madre.

Además, la embarazada, en su identificación con el feto, vive una profunda regresión a la primera infancia, y por ello en sus trastornos ocurre a los mecanismos por los cuales ya el lactante rechaza lo que le es desagradable o nocivo, es decir, los vómitos y la diarrea. De esta última hablaré más adelante. También en el antojo, que es un hambre incontenible, se expresa una conducta sumamente infantil.

El rechazo oral de la embarazada se desplaza a veces también sobre otros órganos, por ejemplo, el tracto respiratorio. Observé a una mujer embarazada que tuvo en determinada situación de conflicto una tos expulsiva proveniente de una inflamación faríngea.

El análisis de este síntoma demostró que intentaba expulsar el feto por medio de la tos. Isabel, durante los primeros meses de su embarazo, pasó en su análisis por un período en que caía en un profundo silencio. Acudía puntualmente a su sesión, pero pasaba toda la hora sin decir palabra. Modificó su actitud cuando comprendimos que ella no podía hablar por representar su analista, para su inconsciente, a su madre mala, frente a la cual quería mantener el secreto de su embarazo.

Retener las palabras equivalía por eso a retener el feto, mientras que hablando, es decir, dejando escapar sus palabras, podía perder a su hijo.

Lina, ya adelantada en su embarazo, pasó por un período en que existía el peligro de un parto prematuro. Tuvo un sueño, en el cual tosía hasta eliminar pedazos de pulmón.

Durante su sueño se sentía muy culpable porque lo eliminado simbolizaba el feto. Pero aunque el rechazo del embarazo puede expresarse también por trastornos respiratorios, los síntomas digestivos son los más frecuentes.

Si el rechazo del feto es tan intenso que el síntoma oral ya no es suficiente para calmar la angustia de la embarazada, la lucha se libra a menudo en la parte terminal del intestino, con mucho mayor peligro para la prosecución del embarazo. El útero se halla íntimamente vinculado con el resto de los plexos viscerales, por lo que las variaciones tonales del sistema vagosimpático se transmiten a él por intermedio de sus conexiones neuromusculares. Gran parte de los remedios populares para provocar un aborto obran sobre el intestino, provocando cólicos y diarreas intensas y desencadenando así un estado de sobreexcitabilidad neuromuscular y de contracción de la matriz que puede desencadenar un aborto. Aun la mujer sin conocimiento teórico alguno de esta interrelación la percibe por propia experiencia, dándose cuenta que cualquier estado anormal de su intestino repercute sobre su embarazo. Además, como ya dijimos, en su inconsciente persiste la teoría de la cloaca, es decir, la idea de que el niño es dado a luz como un excremento por vía anal. Creo que ésta es la razón por la cual la diarrea es un trastorno del embarazo menos frecuente que el estreñimiento. En el nivel oral, el peligro de la expulsión del feto es muy relativo. El yo percibe esta situación y por ello permite a las tendencias inconscientes expresarse por el síntoma, así como durante el reposo les permite exteriorizarse en el sueño. En ninguno de estos casos hay peligro de que esta exteriorización tenga consecuencias graves en la realidad. Pero si su forma de mecanismos de defensa lleva a la mujer a expresar sus conflictos en el plano intestinal, la continuación de su embarazo corre peligro y tendrá que luchar para mantenerlo: se defenderá de sus tendencias hostiles de expulsión por medio del estreñimiento.

Gabriela, conscientemente, deseaba con fervor un hijo. Pero su temor constante al aborto delataba la existencia de intensas tendencias inconscientes contra un embarazo. Sufrió un fuerte estreñimiento durante las primeras semanas de su gravidez, hasta que se le hizo consciente que su constipación provenía de su deseo de retener el feto frente a un temor irracional de expulsarlo defecando, tratándolo como excremento. Su obsesión por el aborto provenía del temor de que su madre, enojada y celosa, le quitara a su hijo. Cuando analizó su estreñimiento, éste desapareció, dejando lugar a otro síntoma meramente psíquico: repentinamente se sintió incapaz de tratar a mujeres mayores, y especialmente a su mucama, que le recordaba a su madre; le tomó una antipatía invencible. Es decir, su temor a la madre ya no se expresaba en un plano psicosomático, provocándole un estreñimiento como defensa contra la diarrea, sino que apareció en forma de fobia a las mujeres que podían ser representantes de su madre.

Más claramente aún que en Gabriela, pudo observarse en Erica cómo el estreñimiento le servía de defensa contra su impulso de expulsar al feto.

Erica me había venido a ver para aclarar, a través de algunas conversaciones amistosas, si quería tener todavía un hijo. Contaba 35 años entonces. Estaba ligada, en una unión conflictual, a un hombre a quien quería mucho.

En el transcurso de sus conversaciones conmigo me describió la siguiente fantasía de masturbación que había surgido ya en su infancia y a la cual volvía a recurrir en épocas de frustración genital: dan de beber a una niña aceite de ricino; cuando quiere ir al baño lo encuentra cerrado con llave; trata de retener sus excrementos durante bastante tiempo y con mucha angustia, hasta que su necesidad es más fuerte que su dominio y defeca en los calzones. La paciente llega al orgasmo en el momento de imaginarse la defecación. Se trata de una fantasía de rebelión masoquística dirigida contra su

madre. Ésta había sido una mujer mala y fría, con exigencias muy exageradas de limpieza. La niña se vengaba en sus primeros años de las exigencias impuestas por la madre de darle un buen excremento y a la hora prevista por ella, reteniendo la materia fecal o eliminando excrementos destrozados, diarreicos y fuera del tiempo establecido. Esta conducta puede deducirse de la fantasía mencionada, en la que el aceite de ricino significa el desamor y el alimento malo que la madre obliga a aceptar a la niña y contra la que ésta se rebela.

Erica vino a verme para tratar distintos problemas personales, de los cuales el fundamental consistía en su duda acerca de tener o no un hijo, a causa de su situación económica y familiar harto complicada. Tuve la impresión de que, a pesar de todo, en el fondo ya estaba decidida a tener el niño y que sólo necesitaba mi aprobación, porque después de unas pocas conversaciones se resolvió en este sentido. Sin embargo, una vez embarazada, Erica entró en nuevos conflictos. Se enamoró del marido de su mejor amiga, inició relaciones sexuales con él, y el feto se convirtió, de algo deseado, en un obstáculo para la realización de su amor y de su unión definitiva con su amante. Podremos comprender únicamente su cambio de actitud durante el embarazo frente a su marido, al esposo de su amiga y a la maternidad, si seguimos el juego complicado de identificaciones inconscientes que Erica hizo con estos objetos. Sus dificultades primordiales con el marido provenían de que él era un representante materno para ella.

La historia de su embarazo y parto parece una nueva edición de su fantasía masturbatoria infantil. Él la embaraza, es decir, la da de beber el aceite de ricino. Después decidió ausentarse durante su embarazo, antes de la fecha normal del parto, para cumplir una misión política importante para él pero peligrosa, dejando desamparada a ella y a la criatura que iba a nacer. Traducido al plano de su fantasía masturbatoria, esto equivalía a la acción de la madre sádica, que des-

pués de haberla dado el aceite de ricino se despreocupa de la niña y cierra la puerta del baño con llave, privándola así del lugar adecuado para sus necesidades. Como veremos más adelante, ella se vengó siguiendo otra vez su fantasía. Dio a luz en forma tan apurada e inadecuada, despreciando al hijo que él le había dado, como en la fantasía emitió su excremento diarreico.

Por otra parte, también el feto significaba un sustituto materno para ella, pero un sustituto más angustiante todavía que su marido, porque su relación y convivencia con el feto era mucho más íntima que con aquél. En esta situación recurrió al marido de su amiga, como en su infancia intentó infructuosamente aferrarse a su padre.

Erica tenía cuatro años cuando estalló la primera guerra mundial. El padre hubo de partir para el frente, abandonándola a su madre mala. Ella lo quería mucho; para su mente infantil no era la guerra la que los había separado, sino su madre, celosa tanto de él como de ella, que se interponía como obstáculo a su amor infantil por su padre. Ella debe haber pensado que si su madre no existiera, su padre no la hubiera abandonado. El marido de su amiga era, pues, un representante paterno, y el feto, la madre que la separaba de la realización completa de su amor. Finalmente, ella misma, embarazada, estaba identificada también con su madre. Ésta había estado desamparada y abandonada por su marido cuando Erica era chiquita y cuando nació su hermana, cinco años menor.

Ahora Erica, al separarse de su marido, quitando el padre al hijo que iba a tener, repetía su situación familiar, castigando a la parte de su personalidad que estaba identificada con su madre y sufriendo simultáneamente el destino materno como castigo por su odio contra la madre.

La situación infantil y la actual ofrecían a Erica objetos muy inadecuados para una identificación favorable a la ma-

ternidad. Su fijación a determinada gratificación sexual infantil y pregenital determinaba la forma en la cual intentó liberarse de ésta. La vi algunas veces durante su embarazo, que, excepto un estreñimiento tenaz, no le causó ninguna dificultad. Al contrario, daba la impresión de negar su estado. Vivía absolutamente como antes; hasta el sexto mes casi no se notaba su embarazo, no se ocupaba de preparar un ajuar, etc. En el sexto mes, cuando, después de haber tomado un laxante liviano para combatir su constipación, estaba tratando de defecar, empezaron de súbito contracciones uterinas. Se le prescribió reposo absoluto y la medicación adecuada. Desde entonces empezó su lucha desesperada contra un parto prematuro, lucha que sostuvo durante algunas semanas, hasta que, repentinamente, se inició el trabajo de parto con tanta vehemencia que no pudo esperar la llegada de la partera, sino que dio a luz en menos de una media hora a una criatura apenas viable. Me llamó la atención la similitud entre su fantasía de masturbación y el desarrollo del embarazo. De su aparente indiferencia frente al embarazo, que equivalía a una negación de su estado, se deduce su duda de poder llevarlo a feliz término. Intentó, inconscientemente, salvar a su hijo, defendiéndole a través de un estreñimiento tenaz contra la repetición de su actitud infantil, que correspondía en la actualidad a un aborto. Ya vimos antes que, para su inconsciente, su marido, al dejarla embarazada, le había dado aceite de ricino. Sin embargo, mientras se estaba tratando conmigo su transferencia positiva con una figura maternal tolerante contrarrestaba esta idea del embarazo, más aún porque se sentía autorizada por mí a la maternidad. Pero una vez a solas con el marido empezó a angustiarse. Buscó refugio en el amante. Pero a la larga su angustia y rechazo del embarazo iba creciendo. A medida que aumentaba, más se acercaba a su fantasía infantil, hasta que, a consecuencia de haber tomado un laxante (y aquí vuelve la fantasía del aceite de ricino sin disfraz) estuvo a punto de tener un parto prematuro.

Empieza la lucha contra este desenlace, lucha que es comparable con la situación de la niña de su fantasía, en la que aquélla se defiende desesperadamente de la catástrofe de ensuciarse. Y Finalmente, expulsa al niño como un excremento, sin poder esperar ni la fecha normal ni siquiera su traslado al sanatorio o la llegada de la partera, en la misma forma en que la niña defeca sin poder esperar que le abran la puerta del baño. En Erica se pudo observar con toda claridad que, por sus experiencias infantiles, estaba desde un principio inclinada a deshacerse de su embarazo, y que intentó con su tenaz estreñimiento proteger a su hijo de sus tendencias de expulsión. Cuando ya no pudo mantener más la defensa de su estreñimiento, estuvo en peligro continuo de un parto prematuro, que finalmente ocurrió. La misma rapidez con que se efectuó el parto de una primeriza de treinta y cinco años llama la atención y recuerda la defecación explosiva de la niña en su fantasía.

Relataré Ahora con más detenimiento partes del historial de Ana, en quien la relación entre la diarrea y el aborto era muy evidente. Para comprenderla tenemos que remontarnos a sus primeros recuerdos infantiles.

Interpretándolos como un sueño se llega al contenido latente, que expresa en forma condensada vivencias y fantasías importantes pero reprimidas.

Uno de los primeros recuerdos de Ana era el siguiente: A los cuatro años de edad fue a visitar a su tía, y sintió un deseo vehemente de defecar.

Quiso volver a su departamento, situado en el mismo piso de la casa, pero no alcanzó a salir cuando, estando en el vestíbulo, sintió como el excremento, en forma de bastón y de consistencia dura, se le escapaba y caía sobre la alfombra colorada. Asustada, salió e intentó tocar el timbre de su departamento. Demasiado pequeña, no podía alcanzarlo. En ese momento volvió su tío a casa, y hablándole con mucho

cariño tocó el timbre. Muchos años después recordaba en forma muy vívida dos detalles de este pequeño episodio: la sensación experimentada Cuando el excremento se deslizó por su bombacha, y la vergüenza que sintió cuando se encontró con su tío y pensó: "¡Si él supiera lo que hice y cómo he dejado su casa!" Otra vivencia inolvidable ocurrió a los seis años. Tenía lindas trenzas de color castaño.

Su madre le había dicho que el peluquero se las iba a cortar un poco para que crecieran mejor. Pero la engañó.

Antes de que pudiera protestar, le había cortado la melena. Siendo adulta recordaba aún muy bien la furia sentida contra su madre y la desesperación por haberle ocurrido algo irreparable. Sentía la misma furia cuando su madre le aplicaba enemas. En cierta oportunidad, teniendo unos ocho años, causó gran hilaridad en la familia porque, en ocasión de que alguien pidiera un cortaplumas a su padre, dijo en tono despectivo: "¡Qué va tener papá un cortaplumas! Nunca lleva cosas de hombres consigo". Antes de analizar estos recuerdos debo señalar que el excremento puede tener para la niña tanto el significado de un feto como de un pene. El primer recuerdo de Ana, el de haber ensuciado la casa de su tío, significaría por lo tanto la expresión disfrazada de una fantasía en la cual habría robado el pene a su padre (representado por el tío), para tener así una relación sexual con su madre (el órgano genital de ésta queda representado por el "vestíbulo" de la casa del tío con la alfombra colorada). Se acuerda de sus sentimientos de culpa por haber cometido frente al tío un acto agresivo, un robo, y frente a la tía, un acto sucio-sexual.

En el segundo recuerdo expresa sus reproches a la madre por haberle quitado a la fuerza los excrementos y el pene (las trenzas castañas). Esta misma situación es revivida durante la aplicación de las enemas. Ya vimos en el primer fragmento de su historial que sus fantasías de ser vaciada por la madre y privada de los excrementos, el pene paterno y los

hijos, que creía haberle robado, eran el resultado de su odio oral contra ella, de su propio deseo de vaciarla y del temor al castigo correspondiente. Por sus palabras despectivas referentes a que su padre no era viril, Ana expresó su reproche de que no sabía defenderla contra su madre y que lo consideraba un ser castrado por eso y por su propia hostilidad con él. En realidad, su padre era un hombre bondadoso, pero débil y masoquístico, sometido a la mujer, que dominaba en el hogar.

Cuando Ana era una adolescente su padre enfermó de diarrea, que le sirvió de base para múltiples síntomas fóbicos. No podía ir ni a la peluquería, ni al teatro, ni viajar en ciertos vehículos por temor de que le viniera un deseo incontenible de defecar. Era el menor de tres hermanos y el único que no era universitario.

Como carecía de hijo varón, esperó siempre que su hija obtuviera un título. Por consiguiente, para ella estudiar significaba también adquirir un pene. Hasta no ingresar en la facultad, las fobias de su padre no la habían afectado; cierta vez, durante el primer año de estudios, estaba sentada en una fila posterior del aula escuchando al profesor más temible del curso, de quien corría la voz de que era un adversario acérrimo de las estudiantes mujeres. Ana sintió repentinamente una gran angustia y necesidad de defecar. Tuvo que levantarse y abandonar el aula, bajo la mirada extrañada del profesor y de sus compañeros. Desde entonces padecía de diarreas como su padre. Éstas aparecían en todas las ocasiones en que estaba por emprender algo muy deseado, pero simultáneamente temido. Por ejemplo, cuando había de encontrarse con un hombre anhelado o cuando estaba por enfrentarse con personas importantes, con autoridades, etc. El contenido de este síntoma pudo ser interpretado en la forma siguiente: en su fantasía había robado el pene del padre. Cuando se encontraba frente a alguien a quien consideraba

fuerte y capaz de conquistar a su madre, surgía el mismo deseo de robarle. Necesitaba un pene para acercarse a su padre, para defenderse de su madre, para ser varón (ya que creía no poder ser mujer), pero, muy en el fondo, para unirse a su madre, amada y odiada simultáneamente. Por su deseo de robar el pene, de castrar al hombre con quien se enfrentaba, temía represalias, se sentía culpable y quería conseguir su benevolencia, arrepintiéndose y expulsando lo robado en forma de excrementos. Obtener un título sin ser varón o conquistar a un hombre interesante significaba, pues, robar al profesor o al amante su pene.

Proyectando su agresividad sobre el objeto, se angustiaba y defecaba. Pero la defecación no tenía únicamente el sentido reparador de devolver lo robado, sino también un significado rencoroso, pues devolvía lo robado en forma desvalorizada. Ya no era el excremento duro en forma de bastón de su recuerdo infantil, sino un excremento destrozado, diarreico. Además, en su trastorno expresaba su identificación por sentimiento de culpa con su padre castrado y diarreico.

Ana deseaba siempre tener hijos, deseo que compartió con su madre. Pero siempre dudaba también de su fertilidad. Efectivamente, fue estéril al principio de su matrimonio. Después se embarazó, para abortar espontáneamente en el segundo mes. El aborto se inició con una diarrea violenta. En el sexto mes de su segundo embarazo se encontraba en una situación exterior difícil. Se planteó el problema de separarse de su futuro hijo y dejarlo por un año al cuidado de su madre.

Conscientemente estaba muy de acuerdo con sus familiares de que ésta era la mejor solución. Pero poco tiempo después de haber tomado tal decisión, empezaron contracciones uterinas y diarreas que, a pesar de toda la medicación, la llevaron a un parto prematuro con fallecimiento del niño. Unos meses más tarde se embarazó de nuevo.

Como persistía la situación anterior, quiso hacerse un raspaje. Su madre insistió en que siguiera con el embarazo. Entonces pensó: "Total, no tiene importancia. En todo caso, voy a abortar otra vez". Abortó espontáneamente en el cuarto mes. Sólo logró llevar un embarazo a término cuando la situación exterior había cambiado fundamentalmente. Vivía sola con su marido, independiente de sus padres y en una posición que le permitía sentir a su futuro hijo no como algo robado a su madre, sino adquirido a través de sacrificios y por su propio esfuerzo.

El mecanismo de sus abortos habituales era el mismo que el de su diarrea. Su reproche infantil, de que su madre la despojaba de los contenidos de su cuerpo -del pene, los excrementos y los hijos- provenía, en parte, de actitudes agresivas de su madre hacia ella, y era, en parte, la proyección de su propio deseo de hacerle eso a su madre. Ésa era la razón por la que, más tarde, el feto simbolizaba al hijo robado y a su madre. Cuando ésta le aconsejó que le dejara su criatura, Ana lo interpretó como si le reclamara el hijo robado. Se angustió y devolvió su robo en seguida. Simultáneamente, se vengó de su madre, devolviéndole hijos destrozados por el aborto.

Antes de proseguir con nuestro tema resumiré lo ya expuesto. Vimos que la mujer embarazada necesita amparo y protección, porque sufre una regresión parcial. Su estado despierta sus angustias tempranas y principalmente las ligadas a la relación con su madre. A menudo la teme porque siente al niño como robado a ella. En otros casos, se puede observar la conducta contraria, de gran apego y sometimiento a la madre. Es otra forma de elaborar el mismo problema. Las tendencias favorables y adversas al embarazo entran en conflicto y se manifiestan en el plano psicológico y psicosomático, provocando angustias y trastornos típicos. Entre estos últimos los más frecuentes son de tipo oral y anal.

La hiperémesis y el antojo significan un intento inconsciente e irracional de abortar por vía oral y la defensa contra este deseo. En la diarrea y el estreñimiento el intento de aborto y la defensa se desarrollan en el plano anal y adquieren más gravedad para la prosecución del embarazo. En el aborto real, las tendencias inconscientes hostiles al embarazo son tan fuertes que salen victoriosas, actuando sobre los órganos adecuados.

Un embarazo difícil es, pues, indicio de conflictos. Pero la ausencia de trastornos en sí no es prueba de una aceptación gozosa y libre del embarazo. Aquí se presenta el mismo planteo que con respecto a la actitud de la mujer frente a la menstruación.

La mujer normal no sufre por su regla, ni se siente inferiorizada por este estado. Pero también la mujer que se viriliza por temor a su feminidad a menudo no se resiente por la menstruación, porque logra ignorarla y la acepta porque calma sus angustias y dudas. Analizamos antes los graves conflictos que el embarazo había despertado en Erica, conflictos que llevaron al parto prematuro y casi a la muerte del niño. Sin embargo, aparte del estreñimiento, se trataba de un embarazo sumamente fácil. Erica no se sentía coartada en absoluto en sus actividades, y físicamente empezó a notarse su estado sólo cuando casi ya había llegado a su término. Es decir, que Erica, en el fondo muy angustiada por su embarazo, intentó negarlo, desplazando sus temores y dudas sobre problemas aparentemente eróticos y de enamoramiento. La rapidez de su parto, que podría parecer un desarrollo ideal de un proceso fisiológico complicado, fue la consecuencia de una situación neurótica.

Pero aunque no exista embarazo exento de angustia y conflicto, justo por el gran cambio y logro que implica, normalmente va acompañado por un gran sentimiento de felicidad.

dad. La mujer se siente serena y tranquila, identificada con su ideal de madre y con su hijo bien protegido por ella.

Vive, en este estado, la unión más íntima que pueda existir entre dos seres. Desde que nació, por primera vez no está más sola (5). Es difícil traducir en palabras esta sensación de dar y recibir amparo y amor. Recurriré a poetisas que fueron capaces de expresar lo sentido por ellas (6).

Cécile Sauvage se dirige en la siguiente forma al hijo que está esperando: Describe en una carta a su marido las sensaciones que le despierta el embarazo: "Je n.ai jamais \t si près de la vie. Je n.asi jamais si bien

""Tu m.appartiens ainsi que l.aurore á la plaine autour de toi ma vie este une chaude laine Oú tes membres frileus pousse dans le secret"" (7).

senti que je suis soeur de la terre avec les v\gltations et les séves.

Mes pieds marchent sur la terre como sur un b(te vivante" (8).

Es interesante que la novelista francesa Colette, al hablar de su embarazo, describa la misma intimidad lograda con la tierra, símbolo materno. Dice: "J.\etais reprise; comme dans mon enfance, para le besoin de dormir sur la terre, sur l.herbe, sus la terre \chauffe. Unique /envie/, saine envie" (9). Cuando Colette habla de su embarazo lo ahce con estas palabras: "Sixième, septième mois...

Premières fraises, premières roses.

Puis- je appeler ma grossesse autrement, qu.une longue f(te? On oublie les affres du terme, on n.oublie pas une longue f(te¿ unique: je n.en ai rien oublié" (10).

Pero el término del embarazo, el parto: ¿es forzoso que sea difícil y que el dolor lo vuelva insoportable, sin anestesia,

para la mujer de nuestra sociedad¿ Dar a luz está considerado en cada cultura en forma distinta, como experiencia que puede ser peligrosa o dolorosa, interesante y satisfactoria o importante, pero acompañada de ciertos riesgos. Margaret Mead (11) sostiene que este enfoque tiene poco que ver con los peligros y seguridades reales que se den a la mujer en este trance, como, por ejemplo, en nuestra sociedad, donde la estadística demuestra que los peligros del parto son mínimos. Dice: "Que el parto sea considerado como una situación en que la mujer arriesga su vida o en la cual se adquiere un hijo o un nuevo estado social o derecho al cielo, no tiene que ver con las estadísticas de mortalidad materna, sino que depende del enfoque frente al parto. El argumento de que el fondo biológico del proceso del parto influya mucho más en la conducta instintiva de la mujer que la actitud y las experiencias de su ambiente choca con la gran variedad de conceptos sobre el parto. No se puede argumentar que dar a luz sea tanto un dolor intolerable como tolerable al mismo tiempo, tanto una situación que la mujer naturalmente teme con toda su alma como una situación hacia la cual la mujer naturalmente se acerca dispuesta y feliz, tanto un peligro que tiene que ser evitado, como un cumplimiento deseado con fervor. Hay que admitir que parte de estas actitudes deben considerarse como algo adquirido, y tomando en cuenta nuestros conocimientos actuales, parece más justificado suponer que la actitud de ambos sexos frente al parto contiene elementos complejos y contradictorios, y que cada sociedad puede tomar como molde una u otra, a veces hasta una serie de actitudes opuestas entre sí".

¿Cuál es la actitud de nuestra sociedad frente al parto¿ Una corriente dominante y discutida solamente en estos últimos años considera el parto como un proceso sumamente doloroso y la misión del ginecólogo es evitar casi a toda costa ese dolor, si no quiere correr el riesgo de ser considerado como inhumano. Esperamos de la mujer embarazada que se

interne tranquila y confiadamente en una clínica de maternidad cuando sienta los primeros dolores, cediendo desde este momento toda responsabilidad y actividad a su médico partero, quien le prometió que no experimentará ningún sufrimiento. En ambientes más "progresistas" su situación va aún más allá. El partero determina cuándo debe producirse el parto, por mutua conveniencia de fechas.

Cita a la mujer al sanatorio para un día prefijado e induce el parto. El parto inducido se desarrolla en esta forma: primeramente se aplica una enema a la paciente, después una serie de inyecciones, hasta provocar el comienzo del trabajo de parto. Entonces se anestesia a la mujer, para presentarle, horas más tarde, Cuando ella despierta medio confusa, dolorida e indiferente, su hijo desconocido, bien lavado y vestido con su mejor ropa (12).

Racionalmente todo eso es hecho para proteger a la mujer contra los dolores y peligros del parto. La tendencia inconsciente propia de esta evolución de la obstetricia moderna parece ser la de despojar a la mujer en lo posible de toda participación consciente y activa en la experiencia única de dar a luz un nuevo ser, y de convertir este proceso en algo totalmente dirigido por el médico partero.

Cuando Helene Deutsch discute esto (l. c.), da una interpretación interesante para esta tendencia: menciona los deseos infantiles y reprimidos del hombre de dar a luz. Denomina a la obstetricia moderna una pieza maestra de eficacia masculina que despoja a la mujer de su participación activa en el parto, y por eso, en un plano irracional, también de su monopolismo en este campo. Sospecha que el hombre, en esta forma, sin darse cuenta induce a la mujer a su vez a penetrar cada vez más en los campos de actividad que él reclama como genuinamente masculinos, contribuyendo así a la progresiva disminución de las diferencias psicosexuales y sociales entre los seres humanos.

La nueva obstetricia tendría entonces un parentesco psicológico con la "couvade" o con ciertos ritos de iniciación de los jóvenes que se practican en muchas tribus primitivas. Estos ritos y costumbres representan una expresión por parte de los hombres de su envidia a la mujer por su capacidad procreadora de nuevos seres y un intento de sustituirla en esta función.

?Pero por qué se somete la mujer complacida a este intento? La mujer que teme al parto, en su inconsciente teme a su madre airada y vengativa. En un plano más superficial, el médico, que lo hace todo, es el padre que la protege contra la ira de su madre. Pero en un plano más profundo, el entregarse sin conciencia en las manos del médico significa un sometimiento infantil a la madre mala y un intento de conseguir su benevolencia demostrándole debilidad y falta de agresividad.

Las mujeres dejan al médico hasta la decisión de la fecha en que tendrán que dar a luz y que él induzca el parto con una enema. Es porque equiparan en su inconsciente al hijo con un excremento y vuelven a la posición de la niña pequeña que obedientemente da el contenido intestinal cómo y cuándo se lo exige su madre. Sin embargo, hablando con más etendimiento con las pacientes agradecidas a los médicos parteros modernos, es fácil descubrir su rebelión contra este trato. A Lina su médico le había fijado determinado día y hora para su internación con el fin de inducir el parto diez días antes de la fecha probable. En la noche anterior le hizo avisar por su enfermera que estaba ocupadísimo con una enferma grave y que por esta causa no podría inducir el parto a las ocho horas del día siguiente. La joven se durmió indignada para despertarse a las cinco de la mañana con dolores de parto, que iban rápidamente en aumento. Hubo de internarse exactamente a las ocho, obligando así al médico a atender el parto precisamente a la hora que él había fijado anteriormente y postergado después por resultarle incómoda.

Creo que existe aún otra causa para "mecanizar" el parto. Esta transformación de un proceso biológico de gran contenido psicológico individual en una operación está arraigada en una tendencia característica de nuestra época antiinstintiva. Tiene su paralelo en los nuevos regímenes que recomiendan píldoras de vitaminas en lugar de verduras o regulizan las horas de sueño y de vigilia mediante distintas drogas. Ya el lactante tiene que adaptarse a esta tendencia cuando, después de despertar de la somnolencia que la anestesia general de su madre a menudo le ha provocado, se le ofrece la mamadera en lugar del seno. La última innovación científica en este terreno, aunque indiscutiblemente necesaria en algunos casos, ya adquiere cierto carácter grotesco: la inseminación artificial de la mujer en lugar de la fecundación normal y placentera.

Nuestra sociedad actual tiene, pues, una actitud mecanicista y antipsicológica frente al parto. Sin embargo, existe también la tendencia opuesta, la de estudiar hasta dónde ciertos procesos psicológicos influyen en el desarrollo normal del parto o que podría denominarse normal.

Henriette Klein, Homard Potter y Ruth Dyck ("Anxiety in pregnancy and childbirth", l. c.) se propusieron estudiar los trastornos y las angustias más frecuentes del embarazo y parto en un grupo de veintisiete primerizas que acudieron a la maternidad.

Se trataba de mujeres que vivían en una situación económica y social sumamente difícil, agravada por la guerra y la falta de viviendas. Los estudios se realizaron a través de conversaciones largas, mantenidas esporádicamente durante el embarazo y después del parto. Además, el personal hospitalario, debidamente instruido, colaboraba en la investigación, observando las actitudes y peripecias de las enfermas durante y después del parto. Como resultado de esta labor los autores publicaron todo el material clínico y varios esquemas

que permiten deducir hasta dónde la estructura psicológica de la mujer y su actitud frente al embarazo ha interferido en la evolución de éste y del parto. Haré una sola objeción a este material: por el método por el cual fue obtenido, refleja bien la actitud consciente de las mujeres, pero da indicios muy inseguros sobre su actitud inconsciente. Esto parece particularmente importante en todo lo referente a la aceptación o al rechazo de la mujer frente al embarazo.

Antes de reproducir los dos esquemas más importantes del libro aclararé la acepción que los autores dan a distintos términos usados en ellos. Hablan de ""buen trabajo de parto"" y de ""un parto fácil"" si su desarrollo fue de una rapidez relativa, si las contracciones uterinas fueron regulares en intensidad y tiempo, si el niño nació sin presentar dificultades obstétricas serias y la condición física de la madre e hijo fueron satisfactorias. Consideran como ""buena"" la ""reacción psicológica"" de la madre durante el parto si su tensión emocional y su ansiedad no fueron excesivas, si la paciente no se quejó demasiado, si su cooperación fue eficaz y utilizó bien las contracciones. Se habla de un ""mal trabajo de parto"" cuando éste no evolucionó normalmente y de una ""reacción psicológica pobre"" cuando la actitud de la madre durante el parto constituyó una dificultad para las personas que la asistían. Además los autores usan los términos actitud ambivalente "positiva" o "negativa" siempre que, existiendo en la mujer una actitud ambivalente frente a su estado, predominaba su aceptación o su rechazo.

Esquema de interrelaciones  
psicosomáticas, reproducido de  
"Anxiety in pregnancy  
and childbirth"

-Buen trabajo de parto y parto con buena reacción psicológica.

Personalidad.- Estable: 10 Inestable: 4 -Buen trabajo de parto y parto con reacción psicológica pobre.

Personalidad.- Estable: 4 Inestable: 1 -Mal trabajo de parto y parto con reacción psicológica pobre.

Personalidad.- Estable: 0 Inestable: 4 -Mal trabajo de parto y parto con buena reacción psicológica.

Personalidad.- Estable: 3 Inestable: 1 -Total.

Personalidad.- Estable: 17 Inestable: 10

-Buen trabajo de parto y parto con buena reacción psicológica.

Concepción.- Aceptada: 5 Ambiv. posit.: 2 Ambiv. negat.: 5 Rechazada: 2 -Buen trabajo de parto y parto con reacción psicológica pobre.

Concepción.- Aceptada: 1 Ambiv. posit.: 3 Ambiv. negat.: 1 Rechazada: 0 -Mal trabajo de parto y parto con reacción psicológica pobre.

Concepción.- Aceptada: 0 Ambiv. posit.: 0 Ambiv. negat.: 4 Rechazada: 0 -Mal trabajo de parto y parto con buena reacción psicológica.

Concepción.- Aceptada: 0 Ambiv. posit.: 2 Ambiv. negat.: 2 Rechazada: 0 -Total.

Concepción.- Aceptada: 6 Ambiv. posit.: 7 Ambiv. negat.: 12 Rechazada: 2

-Buen trabajo de parto y parto con buena reacción psicológica.

Embarazo.- Fácil: 9 Difícil: 5 -Buen trabajo de parto y parto con reacción psicológica pobre.

Embarazo.- Fácil: 4 Difícil: 1 -Mal trabajo de parto y parto con reacción psicológica pobre.

Embarazo.- Fácil: 1 Difícil: 3 -Mal trabajo de parto y parto con buena reacción psicológica.

Embarazo.- Fácil: 2 Difícil: 2 -Total.

Embarazo.- Fácil: 16 Difícil: 11

-Buen trabajo de parto y parto con buena reacción psicológica.

Total de casos: 14 -Buen trabajo de parto y parto con reacción psicológica pobre.

Total de casos: 5 -Mal trabajo de parto y parto con reacción psicológica pobre.

Total de casos: 4 -Mal trabajo de parto y parto con buena reacción psicológica.

Total de casos: 4 -Total.

Total de casos: 27

Los resultados de la investigación, expuestos con claridad en este esquema, están muy dentro de lo previsible.

El promedio de las mujeres efectivamente estables, es decir, maduras, tuvieron un parto fácil. Igualmente las que tuvieron un embarazo bueno. Hasta dónde éstas son las mismas que corrientemente aceptaron su maternidad, nos lo revelará el esquema siguiente.

El único hecho que parece extraño a primera vista: el que las dos mujeres que rechazaron totalmente y hasta el final su embarazo tuvieran un parto fácil, quedará explicado más adelante.

En este segundo esquema da todos los datos importantes de cada una de las veintisiete mujeres.

## Notas

(1) Partes de este capítulo ya aparecieron publicadas en "Psicología psicosomática" bajo el título de "Aspectos psicoanalíticos de algunos trastornos del embarazo" (véase Ind. Bibl.).

(2) Margaret Mead: "Male and female" (véase Ind. Bibl.).

(3) Klein, Potter y Dyck (véase Ind. Bibl.).

(4) Vómitos que por su intensidad ponen en peligro la vida de la embarazada.

(5) Una enferma cuya grave agorafobia no le permitía salir a la calle sin estar acompañada, pudo hacerlo perfectamente durante su embarazo.

El feto sustituía la compañía de la madre.

(6) Citado por Simone de Beauvoir (l. c.).

(7) "Como la aurora a la llanura me perteneces tú En torno a ti mi vida es cálida la na Donde tus miembros violentos secre tamente crecen".

(8) "Jamás he estado tan próxima a la vida. Jamás he sentido tan bien que soy hermana de la tierra con su vegetación y su savia. Mis pies andaban sobre la tierra como sobre una bestia viviente".

(9) "Fui retomada, como en mi infancia, por la necesidad de dormir sobre la tierra, sobre la hierba, sobre la tierra caldeada. Unico /antojo/, sano antojo".

(10) "Sexto, séptimo mes... Primeras fresas, primeras rosas, ¿Puedo llamar mi embarazo de otro modo que una prolongada fiesta? Se olvidan las ansias del fin, no se olvida una larga fiesta única; nada he olvidado".

(11) En "Male and female".

(12) Desgraciadamente, existen algunos reflexólogos que interpretando erróneamente el concepto del "parto 157

sin dolor" siguen el mismo camino.

Sustituyen sencillamente las drogas y la anestesia general por sugestión e hipnosis.

pi era ef tpd mrp ng tpp Caso n.o 22: pe ed ef tpf brp Caso n.o 23: pe era ef tpf mrp Caso n.o 24: pi era edi tpf brp Caso n.o 25: pe era edi tpd brp tpp Caso n.o 26: pe ed ef tpf brp Caso n.o 27: pe era ef tpd brp tpp

## Capítulo X'

### Embarazo y parto (Continuación)

Esquema reproducido de  
"Anxiety in pregnancy and childbirth"  
Datos psiquiátricos y obstétricos

(Claves) Personalidad estable: pe Personalidad inestable: pi Embarazo deseado: ed Embarazo reacción ambivalente: era Embarazo rechazado: er Embarazo fácil: ef Embarazo difícil: edi Trabajo de parto fácil: tpf Trabajo de parto difícil: tpd Buena reacción en el parto: brp Mala reacción en el parto: mrp Niño grande: ng Trabajo de parto prolongado: tpp Caso n.o 1: pe ed ef tpf brp Caso n.o 2: pi era ef tpf brp Caso n.o 3: pe ed ef tpf brp Caso n.o 4: pi er edi tpf brp ng Caso n.o 5: pi er edi tpf brp Caso n.o 6: pe era ef tpd brp ng tpp Caso n.o 7: pi era edi tpd mrp tpp Caso n.o 8: pi era edi tpd mrp Caso n.o 9: pe era ef tpf brp Caso n.o 10: pe era ef tpf brp Caso n.o 11: pe era edi tpf brp Caso n.o 12: pe ed tpf brp Caso n.o 13: pi era edi tpd mrp Caso n.o 14: pe ed edi tpf brp Caso n.o 15: pe era ef tpf mrp Caso n.o 16: pi era edi tpf mrp Caso n.o 17: pe era ef tpf mrp Caso n.o 18: pe era ef tpf brp Caso n.o 19: pe era ef tpf brp Caso n.o 20: pi era edi tpd brp ng Caso n.o 21:

Las conclusiones a las cuales nos lleva este esquema son, de nuevo: las madres que estuvieron más libres de trastornos psicológicos o psicosomáticos durante el embarazo son las que pertenecen al grupo de "mujeres estables", es decir, psicológicamente maduras. Otras del mismo grupo tienen ciertas dificultades, cuyas causas probablemente pondrían al descubierto un estudio detenido. Por ejemplo, la paciente n.o 6 figura entre las mujeres maduras y deseosas de un niño.

Sin embargo, tuvo un parto difícil, dando a luz un niño muerto. Nos extrañamos menos si nos enteramos de que su madre murió en el puerperio y que ella misma era soltera y tuvo a los treinta y seis años su primera relación sexual, resultado inmediato de la cual era el presente embarazo. Las dificultades abundan en el grupo de mujeres "inestables". Las dos pacientes que rechazaron francamente y hasta el final su embarazo pertenecen a este grupo. Tuvieron embarazos difíciles, pero partos fáciles. Posiblemente expresaron por la facilidad y rapidez de sus partos su rechazo del niño y su deseo de verse desembarazadas de él, mecanismo que ya observamos en el caso de Erica.

Veamos el problema de normalidad que este estudio nos plantea. De nuevo, los autores designan a la paciente n.o 6 como personalidad madura, es decir, bien adaptada a la realidad.

Sin embargo, su concepción fuera del matrimonio, de un hombre a quien casi no conocía, y que por estar movilizado hubo de abandonarla, dejándola en un desamparo afectivo y

económico total, habla más bien en contra de la acepción corriente de esta palabra. Además, la enferma estaba durante la última parte de su embarazo muy angustiada y segura de que moriría en el parto. Cuando se enteró que había dado a luz un niño muerto, se reprochaba en forma compulsiva ser la culpable de la muerte del niño por no haberse cuidado en forma debida. También este desenlace y su reacción son indicios de problemas neuróticos, seguramente en relación con la muerte de la madre de la enferma. Sin embargo, los autores clasificaron en forma debida a las pacientes. Ellos mismos dicen que las mujeres provenían de hogares muy pobres e inestables y que la gran mayoría estaba viviendo -en parte también por la guerra- en condiciones sumamente precarias. Es decir, entre este material de enfermas, ellos denominaron como "estables" a las que reaccionaron mejor frente a su maternidad y a sus múltiples dificultades internas y externas. Hay que juzgar los términos de embarazo y parto fácil en la misma forma. Entre las mujeres que tuvieron embarazos "fáciles" muchas vomitaban, casi todas padecían de náuseas, muchas sufrían cerca del final del embarazo de pesadillas, de tobillos hinchados, etc. Todos temían tanto por su salud como por la del niño. Los partos eran "fáciles" si no excedían en muchas horas y las mujeres se mostraban "bien dispuestas" si no se quejaban demasiado. Todas recibían analgésicos. Evidentemente, los embarazos y partos eran "normales" en relación con lo observable entre estas veintisiete pacientes en especial, y con lo que los autores, en general, estaban acostumbrados. Pero si tomamos en cuenta embarazos prácticamente exentos de trastornos y partos libres de dolores, aunque en nuestra sociedad eran, hasta hace poco una excepción, comprobaremos que el concepto de normalidad aquí expuesto es muy relativo y dependiente de múltiples factores complejos.

Los autores encontraron que la combinación de factores económicos desfavorables con una vida marital desgraciada

actuaba siempre en contra de las tendencias positivas hacia la maternidad. Generalmente, las mujeres que desearon un niño eran emocionalmente maduras y de estructura psicológica estable, mientras que los individuos inestables tomaron una actitud ambivalente frente al embarazo o lo rechazaron totalmente. En los casos en que la madre, hermanas o amigas habían descrito embarazo y parto como una experiencia feliz y satisfactoria, la mujer esperaba lo mismo para ella, y a menudo ocurría efectivamente así. Finalmente, en todas las mujeres se encontraron temores y angustias relacionados tanto con el embarazo como con el parto. La ansiedad se centraba en el feto o en la embarazada, desplazándose a menudo de uno a otra.

Ya vimos que la angustia al principio del embarazo se basa en un sentimiento de culpa de haber robado el niño a la madre y en el temor a su venganza. Éste se ve reforzado por la persistencia en el inconsciente de la fantasía de haberle prohibido embarazarse, por haberle envidiado su capacidad creadora y por haberla odiado si la realizaba. Por eso se vuelve peligroso tomar su lugar y exponerse a su odio. Además, al transformarse la niña en madre, el feto toma su papel y se vuelve peligroso al adquirir su propia voracidad y su "monstruosidad" instintiva. Todas estas situaciones psicológicas persisten durante el embarazo, pero madre y feto llegan a una mayor adaptación a medida que éste prosigue y se va intensificando su unión. La mujer que al principio de su embarazo dudaba, por sus temores y por la experiencia del fracaso de sus fantasías maternas en su infancia, de si jamás podría tener un hijo, empieza a sentirlo ya no como posible promesa sino como realidad, cuando comienza a percibir sus movimientos.

Muchas mujeres sostienen no haberse sentido nunca en su vida tan felices y serenas como en la segunda mitad de su embarazo.

Pero esta paz se ve perturbada cuando el embarazo está próximo a su fin. Por cierto que la parte más madura y adaptada a la realidad de la personalidad femenina desea que llegue pronto su niño. Empezará a apurarse en sus preparativos, a gozar de que su hijo pronto se convierta en algo que siente, pero que desconoce, que tiene un carácter fantástico para ella, en una realidad tangible. Pero siempre una parte de ella también rehuye el parto. Este temor al parto parece no haber sufrido ninguna disminución, a pesar de toda la evolución de la obstetricia moderna, que después de haber reducido a un mínimo el peligro físico para la parturienta, está actualmente eliminando el dolor, tan temido, del parto. La angustia frente al parto tiene raíces mucho más inconscientes.

Ahora renacen todos los temores irracionales que acompañaron esencialmente las primeras semanas del embarazo porque la mujer se siente frente a un examen final. Sólo ahora, cuando haya dado a luz lo que lleva dentro y que ella creó, sabrá si su interior estaba intacto, si su madre no la ha castigado, si ella, por su maldad, no perjudicó a su hijo. Éste es un aspecto de los temores, el aspecto negativo. Pero también la felicidad de la segunda mitad del embarazo se convierte ahora en un obstáculo para el parto, en una fuente importante de angustia. Para Helene Deutsch (l. c.) el parto es la reviviscencia más exacta que podemos tener de nuestro trauma de nacimiento. La mujer, identificada con su hijo, vive a través de él todo el temor de separarse de su madre. Se identifica con su desamparo y siente no poder continuar protegiéndolo contra la vida. Siente que él pierde a la madre y vive el parto como pérdida de él. Este temor a la separación es la ansiedad mayor del parto y la que debemos tomar más en cuenta si queremos lograr partos fáciles. Veremos más adelante en qué forma esto es factible y por qué es tan importante.

Antes ilustraré con dos sueños cómo la mujer, cerca del final de su embarazo, vive el parto que se acerca.

Isabel, la noche siguiente a haber percibido que la cabeza del niño estaba bajando, tuvo un sueño del cual despertó muy angustiada. Veía a su hijita como si ya hubiera nacido, durmiendo tranquilamente en la cuna. Su marido sacude la cuna y ella protesta enojada. No quiere que molesten a la niña. Después, ella la está bañando.

La ve en el fondo de la bañera, debajo del agua, con la cara radiante y sonriendo. Isabel piensa: "Parece muy contenta, pero tendré que sacarla, si no se podría ahogar". Y la saca, dándole golpecitos en la espalda para que pueda escupir el agua y respirar bien. La niña está bien, pero comienza a empequeñecer. Isabel se angustia mucho. Piensa que las camisitas que ella le preparó ya le quedan grandes.

La niñita sigue achicándose, pronto desaparece del todo. Isabel se despierta desesperada. La interpretación del sueño es fácil: Isabel está deprimida porque va a perder a su hijita. Dando a luz tendrá que separarse de ella, e, identificada con ello, teme exponerla a una infancia tan desgraciada como la suya. La niña que duerme tranquilamente en su cuna es el feto y es ella misma, feliz dentro de su madre. Su marido que sacude la cuna es el padre que se interpone entre madre e hija, no tolerando por más tiempo su relación íntima que le excluye. La imagen de la niña debajo del agua pero feliz, sonriendo, es la representación que Isabel tiene sobre el estado fetal y hace recordar los cuentos infantiles en que los niños antes de nacer viven contentos en las aguas de un estanque. Pero Isabel sabe que ya no puede prolongar la experiencia feliz del embarazo sin exponer a un peligro a su futuro hijo. A pesar de sus temores debe sacar a la criatura del agua, debe dar a luz.

Cuando la saca, la niña se achica rápidamente, ya no le sirven las camisitas preparadas con tanto cariño y símbolo de su amor protector hacia ella.

Sigue achicándose, desaparecerá pronto. Isabel expresa en esta forma su temor de perder a su hija, perderla por la vida -crecerá, crecerá y ya no podrá protegerla- o por la muerte, si no resiste la separación del parto.

En todo caso, su unión feliz con la hija habrá terminado. Esta situación conflictual de Isabel frente al parto se expresó en una prolongación del embarazo por más de tres semanas más allá de la fecha prevista.

Expondré otro sueño de separación y fin de embarazo, en que la identificación de la madre con el feto es más intensa. Ana, pocos días antes del parto, sueña: Es como si fuera una niña de nuevo. Se encuentra en el vestíbulo de su casa paterna. Es de noche, por eso la puerta de entrada está cerrada con cadena. Alguien llama. Ella, sin soltar la cadena, abre un poco la puerta. Ve afuera, con terror, a una bruja que introduce su mano como una garra por la hendidura para sacarla a la fuerza de su casa.

Se despierta gritando. Aquí la durmiente se siente como niña en la casa paterna o como feto dentro de la madre. Quisiera quedarse, pero la bruja viene a sacarla. Eso significa que ella reprocha a su madre el haberla parido, el haberse separado de ella.

Simultáneamente, ella ahora va a ser madre-bruja y habrá de echar a la fuerza a la criatura que lleva dentro.

La angustia del parto es, pues, la reviviscencia de la angustia más antigua y arcaica que conocemos, la de la separación de la madre. Sin embargo, aunque se trate de una angustia tan primitiva, puede ser manejada con cierta facilidad. Eso es importante, si queremos comprender lo que podría ser el "parto normal" y evitar muchas ansiedades y trastornos. Muchos farmacólogos, anestesistas y ginecólogos se afanan en obtener el mejor medio de evitar a la parturienta el dolor del parto. Hasta ahora lograron métodos más o menos per-

fectos que, sin embargo, siempre envuelven cierto perjuicio y peligro, especialmente para el niño.

Nicholson J. Eastman, en una publicación titulada "Prevention of fetal anoxia" (v. Ind. Bibl.), sostiene que la causa más frecuente de la muerte del feto durante el parto, o del recién nacido o del lactante de pocos días, es la aplicación de anestésicos durante el parto, que reducen el oxígeno en la sangre materna. Eso puede ocurrir si la anestesia se prolonga por más de tres minutos, o en la anestesia espinal o caudal. El peligro es mayor para niños prematuros. Con la práctica del parto inducido, en que no se espera ya el parto espontáneo sino que se fija su fecha, un error en el cálculo de duración del embarazo aumenta considerablemente el número de niños prematuros. Los partos inducidos prácticamente siempre se desarrollan bajo anestesia. Expondré otra opinión ginecológica con respecto a la anestesia. Stewart H. Clifford ("Fetal anoxia at birth and cyanosis of the newborn", v. Ind. Bibl.) ve en la anoxia la causa del 60% de las muertes entre recién nacidos, y un gran factor de morbilidad. La anoxia proviene de daños causados a los centros respiratorios durante el parto por injurias traumáticas o la anestesia. Antes de que se usaran corrientemente analgésicos durante el parto, el 90-95% de los recién nacidos gritaba y respiraba espontáneamente.

Actualmente, el 75% de los recién nacidos está en esta condición normal.

Éstos serían, pues, los daños somáticos que puede sufrir el niño por la aplicación de anestésicos a la madre.

Existen también daños psicológicos.

La madre que no esté consciente en el momento mismo en que nace su hijo, que no oye su primer vagido, se priva de una experiencia sumamente gratificadora. Ya comprendimos el temor de la parturienta de perder a su niño al darlo a luz.

No lo conoce hasta ese momento. Lo siente en parte como real, en parte producto de sus fantasías. Para que pueda vencer sus temores irracionales y superar el trauma de su separación del niño, es importante que pueda confrontar la realidad buena y tranquilizadora con estos temores, y que esté consciente y despierta cuando se produzca su nacimiento. La depresión que a menudo sigue al parto es mucho más liviana y corta en estas mujeres, y se unen más rápidamente con su hijo real que aquellas que estuvieron inconscientes durante el parto, sea debido a una anestesia general o a la hipnosis. En estas últimas casi siempre se observa, entonces, una sensación de extrañeza, indiferencia y desilusión frente al hijo.

No se puede juzgar hasta dónde este rechazo del niño en el primer momento de su existencia real puede ser percibido por éste, ni hasta qué punto puede obstaculizar la reacción futura de la madre frente a él y tener una influencia duradera sobre la relación de madre e hijo.

En oposición con los investigadores que intentan evitar a la parturienta la percepción del dolor por medio de anestésicos cada vez más perfectos, Grantly Dick Read (l. c.), cuyas investigaciones fueron ridiculizadas o ignoradas en un principio, pero que actualmente tienen divulgación y comprensión siempre crecientes, intentó acercarse al problema con un enfoque totalmente distinto. Se preguntó si el dolor era realmente inherente al parto y en sí inevitable. Mejor dicho, no fue él quien hizo esta pregunta básica del problema, sino, muchos años atrás, una parturienta a la cual atendía. Se trataba de un parto fácil que transcurrió sin quejas ni complicaciones. Únicamente cuando Read quiso ofrecer cloroformo a la parturienta, ella lo rechazó firmemente.

Extrañado, le preguntó después del parto por qué causa había rechazado la ayuda del anestésico, destinado a aliviar su sufrimiento. Ella le contestó con sencillez: "No dolió, no te-

nía por qué dolerme, ¿verdad, doctor?" Desde entonces intentó aclarar si realmente debía doler. Estudió el problema desde todos los ángulos, observó bien a sus enfermas, cuándo y bajo qué circunstancias empezaban a sufrir durante el parto, y finalmente llegó a la conclusión que aquella primera paciente había tenido razón: No tenía por qué doler. Sin embargo, generalmente dolía. Pero, ¿por qué causa? Porque la mujer de antemano está a la espera del dolor. Según Read, esto ocurre porque durante toda su infancia le inculcaron que el parto es algo sumamente doloroso y lleno de peligros, creando así una especie de reflejo condicionado entre la percepción del comienzo del trabajo de parto y la aparición del dolor. ¿Pero cuál sería la base fisiológica de tal reflejo? Son varios los músculos que gobiernan los movimientos del útero.

Unos, con sus contracciones espontáneas e inevitables, avisan a la mujer que ha empezado el proceso del alumbramiento y van expulsando gradualmente el feto. El segundo grupo protege su salida del útero y debe permanecer flojo y laxo durante un alumbramiento normal, para no entorpecer la labor de expulsión. Cuando la mujer que tiene su primer hijo percibe estas sensaciones nuevas para ella, que provienen de las contracciones uterinas, y se encuentra en un ambiente que influye en un sentido psicológico desfavorable, cree experimentar en estas primeras y necesarias contracciones un "dolor" y entonces ese imaginario "dolor", de naturaleza puramente subjetiva, suscita el miedo. Éste, por su parte, provoca tensión muscular, que, a su vez, obstaculizando el trabajo de expulsión, causa verdadero dolor, prolonga la duración del alumbramiento y hace necesaria la anestesia. En el momento en que la mujer angustiada y sintiéndose a merced de un proceso desconocido y doloroso pierde el control psíquico sobre sí misma, también pierde, aunque parezca paradójico, por tratarse de musculatura involuntaria, el control sobre el complicado mecanismo del parto. Una parte de la musculatura obstruye el trabajo de otra parte, y el alumbramiento

se convierte en algo sumamente doloroso y a menudo peligroso para madre e hijo. Read cita varios ejemplos en que pudo estudiar bien cómo la actitud del ambiente, tanto en el sentido de una exagerada protección de la parturienta, que correspondía en realidad a una sugestión del dolor, como de indiferencia y desamparo, intensificaba primero su temor, para provocar después dolores intensos o, por el contrario, la inhibición del trabajo de parto. Si la mujer llega al límite de su tolerancia psicológica, muy a menudo recurre a este medio.

Ilustraré esto con el parto de Isabel. Ya conocemos sus dificultades durante el embarazo. Sin embargo, cuando sintió las primeras contracciones se internó muy bien dispuesta.

Efectivamente, al principio todo anduvo bien. Pero después su médico, en quien depositaba mucha confianza, hubo de dejarla para atender un parto en otro sanatorio. La partera no se ocupaba de ella. Finalmente, la dejaron sola. Entonces empezó a sentir dolores insoportables, a angustiarse, a gritar y llorar. Al final estaba descontrolada y exhausta. Cuando, después de varias horas, su partero volvió, la encontró desesperada y prácticamente sin contracciones uterinas.

Su ausencia y el abandono que Isabel sufrió tuvieron por resultado que un parto que se había iniciado con plena normalidad hubo de ser terminado con inyecciones para reavivar el trabajo uterino y con una intervención quirúrgica seria, desde luego efectuada bajo anestesia.

Margaret Mead cuenta en "Sexo y temperamento" (l. c.) que entre los Tchambuli el parto es considerado como algo más bien fácil, siempre que se cumpla con ciertos preceptos. El marido, aunque en una habitación alejada de la parturienta, debe esperar con seriedad el nacimiento de su hijo en compañía del hechicero y de sus amigos. La parturienta está rodeada de mujeres e hincada entre las rodillas de su tía paterna. En el caso que describe Margaret Mead, el marido, un jo-

ven irresponsable, no estaba penetrado de la seriedad del momento.

Su mujer, Tchubukéima, al oír la risa de su marido y sus compañeros, súbitamente interrumpió su lamento rítmico, indicio del buen progreso del parto, y se durmió profundamente. Los hombres, avisados de esta complicación, se asustaron y se quedaron serios. Tchubukéima se despertó y el parto siguió normalmente, hasta que de nuevo se pudo oír en la habitación de la parturienta la risa irresponsable de los hombres. La parturienta intensificó primeramente sus gritos, y como esto no dio ningún resultado, cayó otra vez en un profundo sopor. Esta escena se repitió continuamente, desde la mañana temprano. A mediodía los hombres estaban un poco asustados.

Recurrieron a prácticas mágicas, que no dieron resultado, para apresurar de nuevo el parto. Entonces las mujeres llegaron a la conclusión de que la casa de Tchubukéima estaba embrujada y que daría mucho mejor a luz en una casa en el otro extremo del pueblo, es decir, lo más alejado que fuera posible del marido y de su charla perjudicial. Se trasladaron allí y se volvió a encerrar a Tchubukéima, quien de nuevo se hincó entre las rodillas de la hermana de su padre. Pero ahora se agregó una nueva complicación: las mujeres también habían perdido la paciencia. Su tía charlaba alegremente con las demás. A intervalos se volvía a la furiosa muchacha arrodillada y le decía: "Ten tu niño". Nuevamente Tchubukéima se enojaba y se dormía.

Sólo a las dos de la mañana, cuando el esposo, ahora genuinamente preocupado, pagó su "Kina" al representante de los espíritus satánicos, Tchubukéima se dispuso a tener su bebé. Este parto, ocurrido en un ambiente tan extraño a nosotros, sin embargo en mucho se parece a nuestros partos. Tanto la mujer Tchambuli como la europea o la americana necesitan apoyo afectivo para tener el valor de dar a luz, por-

que ambas se sienten solas y angustiadas en este trance. No importa que el apoyo del medio ambiente se exprese a través de hechicerías o por la presencia de un especialista partero importante. Lo esencial es que la mujer no se sienta abandonada e incomprendida en su angustia.

Margaret Mead interpreta la interrupción del trabajo de parto de la joven Tchambuli como agresión contra su marido y su tía y como un intento de darse importancia. Sin embargo, la joven estaba angustiada y se sentía sola. Tal vez no se atrevió a seguir con el parto en esas circunstancias y tuvo que interrumpirlo hasta lograr, por esta misma interrupción, despertar bastante preocupación en su ambiente para que colaborasen con ella y no la abandonasen más a su trance difícil, a merced de sus terroríficas imágenes interiores.

Pero volvamos a la teoría del doctor Read. Sostiene, pues, que el miedo causa tensión muscular y que ésta, dificultando el trabajo de expulsión del útero, causa el dolor. Intenta eliminar el miedo explicando a la mujer qué está pasando en su cuerpo durante el embarazo y parto. O, hablando en términos psicoanalíticos, intenta oponer a la realidad psíquica, basada en angustias irracionales y representaciones sexuales infantiles sobre la concepción, el embarazo y el parto, una realidad exterior, buena, tranquilizadora y racional. El exponente de esta realidad es el médico y la partera, que asisten desde el primer momento a la parturienta, dándole las indicaciones adecuadas para que sepa colaborar durante el parto.

En los últimos quince años la escuela reflexológica (Pavlov) de preparación psicoprofiláctica del parto ha tomado un auge enorme. Ocurre esto no solamente en las naciones socialistas, sino también en Francia, la Argentina y otros países. La teoría de los reflexólogos es distinta de la de Read (ver Bauer, l. c.). El dolor del parto existe para ellos objetivamente, pero puede ser inhibido por medios psicológicos. Difiere también en parte de su práctica: sustituyen, por ejemplo, el rela-

jamiento de la última fase de dilatación por la respiración jadeante de la parturienta. Sin embargo, ambos métodos tienen mucho en común. Usan el esclarecimiento previo de los procesos fisiológicos, cuya utilidad, aunque relativa, ya nos es conocida por otros temas de este libro.

Insisten en la necesidad de modificar en la embarazada el concepto característico de nuestra sociedad de que el parto "debe" doler. Enseñan durante el embarazo a la futura parturienta los ejercicios que le permitirán colaborar adecuadamente durante el parto y establecen, a través de las clases dictadas regularmente, un firme contacto previo al parto entre la mujer y quien la atenderá en el trance.

Ambas escuelas dan resultados excelentes, siempre que sus representantes no conviertan su sistema en una nueva rutina que ya no permita a la mujer la expresión individual de sus sentimientos y aun dolores que acompañan a su parto.

¿Cómo podemos explicarnos estos resultados obtenidos por métodos tan sencillos? Creemos que la mayor parte del éxito ya está dada por el nuevo enfoque que fue expresado por la enferma del doctor Read al preguntar: "¿No tenía por qué doler, verdad, doctor?" Según la Biblia, los dolores del parto son el castigo que la mujer debe sufrir por haber cometido el pecado original. La Biblia expresa en esta forma algo que es realidad psíquica, tanto para la mujer creyente como para la atea: que su hijo es el fruto de un pecado y darlo a luz la hace merecedora de castigo. El partero que la asiste, admitiendo el hecho "inevitable" del dolor, pero intentando mitigarlo por analgésicos y anestésicos, significa para el inconsciente de la parturienta un cómplice que la ayuda a eludir el justo castigo. El médico que sostiene que el dolor del parto no corresponde a las intenciones de la naturaleza, sino que es consecuencia de errores de su medio ambiente, absuelve a la mujer del pecado original. ¿Pero cómo lo logra? En primer término, la angustia experimentada generalmente durante el

alumbramiento que desencadena el círculo vicioso de temor, tensión y dolor proviene de una identificación con la madre por sentimientos de culpa. Es como si ésta dijera a su hija en parto: "Tú quisiste usurpar mi lugar, robarme mis hijos. Ahora lo has logrado, pero sufrirás como yo sufrí al darte a luz o morirás como tú deseaste que yo muriera al parir a tus hermanos". El médico que la asiste, negando la necesidad del dolor, representa al padre, aliado a ella para protegerla, y a una madre buena que contrarresta las amenazas y la maldición de la madre mala interior. Esta última atemoriza a la parturienta por representaciones cruentas e infantiles del parto. Las contracciones son experimentadas como indicio de que algo horrible está pasando dentro de su cuerpo. Las explicaciones racionales del médico son como la voz de la madre buena que dice a su niño angustiado: "¡No te asustes de esta sombra! No es un fantasma. No es más que una prenda de vestir". Igualmente como la madre que dice esto a su hijito no logra curarlo del temor a los fantasmas, pero sí calmarlo por el momento, la mujer angustia por lo incomprensible e indomable del proceso que se desarrolla dentro de ella, se calma al recibir las explicaciones tranquilizadoras del médico. Finalmente, éste le da indicaciones realmente muy útiles y acertadas con respecto a su colaboración en el parto. Indicaciones, por otra parte, que no son nuevas, que antaño toda buena partera solía dar a sus pacientes, pero que ahora se han perdido por el apuro y tono impersonal de la sala de operaciones moderan, de las inyecciones, inducciones, la anestesia y el fórceps. Estas indicaciones son útiles por varias causas. La mujer que colabora con inteligencia realmente apresura y facilita el proceso del parto. Además, cuando sigue las indicaciones de su médico y nota el alivio y progreso, se siente comprendida por él. Pero sentirse comprendida significa de nuevo sentirse perdonada. Además, al recuperar su actividad, se sobrepone la mujer a la angustia más profunda del parto, causada por la separación de su hijo, que se acerca

a través de este proceso aparentemente tan indomable e inevitable que es el parto. Mientras lo percibe en esta forma, se siente tan indefensa y desamparada como un niño.

Se siente víctima de fuerzas y dolores incontrollables, y por eso, como cuando ella misma era una niñita, a merced de sus imágenes terroríficas interiores. Identificada con su hijo, se ve arrojada a un mundo frío e indiferente. Al seguir las indicaciones del médico y convertir el parto en un trabajo difícil, pero dentro de sus capacidades, recupera la confianza en sí misma, deshace la identificación con el niño inerte, se convierte en madre activa y eficaz y ya no teme la separación del niño, porque sabrá protegerlo después como lo protege en este momento, ahorrándole un parto difícil. El dominio del proceso del parto le da así el medio de superar más fácilmente el trauma de la separación de su hijo, y de llevar a término con todas sus fuerzas, pero sin temor y castigo, es decir, sin dolor, el magno proceso del parto. Evidentemente, el procedimiento fracasa en mujeres muy neuróticas, las llamadas "nerviosas", donde la imagen de la madre mala está demasiado arraigada para poder ser modificada, aun temporariamente, por influencias exteriores favorables.

Por otra parte, el intenso temor a la madre puede ser el estímulo que provoque un parto rapidísimo y por eso casi indoloro, como lo vimos en el caso de Erica.

De todo lo expuesto llegamos a las siguientes conclusiones: el embarazo y parto están acompañados de malestar, angustia y dolor por factores psicogenéticos. Si logramos educar hijas sanas que tengan un mínimo de angustia y sentimiento de culpa y que puedan aceptar gozosamente su feminidad, podemos esperar que el embarazo y el parto sean nuevamente lo que son aún en algunas sociedades o para algunas mujeres felices de nuestra sociedad: el máximo logro de sus facultades biológicas acompañado por la plena conciencia de intervenir en la más grande experiencia posible:

haber gestado y alimentado dentro de sí a un nuevo ser y haberlo dado a la vida.

## Capítulo XI

### Problemas psicológicos de la lactancia (1)

¿Por qué actualmente se tiende a sustituir el pecho por la mamadera? Consecuencias. Importancia del cariño para el lactante. La madre de alambre y la madre de trapo. ¿Por qué tan a menudo se presentan dificultades en la lactancia? Causas inconscientes: la propia frustración oral. La persistencia en una posición infantil. Berta. Una enferma agorafóbica. Ana. El amamantar experimentado como una actividad sexual y prohibida. El temor a la hostilidad oral del lactante. Las fisuras de los pezones. Un caso: Lina; otra vez Berta. Dificultades frente al destete: la señora L.

La dificultad de integrar maternidad y sexo.

Entre las funciones procreativas de la mujer la lactancia desempeña un papel secundario, a tal punto que muchas mujeres se sustraen a ella. En la conocida obra de Beaumarchais, Fígaro dice, resentido, que la única molestia a que se someten los grandes señores en su vida es la de nacer. Idéntico comentario podría aplicarse, si bien antes parafraseándolo, a ciertas grandes damas: la única molestia a la cual tienen que someterse es la de dar a luz a sus hijos, y abandonando su crianza a mujeres extrañas. Durante mucho tiempo se consideró indecoroso criar a sus propios hijos, y aún al principio de nuestro siglo en muchos países europeos era de buen gusto tomar un ama de leche, pues se pretendía que así el lactante sería criado debidamente y no padecería su salud.

Sin embargo, sufriría un daño indirecto al faltarle el lazo afectivo que la crianza establece entre madre e hijo.

En el inconsciente del niño criado por una nodriza mercenaria se establecen fácilmente dos imágenes distintas: la de una madre buena de su primera infancia -el ama de leche- en contraste con la de una mujer mala y frustradora, que es su madre real. Pero actualmente se suele recurrir a la alimentación artificial, y esto en todas las clases sociales. Entre las veintisiete mujeres de la encuesta que sirvió de base a la publicación de "Anxiety in pregnancy and childbirth" (l. c.), ninguna amamantaba más allá de los tres meses. Gracias a nuestros progresos técnicos, esto apenas perjudica físicamente al lactante. Si se prefiere con tanta frecuencia el alimento artificial a la leche materna, deben de existir, además de causas sociales, razones psicológicas. Las sociales son evidentes; la mujer que trabaja fuera de su casa a menudo no puede dedicar a su hijo el tiempo necesario para criarlo durante varios meses, y desiste de la lactancia si no quiere o no puede renunciar a su profesión. A primera vista, el problema económico y social de la madre que trabaja parece insoluble; pero si los estadistas modernos prestasen tanta atención y diesen tanta importancia a las funciones biológicas de la mujer como conceden a su trabajo en épocas de emergencia o de prosperidad, podrían resolver este problema, que ya ha sido abordado por la legislación social de algunos Estados progresistas. Una solución útil la ofrecen, por ejemplo, las guarderías instaladas en las fábricas; otra, es la subvención por el Estado mientras dura la lactancia.

Pero además de estos factores sociales, cuya consideración no quiero profundizar aquí, actúan otros, psicológicos, no menos importantes. Ya he hablado de la tendencia, inherente a nuestra época, de dessexualizar las funciones procreativas femeninas, de convertirlas de un proceso instintivo y espontáneo en algo mecanizado y controlado. La desfloración

indolora por el ginecólogo; el parto inducido, que transcurre bajo anestesia, y la eliminación medicamentosa de la subida de la leche, seguida por la alimentación artificial del lactante, corresponden todos a esta tendencia.

Conocemos las consecuencias psíquicas de la alimentación artificial a través de numerosos análisis. Pero no es necesario el análisis para comprobar la insatisfacción oral resultante de una educación que frustra ya los primeros deseos del niño. No es por cierto mera casualidad que en los Estados Unidos, donde la alimentación artificial está más difundida que en otros países, haya surgido la costumbre de mascar goma para satisfacer deseos orales frustrados, ni que allí el problema de la toxicomanía sea especialmente candente.

No solamente el niño sino también la madre se perjudica por la renuncia a amamantar al hijo. Estamos acostumbrados a interpretar unilateralmente el trauma del nacimiento, adjudicando todo su efecto al niño; pero también la madre sufre tal trauma, como ya lo expuse en el capítulo anterior.

Helene Deutsch (l. c.) ve en el parto una oportunidad para la mujer de elaborar su propio trauma de nacimiento. Encuentra una relación estrecha entre el trabajo del parto y la lactancia, al comprobar que la succión del lactante estimula las últimas contracciones del útero, de modo que con el comienzo de la lactancia termina la función dinámica de este órgano, que cede su supremacía a las mamas.

Pero cree que la lactancia, además de ayudar a la madre a vencer el trauma que le causa la separación brusca de su hijo, también sirve al niño para mitigar el efecto de su trauma de nacimiento. La lactancia restablece también su intimidad con la madre y el destete se efectúa paulatinamente, en contraste con el nacimiento, que significó una separación repentina. Los análisis de personas adultas que no fueron amamantadas o que sufrieron un destete brusco, a menudo revelan que el trauma de nacimiento adquirió posteriormente

para ellas una importancia excesiva. La falta de la lactancia, que envuelve la relación íntima con la madre, puede traer más tarde perturbaciones del ya adulto frente a la mujer. George Santayana plantea este problema en "The last puritan" (v.

Ind. Bibl.), con la intuición propia del artista. Citaremos el pasaje que expresa este concepto con toda claridad: Mario, muchacho optimista y feliz, le pregunta al sobrio Oliver, el protagonista de la obra: "Dime una cosa, Oliver, ¿te criaron con biberón o con ama?" Oliver se echó a reír a la idea de un ama... Las amas de cría no existían en los Estados Unidos.

Naturalmente que lo habían criado con biberón. "Eso me parecía -exclamó Mario triunfalmente-. Tú no sabes lo que es la mujer. No te sientes a gusto con ellas. Todo ello porque no quisiste nunca a tu madre, ni ella te quiso nunca a ti. Hay un mundo de diferencia. A mí me crió mi propia madre..." Aquí se trata de una conversación entre hombres. Pero vimos, a través de todo este libro, la gran importancia que tienen las primeras vivencias de la niña con su madre para todo su destino y especialmente para su futura capacidad de amar y saber entregarse.

Parece también que hay una relación directa entre el amor a la vida y las primeras experiencias orales. Ya referí que entre los Arapesh (Margaret Mead, "Sexo y temperamento" (l. c.), que se empeñan mucho en proporcionar a los niños una primera infancia feliz y que los alimentan generosamente, cómo y cuándo el niño desea, el suicidio es desconocido; y que entre los habitantes de las Islas Marquesas (Abraham Kardiner, "El individuo y la sociedad", l. c.), cuyas mujeres alimentan a sus hijos un mínimo de tiempo y sin mostrarles mayor afecto, el suicidio es sumamente frecuente. Los Mundugumor nos demuestran algo que ya discutimos anteriormente: que lo esencial para el niño no es el amamantamiento

en sí, sino la forma en la cual se le da el alimento y el cariño necesarios.

Porque, aunque entre los Mundugumor las mujeres crían a sus hijos, los tratan con tanto rechazo que, ya adultos, ellos por su parte rechazan a sus niños. Entre ellos también el suicidio es muy frecuente y el amor, como tal, casi desconocido. La sexualidad se reduce a una lucha entre los sexos lo mismo que el amamantamiento se reduce a una lucha entre una madre malhumorada, que intenta dar su seno el menor tiempo, precisamente lo suficiente para que la criatura deje de llorar, y un lactante que se prende de su pecho con avidez y enojo, atragantándose con la prisa con que intenta ingerir un máximo de leche en un mínimo de tiempo. Margaret Mead, en "Male and female" (l. c.), describe las consecuencias de esas primeras experiencias de los Mundugumor en esta forma: "En su vida de adultos, hacer el amor es llevado como el primer /round/ de una pelea de /catchascan/, y morder y rasguñar forman la parte más importante del placer previo. Cuando los Mundugumor capturan a un enemigo lo devoran, y más tarde se ríen de ello al contarlo.

Cuando un Mundugumor se enoja tanto que su propia furia se vuelve contra él, toma su canoa y se va a la deriva, río abajo, para ser comido por la tribu más próxima. Ésta es la forma de suicidio más corriente entre los Mundugumor".

Si hablamos, pues, de frustraciones orales, lo que equivale a frustraciones ocurridas durante la etapa oral, ello no quiere decir forzosamente que el niño no recibió el pecho o que la cantidad de leche no era suficiente.

Una mamadera dada con todo el cariño y lentamente a un niño que la madre tenga en sus brazos y al cual no teme mostrar su amor y permitirle estar bien cerca de ella cuando lo requiera -aunque sea en el intervalo entre dos mamadas-, significará menos frustración oral que el pecho dado fríamente.

Pero será más fácil hacer sentir al niño la proximidad de su madre y de su amor si está prendido de ella, succionando su seno, que si está tomando su alimento mediante un biberón. Y lo que tiene tal vez todavía más importancia para el buen desarrollo de la relación madre-hijo, que sólo ahora se está iniciando en la realidad exterior, es el hecho de que en la madre se despertará más fácilmente un cariño instintivo y espontáneo frente al niño al que dé el pecho que frente a la criatura que alimente cumpliendo con todos los preceptos médicos sobre la alimentación artificial más adecuada, como si realizara un complicado experimento de laboratorio. La importancia de la cercanía física para el lactante fue demostrada de muchas maneras desde que Spitz (ver Ind. Bibl.) descubrió el cuadro del "hospitalismo", al notar que lactantes atendidos "correctamente", pero sin cariño durante una estada prolongada en un hospital o asilo, sufrían de un grave trastorno en su evolución psicofísica.

Peor el experimento más convincente y espectacular en este terreno es tal vez el realizado por el profesor Harlow en Wisconsin (ver Ind.

Bibl.). Separó unos monos rhesus recién nacidos de su madre. Un grupo fue enjaulado con una "madre de alambre" y otro con una "madre de alambre" y una "madre de trapo". La madre de alambre es un artefacto que tiene, al fácil alcance de los monos, mamaderas siempre bien llenas. La madre de trapo es otro artefacto cubierto por un género suave que bien pronto, por el contacto con los monitos, adquiere olor a mono, a mamá, podría decirse.

Cuando los monos haya aprendido a criarse aparentemente bien de esta manera, se introduce en ambas jaulas un juguete mecánico como estímulo provocador de miedo. Pudo comprobarse que los monos desprovistos de madre de trapo no recurren a la mamadera, sino se retraen asustados, se paralizan al rato. A la larga desarrollan una conducta bastante

parecida a la del autismo precoz del niño carente de contacto y comunicación con el mundo.

Los monos que disponen de una madre de trapo, se refugian en ella. Una vez que se hayan tranquilizado de esta manera desarrollan frente al juguete antes temido toda la curiosidad e inteligencia normalmente inherente a su raza. Pero pudo comprobarse más tarde (2) que estos monos, bien alimentados y en contacto con una especie de robot cariñoso en lugar de una verdadera madre, sufrieron de adultos de una grave deficiencia; aunque desarrollaron normalmente todos los signos físicos de la madurez sexual, no eran capaces de tomar ninguna iniciativa "amorosa", si puede decirse así, ni sabían cómo comportarse frente al compañero o la compañera sexual.

Observamos, pues, de nuevo, la importancia del contacto físico, pero también de la lactancia, para el desarrollo posterior. Sin embargo, en muchos lugares y ambientes, principalmente en Estados Unidos y otros países altamente industrializados, la costumbre de amamantar a los hijos está por desaparecer. Este cambio trae diferentes problemas, cuyo alcance recién empezamos a vislumbrar. Spitz (l. c.) se dedicó especialmente a estudiar cómo se forman en el lactante los primeros intentos de comunicación y los principios del proceso de pensamiento. Dado que éstos surgen dentro de la relación madre-hijo, supone que el hecho de que el hombre occidental moderno de niño ya no teme el primer contacto con su madre a través de parte de ella, del pecho, sino a través de un artefacto, la mamadera, influya en su manera de comunicación, en sus relaciones posteriores con el ambiente, sus símbolos verbales y no verbales y modifique, quizás también, sus procesos de pensamiento.

En nuestro ambiente latino todavía se espera que una mujer amamante a su hijo. Pero muchas fracasan en esa tarea. Explican que no tenían bastante leche o que ésta no era

bastante fuerte o que tuvieron que destetar al niño por fisuras dolorosas de los pezones causadas por su succión. Desde el punto de vista puramente fisiológico, la producción de la leche materna depende de una interacción adecuada de diversas hormonas. Pero cuando un proceso biológico cualquiera tropieza con dificultades tan frecuentes, es evidente que en su origen deben intervenir factores psíquicos. En lo concerniente a la lactancia, hace tiempo que también médicos y profanos, ajenos al psicoanálisis, reconocieron la gran influencia que ejercen los factores psíquicos sobre el proceso. Las creencias populares siempre han afirmado que el estado psíquico de la nodriza tiene gran influencia sobre la producción de la leche. Los médicos, por lo general, tienen frente a este problema el mismo concepto dualista que adoptan ante otros trastornos hormonales, sosteniendo que la causa de la disfunción puede radicar tanto en lo somático como en lo psíquico, pero sin advertir que realmente lo hormonal y lo psíquico son dos aspectos del mismo proceso. Ultimamente se intentó demostrar a través de experiencias con madres que lactaban, hasta dónde las distintas emociones intervienen en la afluencia de la leche a la boca del niño (3). Pero tal vez ni sea necesario recurrir a este tipo de experimentos, un poco ingenuos -porque la madre que tiene conciencia de ser objeto de un experimento ya no reacciona con naturalidad y con la prescindencia de sus vivencias diarias interiores, más importantes, posiblemente, que los estímulos exteriores a que la expone el experimentador- para demostrar algo obvio. La lactancia suele desarrollarse sin dificultad ninguna en mujeres primitivas, que todavía no han tenido la oportunidad de adquirir ciertas inhibiciones inherentes a nuestra cultura. En la gente del campo podemos observar que las dificultades de la lactancia son bastante raras y que las mujeres todavía se permiten el goce libidinoso que les ofrece el amamantar a sus hijos, siendo frecuente que continúen criando al hijo menor durante dos o tres años. Pero también mujeres de otros ambientes recuperan esta facultad,

si el amamantamiento es lo único posible. Spitz (l. c.) nos transmite el relato de un médico que fue prisionero en un campo de concentración nazi. Dijo que a ninguna de las internadas que tuvieron allí familia les faltaba leche, y supone que esto ocurría porque las madres sabían que, si no amamantaban a sus hijos, las autoridades los dejarían morir de inanición.

¿Cuáles son las razones inconscientes que llevan al impedimento del desarrollo normal de la lactancia? Los más frecuentes son fácilmente subdivisiones en dos grupos: 1º) Trastornos causados en la mujer por el rechazo de la maternidad, por su deseo de permanecer en una actitud receptiva e infantil; 2º) los que se originan por la persistencia de tendencias agresivas infantiles dirigidas hacia la propia madre. Ambos casos tienen como base común la insatisfacción oral de estas mujeres. Si han sufrido tales frustraciones, y si más tarde no logran considerar al niño como parte de su propia persona, se niegan inconscientemente a darle lo que ellas mismas no han recibido. Así se vengan en el niño, identificándolo con su madre mala, por lo que ésta les hizo sufrir.

O se identifican con su madre frustradora, tratando al niño como se sintieron tratadas en su primera infancia. Durante la lactancia persisten, pues, los dos tipos de identificación que ya estudiamos al analizar la psicología del embarazo. La noción inconsciente de que el apetito que la propia madre no pudo satisfacer en su infancia constituye la causa de su incapacidad para criar se expresa en los múltiples consejos que suelen darles las comadres a las jóvenes madres, aconsejándoles comer alimentos de tipo infantil, tomar mucha leche, etc., para poder alimentar mejor a sus hijos.

El deseo de satisfacer sus propios deseos orales, en lugar de los de su hijo, pudo observarse muy bien en Berta, cuya intensa fijación a la madre ya nos es conocida. Durante su primer embarazo tuvo el sueño siguiente: Soñó que estaba

con una mujer en una habitación y sabía que ésta la haría reír. Después ella mamaba de los senos de la mujer o ésta de los suyos; no lo sabía exactamente. Percibía que su vientre se ponía duro y puntiagudo.

Durante el sueño pensaba que al fin comprendía el significado del endurecimiento de la matriz. Se decía: "El bebé tiene una erección". Las asociaciones dieron como resultado que el hacerla reír equivalía a producirle una gran satisfacción oral y el orgasmo. Su duda de estar amamantando o mamando expresa su deseo de beber ella misma del pecho de su madre, en vez de amamantar a su futuro hijo. El endurecimiento del útero -una contracción- ya lo había notado antes, en ocasión de excitaciones sexuales. Para ella la matriz y el feto tienen el significado de un pene propio y la satisfacción oral de la lactancia la excita sexualmente. Expresa así, por el sueño, su creencia de que si hubiera tenido un pene su madre la habría alimentado bien. La hubiera querido y hecho feliz. Rechazaba su propia feminidad ella inconscientemente la culpaba por el rechazo sufrido por su madre. Ésta, en realidad, la había criado con mamadera. El sueño de Berta nos hace recordar la creencia infantil de Silvia de que a un lactante le crece un nene y se convierte en varón siempre que su madre lo quiera lo suficiente como para darle mucha leche. Ambas enfermas demuestran así la razón oral de su envidia del pene y su rechazo de la feminidad.

Poco después del parto de Berta aparecieron serias dificultades en la lactancia. En esa época soñó lo siguiente: "Está en un potrero, junto con sus hermanas. Ellas se alejan por una pradera, donde hay toros, sin tenerles miedo. La paciente se queda en el potrero, con las vacas". En esa época las hermanas estaban comprometidas y eran muy felices. Siendo niña había padecido una fobia a los toros, que simbolizaban a su padre. En el sueño, sus hermanas se separan de su madre -la vaca- y se animan a acercarse al hombre, al toro. Ella

no se atreve, hagáis acercarse al toro significa enamorarse del hombre, tener hijos y -en último término- criarlos.

Pero por su temor al toro y a ser adulta anhela ser satisfecha todavía por su madre, se queda con las vacas y no puede alimentar bien a su niño.

Relataré otro caso. Una mujer casada hacía poco tiempo enfermó de melancolía después que su madre emprendió un viaje muy largo. Al regresar la madre, el estado depresivo mejora y cura poco a poco, siendo sucedido por una agorafobia. Sólo puede salir a la calle acompañada de su madre o de su marido, pero tampoco puede estar a solas en la casa, sin la compañía de uno de ellos. Más tarde queda encinta y ya sabe de antemano que no podrá criar a su hijo. Efectivamente, tiene muy poca leche, y el médico le recomienda ciertos alimentos. Comienza a comer exageradamente. Me explicó más tarde en su análisis; "Era muy raro; comía mucho, pero toda la comida se me convertía en grasa, en lugar de transformarse en leche para el niño". Más tarde quiso adelgazar, sin conseguirlo, porque cualquier régimen era causa de una recaída en un estado de angustia y depresión. Recapitulemos en pocas palabras: para contrarrestar la pérdida real de su madre, la introyectó y enfermó de melancolía. Vuelta la madre, no quiso exponerse otra vez al riesgo de perderla y la obligó, con su fobia, a permanecer constantemente a su lado. Cuando tuvo el hijo, temía ya haberse convertido definitivamente en adulta y haber perdido por eso la protección materna. Entonces se incorporó la madre en forma de alimentos y se negó a eliminarla en forma de leche. Más tarde, el hacerla adelgazar significaba obligarla a desprenderse de la madre.

Al parecer, el deseo de permanecer dependiente y recibir la leche materna está tan difundido que se encuentra también en animales domésticos. Una de mis pacientes me relató que tiene dos gatas, madre e hija, que quedaron ambas preñadas en la misma época. La hija por primera vez. Cuando la

madre dio a luz, la gata joven se interesó mucho por sus hermanastros, se apegó a la madre y varias veces logró ocupar el lugar de la cría, mamando de la madre. Unos días después, Cuando ella dio a luz a su vez, no mostró ningún interés por su propia cría y la abandonó completamente, negándose a amamantar o a calentar a sus cachorros. Cuando no estaba la madre y trataba de mamar, se paseaba, coqueta y despreocupadamente, por el jardín.

A pesar de los esfuerzos de sus dueños, murieron todos los cachorros.

Simultáneamente con el deseo pasivo de ser amamantada puede coexistir el deseo activo de criar, situación que se manifestó en la fantasía infantil de Ana. Tenía siete u ocho años cuando observó cómo una tía suya daba el pecho a su bebé, quedando muy impresionada por lo que había visto.

Concibió varias fantasías, una de las cuales recordó en el análisis: Una madre y su hija se han perdido en el Sahara; están a punto de morir de sed y rezan para que se produzca un milagro; éste ocurre, efectivamente, pues los senos de ambas mujeres se llenan de leche y pueden amamantarse mutuamente y salvar así su vida. En esta fantasía Ana intenta superar su propio trauma del destete. Éste, simbolizado por el Sahara, lugar desprovisto de todo líquido. Ana experimentó su desamparo frente al destete como estar a punto de morir de sed. Fantaseaba que su madre seguirá dándole leche, siempre que ella le ofrezca la suya propia en compensación. Siendo ya una persona adulta, persistía aún en su inconsciente el deseo de recibir esta recompensa. Fijada a su propio destete, encontraba dificultades en la lactancia de sus hijos. Tenía poca leche, es decir, en contraste con su fantasía infantil compensatoria, dejaba "morir de sed" a sus hijos.

Sin embargo, la persistencia de los propios deseos orales también puede facilitar la lactancia si la madre logra identificarse con el lactante y superar así las frustraciones sufridas.

Fracasa en esta identificación si el mamar retuvo o adquirió para ella un carácter francamente erótico, es decir, homosexual e incestuoso, como ocurrió en Ana inconscientemente o en Berta con toda conciencia. Los conceptos de homosexual, sucio y animal, muchas veces son idénticos para el inconsciente, y precisamente las mujeres que pretenden no poder amamantar suelen rechazar esta función por considerarla animal e indecorosa. Le niegan al niño una satisfacción que ellas mismas aún anhelan, pero no se toleran por su contenido erótico. Si en la mujer el deseo oral queda fijado completamente a la madre y es aceptado por el yo, lleva a determinado tipo de relaciones homosexuales, en las que toda actividad sexual se reduce a succiones mutuas de los senos, ya veces al cunilinguo, satisfaciendo así deseos activos y pasivos provenientes de la primera relación entre madre e hija. La fantasía de Ana sobre el milagro en el Sahara se basa en los mismos deseos.

He expuesto, pues, cómo las ansias insatisfechas de ser niña y de mamar y el rechazo de este deseo como homosexual, pueden causar dificultades en la lactancia. Pero hay además una incapacidad de lactar por temor a las propias tendencias oral-sádicas, que están íntimamente ligadas a la insatisfacción oral mencionada. Mujeres que reaccionaron durante su primera infancia a la frustración materna con deseos intensos de morderla y destruir sus pechos, más tarde se castigan frecuentemente durante la lactancia de sus hijos, infligiéndose lo que quisieron infligir a su madre. Lo obtienen a través de las fisuras de los pezones, que dificultan la lactancia u obligan al destete. Pero estas fisuras no significan únicamente un castigo, sino al mismo tiempo una protección, porque permiten a la mujer evitar un contacto tan peligroso para su inconsciente. El lactante reacciona al pecho que le frustra con deseos de morder y destruirlo porque él mismo se siente mordido y destruido por el hambre que le provoca su madre. Es para él como si ella lo mordiera. Más tarde, el pro-

pio hijo representa, en la doble identificación que ya no es conocida (Helene Deutsch), tanto al niño voraz que la madre joven fue una vez, como a su propia madre cruel.

Amamantarlo significa entonces exponer el seno a su cruel voracidad. Por eso las fisuras de los pezones significan un mal menor, una transacción.

Aceptando una pequeña parte de la destrucción temida, la mujer soborna a su superyó y a su medio ambiente y se permite desistir del amamantamiento.

Si se observa a las mujeres que presentan grietas, se obtienen la impresión de que la causa principal reside en un descuido inconscientemente intencional por parte de ellas; siguen todos los consejos del médico al pie de la letra, pero se ingenian para provocarlas, dejando succionar al lactante durante un tiempo excesivo, no poniéndole bien el pezón en la boca, o no tratando inmediatamente un principio de lesión.

El primer recuerdo infantil de una analizada que sufría durante la lactancia de fisuras muy dolorosas con una mastitis subsiguiente, era: "Ella y su hermano menor están sentados en el zaguán, cada uno tomando una botella grande, llena de leche". Se trata de un recuerdo encubridor, surgido para rechazar una vivencia opuesta y traumática. La paciente contaba once meses más que su hermano, y fue destetada precozmente a causa del nuevo embarazo de su madre. Más tarde observó muchas veces con envidia al hermano tomando el pecho. La madre prolongó excesivamente la lactancia de este hijo. Su recuerdo -o fantasía- expresa precisamente lo contrario de esta situación, es decir, aparecen ella y su hermano tomando los dos, muy contentos, mucha leche de grandes botellas.

El nacimiento del hermano la había privado no solamente de la leche sino también del amor maternal, porque su madre prefirió pronto al hermanito.

La enferma se vengaba con fuerte odio que encubría casi completamente su amor hacia la madre. Sus depresiones temporales revelaron el componente oral-sádico de este odio. Asimismo, la parodontosis crónica que empezó a manifestarse en su adolescencia, poco después de que su madre enfermara de una psicosis maníaco-depresiva. Durante sus accesos de locura solía culpar a su hija de todas las desgracias que le habían ocurrido y acusarla de querer seducir al padre. Cuando la enferma se casó, conscientemente repudiaba todavía a su madre. Fue feliz la primera época de su matrimonio.

Éste solo se hizo desgraciado con el nacimiento de un hijo. Cuando la enferma hubo dado a luz, cambió bruscamente su carácter. Empezó a "comprender" a su madre y a reprocharse su actitud hostil hacia ella. Es decir, cuando la temía, por haber usurpado su lugar de madre y por tener que exponer sus pechos al ataque de la boca de su hijito -representante tanto de su propia agresividad oral como de la madre-, se protegió contra el contacto directo con él por las grietas e intentó sobornar a su madre, reconciliándose con ella. Para que ésta ya no tuviera nada que envidiarle y que reprocharle, se transformó en una mujer tan desdichada como había sido ella.

Lina pasó muy mal la segunda noche después del nacimiento de su hijita.

Tuvo pesadillas continuas en las cuales perros grandes y malos perseguían a su perrito "Shugar" para morderlo y devorarlo. Dos días más tarde se le presentaron fisuras muy dolorosas en los pezones. Por causa de ellas destetó a la niña cuando sólo tenía diez días de edad. Poco después se le presentó una idea fóbica. Cuando paseaba a su nena en cochecito evitaba cuidadosamente a los perros por temor de que pudieran asaltar el coche y comerse a la pequeña. ¿Qué interpretación cabe de la sucesión de estos hechos? Por la

aparición de las grietas parece evidente que su perrito "Shugar" representaba sus pechos. Por su nombre, ya estaba asociado a algo dulce que despierta la gula de los niños.

Entonces, los perros peligrosos que querían morder y comer a "Shugar" representaban a su hija, deseosa de morder y comer sus senos. Lina estaba obligada a exponerse a esta agresión de su hija. Sintió miedo. Pero ésta no irrumpió en su conciencia, sino que fue sustituido por las grietas, heridas causadas efectivamente por la boca y el hambre de su hija. Con la aparición de las grietas anticipó lo que su hija podría hacerle y calmó su angustia, porque las heridas en la realidad eran mucho menos peligrosas que las mordeduras a las cuales el perrito "Shugar" estaba expuesto en sus sueños. Simultáneamente sobornó a su superyó, representado en el mundo exterior por su marido, con la exhibición de su sufrimiento causado por las fisuras, logrando así su autorización de desistir de la lactancia peligrosa.

Pero una vez a salvo de este peligro, surgió un sentimiento de culpa por lo que había hecho. Entonces se identificó con su hijita, expuesta al sufrimiento de un destete precoz. La niña amenazada de ser comida por los perros es ella, de pequeñita, la merced del hambre devoradora representante de la frustración oral temprana. (En el temor fóbico de que sus senos o la niña podrían ser comidos por los perros, existe la misma constelación psicológica y el mismo juego de identificaciones que ya estudiamos a fondo en el análisis del mito del "niño asado").

Ambas enfermas, temiendo la agresividad oral, procedente de frustraciones sufridas en la propia lactancia, evitaban el contacto temido con su hijo por medio de la producción de grietas. Berta, expuesta por su historia a los mismos temores, recurrió a otro mecanismo. También sus sueños revelaron que temía la hostilidad oral de su bebé. Cierta vez éste apareció en un sueño, representado por un cangrejo -que era

el símbolo materno para ella (véase el sueño de la araña-cangrejo, pág. 100)- y en otro como un cachorro de tigre: a éste asoció un tigre de juguete que su madre le había regalado en su infancia y con el cual se había identificado en sus juegos infantiles.

Otra vez aparece, pues, el temor al hijo como resultado de una doble identificación. Éste representa tanto al cangrejo (la madre) como al tigre (la durmiente durante la infancia). Ambos animales son temidos por su agresividad oral.

A pesar de su temor y aversión a la lactancia, no quiso renunciar a su función de amamantar. Sufría una intensa envidia al pene y tener leche significaba para ella ser potente.

Además, su madre había fracasado como ama de leche. Quería demostrarle que valía más que ella; que sabía alimentar mejor a su hijo. Pero en el fondo se decidió a alimentarlo para que éste no la odiara como ella había odiado a su madre. Sin embargo, no podía darle el pecho. Temía la agresividad del cangrejo-tigre, temía el contacto íntimo, que para ella era incestuoso y de carácter homosexual. Recurrió entonces a una pequeña transacción.

Alegando que el niño era perezoso en la succión, durante varios meses se extrajo leche artificialmente y se la dio al bebé con mamadera.

La percepción inconsciente de la propia agresividad, respuesta a las frustraciones orales anteriores que fueron experimentadas como agresiones por parte de la madre, también puede trastornar de otra manera la lactancia, proyectándose la maldad de la madre sobre la leche. Reviviendo la propia lactancia se considera entonces la leche como una sustancia destructiva y peligrosa, no debiendo recibirla el niño por este motivo. Eso explica a opinión de muchas mujeres que encuentran su leche insuficiente y perjudicial para su hijo (4). Pero si la mujer logra sobreponerse a sus temores y ali-

mentar exitosamente a su hijo, destruye dentro de sí misma sus viejos temores hipocondríacos y grávidos de sentimiento de culpa, de que ella y todo lo que pudiera producir sea dañino y peligroso para los demás.

Vimos como diferentes mecanismos neuróticos llegan a dificultar la lactancia. Pero puede ocurrir también lo contrario. Ya en la lactancia que transcurre normalmente interviene siempre la identificación de la madre con su lactante. Una fuerte fijación oral a la madre no debe originar necesariamente dificultades en la crianza, si el deseo pasivo de mamar se satisface en la identificación con el lactante y si se logra tener el deseo activo de amamantar por la identificación simultánea con una madre ideal que alimenta bien. La mujer consigue así satisfacer deseos infantiles frustrados y dar al niño lo que no tuvo.

En otras mujeres se encuentra una intensa aversión contra el destete, como único indicio superficial de un componente neurótico.

Isabel alimentó a su hijo muy satisfactoriamente durante siete meses.

Una enfermedad aguda la obligó a destetarlo bruscamente. Observó con ansiedad al niño para ver cómo reaccionaba a lo que ella consideraba una grave frustración. Sin embargo, el niño, rodeado de cariño y ya capaz de encontrar otras gratificaciones que el pecho, no mostró ninguna señal alarmante. entonces Isabel se entristeció. Se sintió ofendida de que su hijo la necesitara tan poco, demostrando su extrañeza hasta tal punto que su marido, observador psicológico intuitivo, le decía: "Te comportas como si el nene te hubiera destetado a ti y no tú a él".

Tampoco la señora L. pudo aceptar el destete de su hija. En los primeros días después del parto había tenido poca leche. Estaba todavía en el sanatorio, ambiente generalmente

bastante desfavorable para la evolución de una lactancia normal. La enfermera (representante materna para ella), viendo sus esfuerzos y su inhabilidad inicial para dar el pecho a su bebé, en lugar de ayudarlo se impacientó y se ofreció a darle la mamadera. La señora L., acostumbrada por su cardiopatía a ser considerada menos capaz que otras mujeres y especialmente que su madre o su hermana mayor, se vio otra vez vencida por la eficacia de una figura materna. Reaccionó a este fracaso con una depresión que sólo cedió cuando, de vuelta en su casa, logró, apoyándose en la comprensión de sus familiares inmediatos, alimentar perfectamente a su hija. Cuando la criatura tenía algunos meses, salió de veraneo con ella. Un empeoramiento de su estado cardíaco, provocado por una enfermedad sin importancia pero molesta de la niña, la obligó, por indicación del médico, a un destete inmediato. Reaccionó con una grave descompensación cardíaca y un estado psicológico confuso y regresivo. Como la descompensación no cedía a la medicación, recurrió otra vez al análisis.

Resultó que el desencadenamiento de su estado había sido el destete de su hija. La señora L. había sido feliz y exenta de trastornos físicos mientras la alimentaba, porque, identificándose con ella, realizaba algo que nunca había experimentado: ser la hija única, mimada y bien alimentada de una madre buena y totalmente dedicada a ella. El destete cambió todo, porque rompió esta identificación feliz. La niña, de una reedición de ella misma, se convirtió para su inconsciente en una rival en el amor de su marido y de su madre; es decir, en una madre unida al padre o en un hermano menor. Por otra parte, la señora L. oscilaba entre dos posiciones psicológicas igualmente insatisfactorias: la de sentirse de nuevo niña excluida o hermana mayor, abandonada por la llegada de un nuevo hermanito o -por haber frustrado a su hija por el destete- una madre tan mala como había considerado a la suya propia cuando ésta la destetó prematuramente a causa de un nuevo embarazo.

La identificación con la madre buena, que alimenta bien, es, pues, tanto en mujeres normales como en neuróticas, el fundamento mismo de una buena lactancia y de un destete adecuado.

Pero debido a la persistencia de deseos infantiles en el inconsciente, la madre buena que alimenta bien debe ser asexual. Por sentimientos de culpa por haber atacado en fantasías preteritas la unión sexual de los padres y por identificación con los celos del hijo, hay mujeres que entregan bien sus pechos, pero pierden, después del parto, sus deseos sexuales y su capacidad orgástica. Hay otras que niegan sus senos al hijo, por considerarlos únicamente su atractivo sexual. Ambas disocian maternidad y sexo, para ambas la madre es santa y asexual. La misma necesidad está en la base del culto a la virgen, cuya imagen, con el niño en brazos, ha sido durante muchos siglos el símbolo máximo de la maternidad para el hombre occidental. El mismo conflicto lleva al protagonista de la "Sonata a Kreutzder", de Tolstoy, a exigir a los esposos abstinencia sexual durante la época del amamantamiento. También algunos ginecólogos la reclaman. En muchas sociedades primitivas existe el tabú de la vida sexual durante la lactancia. La creencia de que la mujer es estéril en esta época no se apoya únicamente en la observación de que su capacidad de concebir está disminuida biológicamente, sino que corresponde al deseo inconsciente de su asexualidad. Este deseo proviene de nuestra infancia más remota, cuando pertenecíamos exclusivamente a nuestra madre y creíamos que ella también nos pertenecía: cuando todavía no habíamos reconocido a nuestro padre como objeto de amor, pero tampoco como rival. Paulatinamente, nuestro conocimiento de la realidad nos arrojó del paraíso. Pero en nosotros, ya adultos, sigue persistiendo el deseo de mantener la antigua ilusión de nuestra niñez.

Resumiremos lo visto: la mujer que alimenta a su hijo está reviviendo inconscientemente su propia lactancia.

Si ésta fue feliz, gozará en repetir la misma experiencia satisfactoria con su propio niño. Si fue muy conflictual y angustiosa, puede ocurrir que viejos recuerdos, al resurgir en su inconsciente, obstaculicen la lactancia y hasta la impidan del todo, desapareciendo la secreción láctea. Pero puede ocurrir también lo contrario: que la mujer logre sobreponerse a sus viejos conflictos y halle en la lactancia un medio adecuado para superar frustraciones pasadas y olvidar antiguos resentimientos y reivindicaciones, al identificarse con su hijo satisfecho y con una madre ideal.

## Notas

(1) Parte de este capítulo ya apareció bajo el mismo título en la "Revista de Psicoanálisis".

(2) Debo el conocimiento de esta parte del experimento a una comunicación personal del Dr. Mirsky.

(3) Michael y Niles Rumely Newton (véase Ind. Bibl.).

(4) No me atrevería a destacar del todo la posibilidad de que el rechazo que experimenta la madre por el amamantamiento influya desfavorablemente sobre la composición química de la leche. Pero no existen hasta ahora, que yo sepa, estudios al respecto.

## Capítulo XII

## El climaterio, consideraciones finales

¿La edad crítica es crítica forzosamente? Vivencias psicológicas del climaterio. ¿Involución o fase evolutiva? La mujer mayor en otra sociedad. En la nuestra. Diferentes causas de la crisis. La bruja. La menopausia como test. Cómo educar a nuestras hijas.

En este libro hemos acompañado a la mujer desde el principio de su madurez sexual hasta el destete de su hijo, es decir, hasta el final de su tarea procreativa frente al niño. Lo haremos también hasta el final de su capacidad biológica de ser madre, cuando maternidad y sexo pierden definitivamente toda interdependencia fisiológica. Esta fase, la menopausia, parece definida tan nítidamente como la menarquía, ya que se establece después de la última menstruación. Sin embargo, la aparición de las manifestaciones psicósomáticas que la acompañan a menudo y forman el cuadro tan temido de la "edad crítica", no se producen justo en este momento. Antes, cuando considerábamos ya "vieja" a la mujer de 40 años, esperando de ella que renunciara a mucho, para llevar una vida digna y resignada, era ésta la edad en la cual empezaba a sufrir de tristeza, de olas de calor o de sudor -de crisis de angustia, diríamos actualmente.

Freud, unos cuantos decenios atrás, aconsejaba todavía no aceptar en tratamiento psicoanalítico a una mujer de esta edad, dado que, por ser poco elástica psicológicamente, ya

no podían esperarse cambios favorables de su estado. Actualmente consideramos joven a la mujer de 40 años, desde luego la aceptamos en análisis; y también la mujer de 50 y 60 años tiene en nuestra sociedad posibilidad de realizarse en muchos terrenos. Consecuentemente las crisis de edad aparecen, siempre que se presenten, en una edad bastante posterior a la de antes.

Flanders Dunbar (v. Ind. Bibl.) sostiene que el considerar las psicosis involutivas consecuencia directa de los cambios hormonales climatéricos nos parecerá, dentro de un tiempo, tan irracional como la creencia de fin del siglo pasado de que la masturbación o excesos sexuales sean causantes de psicosis. Habla en favor de su tesis el hecho de que las psicosis involutivas no son modificables a través de tratamientos hormonales.

Estudios cuidadosos demostraron, además, que las mujeres que presentan trastornos menopáusicos ya sufrían con anterioridad de trastornos nerviosos.

Son las mujeres de ajuste sexual pobre, de carácter rígido con dificultades de adaptarse a cambios, y de un campo de intereses limitado, que corren riesgos de envejecer. Eso es fácil de comprender. La mujer que gozaba sexualmente hasta entonces, comprobará pronto que no perdió esta facultad, ya tan firmemente establecida, que adquirió independencia de los procesos hormonales, mientras que la mujer que no gozó nunca, ahora ve desaparecer su última posibilidad. La mujer de carácter rígido tolerará peor los cambios que ya sufre su cuerpo, y que padecerá más aún su vida con la vejez que se avecina. Y la mujer de intereses limitados, al ver desintegrarse el campo de sus actividades (la labor del hogar a menudo pierde importancia cuando los hijos se van) se sentirá fácilmente inútil y centrará ahora todos sus cuidados, que antes dedicaba a la familia, en actitud hipondríaca en su propio cuerpo. En contraste con ella, la mujer que siempre tenía

intereses múltiples, renunciará más fácilmente y casi sin darse cuenta a su capacidad de crear biológicamente, ya que es creativa en otros terrenos.

Aunque envejecer siempre es penoso, y más aún si se quiere a la vida, este proceso se volverá "crítico" únicamente debido a un interjuego de factores personales, ambientales y sociales.

Pero el cambio concreto biológico, que experimenta la mujer en esta época de su vida, revivirá en su inconsciencia siempre las experiencias y los conflictos psicológicos de cambios vividos anteriormente por ella. Helene Deutsch (l. c.) ve en el climaterio y sus reacciones psíquicas y somáticas tanto una repetición como la contraparte de la menarquía. La mujer para por un estado psicológico de dudas, vacilaciones, temor al futuro, intensificación y rechazo de su sexualidad, de oscilación entre deseos de aislarse y una gran actividad social, etc., que se parece en mucho a las reacciones de la niña púber. Además, hasta parte de las reacciones físicas, como, por ejemplo, los frecuentes trastornos vasomotores, son parecidas. Helene Deutsch dice que estudiando los conflictos de determinada mujer frente a su menarquía se pueden prever sus futuras dificultades climatéricas. Pero esta semejanza está en contraste con una diferencia fundamental: todo lo que la niña adquiere en la menarquía, la mujer madura lo pierde en la menopausia. Esta significa para ella una muerte parcial y su anulación para las funciones dedicadas a la especie. Por eso, mientras que el clima de las fantasías, los deseos y conflictos puberales es el resignado "demasiado temprano", la mujer climatérica tropieza en sus intentos de realización con un triste "demasiado tarde". Los parecidos y el carácter de crisis del estado psicológico de ambas etapas provienen de esta imposibilidad de realización, impuesta por la edad, demasiado corta de la niña, demasiado avanzada de la mujer envejecida.

Los conflictos psicológicos que conmueven a la niña púber son una reedición de sus luchas edípicas. Según Helene Deutsch, también la mujer climatérica repite los mismos conflictos. Pero mientras que para la niña su amor prohibido hacia el padre era la fuente de sus luchas, rebeliones y humillaciones, la mujer madura sufre porque debe reprimir su amor incestuoso hacia su hijo u otro objeto sustitutivo. En su inconsciente el hijo ha tomado el lugar del padre y la nuera es la madre que la excluye. Pero mientras que la niña púber intenta activamente separarse de sus objetos incestuosos, los padres, la mujer envejecida sufre pasivamente la pérdida de sus hijos, que tratan de emanciparse de ella.

Helene Deutsch ve la crisis psicológica que acompaña al climaterio como inevitable. Pero explica cómo sus características y su intensidad están determinadas por la estructura psicológica de la mujer, por sus conflictos infantiles y por todo lo que supo lograr o en que fracasó durante su época biológica.

Thérèse Benedek mantiene otro punto de vista en un vasto estudio sobre la menopausia con el título sugestivo y muy discutido: "Climaterium: a developmental fase" (El climaterio, una fase del desarrollo, véase Ind.

Bibl.). Explica que los cambios biológicos, inherentes al climaterio, a pesar de su carácter regresivo, estimulan procesos psicológicos en la mujer, capaces de llevarla, bajo condiciones favorables, a un mejor dominio de las dificultades de la vida y a una adaptación progresiva. Como Helene Deutsch, compara la reacción de la niña frente a la menarquía con la reacción que más tarde tendrá, ya mujer envejecida, frente a la menopausia. Pero está en desacuerdo con esta autora cuando afirma que el climaterio priva a la mujer de todo aquello que recibió en su pubertad. Thérèse Benedek se hizo famosa por sus investigaciones sobre las reacciones psicológicas de la mujer provocadas por los cambios hormonales du-

rante su ciclo menstrual. Compara la situación hormonal climatérica con la del premenstruo. Sostiene que la mujer adulta que logró la maternidad bien realizada y una gratificación sexual adecuada, y por eso ya prácticamente no sufre de síntomas regresivos durante el período premenstrual, llega al climaterio (durante el cual desaparecen definitivamente las mismas hormonas cuya desaparición temporaria caracteriza al premenstruo) sin experimentar trastornos psicológicos o físicos. Opone a lo dicho por Helene Deutsch que el climaterio no puede privar a la mujer de lo adquirido en madurez psicológica y en vínculos afectivos con su compañero, con sus hijos, y con todo su ambiente social. Sostiene, por el contrario, que la desexualización de sus emociones puede servir a la mujer madura para dar a sus relaciones afectivas un carácter más sereno, libre ya de ambivalencia y conflictos emotivos.

Pone, además, a su disposición, energías que antes estaban ligadas eróticamente y que le facilitan ahora la vinculación en una forma nueva para ella con su ambiente social. En contraste con este destino de la mujer que no sólo envejeció, sino que logró madurar psicológicamente y gratificar completamente sus instintos tendientes a la maternidad, la mujer neurótica que sufre por la conciencia de no haber logrado el fin de su sexo, a menudo es presa de angustia frente a la edad que se avecina y a la inminente pérdida de sus atractivos sexuales.

Thérèse Benedek demuestra esta tesis con material clínico adecuado. Además, basándose en diversos datos antropológicos, esta autora supone que, así como la reacción de cada mujer frente a su menopausia está determinada por su historia individual, también depende de la reacción que toma su sociedad frente a la mujer madura. Ésta será distinta en sociedades que valorizan primordialmente en la mujer sus atractivos eróticos, y en otras, como parcialmente la nuestra, en la

actualidad, en que el envejecer le ofrece nuevas posibilidades basadas en su mayor experiencia y comprensión.

Entre los indios Mohawe, por ejemplo, George Devereux (véase Ind.

Bibl.) no pudo registrar ningún indicio según el cual el climaterio fuera en el concepto de los hombres o de las mujeres un período traumático deprimente. La mujer no restringe su vida sexual en esa época. Al contrario, nuevos casamientos son frecuentes. El hombre joven, divorciado y con hijos, la busca a menudo. Está decepcionado de su joven esposa que no atiende bien ni a él ni a ellos. Busca en la mujer madura una compañera experta y dispuesta a cuidar de él y a educar a sus hijos. Es también la época en que sus nietos quedan al cuidado de ella.

Además, la menopausia la libra de todas las restricciones que pesan sobre ella en lo referente a su intervención en la vida de la tribu en forma parecida a la de los hombres. Aunque tampoco ahora pueda tener una actuación oficial y bien circunscripta, de hecho ocupa un lugar importante en la organización, desde que se ha convertido en una mujer mayor. Psicológicamente da la impresión de una persona que está consolidando lo obtenido durante su juventud y madurez y adquiriendo nuevos valores.

Parece que también en otras sociedades primitivas el climaterio no siempre tiene carácter traumático, sino, siguiendo la expresión de Thérèse Benedek, se define como "fase evolutiva". En cambio, en nuestra sociedad, un climaterio libre de trastornos y reacciones depresivas es considerado por muchos como algo excepcional. Deducimos de la gran frecuencia de trastornos psicosomáticos en las funciones procreativas de la mujer de nuestra época, que no logra gozar plenamente de su feminidad. Igualmente se puede deducir de su reacción frente al climaterio que su vida no ha sido satisfactoria. La reacción a la menopausia es como un test que in-

dica si una mujer ha sido feliz o desgraciada, colmada en sus instintos o en búsqueda continua de inadecuadas gratificaciones eróticas o sublimaciones durante su infancia, adolescencia y madurez.

Desgraciadamente, en nuestra sociedad el test a menudo da un resultado negativo. Es cierto que la mujer pasará mejor esta prueba si no ha malogrado su maternidad. Sin embargo, el pleno logro de ésta de por sí es ya casi irrealizable en nuestra sociedad.

Margaret Mead, en su estudio antropológico de la vida norteamericana actual ("Male and Female. The role of sexes in a changing world"), dice que la cuarta parte de las mujeres norteamericanas llegan al climaterio sin haber tenido un hijo. Pero también las madres no tienen, generalmente, más que uno, dos o tres a lo sumo. Conscientemente, ni pretenden tener más.

Sólo que no puede decirse que hayan satisfecho plenamente sus instintos de maternidad. Pero no quieren más hijos porque su educación bajo las circunstancias actuales ya les ha sido difícil y llena de sacrificios. La familia actual de la clase media está reducida al padre, la madre y los hijos mientras son niños. Como la mujer ya no convive como antes con sus padres o suegros o alguna tía, hermana soltera o viuda, que pueda ayudarla en la crianza de los hijos, si no está en condiciones de costear una ayudante adecuada, debe renunciar a su trabajo o a su carrera. Se queda en casa, trabajando más todavía que si tuviera un empleo, pero sintiéndose inferior e insegura frente a sus compañeras que trabajan fuera del hogar y se ganan la vida. Después, los hijos crecen, el trabajo disminuye poco a poco y finalmente, cuando aquéllos abandonan la casa, desaparece también la causa que la sustrajo de su carrera o profesión.

En esta época la mujer generalmente es todavía demasiado joven como para quedar inactiva, pero a menudo ya

demasiado vieja para reiniciar el trabajo que abandonó muchos años atrás, o para dedicarse seriamente a nuevas actividades. No es porque a su edad ya sería realmente imposible estudiar; pero no se ocupó en estudios sistemáticos desde hace mucho, ya que sus obligaciones no le dieron el tiempo necesario. Ahora, que tiene tiempo de sobra a su disposición, su mente ya perdió la costumbre de la disciplina.

Entonces queda sola en casa, ociosa por primera vez en muchos años. Antes deseaba disponer de tiempo libre para ella. Ahora ya no sabe qué hacer de esta libertad. Su marido viene al mediodía, viene a la noche, pero las mañanas y tardes pronto le parecen interminables. Esta época crítica de su vida generalmente coincide con el climaterio. Según Margaret Mead, las reacciones depresivas no se deben principalmente a esto, sino a la situación descrita, por la cual tantas mujeres de nuestra sociedad tienen que pasar, por haber renunciado, en favor de la educación de sus hijos, a crearse valores y ocupaciones que pertenezcan exclusivamente a ellas.

Esta es la reacción de la mujer que ha tenido hijos y se ha dedicado a ellos. Es cierto que la reacción de la mujer, que no realizó su maternidad, frente a la menopausia, es todavía más intensa, aunque tenga su profesión, su ambiente social bien establecido y otras fuentes más de gratificaciones. En este libro hemos estudiado las angustias profundas de la mujer, su temor inconsciente de no ser físicamente intacta por los pecados que cometió en sus fantasías. La prueba más contundente de su inocencia es que no ha sufrido castigo, que puede dar a luz un niño sano. Cuanto más una mujer rechaza conscientemente la maternidad, más necesitará su inconsciente de esta prueba, y más la evitará por sentirse culpable e incapaz.

Pero mientras la mujer no llega a la menopausia, consciente o inconscientemente se forja durante cada ciclo menstrual la fantasía de gestar un hijo. Hasta que con la desaparición

de la menstruación se da cuenta de que todas sus fantasías ya son irrealizables, que pertenecen irremisiblemente al pasado. Esto es tan doloroso para ella que busca a veces por todos los medios mantener por lo menos la ilusión. Conocí una viuda sin hijos, ya cercana a los sesenta años, y menopáusica desde diez años atrás, que rechazó a un pretendiente tardío por el temor, como explicaba, de quedar embarazada.

Sin embargo, hay excepciones: tanto la mujer muy reprimida, que sufrió mucho por su sexualidad insatisfecha, queda a veces aliviada frene al climaterio, que al fin la libra de toda obligación de cumplir con su feminidad, como la mujer muy infantil. Ésta, si no tuvo hijos porque pretendía ser la única niña muy mimada de su hogar, pasará bien por el climaterio siempre que logre perpetuar la actitud protectora de su ambiente hacia ella.

La mujer que concentró todo su interés en el culto de sus atractivos físicos y la conquista del hombre es la que generalmente sufre más por el advenimiento de la vejez. Al estudiar la psicología de la frigidez vimos que ella intenta compensar, a través de su avidez sexual, su insatisfacción oral primitiva. Para ella la menopausia tiene carácter tan catastrófico porque representa algo como un destete irremediable y definitivo.

Pero ¿por qué su atractivo físico es tan importante para la mujer? Freud explica que ella compensa su falta de pene, erotizando todo su físico. Pero repetimos que no es tanto la falta del pene como la imposibilidad de saber qué ocurre dentro de su cuerpo lo que la hace depender, a menudo ansiosamente, de la perfección de su belleza. Si está linda por fuera, lo será también por dentro. Y si lo es, eso implica que no atacó sus objetos dentro de ella, ni se hizo merecedora, en castigo por eso, de ser atacada y destruida. Ya para la niña pequeña ser linda o buena son prácticamente sinónimos. La

princesa de los cuentos de hadas es joven y linda, la bruja mala es vieja y fea. Entonces la princesa es querida y la bruja odiada, con justa razón. La mujer que sufre frente al espejo por cada nueva arruga, en su inconscientes siente transformarse de niña buena y querida en bruja fea y odiada. Se siente culpable por no saber cómo preservar su belleza y está de duelo por la pérdida de sus atractivos físicos como parte integrante de su identidad y de su yo (ver los conceptos de León Grinberg sobre la culpa persecutoria y duelo por el yo, Ind. Bibl.). Ya no se reconoce más a sí misma. Pero ¿qué es la bruja? La madrastra de Blanca Nieves era linda, y sólo mostró su fealdad y sus malas artes cuando la niña, haciéndose mujer, la había superado en belleza. La bruja es la imagen interna de la madre, transformada en mala por haber sido vencida por la hija y despojada del padre-príncipe y de todo atractivo sexual femenino.

Por eso está dotada de atributos fálicos (la nariz larga y la escoba) que representan su unión con el pene malo del padre. La niña, en sus fantasías inconscientes, anticipa su triunfo maniaco sobre la madre y su transformación en vieja - y bruja mala por lo que le está haciendo- al atacarla envidiosamente por todo lo que tiene.

Por eso, al hacerse mujer de veras, cuando le llega la menarquía, a menudo teme a la madre por sentirse victoriosa. Pero la mujer mayor reconoce frente al espejo de golpe a la bruja en su propia cara y se siente tan odiada y despojada, como odió y despojó internamente a su madre.

Hay dos ideas predominantes, según las cuales se califican las psicosis involutivas: La idea paranoide, de ser perseguida y robada, expresa la identificación taliónica con la madre despojada y a quien la hija robó el sexo y el padre. La idea depresiva de la mujer que envejece, de que ya nada vale la pena, de que ya no tiene sentido vivir, expresa el rechazo de sobrevivir al cambio y al tiempo que la transformó de niña

triumfante y preferida por el padre en esta imagen de madre destruida que ya nadie quiere ni alimenta.

Junto con el envejecer y la declinación de la vida sexual vuelven, a menudo, viejos deseos y temores homosexuales. Detrás de la revivencia edípica, detrás del hombre, del padre, aparece la mujer, la madre. Y esta madre será bruja, Vehinilai y temida, en la medida en que la niña se burló de ella, cuando la venció, creciendo y yéndose con el hombre. Relataré la pesadilla, breve e impresionante, de una mujer de "cierta edad". No veía nada más que una puerta de madera y un cerrojo que, despacito, despacito, se retiraba. Sintió suspenso y pánico frente a esta puerta que se iba entonces a abrir, pronto, muy pronto, inexorablemente. ¿Quién iba a pasar, una vez abierta la puerta? Se despertó, bañada en sudor, con taquicardia. La puerta con su cerrojo le hizo acordar a otra parecida, perteneciente a una casa vieja, en la cual solía reunirse con su amante. Pero detrás de esta asociación amorosa estaba, expresado en términos simbólicos, su angustia frente al envejecer. Era ella la casa vieja y el cerrojo que se retiraba de la puerta era el pene que se alejaba, dejando abierto e indefenso su genital, para dar paso a la madre. Que ésta era una madre-bruja temida, lo dedujo la soñante, del clima de angustia que reinaba en el sueño. Pero la invisibilidad de la bruja anticipaba además otro temor: el temor a la nada, a la muerte que se avecinaba.

Hemos subrayado los conflictos y temores que acompañan la menopausia, pero también los logros específicos importantes pertenecientes a esta época, en la cual la mujer puede gozar de su mayor experiencia y serenidad. Si su vida de adulta ha sido satisfactoria, habrá contrarrestado muchos de sus temores infantiles. Sin embargo, dijimos ya que por la gran frecuencia de la reacción negativa frente a la menopausia, incluso de la mujer que ha vivido feliz con su marido y sus hijos, hay que deducir que ella no se satisfizo con lo realizado

durante la larga época de su vida que biológicamente estuvo destinada a la maternidad. Lo comprendemos al tomar en cuenta las grandes restricciones que nuestra sociedad impone a ésta. Para que la mujer de hoy no quede frustrada en sus instintos maternales, debe sublimar en forma adecuada la parte de sus instintos procreativos que no puede satisfacer directamente. Necesita trabajar en algo fuera del círculo tan reducido de la familia actual. Esta necesidad plantea dos problemas sociales inmediatos, como: ¿quién le ayuda en la vigilancia y educación de sus hijos mientras ella esté trabajando?, o, ¿cómo adaptar el horario de su empleo a las necesidades del hijito que amamanta?, etc. Hasta que el Estado no logre resolver estos problemas, cada mujer tendrá que buscar individualmente la solución más aceptable para ella. Quise únicamente señalar un aspecto del problema: igualmente como una vida sexual satisfactoria de la madre no perjudica, sino favorece a su hijo, el trabajo de la mujer, en sentido psicológico, no choca con su maternidad, sino la complementa. Porque si ella sacrifica, por sus hijos, las gratificaciones que su posición social actualmente le ofrece, y que de jóvenes, sus madres y abuelas tan a menudo envidiaron a los hombres, no estará conforme con su destino de mujer y esta disconformidad conspirará contra la felicidad de sus hijos.

He citado ya varias veces a las habitantes de las Islas Marquesas.

Ellas se conducen como si creyeran que tienen que pagar como precio de sus derechos sociales y sexuales la renuncia a los placeres de la maternidad. Las mujeres de nuestra sociedad se comportan a menudo como si compartiesen esta convicción inconsciente.

Esto nos explica también la tendencia actual, discutida a través de todo este libro, de privar a su vida procreativa de todo carácter instintivo y placentero. En lugar de abandonarse libremente a su naturaleza, intentan limitarla, dirigirla y supri-

mirla. Ya he mostrado estos aspectos, principalmente al hablar del parto inducido y de la alimentación artificial del lactante. Pero la mujer va muy a menudo más allá en su renuncia, cree tener que elegir entre la maternidad, el goce sexual, o un trabajo satisfactorio y creador, una actividad política o social importante. Pero cada renuncia tiene sus consecuencias. El resultado será que la mujer que renunció a tanto para ocuparse de sus hijos, a menudo lo hará con amargura y con un continuo reproche manifiesto en palabras o únicamente en actitudes inconscientes, en sus gestos, en los matices de su voz.

Descontenta con el destino de su sexo, lo estará también con el de su hija. Le hará sentir en mil formas que la mujer es inferior, que es una víctima de la vida, que hubiera preferido un hijo varón para que no sufra su triste destino. A través de todos los historiales presentados vimos las consecuencias funestas que tiene para la hija el rechazo de su madre por su femineidad.

¿Qué debemos hacer frente a este problema? No podemos modificar nuestra propia infancia. Pero podemos intentar educar a nuestras hijas, las madres de las generaciones futuras, para que no sufran de esta contradicción entre sus instintos y sus ambiciones, para que no envidien al hombre el tener un camino claramente trazado, es decir, para que estén contentas de ser mujeres. Que no repudien su feminidad al comprender que ésta puede darles un máximo de placer sin impedirles otro logro; que ellas pueden realizar tanto como el hombre, aunque estas realizaciones, por ser ellas mujeres, en muchos terrenos tendrán otro matiz que las del hombre, por no ser el resultado de sublimaciones del instinto sexual masculino sino del femenino y, en especial, sublimaciones de su maternidad.

Al discutir las causas de los diferentes trastornos psicógenos, que expresan todos un conflicto de la mujer con su

feminidad, encontramos, casi como denominador común, determinados factores y determinada constelación familiar, influencia perniciosa, especialmente durante la primera infancia de los pacientes. Fue el gran mérito de Freud habernos hecho conocer la importancia casi decisiva, para el desarrollo posterior, de los primeros años de la vida, y fue mérito de Melanie Klein incluir aun el primer año en el campo de investigaciones, al mostrar la complejidad de los procesos tempranos y su persistencia en la evolución posterior. Esta tesis de la importancia fundamental de la primera infancia para la evolución posterior, dio lugar a investigaciones en los más diversos terrenos, con distintos métodos, hasta tornarse indiscutible. Si queremos educar hijas sanas y contentas de su sexo, debemos asegurarles, en todo lo posible, un comienzo de vida, es decir, una lactancia feliz. Si la madre no puede dar todo el calor, cariño y toda la leche necesaria a su pequeña hija -aunque sea con mamadera- adaptándose a su ritmo y a sus necesidades particulares, ésta sufrirá más tarde las consecuencias psicológicas que estas frustraciones tempranas desencadenan en ella. Al mamar, el lactante espera la satisfacción de una necesidad vital, en plena dependencia de su madre. Si la niña hambrienta recibe la leche deseada y necesaria, sin tener que esperar mucho ni forzar a su madre con sus gritos de rabia impotente a que le dé lo que pide, si puede tomarla apoyada contra un cuerpo cálido, sostenida con cariñosa firmeza por sus brazos seguros, habrá hecho un aprendizaje muy importante para su vida futura, que quedará fijado en su inconsciente. Esta experiencia le servirá de modelo para sus vínculos personales y con el mundo. Teñirá su amor por el padre, y más adelante le permitirá entregarse confiadamente a su compañero sexual para repetir en un nivel más evolucionado las experiencias felices de su primera infancia.

Por otra parte, habrá aprendido también, por propia experiencia, el valor de una actividad adecuada, desarrollada por su madre para satisfacerla.

Cuando más tarde a ella se le exija actividad, sabrá cómo desempeñarse, identificándose con una madre buena y activa.

Somos mortales. Llevamos desde el principio, junto con el instinto de vida y la necesidad de amar, el instinto de muerte dentro de nosotros, que se expresa por odio y envidia.

Por eso también la madre mejor dispuesta no puede ahorrar a su hijo cierta medida de frustraciones. Pero el niño logrará sobreponerse a sus efectos si están contrarrestados por muchas experiencias felices. Podría decirse que abogo por que la madre tenga su trabajo profesional y a la vez atienda a su bebé exageradamente.

Insistí precisamente en la importancia de la primera época de la vida infantil, porque este aspecto hasta ahora no ha sido bastante comprendido por la mayoría de las madres. Sienten que el niño mayor necesita mucho de ellas -mientras a menudo sería provechosa para él una mayor independencia-, pero creen que el lactante no necesita más atención que pañales limpios y una mamadera, preparada según la fórmula pediátrica más moderna, cada cuatro horas. Si pide algo en el intervalo entre dos mamadas, argumentan que no hay que prestarle atención, pues de lo contrario podría acostumbrarse mal.

No se dan cuenta de que necesita algo más que llenar su estómago, ni de que por la falta de experiencia del niño acerca de lo pasajero del hambre, del dolor o del tiempo, la media ahora que esté llorando se le convierte en una eternidad.

Pero al lado de su madre, la niña (como el niño también, desde luego) precisa muy pronto que su madre entre en acción y se preocupe por ella. Esto le permitirá distribuir sus afectos y salir, poco a poco, de su dependencia primitiva y total de la madre.

Además, vivimos en un mundo de dos sexos. Los niños necesitan, para situarse bien en este mundo y dentro de su propio sexo, aprender ya desde el principio cómo situarse frente a ambos. Lo logran a través del vínculo que se establece entre ellos, la madre y el padre. Pero para que este aprendizaje sea exitoso, hace falta el ejemplo de padres que se quieran, que sepan gozar juntos sexualmente y respeten mutuamente su individualidad.

La hija de una madre amada y feliz, tratará de identificarse con ella y las demás personas de su sexo, y aprenderá cómo complementar su carácter con el del padre, primer representante masculino para ella.

Hablamos mucho también en este libro de las consecuencias dañinas de la envidia y del odio a la madre embarazada y de los celos de los hermanos.

Pero estos sentimientos, que coexisten, desde luego, también con otros de amor, tomarán características perniciosas únicamente mientras el yo de la niña esté todavía demasiado débil para elaborarlos y su dependencia de la madre demasiado grande como para poder compartirla. Y esto ocurre en la criatura de corta edad.

Muchas madres creen que poca diferencia de edad entre los hijos es una ventaja. "Así se crían juntos -piensan- y son mejores compañeros entre sí y dan menos trabajo". Para el menor de tal pareja de hermanos, el mayor, efectivamente, puede servir de modelo al principio, para convertirse más tarde en un buen compañero de juego.

Pero para el mayor la situación es muy distinta.

Todos necesitamos durante el principio de nuestra vida ser el único hijo muy mimado de nuestra madre. Las restricciones que desde un primer momento nuestra cultura impone al lactante -separado de su madre, arropado y alimentado, generalmente, a horas fijas- son tan serias para él, que nece-

sitan ser compensadas con un máximo de afecto. El niño pequeño no puede ceder su lugar de preferencia a otro sin quedar con un vivo resentimiento y la sensación de haber sido víctima de una gran injusticia. Sólo estará capacitado para superar sus celos frente a la llegada de un hermano menor cuando ya sepa encontrar satisfacciones fuera de su relación exclusiva con su madre. Por otra parte, la mayoría de las madres se inclinan hacia su bebé nuevo, el hijo menor. Generalmente ya basta el principio de un nuevo embarazo para que la madre rechace al niño.

Su primera medida siempre será el destete más o menos brusco, más o menos precipitado y prematuro de su hijo. Generalmente ni tiene conciencia de su rechazo, ni nota que se pone más impaciente, más severa con el mayor.

Pero le quita el pecho o apresura su educación en la limpieza esfinteriana, pensando: "tengo que educarlo rápidamente, para que ya sea un poco más grandecito cuando venga mi bebé". Así convierte súbitamente a su hijo de uno o dos años en "el mayor", a quien ya se le exige juicio y que se baste, en lo posible, a sí mismo. Este no comprende el cambio de su situación. Lo único que intuye desde un principio y con gran perspicacia es que su madre ya no lo quiera de la misma manera.

Lo rechaza porque espera o tiene otro bebé. A éste le da el pecho, le permite que grite y se ensucie, a él no lo quiere ni lo comprende ya. Reacciona con odio y desesperación. Por eso, en los historiales de nuestras enfermas reaparecía siempre el odio contra la madre embarazada, el odio contra la madre que da a luz, el odio contra los hermanos menores. Si queremos ahorrar estos sufrimientos a nuestros hijos mayores, debemos esperar que lleguen a los cuatro o cinco años para darles un hermano menor.

Eso es fácil en nuestra familia actual, en que los padres generalmente regulan la aparición de los hijos y reducen su número.

Desde luego, la evolución del niño y su transformación en hombre o mujer adultos no depende únicamente de estos factores, sino de una interrelación compleja entre sus capacidades innatas, su educación, su ambiente social, etc. Está integrado en una sociedad que influye sobre él y sobre la cual él influye durante su niñez y posteriormente. Pero al darle su primera infancia segura, se le ha dado la base para su evolución feliz.

Vivimos un momento difícil y en un mundo en cambio constante. No ofrecemos a nuestros hijos la seguridad, pero tampoco la limitación de antes.

Pero gracias a Freud y a las inquietudes que sus descubrimientos despertaron en otros investigadores, de la misma y de diferentes disciplinas, hemos aprendido cómo darles un máximo de seguridad interna. Quisiera recordar al lector de nuevo el experimento de los monos de Wisconsin (pág. 219).

El monito criado con madre de alambre no puede elaborar el enfrentamiento con algo desconocido -el juguete mecánico- porque ve a priori algo malo en ello y no tiene quien modifique este primer impacto. Entonces se retrae, se psicotiza. Un monito que puede buscar refugio en la madre de trapo, aprende a enfrentarse lo nuevo, a perder el miedo y a curiosar, lo que trasladado al cachorro humano significa sentar la base de la capacidad de adaptación e investigación. Pero únicamente un monito criado por una madre-mona verdadera sabrá más adelante elegir su pareja y unirse adecuadamente. O, trasladado esto de nuevo al terreno humano, en este mundo nuestro con un futuro que nos lleva, en muchos aspectos, a lo desconocido, únicamente una criatura criada por una verdadera madre -y esto implica de por sí la presencia real del padre- podrá amar la vida y enfrentarla adecuadamente.

Y si es mujer sabrá, el día de mañana, transmitir su salud a la generación futura.

## Apéndice

### Efectos psicológicos de los contraceptivos<sup>2</sup>

El doctor Moggia nos ha expuesto, en clase magistral, toda la complejidad desconcertante de la problemática anticonceptiva actual en el nivel biológico; trataré a continuación las consecuencias psicológicas -benéficas o dañinas- que estos descubrimientos traen para la pareja y para el mundo.

Pero como son consecuencias y causas de cambios sociales, intentaré antes ubicarme en este nivel.

El hombre siempre ha buscado controlar las consecuencias del acto sexual con todos los medios a su disposición. Se han mencionado los yuyos anticonceptivos, utilizados por las diferentes tribus primitivas. Ya en la antigüedad una "élite romana" empleaba la vejiga del pescado. Pero es la revolución industrial del siglo pasado, con sus posibilidades técnicas y su necesidad creciente del trabajo femenino la que impuso el uso del preservativo, como primer anticonceptivo barato, seguro y al alcance de todos.

Lo puso a disposición del hombre.

¿Y la mujer? El preservativo no cambió su rol social ni su manera de vivir. Dejó intacta la estructura patriarcal, esto es, su situación de dependencia.

Es en este siglo, cuando la industria y dos guerras mundiales necesitaron de la mujer ya no como obrera sino en to-

dos los niveles de producción (menos, generalmente, en los puestos realmente directivos) cuando se produce el gran cambio y el control de la natalidad pasa del hombre a la mujer.

Creo que todavía no nos hemos dado cuenta de la importancia de este cambio. Durante milenios la mujer dependía del hombre, sostén de la familia, cuyo crecimiento constante absorbía por entero su vida biológicamente útil. Desde la creación de la familia patriarcal surgió la "doble moral" con todas sus consecuencias. La industria moderna no exige ya fuerza física de quien trabaja. La mujer actual puede mantenerse y mantener a sus hijos y además, es ella quien decide cuándo quiere tenerlos. Por primera vez en la historia humana, el acto sexual es separado de la procreación.

Esta separación revolucionaria, complementada por la inseminación artificial que permite la procreación sin acto sexual, trae aparejadas consecuencias psicológicas y sociales de alcance imprevisible. Es el resultado de muchos esfuerzos y fondos invertidos en investigaciones trabajosas durante decenios y creados para combatir el conocido peligro de la explosión demográfica. Para contrarrestarlo se busca constantemente perfeccionar los métodos anticonceptivos, abaratarlos y hacerlos de uso tan simple que aun la mujer inculta que vive en condiciones primitivas, sea capaz de emplearlos adecuadamente. O, dicho de otra manera, cuando se habla de explosión demográfica, generalmente se alude al aumento de natalidad del hombre blanco del país desarrollado. Es un factor importante en el Japón, la India o la China continental. El gobierno de esta última, recomienda y favorece el uso indiscriminado de anticonceptivos para toda la población. No sé si esto ocurre de la misma manera en los otros países asiáticos superpoblados. Pero tengo la impresión de que por lo menos en América el empleo masivo de los anticonceptivos tiene cierto carácter discriminatorio.

<sup>2</sup> Conferencia dada en el curso que fue organizado por el Dr. Eugenio Kormblit en 1969 en la maternidad de Zerola.

En Caracas, un alto funcionario de Salud Pública me explicó lo difícil que les resultaba imponer algún control de natalidad entre los indios.

No me habló de la población blanca.

Y en el senado norteamericano siempre se alzan voces que propugnan supeditar la ayuda económica a América latina al planeamiento familiar impuesto por los gobiernos. Son muchos los que piensan que eso no es realmente nuestro problema principal. Abundan todavía tierras en América latina, pero lo que nos hace falta es un profundo cambio estructural. (Es este uno de los puntos clave, en el cual concuerda la izquierda y la iglesia posconciliar).

¿Y en los Estados Unidos? En una reunión tuve la oportunidad de escuchar una interesante conversación al respecto. La esposa de un alto funcionario diplomático de este país comentaba a otra señora la utilidad del trabajo médico al cual se dedicaba su nuera. "Trabaja en un Centro de Family Planning en el gueto negro de Chicago. Ella me dice siempre que no tendríamos que preocuparnos tanto por el poder negro y el futuro, siempre y cuando se siga apoyando la labor de estos centros. Allí logran convencer a muchas mujeres. Si se puede seguir trabajando en esta línea, dentro de pocos decenios habrán resuelto el problema negro pacíficamente". Yo agregaría también que del mismo modo reduciríamos por lo menos en parte el peligro de la desocupación. Pero ambas hipótesis demuestran el carácter discriminatorio del control de la natalidad.

Esto constituiría el aspecto social del problema. Por supuesto que hay muchos otros. Veamos qué ocurre en la clase media. ¿Cómo influyen ahí sobre la pareja y la familia el hecho de que la mujer sea económica y socialmente independiente? ¿Qué sienten el hombre y la mujer cuando están en discordancia abierta con su ideal del yo? ¿Cuál será el ideal o el esquema de masculinidad y femineidad de los

hijos? El padre ya no es su único sostén, el gran protector. Muchas veces la mujer gana más y el hombre tiene que tomar su lugar en la casa. ¿Pero qué sienten ella o él en una relación de pareja tan distinta a la de sus padres? Todos estos factores inciden en el aumento de divorcios y de mujeres agradables, inteligentes, madres de varios hijos que sin renunciar al sexo, no vuelven a casarse. Ahí los extremos se tocan, y reencontramos la familia matriarcal del norte argentino o de la villa miseria, donde una mujer sola o acompañada en encuentros casuales que no influyen en su vida, mantiene y cría a sus hijos.

Podría decirse mucho más sobre el aspecto político-social del control de la natalidad. Pero me confieso insuficientemente informada.

Supongamos que una adolescente decide tomar píldoras anticonceptivas en los próximos años de su vida. ¿Pero qué es una adolescente? La respuesta depende del nivel en el que buscamos la conceptualización. A nivel sociológico, es una persona joven, sometida a determinadas exigencias, que ya tiene determinados derechos y que busca definirse. A nivel psicológico, tiene determinada problemática, cuando se enamora "de veras", si puede decirse así, etc. Pero, a nivel biológico, adolescencia significa una determinada maduración y un determinado cambio hormonal. ¿Y si interrumpimos esta maduración? La niña púber menstrúa, pero recién en la adolescencia la ovulación se establece con regularidad.

¿Pero si ella elige ser anovulatoria, es decir, detenerse en su desarrollo? Se supone que cuando años más tarde quiere transformarse en mujer completa recupere toda su capacidad. Pero mientras tanto ¿será a nivel psicológico una adolescente igual que las demás? ¿O faltándole sistemáticamente la ovulación, le faltará también algo en los niveles restantes? Gran parte de la problemática de la juventud actual se vuelve comprensible a la luz de un análisis social. Pero tal vez ciertos

rasgos sean consecuencia de las deficiencias hormonales que ellas mismas se imponen. Formulo una hipótesis: no dispongo de ninguna prueba fehaciente, nadie la tiene.

Además, las pruebas en este terreno son difíciles. Veamos como ejemplo la lactancia y la alimentación artificial del bebé. El acto de dar el pecho al niño implica también que la madre lo tiene en brazos varias veces al día, por un lapso prolongado: significa un determinado vínculo entre madre e hijo, al cual se adjudica en psicología mucha importancia. Mientras tanto, en los países anglosajones hace ya tiempo que se alimenta a biberón. Esto no es solamente una renuncia biológica: también se altera la atención del niño.

No hace falta tomarlo en brazos, y cualquiera, madre, padre o quien fuese, lo puede alimentar. Esta diferente crianza, ¿trajo consecuencias? No pude encontrar ninguna bibliografía al respecto, pero propongo una hipótesis: los hippies, tan numerosos en los países anglosajones y casi no existentes en los otros, tienen algo que ver con el problema.

Los hippies: entremos nuevamente en lo social. Ellos están contra la sociedad que se les ofrece, contra la injusticia de clase, contra la guerra en Vietnam y contra un mundo sin futuro -el futuro de guerra total- que sus mayores les preparan. Se los entiende; el contenido de su protesta parece plenamente justificado. Pero la forma, ¿lo es? La forma parece bastante autodestructiva. Y sus características -las que irritan tanto a sus mayores-, la suciedad, la droga, la promiscuidad indiscriminada en el terreno hetero u homosexual, parecen tener sus raíces en la crianza que tuvieron. Parecen un reclamo constante a sus mayores.

¿Por qué? Las investigaciones analíticas de la escuela norteamericana insisten mucho en la importancia del vínculo, de la simbiosis madre-hijo.

En el transcurso de un largo proceso que empieza desde el vamos, el niño logra diferenciar, poco a poco, entre él mismo y el mundo a través de la gradual disolución de esta simbiosis.

El bebé aprende a querer su piel -el límite entre su self y el mundo- a través de los mimos, las atenciones y el contacto físico entre él y la madre. Pero frente a esta nueva crianza mecanizada e indiscriminada (con el biberón cualquier puede atenderlo) ¿podemos todavía hablar de simbiosis madre-hijo? Y si esta piel no ha sido suficientemente libidinizada, ¿por qué quererla y cuidarla más adelante: por qué no estar sucio? Es la protesta al hecho de sentir que lo único que recibió como bebé fue limpieza y confort, en lugar de cariño. Y si no pudo establecerse la raíz de la identidad sexual, porque faltaba el trato cariñoso con un solo objeto de sexo definido -con la madre- cómo no ser después sexualmente indiscriminado. Y si el biberón ofrece alimento, pero nada más, mientras que el pecho también da amor, ¿cómo no va a quedar un anhelo no satisfecho de algo maravilloso que se cree poder recuperar sólo a través de la aventura psicodélica? Pero tal vez, como sugerí antes, también tendríamos que agregar al problema hippie el hecho de que la mayoría de las adolescentes que participan en él son sexualmente indiferenciadas y transmiten indiferenciación, porque ya no son mujeres. No ovulan. Y, de nuevo, mientras que no me convenzan de que nuestra biología carece de influencia sobre nuestra conducta, no puedo creer que esa situación prolongada durante años, no tenga su importancia.

¿Qué hacer entonces? ¿Volver a lo de antes? Por supuesto que no. Además, es imposible. Nos hallamos en un proceso que escapa a nuestra decisión, pues forma parte de toda la evolución humana. Pero el camino está claro: existen por un lado los anticonceptivos hormonales y por otro los mecánicos (me refiero especialmente a la espiral y no al dia-

fragma, del cual ya sabemos que es físicamente inofensivo) que científicamente recién están en sus comienzos. Desde ya que hay que seguir adelante. Me dijeron, por ejemplo, que el futuro no está en ellos, sino en el logro de una inmunidad reversible contra los espermatozoides. Hay que encontrar en cada caso el camino adecuado.

Antes de ubicarnos en casos especiales desearía subrayar algo referido a nosotros mismos y más generalizado: nuestra propia dificultad frente a la juventud. No hablo de lo que ocurre en otros países ni en otros estratos sociales, sino de nuestras hijas solteras, por lo general estudiantes de clase media, que adquirieron libertad sexual. El sexo es algo hermoso. Su goce ha sido frenado para la mujer, casi desde siempre. Por eso hay tanta frigidez en el mundo. Padecerla es una automutilación grave; por eso hay tanta desdicha marital. Debemos ayudar a nuestras hijas ya que "per se" pueden amar sin temor racional a las consecuencias, y formar pareja sin que la culpa ancestral por el placer del sexo las perturbe.

A principio de siglo se habló mucho de una nueva obligación de los padres: el esclarecimiento sexual de sus hijos considerados "inocentes" hasta entonces. En el presente este esclarecimiento se sobreentiende, pero ahora hace falta uno nuevo: el de la importante función que tiene la madre de hija adolescente. Debe hacerle entender, explícita o implícitamente, que tiene derecho a gozar de relaciones sexuales premaritales, sin que por eso deba ineludiblemente casarse con su compañero sexual, pero que ha de tomar las precauciones adecuadas para evitar angustias, daños y abortos. En esos caos lo aconsejable no sería la píldora, ni la espiral que estaría contraindicada no solamente por causas estrictamente médicas. El hecho mismo de que la muchacha no pueda manipularla sola implica una contraindicación psicológica, ya que al delegar en el ginecólogo su fertilidad, la pierde psicológi-

camente. Todo anticonceptivo tiene su problemática. Hay mujeres que por una prohibición inconsciente, no pueden colocarse el diafragma.

Confunden este acto con una actividad masturbatoria. Sin embargo, en la mayoría de los casos colocado bastante antes del acto sexual, el diafragma es lo más adecuado (Al corregir este texto recordé parte de un sueño de una muchacha).

Ella usaba la píldora. Quería mucho a los niños. Soñó que estaba tomando un refresco. Se lo trajo un mozo que nunca llegará a ser el dueño del bar porque tenía una prótesis. Desde el talle hasta abajo era de madera. Ser el dueño del bar significa ser una madre con pechos llenos de leche que alimentan. Ella temía no poder llegar a eso porque sentía su barriga joven y fértil transformada en prótesis -algo que aparenta y no es- y en objeto muerto. El sueño era muy rico en significados. Pero supongo que la píldora era una de las causas que hicieron que ella se soñara mutilada y materia De todos modos, de una u otra manera, se logró liberar a la mujer de sus justificadas angustias. Sin embargo, todavía durante mucho tiempo la mujer soltera e incluso la casada, seguirá oscilando -según las fechas del ciclo, alerta a cualquier sensación física- entre el miedo al embarazo y el terror a la esterilidad. También alternativamente la perspectiva de un hijo podrá significar para ella un castigo cruel o un logro sublime. Antes, el azar y la realidad se encargaron de cortar el nudo de dudas y transformar el anhelo-temor de embarazo en un hecho real. Hoy en día no es así, ya que para tener un hijo se debe tomar la decisión en pareja, pensada y razonablemente.

En nuestra sociedad porteña de clase media, generalmente el primer hijo no se discute. Muchas veces la píldora se acepta recién después de varios nacimientos. Sin embargo, aunque la mujer ya no es adolescente, ya está reasegurada con respecto a su fertilidad y a su capacidad materna; la

píldora igualmente suele ser causa de conflictos personales y de pareja.

Por lo común el marido impone un límite. Ya no quiere tener más hijos.

Ella, mentalmente tampoco quiere, pero se siente físicamente frustrada y despreciada en su capacidad más valiosa. ¿Qué pasa entonces? Se resiente con el marido y se vuelve frígida o desgana. "¡Querido, estoy tan cansada hoy, será otra vez!" A la mujer casada y madre le cuesta muchas veces emancipar el placer sexual de la posibilidad -deseada y temida- de un nuevo hijo. Durante dos mil años sólo las prostitutas tenían la lacra-derecho de gozar sin consecuencias. Las esposas nunca. Y, repetimos, aunque conscientemente esté de acuerdo con el marido, muchas veces la mujer siente que él la rebaja y lo acusa de que "eso" es lo único que le interesa.

No pretendo afirmar que siempre las cosas ocurran así. Pero se pueden señalar conflictos que se producen con bastante frecuencia. Un ejemplo concreto: una paciente mía me vino a ver de nuevo después de unos años de haberse analizado conmigo. Profesional exitosa, madre de tres hijos, su matrimonio era armónico, pero el marido no quería tener más hijos y logró convencerla mentalmente. Sin embargo su cuerpo se rebeló. A pesar de las medidas de precaución quedó embarazada.

El marido no cedió. Se decidió que abortara y que sustituyera al diafragma (tan expuesto a un manejo "inhábil" inconsciente que burle su finalidad) por la píldora. Ella le hizo caso, pero se deprimió profundamente. Por eso me vino a ver. En esos días tuvo un sueño. Antes de dormir habían tenido una relación sexual con orgasmo.

Y en el sueño se repetía esta situación, pero ocurría que el marido durante la eyaculación y ante su horror y su asco,

simultáneamente estrangulaba a una gata. Mi paciente empezó a asociar con los elementos del sueño.

Cuando niña, había tenido una gata muy querida. Esta tuvo cría y solamente a ella permitía tocar a los gatitos. Pero un día estos desaparecieron -su madre los había ahogado- y cuando ella se acercó a la gata ésta en su desesperación la arañó furiosamente. En el sueño la gata simboliza, pues, a una madre desesperada cuya cría es despreciada y matada, y que ella no sabe defender, pero sí vengar, rasguñando. Pero si ella se identifica con esta parte gata-madre corre peligro que su marido la mate. Además, quiere a su marido y quiere gozar.

Así el acto sexual se vuelve conflictivo porque dentro de ella la parte madre, desesperada, asesinada y asesina está atacando, rasguñando, a la otra que goza.

Como mencioné antes, la pubertad se caracteriza por una menstruación que con frecuencia es de ciclo anovulativo. Pero lo mismo ocurre en la menopausia: la ovulación empieza a hacerse poco frecuente, mientras que la menstruación todavía persiste. Los trastornos psicológicos de esta época de la vida son bien conocidos: sensación de vacío, de tristeza aparentemente injustificada, de falta de entusiasmo.

Menciono esto relacionándolo con un encuentro que tuve hace poco. Una ex analizada mía me llamó por teléfono para convenir una entrevista, porque últimamente se sentía muy mal. Mujer joven, de menos de cuarenta años, delgada, muy atractiva, buena profesional y madre de tres hijos. Solía llevarse bien con su marido. Sin embargo, como me explicó, estaba muy mal. Todo carecía de sentido, últimamente. Le pregunté: "¿Y los chicos?" "Si, bien, gracias, pero..." "¿Y con Jorge?" "Si, si, todo como siempre, aunque..." "¿El trabajo?" "Mire, no tengo problema ahí; pero tengo que confesarle que no me interesa demasiado". Si, obviamente se trataba de una depresión endógena: ninguna causa externa justificaba, ni pa-

ra ella misma, su estado. Pero "¿no hay nada, que pueda entusiasmarla?" "Sí", me contestó con una viveza hasta entonces adormecida. "Quisiera mudarme afuera, tener una casa con un jardín, con muchas plantas. Creo que esto me sacaría de mi estado. Pero mi marido no entiende, no quiere y, francamente no tengo la fuerza de voluntad para convencerlo". Miraba a mi paciente. Era linda, como siempre, tal vez un poquito gordita; pero era joven. Y, con todo, esta entrevista se parecía tanto a otras con mujeres menopausicas, para las que "todo en la vida está bien, pero carece de sentido". Muy sobre el final de la hora me dijo: "Pensé, además, que tendría que ir a ver a mi ginecólogo. Tal vez sería útil suspender los anticonceptivos". "Sí, tal vez, pero, ¿hace mucho que los está tomando?" "Y, siete años y ¿sabe lo que me han hecho?, míreme, yo me siento totalmente deformada". Quedamos en que iba a ir al ginecólogo y que, además, me llamaría pasado un tiempo, para ver qué hacer. Pero no tuve más noticias de ella.

Tiempo después la encontré en una reunión social. "Hola, que tal". Estaba radiante. "Sabe doctora, voy a tener mi casa con jardín; convencí a mi marido. Ahora ya no necesito retomar el tratamiento". "Claro que no, ¿y el ginecólogo y los anticonceptivos?" "Sí, me los suprimió. Es gracioso, tengo un atraso menstrual ahora. ¿Se acuerda?, antes siempre me enloquecía de miedo a que fuese un embarazo. Ahora no, lo tomo con tanta tranquilidad. Ya se verá si es realmente y qué hacer". No tengo idea del equilibrio o desequilibrio hormonal concreto de esta paciente. Pero desde el punto de vista psicológico no me cabe duda de que estaba sufriendo un proceso menopáusico, y también de que supo conquistarse su casa con el jardín lleno de plantas, cuando ya había recuperado su propia fertilidad y su seguridad de mujer joven frente al esposo.

Parece que insistiera mucho en lo hormonal. Sin embargo, no es más que un factor que entra en todo un interjuego psicosocial. Causas hormonales justifican los vómitos de gestación o los dolores menstruales. Pero sabemos -son bien conocidos los estudios de Margaret Mead sobre el comportamiento sexual en diferentes sociedades- que existen épocas y núcleos sociales en los cuales para la mujer embarazada lo normal es sufrir una serie de trastornos, y otros en los que generalmente el embarazo o la menstruación transcurren sin ellos. Y existe, además de esta fórmula de comportamiento social, otra personal que lleva a un pequeño número de mujeres a conducirse en forma opuesta a lo que socialmente se espera de ellas.

Una psicoanalista norteamericana que trabaja con pacientes negras de nivel social inferior, me comentó que todas ellas se deprimen si toman medidas anticonceptivas, porque pierden su "women-power". Pero ocurre que las que toman la píldora se sienten justificadas en su depresión, mientras que las que usan la espiral se consideran neuróticas.

También en los trastornos provocados por la píldora ocurre algo similar. Como nos ha señalado el doctor Moggia, la píldora no perjudica a la mujer sana, mientras que en la enferma trae secuelas de tromboflebitis, hepatitis, etc. Pero muchas veces no sabemos si somos totalmente sanos. Y un conflicto psicológico puede predisponer a una mujer sana para las enfermedades.

Referiré lo que me relató una mujer joven en consulta. Casada, madre de cuatro hijos, se dejó convencer por su marido para tomar la píldora. Lo hizo contra su convicción. Odia los métodos anticonceptivos, pero cuatro hijos son un argumento convincente. Tomó la píldora durante un mes. Se sentía mal. Dejó de tomarla, pero algún tiempo después enfermó de tromboflebitis. ¿Le había hecho mal la píldora? Tal vez también le hizo mal renunciar a embarazarse otra vez. De

todos modos algo ya no anduvo más. Al poco tiempo se separaron. Empezó un nuevo vínculo, cargado con los conflictos de separación, con una relación inestable. Pero esta vez realmente quería protegerse de un nuevo embarazo. Volvió a tomar la píldora. Al final del mes se enfermó de hepatitis. Ya la primera vez que tomó el anticonceptivo su ginecólogo le había advertido sobre las posibles consecuencias. Pero, ¿era realmente la píldora la que la enfermó dos veces y de manera distinta o eran sus conflictos los que la dejaron desarmada contra su efecto? Tal vez debiera exponer más ejemplos. Pero creo que no hace falta.

En cualquier ejemplo interpretado analíticamente, quedaremos con la duda sobre cuál había sido el factor determinante del trastorno o, también, si éste es consecuencia psicológica del uso de anticonceptivos. Hay demasiados factores en juego como para determinar eso en forma inequívoca. Prefiero aclarar mi posición frente al problema.

En la medida en que cambia nuestra sociedad, debido al aumento vertiginoso de sus logros técnicos y científicos, también cambian la familia, la pareja y la relación entre el hombre y la mujer. En un mundo cuyos gobiernos planifican la producción, tarde o temprano, aparece también la planificación de la reproducción. No hace falta que esto ocurra en forma explícita.

La prohibición más o menos estricta del aborto o de la propaganda de anticonceptivos en cada país, es un índice muy claro de determinada política al respecto. Igualmente, determinada propaganda y facilidad dirigida especialmente a ciertas partes de la población o exigida hasta ciertos pueblos implican un intento de planificación discriminada de la población del futuro.

Cada nuevo descubrimiento puede ser utilizado para bien o para mal, como, por ejemplo, la fuerza del átomo que sirve para la guerra o para la paz.

Cuando estaba corrigiendo estas páginas, leí en "La Nación" (26/2/70) una breve nota sobre "Los peligros de la genética controlada". En ella un científico importante, el Dr. Max Tishler, advierte que "en caso de caer en manos inescrupulosas, la genética podría ser peligrosa y menos controlable que el poder del átomo. Hay quienes expresan temores, incluidos muchos científicos, sobre las consecuencias que en un mundo carente de preparación pueden tener la labro de los hombres de ciencia que trabajan en la química de los genes, una vez aprenden por fin a manejarlos".

Pero, ¿acaso por eso el hombre debe renunciar a la ciencia? Obviamente eso no es la solución.

## Indice Bibliográfico

Todas las citas de páginas de este índice se refieren al presente libro y no a las obras mencionadas.

### A

Abraham, Karl: "Breve estudio del desarrollo de la libido". Revista de Psicoanálisis, Buenos Aires, Vol. li, n.o 2, 1944, pp.36s, 56s, 67.

Anselmino, Karl Julius: "Schwangerschaften, nach Langenbrügger, undehandelter Kinderlosigkeit". Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Vol. VII, n.o 1, 1947, pp. 139 s.

Autora anónima: "Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens. Seltzer".

New York, 1921, pp. 72 s.

### B

Bauer, Alfredo: "Aportes a la práctica del parto sin dolor". Editorial Cartago, Buenos Aires, 1957, pp. 185, 213.

Beauvoir, Simone de: "Le deuxième sexe". Vol. li, Gallimard, París, 1949, pp. 72, 74, 112.

Benedek, Teréz: "Climacterium: A developmental Phase". The Psychoanalytic Quarterly, Vol. Xix, n.o 1, 1950, pp. 231 s.

Benedek, Th., Ham, G. C., Robbins, F. P. Rubenstein, B.B.: "Some emotional factors in infertility". Psychosomatic Medicine, Vol. XV, n.o 5, 1953, pp. 137 s.

Benedek, Th., y Rubenstein, B.: "El ciclo sexual de la mujer". Biblioteca Psicoanalítica, Buenos Aires, 1945, 21 Ed. Nova, 1945, 1950, p. 30.

Bergler, Edmund: "Unhappy Marriage and Divorce" International Universities Press, 1945, pp. 123 s.

Bonaparte, Marie: "Myths of War". Imago Publishing Co., Ltd., London, 1947, New York, 1946, pp. 62, 68.

### C

Carcamo, Celes y Langer, Marie: "Psicoanálisis de la esterilidad femenina. Patología Psicosomática". Biblioteca de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948, pp. 164 y 179 s.

Chadwick, Mary: "Menstruationsangst. Zeitschrift für Psychoanalytische Vol. IV, p. E#g.

Clifford, Stewart: "Fetal Anoxia at Birth and Cyanosis of the Newborn". American Journal of Diseases of Children, Vol. Lxxvi, n.o 6, 1948, p. 209.

D

- Daly, C. D.: "Der Menstruationskomplex". Imago, Vol. Xiv, 1928, p. 71.
- Daly, C. D.: "The Menstruation Complex in Literature. The Psychoanalytic Quarterly". Vol. Iv, p. 71.
- Deutsch, Helene: "La psicología de la mujer". Edición Losada, Buenos Aires, 1947. p. 46, 72, 83 s., 110 s., 129, 134, 148 s., 154, 163, 178, 186, 189, 202, 217, 230 s.
- Devereux, George: "The Psychology of Feminine Genital Bleeding".
- International Journal of Psycho-Analysis, Vol. Xxxi, n.o V, 1950, p. 232.
- Dunbar, Flanders: "The Menopause and Mental Disorder". J. Neurol. / Psychopath., Vol. Xii, 1932, p. 185.
- Dunbar, Flanders y Raymond Squier: "Emotional Factory in the course of Pregnancy". Psychosomatic Medicine, Vol. Vii, n.o Vii, 1946, p. 185.
- Dyk, Ruth, Klein, Henriette y Potter, Howard: "Anxiety in Pregnancy and Childbirth", Paul Hoeber. New York, 1950, pp. 186, 203 s., 216.

E

- Eastmann, Nicholson: "Prevention of Fetal Anoxia". American Journal of Diseases of Children. Vol. Lxxvi, n.o 6, 1948, p. 209.

- Eisler, Josef: "Über hysterische Erscheinungen am Uterus". Ind. Ztschrift, für Psychoanalyse. Vol. ix, 1923, p. 18.
- Engels, Federico: "El origen de la familia, de la propiedad y del Estado". Editorial Claridad, Buenos Aires, p. 21.

F

- Farnham, Marynia y Ferdinand Lundberg: "Modern Woman, the lost Sex" Harpes / Brothers Publishers, New York and London, 1947, p. 13.
- Freed, Charles y Kroger William: "Psychosomatic Gynecology including problems of obstetrical care". Ed. W. B. Saunders, Co. Philadelphia / London, 1951, p. 70 s.
- Freud, Sigmund: "Análisis de la fobia de un niño de cinco años". Obras Completas, Vol. Xv, Editorial Americana, Buenos Aires, p. 36.
- "Análisis terminable e interminable". Revista de Psicoanálisis Vol. Iv, n.o 2, 1946, p. 45.
- "Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschiedes". Gesammelte Werke, Vol. Xiv. Imago Publishing, London, 1948 (Algunas consecuencias psicológicas de la diferencia anatómica de sexo), p. 40 s.
- "El final del Complejo de Edipo". Obras completas. Vol. Xiv, Editorial Americana, Buenos Aires, 1943, pp. 40.
- "El problema económico del masoquismo". Obras completas. Vol. Xvii. Editorial Americana, Buenos Aires, 1943, pp. 41, 110.
- "El psicoanálisis y la teoría de la libido". Obras completas. Vol. Xvii. Editorial Americana 1943, p. 59.

- "El tabú de la virginidad". Obras Completas. Vol. Xiii, Editorial Americana, Buenos Aires, 1943, pp. 107 s., 128.
- "La aflicción y la melancolía". Obras Completas. Vol. ix, Editorial Americana, Buenos Aires, 1943, p. 56 s.
- "La moral sexual "cultural" y la nerviosidad moderna". Obras Completas. Vol. Xiii, Editorial Americana, Buenos Aires, 1943, p. 35.
- "La organización genital infantil". Obras Completas. Vol. Xii, Editorial Americana, Buenos Aires, 1943, p. 40.
- "Nuevas aportaciones al psicoanálisis". Obras Completas. Vol. Xvii, Editorial Americana, Buenos Aires, 1943, pp. 41 s., 45.
- "Ueber die weibliche Sexualit" (Sobre la sexualidad femenina). Internationale Zietschrift für Psychoanalyse, Vol. Xvii, n.o 3, 1931, pp. 41 s.
- "Una teoría sexual". Obras Completas. Vol. li, Editorial Americana, Buenos Aires, 1943, p. 36 s.
- "Un caso de curación hipnótica". Obras Completas. Vol. X, Editorial Americana, Buenos Aires, 1943, p. 17.

## G

- Grinberg, León: "Comunicación personal", p. 180.
- "Culpa y depresión". Editorial Paidós, Buenos Aires, 1964, p. 34.

## H

- Ham, George C., Benedek, Th., Robbins, F. P., Rubenstein, B.: "Some emotional factors in infertility". Psychosomatic Medicine, V, Xv, n.o 5, 1953, pp. 137 s.
- Hann-Kende, Fany: "Ueber Klitorisonanie and Panisneid". Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, Vol. Xix, n.o 3, 1933, p. 50.
- Harlow, H. F. y Zimmermann, R.: "The development of affectional responses in infant monkeys". Proc. Amer. phil. Soc., pp. 219 s., 239.
- Hartmann, Heinz: "Die Grundlagen der Psychoanalyse". Psychoanalytischer Verlag, Wien, 1927, p. 34 s.
- Horney, Karen: "Die Pramenstruellen Verstimmungen", Zeitschrift für Psychoanalytische Padagogik, Vol. V, n.o 5/6, 1931, pp. 86 s.
- "The denial of the vagina". The International Journal of Psycho-Analysis, Vol. Xiv, n.o 1, 1933, pp. 49 s.
- "The flight from Womanhood". International Journal of Psycho-Analysis, Vol. li, 1926, pp. 48 s.
- "The overvaluation of love". The Psychoanalytic Quarterly, Vol. lii, n.o 4, 1934, p. 101.
- "Zur Genesis des weiblichen Kastrationskomplexes". International Zeitschrift für Psychoanalyse, Vol. ix, n.o 1, 1923, pp. 47 s.
- Hupfer, Susanna: "Ueber Schwangerschaftsgelüste". Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, Vol. Xvi, 1932, p. 192.

J

- Jacobson, Edith: "A case of sterility". The Psychoanalytic Quarterly, Vol. Xv, n.o 3, 1946, pp. 159 s.
- Jones, Ernest: "Early female sexuality". Papers of Psychoanalysis. W. Wood and Comp. Baltimore, 1938, pp. 53 s.
- "The early development of female sexuality". Papers of Psychoanalysis. W. Wood and Comp., Baltimore, 1938, pp. 53 s.

K

- Kardiner, Abraham: "El individuo y su sociedad". Fondo de Cultura Económica, México, 1945, pp. 22, 59, 126, 218.
- Klein, Henriette, Potter, Howard y Dik, Ruth: "Anxiety in pregnancy and childbirth. Paul Hoeber, New York, 1950, pp. 186, 203 s., 216.
- Klein, Melanie: "El psicoanálisis de niños". Bibl. Psicoanalítica, Bs. As., 1948, p. 55.
- "Envy and gratitude". Tavistock Publ. Lim. London, 1957, p. 60.
- "Notes on some schizoid mechanisms". Developments in Psycho-Analysis, Hogarth Press, Ltd., London, 1952, p. 191.
- Krapf, Eduardo: "Contribución al conocimiento de la histeria de conversión. Patología Psicosomática". Biblioteca Psicoanalítica, Buenos Aires, 1948, pp. 88 s.

- Kroger, William y Charles Freed: "Psychosomatic Gynecology including problems of obstetrical care". Ed. W. B. Saunders, Co. Philadelphia / London, 1951, pp.70 s.

L

- Langer, Marie: "Algunas aportaciones a la psicología de la menstraución. Patología Psicosomática".Biblioteca de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948, pp. 93 s.
- "Aspectos psicoanalíticos de algunos trastornos del embarazo. Patología psicosomática". Biblioteca de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948, p. 184.
- "El mito del niño asado". Revista de Psicoanálisis, Vol. Vii, n.o 3, 1950, p. 61.
- "El viaje al centro de la tierra". Revista de Psicoanálisis, Vol. Vii, n.o 1, 1949, p. 108.
- "Problemas psicológicos de la lactancia. Patología psicosomática". Biblioteca de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948. pp. 216 s.
- "Una sesión psicoanalítica". Revista de Psicoanálisis, Vol. Viii, n.o 2, 1951, p. 115 s.
- y Carcamo, Seles: "Psicoanálisis de la esterilidad femenina. Patología Psicosomática". Biblioteca de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948, pp. 164 s., 179 s.
- y Parks Ochandorena, Raúl: "El espasmo de las trompas como origen de la esterilidad". Revista de Psicoanálisis, Tomo X, n.o 1, p. 140.
- "Sterility and Envy". Ind. Journ, of Psycho-Analysis, Vol. Xxxix, parts, li-lv, 1958, pp. 60, p. 191 s.

Lewin, Bertram: "Ensuciarse con heces, menstruación y superyó femenino". Revista de Psicoanálisis, Vol. Iii, n.o 1, 1945, p. 75.

Lieberman, David: "Comunicación personal", p. 182.

Lorand, Sandor: "Contribution to the problem of vaginal orgasm". The International Journal of Psycho-Analysis. Vol. X, n.o 4, 1939, pp. 110 s., 129.

Lundberg, Ferdinand y Marynia Farnham: "Modern Woman, the lost Sex". Harper / Brothers Publishers. New York and London, 1947, p. 13.

## M

Mack Brunswick, Ruth: "La fase preedípica del desarrollo de la libido". Revista de Psicoanálisis. Vol. I, n.o 3, 1944, pp. 43 s., 52.

Marañón, G.: "Ginecología endocrina". Editorial Espasa Calpe, Madrid, 1935, p. 159.

Mead, Margaret: "Adolescencia y cultura en Samoa". Editorial Paidós, Buenos Aires, 1961, pp. 51 s., 73 s.

--"Male and Female. A Study of the Sexes in a Changing World". William Morrow / Company, New York, 1949, pp. 27, 125 s., 201, 218, 232 s.

--"Sexo y temperamento". Editorial Paidós, Buenos Aires, 1961, pp. 21 s., 24 s., 52, 125 s., 211 s., 218 s.

Meng, Heinrich: "Ueber Pubert und Pubert) Tsaufl)rung". Zeitschrift für Psychoanalytische P)dagogik. Vol. V, n.o 5, 1931, p. 75.

Mirsky, J. Arthur: "Comunicación personal", pp. 219 s.

Moulton, Ruth: "The Psychosomatic Implications of Pseudocyesis". Psychosomatic Medicine. Vol. Iv, 1942, pp. 151 s.

Muller, Josine: "Ein Beitrag zur Frage der Libidoentwicklung des Mädchens in der genitalen Phase". Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, Vol. 17, 1931, p. 50.

## N

Newton, Michael y Newton, Niles Rumely: "The let-down Reflex in Human Lactation", The Journal of Pediatrics, Vol. Xxxiii, n.o 6, 1948, p. 220.

## P

Park Ochandorena, Raúl y Langer, Marie: "El espasmo de las trompas como origen de la esterilidad". Revista de Psicoanálisis. Tomo X, n.o 1, p. 140.

Pichon Riviere, Armida A. de: "Comunicación personal". pp. 87 s.

Potter, Howard, Klein, Henriette and Dyk, Ruth: "Anxiety in Pregnancy and Childbirth". Paul Hoeber, New York, 1940, pp. 186, 203, s., 216.

R

- Racker, Heinrich: "Contribución al psicoanálisis de la neurosis de transferencia". Trabajo leído en la Asociación Psicoanalítica Argentina en 1950, pp. 130 s.
- Rascovsky, Matilde Wencelblat de: "Comunicación personal". pp. 76 s.
- Read, Grantly Dick: "Childbirth without fear". Harper Brothers Publishers, New York and London, 1944, pp. 185, 210 s.
- Reik, Theodor: "Probleme der Religionspsychologie". Internationaler Psychoanalytischer Verlag. Leipzig und Wien, 1919, p. 22.
- Ribble, Margaret A.: "The Rights of Infants". Columbia University Press, New York, 1943, p. 28.
- Robbins, Fred, P., Thérèse Benedek, Ham, C. George, Rubenstein, Boris B.: "Some Emotional Factors in Infertility". Psychosomatic Medicine. Vol. Xv, n.o 5, 1953, pp. 137 s.
- Robbins, Lewis: "Suggestions for the psychological study of Sterility in Women". Bulletin of the Menninger Clinic. Vol. VII, n.o 1, 1943, p. 159.
- Rubenstein, Boris, y Benedek, Therese: "El ciclo sexual de la mujer". Biblioteca de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1945, 21 Ed. Nova, 190, p. 30.
- Rubenstein, Boris, Benedek, Therese, Ham, C. George, Robbins, Fred, P.: "Some Emotional Factors in Infertility". Psychosomatic Medicine, Vol. Xv, n.o 5, 1953, p. 137.

S

- Salerno, Enrique: "El aborto espontáneo emocional. Patología Psicosomática". Biblioteca de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1948, p. 185.
- Santayana, George: "El último puritano". Editorial sudamericana, Buenos Aires, 1940, p. 218.
- Schmiedberg, Melitta: "Psychoanalytisches zur Menstruation". Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik, Vol. V, n.o 5-6, 1931, pp. 71, 75, 91, 98.
- Schwab, Max: "Die Ursachen des unstillbaren Erbrechens". Zentralblatt für Gynäkologie, Vol. XLV, 1932, p. 192.
- Spitz, René G. y A.: "No y Si sobre la génesis de la comunicación humana". Ediciones Hormé, 1960, pp. 219 s.
- Squier, Raymond y Dunbar Flanders: "Emotional Factors in the course of Pregnancy". Psychosomatic Medicine, Vol. VIII, n.o 3, 1946, p. 185.
- Steckel, Wilhelm: "La mujer frígida". Ediciones Imán, Buenos Aires, 1941, pp. 108 s.
- Sterba, Richard: "Introducción a la teoría psicoanalítica de la libido". Biblioteca de Psicoanálisis, Buenos Aires, 1946, pp. 36 s.
- Stieve, H.: "Die Zentralnervöse Steuerung, der Geschlechtsorgane". Medizinische Klinik, n.o 1-2, 1942, pp. 138 s.
- "Nervs bedingte Veränderungen an den Geschlechtsorganen Deutsche". Medizinische Wochenschrift, n.o 34, 1940, 138 s.

W

Winterstein, A.: "Die Pubertätsriten der Mädchen und ihre Spuren in Märchen". Imago. Vol. Xvi, 1928, pp. 71, 98, 104 s.

Wencelblat, Simón: "Comunicación personal" p. 173 s.

Z

Zilboorg, Gregory: "Masculino y femenino". Revista de Psicoanálisis. Vol. V, n.º 2, 1947, pp. 18, 33 s.

--"Historia de la Psicología Médica". Librería Hachette, S.A., Buenos Aires, 1945, pp. 33 s.

Zimmermann, R. R. y Harlow, H.: "The Development of Affectional Responses in Infant Monkeys". Proc. Amer. Phil. Soc., pp. 219 s., 239.