



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

ALGUNOS ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA  
PROBLEMATICA EN LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

D O C T O R

P R E S E N T A

LILIAN KLEIN STERN

MEXICO, D. F.

JUNIO 1976

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

UNAM



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MOISES, PORQUE CONTINUEMOS  
POR EL CAMINO DE LA SUPERACION  
Y DEL AMOR

A MIS QUERIDOS HIJOS  
TVONNE Y SERGIO, PORQUE  
SIEMPRE VIVAN UNA VIDA  
PLENA

A MIS PADRES Y HERMANOS  
CON CARINO

A QUIENES EN ALGUNA FORMA HAN  
COLABORADO EN MI DESARROLLO  
PROFESIONAL, EN FORMA ESPECIAL  
AL DR. AGUSTIN PALACIOS

## C O N T E N I D O

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| I.    | INTRODUCCION -----  | 1   |
| II.   | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----  | 5   |
| III.  | MARCO TEORICO -----   | 21  |
|       | III., 1 La Sexualidad Femenina -----  | 22  |
|       | III., 2 Manejo y Relación de Objeto -----                                       | 31  |
|       | III., 3 Trabajos de Investigación sobre la Esterilización<br>Definitiva -----   | 37  |
| IV.   | PLAN DE TRABAJO - HIPOTESIS -----   | 44  |
| V.    | CASOS CLINICOS -----  | 50  |
|       | V., 1 Caso 3 - Comentarios -----  | 51  |
|       | V., 2 Caso 5 - Comentarios -----  | 61  |
|       | V., 3 Caso 6 - Comentarios -----  | 77  |
|       | V., 4 Caso 7 - Comentarios -----  | 88  |
|       | V., 5 Caso 8 - Comentarios -----  | 100 |
| VI.   | CORRELACION DE DATOS -----  | 111 |
| VII.  | DISCUSION, INFERENCIAS Y COMPARACION CON OTROS ESTUDIOS -<br>RELACIONADOS ----- | 131 |
| VIII. | CONCLUSIONES -----  | 151 |
| IX.   | PROPUESTAS -----  | 155 |
| X.    | BIBLIOGRAFIA -----  | 161 |

C A P I T U L O I

"Teóricamente será uno de los grandes triunfos de la humanidad, una de las más tangibles liberaciones de la esclavitud de la naturaleza a la que estamos sujetos, si fuera posible llevar el acto responsable de la procreación al nivel de un acto voluntario e intencional y liberarlo de su liga con la indispensable satisfacción de un deseo natural"

Sigmund Freud, 1898.

## I N T R O D U C C I O N

Uno de los temas más debatidos en la actualidad, tanto a nivel mundial como nacional, es la explosión demográfica. En México nacen 4,458 niños al día, como consecuencia, la población aumenta por año 1,627,305 habitantes con un ritmo aproximado del 3.2 %. El desmedido aumento de nuestra población entendido como la diferencia entre las tasa de natalidad elevada y la reducción rápida de las tasa de mortalidad, consecuencia lógica de los adelantos médicos y sanitarios, es ahora un aspecto que preocupa al país y que ha originado una campaña en diferentes dependencias - de salud pública con el fin de controlar la natalidad, utilizando métodos de control natal temporales y definitivos.

La idea de este trabajo nace al enterarme que los directores del "Departamento de Investigación de Planificación - - Voluntaria" correspondiente al Instituto Mexicano del Seguro Social han establecido ambiciosos programas en las diversas unidades del D.F., Valle de México y del interior de la República.

La presente investigación la realicé dentro del hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde el servicio del departamento de Planificación Voluntario está constituido por dos gineco-obstetras, dos médicos resi-

dentes, una psicóloga y una trabajadora social, tres enfermeras y una auxiliar de oficina.

Las parejas solicitantes son atendidas por médicos de otras unidades y de los diversos servicios del hospital, y se envían a "Planificación Familiar Voluntaria" donde la psicóloga les imparte una plática informativa y motivadora de 45 minutos sobre los diversos métodos anticonceptivos se enfatizan los procedimientos de esterilización definitiva, tanto en el hombre como en la mujer.

A continuación la psicóloga entrevista a cada una de las parejas y se valora y respeta la decisión tomada por ella.

El efecto de la esterilización definitiva voluntaria debe tomarse desde dos aspectos. Desde el punto de vista consciente explicado satisfactoriamente en términos de dificultades económicas, sociales, de salud, de satisfacción, con el método de control natal, de mejor adaptación a la realidad de mejor relación interpersonal entre la pareja, así como entre padres e hijos ya que hay menos tensión y más tiempo y tranquilidad para relacionarse, así como innumerables variantes derivadas de estos factores.

La hipótesis que deseo comprobar es que aunque la esterilización definitiva voluntaria satisfaga en primer plano

dificultades conscientes, esto no implica el que no se generen efectos psicológicos negativos a niveles inconscientes que con el tiempo repercuten negativamente en la conducta de la esterilizada y en su relación interpersonal conyugal y familiar.

Los resultados y propósitos que salgan de esta investigación preliminar serán aportados al Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1, ya que el cuerpo médico del Departamento de Investigación de "Planificación Familiar Voluntaria" esta muy interesado en comprender en forma absoluta al paciente para así poder brindarle una eficaz ayuda.

C A P I T U L O II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Uno de los temas más debatidos en la actualidad es el control de la natalidad, que bajo distinto nombre recorre el mundo; "paternidad planeada", "paternidad responsable", "control natal"; "planeación familiar", etc.

En todas partes se mencionan nombres similares; en casi todos los Países subdesarrollados hay explosión demográfica; como en Argentina, Brasil, Uruguay, Hungría, México, etc., vivimos en un mundo donde la alta tasa de nacimientos es una realidad y para muchos autores representa un peligro que desafia a la subsistencia humana. Carmen Miró opina que:

"Los fenómenos de natalidad alta y de subdesarrollo se dan conjuntos así como las tasas de natalidad baja con desarrollo económico elevado".

Se pronostica que la tasa de crecimiento será mayor en los países de menos desarrollo, por lo cual como medida preventiva se han comenzado a organizar programas de planeación familiar, que se están llevando a cabo por medio de campañas médicas que proporcionan medidas anticonceptivas, instalando clínicas de planeamiento familiar ó por servicios sanitarios especializados que se ofrecen en forma voluntaria y gratuita.

1 Miró Carmen "VIII Conferencia Mundial de Planificación"  
Santiago de Chile 1967.

En cierto sentido, éstos países si se estan modernizando a través de menores tasas de mortalidad, mayor educación popular y mayor ingreso percápita.

Sin embargo en muchos países no se han podido obtener medidas favorables, debido a factores de tipo psicológico, educativo, biológico e higiénico.

Entre los profesionales interesados en investigar los factores acerca del rechazo del uso de anticonceptivos tenemos a los doctores Sandberg<sup>2</sup> y Jacobs, que nos dicen que hay tantos nacimientos ilegítimos, abortos inducidos en embarazos no deseados aunque legales, - por que las medidas anticonceptivas son realmente ignoradas o activamente rechazadas por un gran número de seres humanos que conscientemente no desean tener más hijos. Es claro que hay muchas razones para el rechazo ó mal uso de los anticonceptivos, entre estos tenemos, el costo, prohibición religiosa, etc; pero hay muchas otras razones - que nos dicen, debemos tomar en cuenta estas son principalmente de tipo psicológico y de relación a nivel interpersonal, que son las que conscientemente e inconscientemente influyen en los cónyuges. Se están -- realizando estudios que examinan las influencias psicológicas en el - concepto del control de la población y la explosión demográfica.

2 Sandberg E., Jacobs R. Psychology of the misuse and rejection of contraception, XXVII Conferencia anual de la Costa del Pacífico, Hawai 1970.

Así mismo enfatizan la importancia del significado que tienen los anticonceptivos para cada persona. Estos autores consideran que aunque sea muy fácil obtener el anticonceptivo ideal es probable que por razones psicológicas más que tecnológicas fracase el control de la población en un sistema social dado si es que dicho control es únicamente a base de métodos iniciados por el individuo y en forma voluntaria.

Para el Dr. Sandberg, el Inconsciente y el subconsciente -- son las determinantes principalmente de las decisiones acerca de la fertilidad humana que pueden estar ó no influenciadas por los roles económicos, históricos y sociales de la humanidad.

En otros países se ha logrado disminuir la natalidad aumentando la edad matrimonial, como en Bolivia, Puerto Rico, Ecuador, Costa Rica y Venezuela. En México es notoria esta elevación en las ciudades, según datos del Dr. Mateos Cándano. Elevar la edad para poder contraer matrimonio sería muy saludable demográficamente pero traería cambios sociales radicales. La sobrepoblación puede ser "responsable" en medio de grandes conflictos sociales y psicológicos de una atención médica inadecuada, de una educación pobre en calidad y de un aumento en los desempleos y la criminalidad, que acarrearán lastres sociales y psicológicos por la frustración, hostilidad, depresión, aislamiento y enajenación que provocan.

En 1898 Freud dijo que:

"Teóricamente sería uno de los grandes triunfos de la -  
humanidad, una de las más tangibles liberaciones de la  
esclavitud de la naturaleza a la que estamos sujetos,  
si fuera posible elevar el acto responsable de la pro-  
creación al nivel de un acto voluntario e intencional  
y liberarlo de su liga con la indispensable satisfac-  
ción de un deseo natural".

En la actualidad ya se ha alcanzado el "ideal freudiano" y -  
se observa como las técnicas anticonceptivas tienen gran influencia en  
la psicología del individuo que vive la era de la planificación fami--  
liar y la explosión demográfica.

Según datos de algunos estudios psicológicos, imaginar el --  
control de la natalidad como un imperativo para el desarrollo de una -  
sociedad, requiere que la estructura familiar esté capacitada y pueda  
realizar a su nivel, su propia planeación conforme a la auto-decisión  
de la pareja. Pues existen factores importantes que afectan ya a la -  
familia actual, entre éstos pueden considerarse el trabajo de la mu---  
jer, la emigración extraordinaria de miles de familias o de algunos de  
sus miembros que van principalmente del campo a la ciudad, salarios ba  
jos, falta de vivienda adecuada; y la necesidad de racionalizar el in-  
cremento de la población, que si bien es algo muy deseable, también --  
tienen una trascendencia y una proyección dentro de la estructura del  
marco familiar. A todo esto cabe agregar su influencia en el proceso  
psíquico de la mujer esterilizada que comprende el conflicto básico de

ir en contra de tradiciones, ideologías e identificaciones previas. -  
 Implica fantasías, temores y dudas ante los métodos anticonceptivos y  
 ante sus efectos y consecuencias afecta la relación interpersonal y --  
 sexual de la pareja y repercute en los hijos.

Las cifras estadísticas son elocuentes: Actualmente, México  
 tiene 61 millones de habitantes y dentro de los países con más de 50 -  
 millones tenemos la tasa más elevada de natalidad.

## 3

Según datos expuestos por Leñero, tenemos en México por cada  
 1,000 habitantes, 42 nacidos y 9 muertos. Esto significa que cada año  
 la población se incrementa en un 3.1%, es decir más de 1.3 millones ni  
 ños que demandan una serie de atenciones de todo tipo. Se calcula que  
 en 1985, México tendrá 85 millones de habitantes. La emigración inter  
 na hacia los medios urbanos, de personas que buscan mejores condicio--  
 nes de vida, mantiene los patrones reproductivos del medio rural y que  
 representan cierta ventaja en el campo, se convierte la gran mayoría -  
 en una verdadera pesadilla de hambre, desesperanza y foco de enfermeda  
 des mentales en la ciudad.

Existe un cambio de régimen económico debido a la proletari-  
 zación, las fábricas, las rupturas de relaciones vecinales, por lo que  
 su equilibrio se destruye y no se puede actuar coherente y funcional--  
 mente.

3 Leñero O. Luis "Investigación de la Familia en México"  
 Ed. Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C. México 1971.

"La Ciudad de México crece a un ritmo tal (de ---- 2,000 inmigrantes diarios) que de no aplicarse medidas coercitivas en los próximos 6-8 años será la ciudad más populosa de la urbe, igual suerte correrán Guadalajara, Monterrey y toda ciudad que parezca ofrecer mejores--condiciones de vida, a menos que se logren adaptar a las condiciones del lugar de origen". 4

Repetimos, la atracción ejercida por la Capital y el abandono del campo, por la imposibilidad de subsistir, son las causas más importantes de emigración a zonas urbanas.

Otra cifra alarmante en nuestro país es que el 56.5% de la población es menor de 19 años, lo que significa que aproximadamente el 35% está en posibilidad de ser productiva. De continuar este acelerado crecimiento, el panorama tomará proporciones alarmantes.

Aparte de considerar el factor del incremento de la pobla----ción para llevar a cabo la planeación familiar es básico tomar en cuenta el factor tradición y cultura ya que los patrones culturales tienen importantes efectos en la integración y formación de la familia mexicana; de aquí su gran influencia en la maternidad, parte integral de la estructura familiar.

Por lo cual, me parece importante, dado el material de la -- presente investigación, traer a colación la conceptualización de la maternidad que tiene el mexicano de clase baja principalmente, de zonas

4 Palacios Agustín "Planificación Familiar, Salud y Política de Población" México 1976.

rurales aunque claro, también encontramos estos rasgos en las zonas urbanas.

Tanto en el hombre como en la mujer el tener un hijo es por lo común, un acto de afirmación biológica y psicológica. En la mujer, se ha demostrado, que el embarazo y el hijo son una necesidad básica.

El embarazo de su compañera es para el hombre una forma de afirmarse ante su propia inseguridad, es una forma de demostrar su potencialidad, fuerza y sexo; lo cual es conocido en nuestro medio como "machismo". Generalmente, él tiene un concepto de la mujer como el de una figura femenina dividida: "una" es la mujer que da hijos, y "otra" es la mujer para gozar. En muchos casos está imposibilitado de unir en una misma figura a la esposa y a la amante.

Para esta mujer el embarazo implica su fuerza y poder de identificación con una madre exuberante y prolífica, buena y sacrificada que ha exaltado la maternidad y ha devaluado el sexo, por generaciones. Para una mujer poco satisfecha la maternidad compensa en forma vicariante la falta de apoyo y seguridad que no obtiene de su compañero.

En el campo se tiene un mayor número de hijos que en la ciudad, a causa del alto índice de la mortalidad infantil, y debido a la gran necesidad de "brazos" para trabajar el campo, es necesario para el sostén familiar.

El aborto en estas personas es lo que les ayuda a mantener el equilibrio de la natalidad ya que hasta hace poco desconocían métodos anticonceptivos-científicos. El aborto aquí es emocionalmente deseado por muchas mujeres como un hecho benéfico. Pues la mujer se siente que cumple con su esposo, cumple con su cultura, cumple con la "ley de parir" pero "no tiene el hijo" (el hijo que necesita afecto y sustento).

Parece ser esta la fórmula que equilibra el no desear tener más hijos, el ser fecundada y estar embarazada como obligación cultural.

Me parece importante traer a colación los datos obtenidos por el Dr. Palacios,<sup>5</sup> de que "existen cerca de 13 millones de mujeres en edad fértil y que anualmente nacen 2,700,000 niños. Los cálculos más confiables son: el 19.85% de abortos por cada 100 embarazos lo que representa 675,000 abortos naturales y provocados cada año; sabemos que la segunda causa de mortalidad materna resulta de las complicaciones producidas por abortos: 600,000 muertes anuales".

Ahora bien estas mujeres identificadas con cierto rol bien definido dentro de su grupo familiar y social se encuentran de pronto que la sociedad les exige y espera de ellas un rol diferente que es ahora el "ya no tener más hijos".

5 Palacios Agustín "Planificación Familiar, Salud y Política de Población" México 1976.

Los antropólogos, entre ellos Margaret Mead, nos dicen que el rol femenino va a ser determinado por la cultura en la que se desarrolla la mujer y que muchas características femeninas más que vinculadas a determinismos orgánicos, se encuentran profundamente arraigadas a las instituciones culturales que otorgan determinadas pautas ideales, metas y papeles atribuidos a la mujer y a sus funciones dentro de la cultura.

En este momento de cambios y reajustes en nuestra sociedad, no es de sorprender que en la educación coexistan pautas tradicionales y -- pautas modernas creadoras de "confusión".

En su mayor parte, la adquisición de la personalidad femenina no es a nivel consciente y la naturaleza de las influencias se manifiesta sólo cuando se producen conflictos.

En la actualidad, la mujer se encuentra ante un dilema:

- a) Seguir los cánones tradicionales del "rol femenino" aprendido en su primera infancia, seguir pensando, sintiendo y comportándose como lo hacía "mama". Dedicarse a educar y cuidar a los hijos. Esperar y aceptar al marido. Lavar, cocinar y atender el hogar. Y nunca olvidar el mandamiento bíblico: "creced y multiplicaos".
- b) O ajustarse al rol de la mujer llamada "moderna", a la que se le exige intervenir en la sociedad, ayudar al sustento del hogar, controlar el número de hijos que tiene, cuidar y amar a su familia, y a quien a la -- vez se le da la libertad de realizarse en diversas áreas fuera del ho--- gar.

Nuestro trabajo ha tomado como centro a mujeres de origen rural, que emigran a la ciudad, en las que se refleja el problema de manera muy concreta. Ellas servirán como ejemplo.

Al abandonar el campo y llegar a la ciudad, a la mujer se le presenta en forma brusca "el dilema". De pronto, se encuentra con que su rol femenino, aprendido en su infancia, dista mucho del rol que espera realizar en la ciudad. Este cambio le es atractivo. A la vez que lo rechaza, quisiera ser como la "mujer moderna" de la ciudad, el conflicto se inicia con su propia identificación. Además no tiene con que mantener a los hijos.

Entre las diferencias más importantes con que se encuentra la mujer, está la de su libertad para decidir sobre su maternidad disfrutando de ésta y de su sexualidad separadamente.

Esta realidad que para algunos grupos sociales es familiar y común y para otros es algo inaudito y extraño, para el tipo de mujeres que estudiamos representa un grave conflicto. Por razones económicas y culturales, tiene que disminuir el número de hijos y por sus propias identificaciones no puede gozar su sexualidad, ya que para ella maternidad y sexo habían funcionado siempre como una unidad, generalmente vivían el sexo como requisito de la maternidad.

Santiago Ramírez dice que en la cultura mexicana se viven como

6  
 antagónicas la satisfacción genital y la procreativa. Luego, nos hace -  
 ver la importancia que tiene.

"El tomar cualquier actitud extrema 'ya sea el limi-  
 tar la satisfacción genital o frustrar la satisfac-  
 ción procreativa', necesaria e inevitablemente cobij-  
 an dentro de sí fuentes de patología que tarde o -  
 temprano se pondrán al descubierto".

Para él hay dos tipos principales de perturbaciones en la mu-  
 jer, al expresar su feminidad: el primero es el trastorno de tipo geni-  
 tal y el segundo es de tipo maternal.<sup>7</sup>

Marie Langer resume el problema y amplía el contexto de la mu-  
 jer "actual":

"Antaño la sociedad imponía a la mujer severas restric-  
 ciones en el terreno sexual (tomando el término en sen-  
 tido más estricto) y social, pero favorecía el desarro-  
 llo de sus actividades y funciones maternas .... Ac-  
 tualmente el cuadro ha cambiado. En este último si-  
 glo, 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 de las histé-  
 ricas, pero aumentan en forma alarmante los trastornos  
 psicossomáticos". 8

6 Ramírez Santiago "El Mexicano Psicología de sus Motivaciones"  
 Ed. Pax México 1966.

7 Ramírez Santiago "Esterilidad y Fruto"  
 Ed. Pax México 1962.

8 Langer Marie "Maternidad y Sexo".  
 Ed. Paidós Buenos Aires 1964.

Ante la frustración de los instintos maternales, M. Langer propone su sublimación en "tareas adecuadas", donde la mujer se siente también constructiva. Esto quiere decir que dicha mujer se sentirá realizada y satisfecha en su maternidad, en su sexualidad y en otras áreas diferentes a la vida "tradicional" de la "mujer hogareña".

De acuerdo a lo expuesto con anterioridad, resulta evidente -- que para muchas mujeres la maternidad no es tan deseada y en muchas ocasiones es evitada con diferentes métodos anticonceptivos o abortivos, pero siempre existirá una fuerte relación entre su función biológica y sus procesos psíquicos como claramente lo expresa Marie Langer:

"Aunque la mujer utiliza medios anticonceptivos y descarta conscientemente durante el coito las posibles -- consecuencias, percibe en su inconsciente una relación constante ante la aceptación del placer que le ofrece su compañero y la fantasía de un embarazo ó de un parto". 9

Hace unos momentos, me refería a "tareas adecuadas" que ejecuta la mujer con la "energía sublimada" de sus instintos maternales no -- realizados. Hago incapie en las "tareas adecuadas" porque es en este momento y en estas actividades que la mujer busca que sus "tareas" sean visibles y palpables.

10

Marie Langer hace una interesante exposición al respecto, ---

9 Langer Marie Op. Cit., 1964.

10 Langer Marie "Cuestionemos 2"



hijo y compara el concepto de trabajo invisible femenino con la importancia que para la mujer tiene el hecho de que sus órganos reproductivos -- sean invisibles aludiendo a la teoría desarrollada al respecto por Karen Horney.

Hemos llegado a una etapa esencial en la vida de la mujer, Marie Langer nos dice que no debemos olvidar dos hechos fundamentales:

"Sólo en nuestro siglo el sexo se independiza de la procreación y la mujer asume en general el control de la fertilidad; por otra parte, la diferencia de fuerza física relativa y parcialmente producto de una educación diferente, se vuelve solamente absoluta en las marcas máximas de rendimiento en las Olimpíadas, pero ya no cuenta en la vida diaria altamente mecanizada". 13

Ahora es posible preguntarnos: ¿Cómo se adaptará la mujer a este cambio tan radical? Hasta hace poco su vida tenía un sentido predestinado por su biología y ahora que ella puede controlarla seguirá su su peditada y realizando "trabajos invisibles" o entrará en el campo de los medios de producción de bienes económicos. ¿Cómo repercutirá este cambio en su proceso psicológico?

Con la práctica del control natal y la esterilización definitiva. ¿Cuál será el "producto" de la realización femenina? Obviamente entrará, como ya lo está haciendo, al campo de trabajo que era exclusivo para el sexo masculino. La mujer empezará a crear "productos de ---

trabajo" visibles, objetos con valor de cambio. El trabajo remunerado, que reforzarán su autoestima e independencia a través de diferentes estímulos.

La mujer está aprendiendo otro rol social, el cual le ayudará a contrarrestar el aislamiento y la depresión que produce el trabajo rutinario e "invisible". Pero esto no significa que la mujer abandone su maternidad, pues como Marie Langer comenta al analizar un caso:

"Parece pues existir en la mujer un deseo instintivo de ser fecundada y concebir un niño. Una mujer que realiza su maternidad y que a la vez tiene la capacidad de sublimar sus instintos maternos restantes, será una mujer que se sentirá realizada y satisfecha". 14

C A P I T U L O III

M A R C O T E O R I C OSEXUALIDAD FEMENINA

A continuación expondré algunos principios sobre la sexualidad femenina desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica. Examinando la literatura psicoanalítica referente a este tema, nos encontramos - que desde Freud, los estudios teóricos al respecto son muy limitados con la indudable desproporción que en nuestros días ocupa tan importante tema de trabajo en la clínica.

Respecto al problema de la femineidad, Freud dijo en una ocasión:

"Nunca podremos acabar de entender a ese "contiente negro".

Tenía razón la sexualidad femenina es un tema extenso, complejo y de sumo interés, que podría ocupar todo el espacio dedicado a este trabajo.

Con el objeto de no perdernos en cuestiones de segundo orden, expondré únicamente algunos de los principios básicos de la sexualidad femenina para entender con nitidez la investigación que a continuación emprendemos.

Freud adquirió el conocimiento del Inconsciente y de la importancia de la influencia de todos sus procesos sobre la mente del hombre donde imperaba una disociación entre consciente e Inconsciente.

Así, muchos factores que influyen en el proceso mental del ser humano que no eran explicables, fueron descubiertos por él y sus aplicaciones. Entre las primeras hipótesis de Freud<sup>14</sup> sobre la sexualidad ---

<sup>14</sup> Freud Sigmund, "Tres ensayos sobre una teoría sexual". 1905  
Obras Completas Madrid,  
Editorial Biblioteca Nueva Madrid, 1967.

infantil, que más adelante serán la base de la sexualidad femenina, está la idea de un "monismo sexual", es decir, existencia de un aparato genital imaginado igual en el sexo femenino que en el masculino, hasta los cuatro años. Con un determinante particular: para ambos sexos el único órgano reconocido es el masculino; el pene para el niño y el clítoris para la niña experimentado éste como un pene rudimentario.

Los niños se imaginan que todo ser humano está hecho a su imagen y semejanza. Alrededor de los cuatro años, cuando la niña se da cuenta de que carece de ese órgano tanpreciado en el niño, se siente "inferior" y empieza su "envidia al pene". Cuando el niño se da cuenta que la niña no tiene pene, de que es diferente, piensa que ésta fué castigada (castrada) por realizar "actos prohibidos" y teme que a él pueda sucederle lo mismo. Como "actos prohibidos" puede vivir la masturbación ó lo que es peor, realizar el gran tabú social del incesto; lo que origina el "complejo de Edipo" (pilar de la teoría freudiana como núcleo de las neurosis) que consiste en el deseo del niño de poseer al padre del sexo opuesto y destruir al padre del mismo sexo. En la fantasía de la niña esta relación con el padre explicaría la posibilidad de recibir "el falo", lo que más adelante transforma la mujer en el deseo de tener un hijo, como "sustituto" del pene anhelado. Pero como el niño o la niña también aman y dependen del padre de su mismo sexo, temen que éste los llegue a castigar por medio de "la castración" a lo que Freud llama "complejo de castración". Por lo tanto, el niño para evitar el castigo y poder seguir manteniendo la "relación" con ambos padres, decide reprimir el amor por el uno y el odio por el otro. Las investiduras libidinales serán desexualizadas y en parte sublimadas. -

Los padres serán incorporados al yo y formarán el núcleo del super yo, que en los casos ideales dice Freud, serán el heredero del complejo - de Edipo a través del desarrollo del super yo.

Para Freud, estos procesos psicológicos se heredan y están dados en forma universal; son "los fantasmas originarios", independien-  
 15  
 tes del medio ambiente del niño. Freud dice que: "El clítoris debe ceder parte de su sensibilidad a la vagina, desconocida hasta la pubertad, con lo cual se complementaría la evolución de la femineidad, mientras que el hombre solamente continúa su madurez sexual original".

La "posesión del hombre" y de la "servidumbre sexual" en la mu  
 jer "sirve para lograr la estabilidad del matrimonio y es ella la que -  
 16  
 lleva a una asociación duradera". Aquí Freud separa las funciones de los sexos según su biología-individual lo que parece tiene grandes repercusiones en sociedades donde la mujer sí es tomada como objeto. parece interesante relacionarlo en este momento, con los conceptos de -  
 17  
 Federico Engels, sobre el "matrimonio burgués", pues nos confirman desde otro ángulo los mismos conceptos de Freud.

Engels nos dice que con la llegada de la familia patriarcal y la monogamia individual, las tareas domésticas se convierten en un servicio privado. La esposa se transforma en la "sirvienta principal", ex  
 cluída de toda participación en la producción social.

El marido por ganarse la vida tiene una posición de supremacía ante la esposa que hace el "trabajo invisible" pero indispensable para que subsista la sociedad, como lo llaman Larguía y Dumoulin.

15 Freud Sigmund, "Femineidad" 1915

16 Freud Sigmund, "Tabú a la Virginitad" 1910-1912

17 Engels Federico, "El Matrimonio Burgués"

"Dentro de la familia el esposo es la burguesía y la esposa es el proletariado" 18 (Engels)

Volvamos a Freud y sus aportaciones, lo cual nos continuará iluminando. En 1923, al hablar de la importancia del estadio genital en ambos sexos y teniendo como marco la relación sexual, Freud emparejó masculinidad con "sujeto-actividad", y femineidad con "objeto-pasividad". Freud separó las funciones de los sexos a través de las diferencias Biológicas.

En 1931 "De la Sexualidad Femenina" Freud da suma importancia a la etapa preedípica en la niña. Nos dice que el papel que desempeña el "complejo de castración" la fuerte ambivalencia hacia la figura materna, determina el carácter de la mujer, en tanto que miembro de la sociedad. Un año después en sus "Nuevas Aportaciones al Psicoanálisis", nos plantea otra vez el problema de la bisexualidad anatómica y psicológica y nos dice que:

"Se podría decir que la femineidad se caracteriza en el sentido psicológico hacia fines pasivos, - que no es lo mismo que hablar de pasividad. En efecto, a veces es necesario desplegar una gran actividad para alcanzar fines pasivos....."

"Sin embargo, guardémonos de subestimar la influencia de la organización social que también tiende a colocar a las mujeres en situaciones pasivas. Esto es aún muy oscuro....." 19

Al final, Freud niega claramente la equivalencia de femenino igual a pasividad. Para él, muchos rasgos de carácter de la mujer están en relación con su "inferioridad natural" y la necesidad de sube-

18 Engels Federico Op. Cit., 1968

19 Freud Sigmund "Nuevas aportaciones al psicoanálisis" 1932

rarla. La mujer no encontrará una plenitud satisfactoria más que cuando tenga un hijo, colmando su antigua "envidia del pene" y su sentimiento de inferioridad.

Aparte de Freud, hay otros dos autores que también aportan -- conceptos básicos acerca de la sexualidad femenina y que estudiada por él, ofrecen polémicas y opiniones sobre la misma. Es interesante saber que son mujeres, principalmente, las que presentan diferentes puntos de vista y protestan ante ciertos principios freudianos.

En 1923, Karen Horney admite que existe la "envidia al pene". Sin embargo, no le da el significado que Freud le da, pues sostiene: -- "que si la niña de verdad se sintiera incompleta y envidiara el pene -- del niño, ésto presupondría que la mitad de la raza humana estaría desconforme con su sexo"<sup>20</sup>, lo cual es muy lógico de pensar.

Karen Horney dijo que tanto el niño como la niña viven el temor ante la "castración". Pero la diferencia entre el niño y la niña, es que el niño, cuando lo desee puede comprobar visiblemente y objetivamente que no ha sido dañado, en cambio, aunque la niña sufra el mismo trauma, ella no puede comprobar el estado de sus órganos genitales, ya que la mayoría están en su interior, por lo tanto, siempre se quedará con sus dudas y angustias.

Mientras el niño conoce bien sus genitales, la niña no desconoce, mas bien niega su vagina. En cuanto al desconocimiento de la va-

20. Karen Horney "Sobre la génesis del complejo de castración femenino" 1923

gina, para ella es una falácea, Según su experiencia terapéutica a través de los sueños de sus pacientes y de reportes de pediatras, Karen -- Horney nos dice que la niña tiene una concepción de la vagina. <sup>21</sup>

A la envidia del pene, la autora contrapone la experiencia en el niño de la envidia de la matriz, de la mujer que sí pueda tener hijos. La vagina no descubierta para Freud, es una vagina negada para Karen Horney.

Melaine Klein, psicoanalista de la "escuela inglesa" junto -- con Ernest Jones, estudian la teoría freudiana en forma crítica, aportando nuevos conceptos acerca de la sexualidad femenina.

Me referiré básicamente a la teoría de Melaine Klein, rica en diferentes conceptos; entre ellos, tenemos principalmente el de la "fantasía inconsciente", el de "las relaciones de objeto" y el de la "angustia de castración en la mujer" principalmente nos referimos a los dos -- últimos. Mediante la fantasía inconsciente, Melaine Klein demostró que tanto la niña como el niño reaccionan desde el principio de su vida de acuerdo a su biología y sexo. Es decir, la mujer nació como mujer y el hombre como hombre. Aquí Melaine Klein acepta lo ya enunciado anteriormente por Karen Horney y se pronuncia contra el "monismo sexual" propuesto por Freud.

Es importante recordar que para el niño no hay diferencia entre realidad y fantasía. A diferencia de Freud, Melaine Klein <sup>22</sup> afirma

21 Horney Karen, "Negación de la Vagina" 1933

22 Klein Melanie "Psicoanálisis del Niño" 1933

que existe un "Edipo precoz" en el primer año de vida, en el que el niño al sentirse frustrado por el "pecho materno", es decir, en el momento en que la madre no satisfaga sus necesidades de alimento, afecto, -- etc., siente agresión y deseos destructivos para con la figura materna, en los primeros estadios. Más adelante, al concebir la existencia de la figura paterna, el niño imagina que mamá ha dado todo a papá y -- que éste le da cosas valiosas, como hijos y falo; en este momento, desplaza su catexias libidinales del pecho al falo, que la madre retiene -- en el interior de su cuerpo.

De esta forma, la niña dirige sus ataques sádicos <sup>de</sup> contra el cuerpo de la madre para arrebatarle el objeto deseado. Por lo tanto el temor fundamental de la niña corresponde al interior de su cuerpo pues teme el castigo y retaliación de la madre que destruirá sus órganos internos. Muy a propósito es lo que dice Karen Horney: que toma como base Melanie Klein.

"el niño, al temer el castigo paterno, puede comprobar visiblemente lo intacto de sus órganos; la niña no puede comprobar la no destrucción de sus órganos internos". 22

Basándose en estos principios, Melanie Klein se explica la -- "angustia de castración" en la niña, pues ella no puede jamás comprobar la destrucción o no, pero siempre temida de sus órganos internos, sino hasta la lejana maternidad "cuando tratará de dar a luz hijos sanos, -- sea en la realidad o en forma de sublimaciones", como dice Marie Lan---ger.<sup>23</sup>

23 Langer Marie, Op. Cit., 1964

De aquí también, que la niña está expuesta en mayor grado a angustias tempranas que el niño. Y a diferencia de los conceptos Freudianos que se basan en que el super yo es más débil en la niña que en el niño, Melanie Klein afirma lo contrario, ya que las tendencias receptivas - femeninas la llevan a una mayor introyección de los padres, lo cual origina "un super yo" más intenso.

Según Melanie Klein:

"Las sublimaciones genitales de la posición femenina están ligadas a la fertilidad - el poder dar vida - y por ende también a la recreación de "objetos perdidos o dañados".

"En la posición masculina, el elemento de creación - de la vida se haya reforzado por las fantasías de -- fertilizar a la madre dañada ó destruída y así restaurarla o revivirla".

"La predominancia de las tendencias genitales implican un gran progreso en la integración del yo, ya -- que ellas se hacen cargo de los deseos libidinales y reparatorios de carácter genital, produciéndose en - esta forma la síntesis de las tendencias reparato--- rias pregenitales y genitales". 24

No quisiera dar por terminada la teoría sin antes hablar de las importantes ideas de Marie Langer expresadas en Maternidad y Sexo, acerca de la llegada de la menarquia en la niña. La llegada de la menstruación es vivida en forma ambivalente por la niña. Es una mezcla de gusto, pena, rechazo y alegría ya que es cuando la mujer descubre la pérdida de la virilidad fantaseada, entristeciéndole; pero a la vez es cuando por primera

24 Klein Melanie "Desarrollos en Psicoanálisis"  
Buenos Aires, Editorial Paidós 1967

vez tiene una evidencia real de que sus "organos internos" no han sido --  
destruidos.

Dice Marie Langer, que

"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....."  
"La reacción positiva frente a la menstruación es un indicio de normalidad en la niña y de aceptación de su sexo".

El "trauma menstrual" es muy común en nuestra sociedad, dado los tabúes tejidos alrededor de la sexualidad. Ante la primera menstruación -- se reacciona con temor o dolor, lo cual implica la dificultad de la niña -- para identificarse con su propia femineidad; se vive esa experiencia como el "castigo" a los impulsos hostiles de la puber.

De allí, la importancia tan grande que tiene la relación madre -- hija "real ó fantaseada", en la niña. La madre es la figura femenina y la materna, con quien la niña se identifica con su rol femenino. Por lo tanto, si la niña ha vivido una buena relación con la madre, caracterizada -- por el amor y el respeto, desarrolla su capacidad de identificarse, en un futuro con ella.

Algunos lectores se preguntarán por qué solamente me he referido a la sexualidad femenina en la niña y no en la mujer adulta; quiero recordar que para la teoría psicoanalítica los procesos psíquicos del adulto es -- tán enormemente determinados por el desarrollo y las experiencias infantiles. y me refiero a la mujer, porque las parejas investigadas eran las mujeres que aceptaron y se sometieron a la esterilización.

"MANEJO Y RELACION DE OBJETO"

Antes de entrar en la metodología, queremos, en forma breve, enunciar la teoría kleiniana, acerca de las "relaciones de objeto", ya que a nuestro entender es, entre otros, un buen marco teórico para la mejor comprensión e interpretación psicodinámica del material investigado.

Melanie Klein expresa en forma clara y concisa su teoría acerca de las "Posiciones "esquizo - paranoide y depresiva", lo cual nos indica como el niño se va relacionando con sus "objetos internos y externos", cuáles serán sus angustias básicas y cuáles los mecanismos de defensa que utilizará el "yo" para manejarlas. Angustias originadas principalmente por el daño o pérdida real o fantaseada de objetos internos o externos. Exponemos a continuación el proceso como se origina en el niño, en forma esquemática pues durante toda la vida se oscila entre la posición esquizo paranoide y la posición depresiva.

Melanie Klein<sup>25</sup> nos recuerda que para Freud el nacimiento proporciona el patrón de todas las situaciones de ansiedad ulteriores. Por lo tanto, según Melanie Klein la "ansiedad persecutoria" entra desde un principio en la relación con los objetos en la medida en que esté expuesta a privaciones. Una de sus opiniones básicas que consideramos esenciales para comprender su teoría es que "las primeras experiencias del bebé con el alimento y la presencia de la madre en los prime-

25 Klein Melanie "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé". Op. Cit., 1967

ros cuatro meses inician una relación de objeto con ella". Esta relación se inicia como un "objeto parcial" que es el "pecho" de la madre. Cuando el niño está libre de hambre y tensión se encuentra en "equilibrio", el cual se rompe debido a privaciones externas o internas, que provocan el reforzamiento de pulsiones agresivas.

En la medida en que gratifica, "el pecho" es amado y sentido como "bueno", como fuente de frustración es odiado y sentido como "malo". Esta marcada antítesis entre "pecho bueno" y "pecho malo" se debe en gran parte a la falta de integración del yo, a los procesos de escisión dentro del yo y en relación con el objeto (posición, esquizo-paranoide). En estos momentos no se diferencian los límites entre yo y no yo, a esta etapa otros autores la llaman "confusional".

Simultáneamente, se introyectan "estos primeros objetos" que para la autora forman el núcleo del super-yo, en los primeros meses de vida. (A diferencia de Freud para quien ésto sucede hasta los 4-5 años).

La proyección (elemento esencial de la ansiedad "persecutoria") de las fantasías sádicas del bebé en el objeto, ocasionadas por frustraciones externas e internas determinan el contenido de su temor a los perseguidores externos e internos.

La gratificación y el amor que el bebé experimenta en situaciones agradables con la madre, le ayudan a contrarrestar la ansiedad persecutoria y fortalece la confianza en el objeto bueno.

El objeto bueno tiende a transformarse en el objeto ideal que saciará el deseo voráz de gratificación ilimitada y así el objeto idealizado constituye el corolario del "objeto perseguidor" y en la medida en que la idealización deriva de la necesidad de protección contra los objetos perseguidores es un medio de defensa contra la ansiedad. Varios mecanismos y defensas entran aquí en juego, así como la negación, el control omnipotente del objeto, etc.

Cuando la ansiedad persecutoria es menos intensa, la escisión es de menor alcance y por lo tanto el yo es capaz de integrarse y sintetizar en cierta medida los sentimientos hacia el objeto (ésto implica crecimiento).

Hasta aquí la "posición ~~esquizo~~ esquizo-paranoide". Ahora veamos la "posición depresiva" donde la síntesis entre sentimientos de amor y pulsiones destructivas hacia un mismo objeto, origina ansiedad depresiva, culpa y necesidad de reparar al objeto dañado, lo cual sucede cada vez en forma más frecuente y duradera y forma parte del proceso de integración del yo. Pues lleva a una disminución efectiva de la ansiedad, condición fundamental del desarrollo normal.

Al alcanzar una mayor integración del objeto, la ansiedad depresiva y los sentimientos de culpa resultantes se modifican en calidad y en cantidad. El yo adquiere mayor capacidad para tolerar la ansiedad, los métodos de defensa se modifican paralelamente y ello otorga mayor sentido a la realidad y mayor variedad de gratificación

en los intereses y en las relaciones de objeto.

Progresan la integración, la consciencia, las capacidades intelectuales, las relaciones con el mundo externo, la organización sexual y se amplían las fantasías tornándose más elaboradas y diferenciadas.

Este desarrollo da como resultado la capacidad de integración y síntesis que facilita la unión de los objetos parciales-tanto externos como internos en una totalidad clave en la salud emocional de todo ser humano. A la vez, el super-yo sufre un cambio importante, pues también se produce una asimilación progresiva del super-yo por el yo.

Los mecanismos de negación, idealización, escisión, y el control de los objetos internos y externos son utilizados por el yo con el fin de neutralizar la ansiedad persecutoria. Estos métodos omnipotentes se conservan en cierta medida, cuando surge la posición depresiva, pero ahora se les utiliza predominantemente para neutralizar la ansiedad depresiva. Cuando la ansiedad es extrema el yo tiende a negar, que no puede amar al objeto lo cual puede resultar en una regresión a la posición "esquizo-paranoide".

Cuando predomina la ansiedad depresiva, el control de objetos e impulsos es principalmente utilizado por el yo con el fin de prevenir la frustración e impedir la agresión y el consiguiente peligro para los objetos dañados. Y entra en acción el deseo de reparar el objeto

dañado, lo cual está ligado a los sentimientos de culpa.

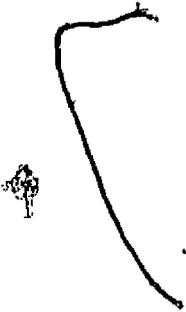
Teniendo en mente estos mecanismos, la comprensión de la forma como el individuo reaccione ante la pérdida de un "objeto amado", de un ser querido, será claramente comprensible. Para Melanie Klein estas emociones conducen a estados de duelo y las defensas movilizadas a tentativas por parte del yo de superar el duelo. Estas tendencias a reparar forman parte de todas las sublimaciones, forma eficaz de disminuir la depresión y a la vez obtener mayor confianza y gratificación.

La comprensión del duelo en Melanie Klein nos parece de suma importancia, para el mejor entendimiento de nuestra investigación ya que observamos más adelante cómo ciertas mujeres viven la "pérdida de su fertilidad". En algunas, esta pérdida es negada, en otras, crea una gran ansiedad persecutoria y otras tienen la capacidad de reparar la "pérdida" sintiéndose tristes por la pérdida pero a la vez gratificadas por los resultados de su capacidad de reparación y sublimación.

Pero volvamos a Melanie Klein quien considera el duelo (normal) como "el establecimiento por parte del individuo del objeto amado y perdido dentro de sí"; y muy importante es que esto el individuo no lo está haciendo por primera vez; sino que a través del trabajo de duelo, está re-instalando ese objeto, así como "todos" sus objetos internos que ha perdido. Es decir a través del proceso de duelo por un objeto externo amado se restauran y recuperan objetos internos amados con anterioridad.

Los diferentes duelos constituyen tanto el restablecimiento del mundo interno destruido, como la renovación de los lazos con el mundo externo.

El cómo y por qué de la vivencia de un duelo patológico o normal, está dado en el grado de éxito de la elaboración de la primera vivencia de la posición depresiva y de la introyección de los objetos buenos.



TRABAJOS DE INVESTIGACIONINVESTIGACION SOBRE LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA

Nos hemos encontrado que la literatura y los trabajos de investigaciones realizadas sobre el tema de: Los efectos psicológicos que producen la esterilización definitiva voluntaria, son escasos, lo cual se explica por ser un tema realmente nuevo.

Entre los trabajos que encontramos y nos parecieron más interesantes al respecto, seleccionamos cuatro realizados principalmente dentro de los hospitales y reportados en diferentes revistas de gineco-obstetricia y de psiquiatría. Pensamos que sería útil tomar en cuenta los logros derivados de estos trabajos y compararlos con los datos obtenidos en nuestra investigación.

Primero nos referiremos al trabajo realizado por los doctores M. Sim, J. Emens y J. Jordán<sup>26</sup> en los hospitales Unidos de Birmingham donde realizaron su investigación con 151 mujeres a las que vieron por el término de un año, en el período de uno a 3 años después de la oclusión tubaria, 146 mujeres reportaron que estaban satisfechas físicamente y sexualmente con la operación. Entre las 5 mujeres que no se mostraron satisfechas con los resultados del procedimiento, en algunos casos se debió a que hubieran deseado tener más hijos o porque buscaban que la operación resolviera problemas de otro tipo; y claro no se produjeron los efectos deseados.

26 M. Sim, J. Emens, J. Jordán "Psychiatric Aspects of Female - - Sterilization" British Medical Journal, 1973, 3.220

En base a este estudio, los autores citados opinan que los efectos psiquiátricos negativos originados por la esterilización definitiva podrían mantenerse dentro de un mínimo si es que se hace una selección adecuada y cuidadosa de los pacientes. Las recomendaciones básicas que hacen ellos para evitar efectos psiquiátricos negativos en los pacientes, son, entre otros: es conveniente que las candidatas a la esterilización, tengan 30 años mínimo, y en los casos en que se esterilize a mujeres más jóvenes deben tener por lo menos dos hijos. Así también hacer incapié sobre el momento de la esterilización en la vida de la mujer y nos dicen que ésta no debe ser realizada en el momento del parto o en el período neonatal cuando el recién nacido exige mucho cuidado. De morir el bebé, la esterilización puede precipitar una reacción de duelo patológico. Es importante tomar en cuenta bajo que condiciones la madre decide esterilizarse, porque en un momento puede no importarle, pero cuando el bebé cumpla 6 meses puede retractarse. Hay que considerar también si la mujer no está sufriendo depresiones post-abortivas, ya que la esterilización puede reforzar esta acción. Por último, fijarse que la mujer esté culturalmente adaptada a lo que implica la esterilización que no debe ser vista como la cura de la frigidez.

Otro trabajo que nos pareció también de sumo interés con respecto al tema que presentamos es el realizado por los doctores

27

Campanella y Wolf. Ellos entrevistaron a 94 mujeres durante su hospitalización y continuaron viéndolas durante 2 años después y se encontraron con que 91 de las pacientes esterilizadas no mostraron serios problemas médicos y psicológicos. Las tres pacientes restantes sí se mostraron insatisfechas al final de este tiempo. En este estudio los autores no encontraron en ninguna de las pacientes, fracasos o errores técnicos de la operación, pero sí observaron la aparición de síntomas psicossomáticos -- principalmente en mujeres jóvenes, en las que tales síntomas fueron duraderos. Se notó que ~~las mujeres~~ que mostraron síntomas psicossomáticos eran las que previamente habían mostrado dificultad con las técnicas anticonceptivas temporales así como una comprensión limitada de lo que implicaba y significaba la "esterilización definitiva". Hasta llegaron a dudar después de operadas si la esterilización era definitiva o no. Los doctores Campanella y Wolf sugieren que para evitar conflictos posteriores en las mujeres y en las parejas, se valore y considere la decisión por un mínimo de seis meses, antes de realizar la esterilización definitiva y de que se les oriente adecuadamente tanto psicológica como médicamente en lo que respecta a la esterilización definitiva.

Traemos a colación ahora el trabajo realizado por los -----

27 R. Campanella y J. Wolf "Emotional Reaction to Sterilization"  
VI Conferencia anual de las Universidades Americanas de Gine-  
co Obstetras Chicago 1973.

doctores Friedman, Greenspan y Mittleman<sup>28</sup> por la importancia que tiene el aspecto de la seguridad o ambi-valencia ante la decisión de aceptar el aborto terapéutico. Nos pareció interesante traer a colación este trabajo ya que nos encontramos con que el factor de la decisión de la mujer ante la esterilización, tiene repercusiones fuertes en efectos post-operatorios de la misma.

Los autores enfatizan que la literatura norteamericana sugiere que hay una respuesta negativa inmediata ante la idea de aborto y que generalmente las mujeres que atraviesan por este procedimiento pasan por un corto período de tristeza acompañado por sentimientos de culpa que pueden ser parte de ciertas respuestas normales esperadas. La proporción de mujeres con serios problemas psiquiátricos o complicaciones fuertes probablemente sea menos del 10%. En este trabajo, los autores reportan 4 casos que llegan a tener crisis psicóticas post-abortivas de acuerdo a lo que han encontrado en sus estudios; afirman que generalmente hay una continuidad de una enfermedad preexistente ocasionalmente. Esto no es así, según los autores la literatura y la experiencia clínica, indican que hay grandes posibilidades de que se presenten situaciones de enfermedades psiquiátricas post-abortivas en los casos en que existan los siguientes elementos: la coerción, la indicación médica, la preexistencia de enfermedades psiquiátricas, la ambivalencia severa, las mujeres que sienten que la decisión no fué hecha por ellas mismas. Otro dato que encuentran es que mujeres que toman su decisión en una forma realista, tranquila, con muy poca ambivalencia son

28 Friedman M. Cornelia; Greenspan Rhode; Mittleman Fay. "The decision making process and the outcome of therapeutic abortion" CXXVII Conferencia anual de la Asociación Americana de Psiquiatras. Detroit, Mich. 1974

las que pudieron afrontar el aborto en una forma serena, al contrario de los casos de mujeres para las que la decisión provocó una inhabilidad o un rechazo por abortar son las mismas que presentaron problemas fuertes después del aborto.

Por ultimo presentamos a uno de los primeros estudios - realizados en nuestro país. En el hospital de Gineco-Obstetricia No. 1, del I. M. S. S., los doctores G. Delta Iturralde, S. González Gutierrez y Rivera Melo,<sup>29</sup> realizaron un estudio preliminar acerca de las implicaciones sociales y psicológicas de la esterilización definitiva voluntaria. Es esta, una labor de suma importancia ya que el I.M.S.S., atiende 5 de cada 10 partos habidos en la República. En el Departamento de Investigación de Planeación Familiar Voluntaria, se da preferencia a la esterilización definitiva tanto en el hombre como en la mujer.

Por ejemplo, allí se dieron 154 pláticas a 2554 personas durante el año de 1975, se canalizaron 856 a oclusión tubaria de las cuales se operaron 754, es decir, el 89%. Se refirieron a control temporal 277 a urología para vasectomía a 141 hombres.

La investigación se realizó con 153 mujeres después de 6 meses del tratamiento quirúrgico se estudiaron a 61 de ellas. La edad promedio fué de 32 años y la edad de los esposos era de

29 G Delta Iturralde, S. González Gutierrez y Rivero Melo V.  
"Conducta psicosocial previa y posterior a la esterilización definitiva voluntaria en 153 mujeres durante el año de 1975. México 1976.

un promedio de 36 años. Se observó que los problemas socioeconómicos ocupan el primer lugar con motivo de aceptación de esterilización definitiva en dos de tres parejas. La multiparidad y el temor ante el futuro incierto de sus hijos ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente con dos de cada cuatro parejas y finalmente los cuatro últimos lugares los ocuparon las enfermedades congénitas o crónicas, la indicación médica o la inestabilidad matrimonial. Se encontraron ciertos métodos anticonceptivos temporales como el dispositivo intrauterino o métodos hormonales. Se observaron conflictos psicológicos severos en una de cada cuatro familias. En tres de cada cinco mujeres desajuste emocional por diversas causas. Es interesante observar que de las mujeres que trabajan, nueve de cada diez se sienten satisfechas con su empleo y sin grandes molestias posteriores a la operación.

Entre los principales efectos ocasionados por la esterilización efectuado principalmente por oclusión tubaria, encontraron que una de cada dos supone que la esterilización favorece la economía familiar y que cuatro de cada cinco mujeres no refirieron molestias posteriores a la operación y la restante algunos síntomas sin importancia.

Tampoco aparecen cambios significativos en la dinámica familiar en siete de diez familias. En una de cada cuatro, se han mejorado las relaciones conyugales, la integración familiar y la atención emocional a los hijos. Tres de cada cinco mujeres

atribuyen a su operación el haber mejorado su estabilidad emocional. Una de cada dos mujeres refieren no haber apreciado cambios respecto a su vida sexual anterior y por último, nueve de cada diez mujeres aseguran sentirse motivadas para mejorar la educación y el desarrollo de sus hijos así como el superarse ellas mismas intelectual y socialmente.

C A P I T U L O IV

## PLAN DE TRABAJO

### Hipotesis:

El efecto de la esterilización definitiva voluntaria debe tomarse desde dos aspectos:

- 1) Desde el punto de vista consciente explicado satisfactoriamente en términos de dificultades económicas, sociales, de salud, de satisfacción con el método de control natal, de adaptación adecuada a la realidad, de mejor relación interpersonal entre la pareja, así como entre padres e hijos, ya que hay menos tensión y más tiempo y tranquilidad para relacionarse, así como innumerables variantes derivadas de estos factores.
- 2) Se refiere al plano inconsciente explicado en términos de identificación femenina, "complejo de castración", relación con los objetos internos, pérdidas tempranas de objeto, y otras variantes, que son factores determinantes en los procesos psicológicos subsecuentes.

La hipótesis que deseo comprobar es que aunque la esterilización definitiva voluntaria satisfaga en primer plano dificultades conscientes, ésto no implica que no se generen efectos psicológicos negativos a niveles inconscientes que con el tiempo repercuten negativamente en la conducta de la esterilizada y en su relación interpersonal conyugal y familiar.

## Material y Método:

### Población

Se revisaron 200 expedientes de los 500 existentes, de personas esterilizadas hasta el momento de empezar esta investigación.

De estos 500 expedientes, 477 correspondían a mujeres esterilizadas, principalmente por el método de oclusión tubaria y sólo 3 correspondían a hombres vasectomizados.

De los 200 expedientes revisados, seleccionamos 20 para realizar nuestra investigación. El criterio seguido en la relación de las parejas, es el siguiente: que todas hayan tenido más de dos hijos y que las razones básicas por las que solicitaron "el método de esterilización definitiva" haya sido por una de estas razones: a) dificultades socioeconómicas; b) rechazo a nuevos embarazos por multiparidad. Se descartaron parejas con serios problemas de salud, que necesitaban la esterilización por recomendación médica urgente. Se considera que la mayoría de los derechohabientes del hospital pertenecen a una clase social baja y media baja.

De las 20 parejas citadas, entrevistamos a 9 y a 11 mujeres solas, de las cuales una era viuda.

Presentamos ahora los casos de las 9 parejas y el de una señora viuda, con el objeto de tener el menor número de variables las restantes las veremos en otra ocasión. En los 10 casos, la mujer tenía entre 6 meses y un año de esterilizada.

### Entrevista

Con cada pareja se llevó a cabo una entrevista dentro del hospital, que fluctuó entre 1-1/2 y 2-1/2 horas. El tipo de entrevista fue exploratoria, con preguntas específicas y abiertas, en las cuales los pacientes opinaban y asociaban libremente lo que pensaban y sentían al respecto; a la vez se les dió la oportunidad de que expresaran sus propias dudas.

Las preguntas se referían a diversos puntos, como: edad, familia, historia personal de cada miembro de la pareja, así como su historia, número de embarazos, de hijos y de abortos, enfermedades físicas y psicológicas previas, información o uso de métodos anticonceptivos. Tipo de decisión: ambivalente o segura, razón de la esterilización, clase social y lugar de origen (rural o urbano) efectos de la operación en la mujer, en la pareja, en la familia y en la vida social y cómo era todo esto antes de la operación. A la vez nos interesó saber si había arrepentimiento y agudización de conflictos psicológicos previos o desarrollo de nuevos conflictos emocionales y saber si la mujer desempeñaba o no otros trabajos aparte del hogar.

Los datos de la entrevista fueron manejados conforme a dos técnicas:

1) Tomamos los datos objetivos obtenidos de la entrevista, y los vaciamos posteriormente en tablas, en seguida, obtuvimos determinados resul-

tados que los exponemos en la parte correspondiente a Correlación de Datos.

2) Para hacer los comentarios de cada caso nos basamos en la técnica de la teoría psicoanalítica Freudiana; en la cual la conceptualización básica radica en la "existencia universal del Inconsciente". La metodología nuclear para llegar al inconsciente es a través de la interpretación y reconstrucción del material manifiesto (material que ya ha pasado por el proceso de elaboración) para llegar al material latente, es decir el material inconsciente. Tratamos de entender el porqué de los resultados manifiestos, reconstruyendo el material latente inconsciente del individuo según teorías de Sigmund Freud y Melanie Klein con respecto al desarrollo psicosexual y a las relaciones de objeto, conceptos presentados en la parte correspondiente al Marco Teórico

Utilizamos la prueba "Psicológica del dibujo de la figura humana" con el objeto de estudiar la percepción de la persona y su esquema corporal. Pedimos a cada miembro de la pareja nos dibujara una figura masculina y una figura femenina para saber cuál era la integración de su esquema corporal, su identificación sexual, la forma como cada uno de ellos vive y percibe al sexo opuesto.

Basándonos en Schilder, para quién "el dibujo es la figura de nuestro cuerpo que nos formamos en nuestra mente; es un concepto dinámico ya que percibimos la imagen de nuestro cuerpo como una gestalt que

se encuentra en un estado constante de transformación y reorganización en el proceso de actuar y reaccionar en nuestro medio ambiente". Se dedujo que en los dibujos había aspectos estructurales relativamente persistentes que reflejaban los elementos básicos de la personalidad.

Primeramente presentamos 5 de los 10 casos seleccionados porque es en ellos donde podemos conocer con precisión su situación psicológica; a continuación de cada caso, adjuntamos comentarios del mismo basados en la teoría psicoanalítica.

A continuación presentamos la correlación de los datos encontrados, seguido de la discusión de las influencias y comparación de los datos obtenidos con los logrados, tanto en las investigaciones como en los conceptos teóricos presentados previamente en el Marco Teórico.

Por último, comunicamos las conclusiones y recomendaciones de nuestra investigación preliminar.

C A P I T U L O V

C A S O 3

Analizamos en seguida a un matrimonio bastante joven; el tiene 28 años de edad y es contador privado -hizo estudios sólo hasta el tercer año de la carrera-; ella, un año mayor que su marido, es auxiliar de enfermería y no obstante haber terminado su carrera, no se recibió por lo que ha vuelto a sus estudios.

Este matrimonio vive en una situación económica modesta, a pesar de que los dos cónyuges aportan partes iguales al ingreso mensual del hogar, que es de 4,600 pesos. En los ocho años que llevan unidos, han procreado tres hijos vivos, según un deseo expreso que siempre han sostenido, aunque la señora ha estado embarazada diez veces. En estos diez embarazos, tuvo cinco abortos espontáneos, uno provocado y un hijo que se logró pero que falleció a temprana edad. Durante el último embarazo, sintió un abierto rechazo a la maternidad y en los primeros se desmayaba con frecuencia. "Parecía que iba a morirse", comenta el esposo.

La entrevistada reporta, entre sus antecedentes médicos, padecimiento de cardiopatía reumática, doble lesión mitral compensada e infección de riñones. Debido a ello, el médico le recomendó que evitara futuros embarazos.

Ha tenido dos intervenciones quirúrgicas: la primera, de una apendicitis, y la segunda, de una amigdalitis.

Dado que los recursos económicos del matrimonio no son muy --

holgados, tanto él como ella, decidieron no tener más familia, así mismo porque la salud de la señora se ve seriamente afectada por los partos. Para tener éxito en esta decisión, emplean, desde hace dos años, diferentes métodos anticonceptivos, como son: el ritmo, el dispositivo, cremas anticonceptivos y óvulos. Pero la señora ha optado por abandonarlos, por falta de confianza en la efectividad de dichos métodos.

Como resultado del abandono de métodos anticonceptivos, por una parte, y el rechazo definitivo a procrear más hijos, por otra, el matrimonio en cuestión aceptó la esterilización. "La familia pequeña es mejor, más vale que mi esposa siga con vida aunque no tengamos más bebés", ha dicho con satisfacción el señor.

En este caso como en tantos otros, el cuerpo médico propuso que la intervención quirúrgica para la "esterilización definitiva", podía practicarse tanto en el señor como en la esposa. Respecto a esto, él asegura que las operaciones le dan pánico: "Recuerdo -dice- la vez que me operaron de una hernia, poco faltó para que muriera de miedo". En tanto que el señor rechazó la esterilización, la señora, en cambio, accedió.

El primer síntoma observado en la señora, después de haberse operado, es su tranquilidad; antes vivía preocupada, siempre con el temor de volver a embarazarse; hoy, sin embargo, se siente realista, menos sumisa en sus relaciones interpersonales y las relaciones sexuales son más frecuentes y las vive plenamente. Por su parte, el marido ---

también ha sufrido ciertos cambios. "Es como si hubiera un antes y un después de la operación", comenta.

Por lo común, se mantenía alejado de los niños, se irritaba con facilidad con su esposa, sin motivo aparente. Ahora, "puedo estar más tiempo y más a gusto con mis hijos y permito que duerma con nosotros nuestro hijo mayor" dice.

Después de la "operación", la señora ha tenido pequeñas irregularidades en su menstruación, pero básicamente no se ha advertido ningún cambio significativo.

Para él, la esterilización vino a hacer más placenteras las relaciones sexuales con su esposa. Y la explicación -muy sencilla- la ofrece con estas palabras: "ya no existe el martirio del embarazo ni el del presupuesto. Ahora convivo más con mis hijos y cuánta alegría siento al ver que mi esposa no está decaída y es más libre en nuestras relaciones sexuales".

La vida sexual de la señora se inició hasta el matrimonio; -- "al principio fué muy dolorosa pero más tarde empecé a gozar nuestra vida sexual" nos dice, lo que trajo mucha satisfacción también para el marido. Acerca de los primeros meses de casados, él comenta: "Me casé muy joven; era común en mi vida la bebida y las aventuras; salía seguido con los amigos y nos corríamos unas buenas parrandas. Ahora, eso ya no existe".

El matrimonio tuvo momentos muy difíciles en los que surgían

conflictos graves, debido ante todo a los frecuentes embarazos de ella y a la irritabilidad y la celotipia del esposo.

Si vemos a esta pareja retrospectivamente, tendremos algunos datos interesantes de su vida. Por ejemplo, ella vivió en la provincia donde radica su madre -que también es cardiópata-, sola, porque el padre murió hace mucho tiempo. La entrevistada es la mayor de cuatro hermanos, y tuvo su menarquía a los trece años, sin trauma, ya estaba informada previamente. Para su madre no era fácil embarazarse, por lo que no tuvo la necesidad de tomar anticonceptivos. El también llegó al Distrito Federal de la provincia, pero venía de una familia desintegrada, donde visitaba esporádicamente al padre que los abandonó.

Sólo tuvo una hermana, que murió hace nueve años en un parto. De su madre, afirma que ha sido una alcohólica desde que él tenía doce años más o menos. "Yo también bebo en ciertas ocasiones, pero nada más", dice optimista.

Acerca de esta nueva vida que parece haberse iniciado después de la esterilización, el señor comenta: "Bueno, mire usted, yo creo que si violan a una mujer y está esterilizada, pues al menos no resultará embarazada, lo que ya es ventaja ¿no?. La única desventaja que le encuentro es que va a aumentar el número de maridos engañados".

Comentarios

Entre otras razones específicas por las que se esterilizó, esta paciente, están enfermedades cardíacas y renales, la multiparidad, el gran número de abortos y la situación económica.

Aparte, hay dos factores muy importantes; la mujer tuvo un rechazo abierto y consciente hacia su último embarazo; y el temor de que la llegada de un hijo cueste a la familia la pérdida de la madre.

Tanto en el hombre como en la mujer existe una angustia de muerte real, pues ella podría morir en un parto. Esta angustia de muerte se refuerza con la muerte de la hermana del señor, en el momento de parir.

La esterilización repercute positivamente en las relaciones sexuales que ahora la pareja puede disfrutar sin sentirse culpable, sin poner en peligro la vida de la señora y sin amenazas por posibles embarazos que desequilibrarían el presupuesto y el ajuste familiar.

Las relaciones con los hijos al desprenderse las catexias de la preocupación por la muerte.

Dibujo de la figura humana, observaciones principales.

Señora:

La entrevistada ha alcanzado una imagen corporal aparentemente integrada pero da la sensación de que su cuerpo está vacío. Su identificación sexual es muy primitiva, y se ve mutilada.

Su estructura yoica es pobre, se observa timidez y dependencia.

La figura masculina la vive impotente y limitada a la acción.

Dibujo de la figura humana, observaciones principales.

Señor:

Ha alcanzado cierto nivel de desarrollo en la percepción de su esquema corporal como que "algo" le falta "castrado".

El funcionamiento de sus Defensas Yoicas: Más o menos estructuradas, y le permiten funcionar en una forma más o menos adecuada con su medio ambiente. Se observa inseguridad, inhibición y cierta ansiedad.

Ha introyectado una figura femenina también insegura.

Ambos cónyuges se originan de familias desintegradas que viven en la provincia donde desaparece el padre. Ellos no quisieran vivir esas pérdidas, repitiéndolas en forma inversa: en este caso la familia perdería a la madre.

El pánico del señor a operarse, aparte de asociaciones de castración y otras puede estar relacionado con el temor a la identificación masiva que él tiene con la "desaparición" de ambos padres". Esta identificación sí se realiza parcialmente pero es controlada, pues él se va y regresa, como "cuando se va de parranda a emborracharse".

A la vez podemos observar como el tipo de identificación que el señor hace con sus figuras Paterno-Materno son "parciales", por ejemplo en el emborracharse vemos parte de la identificación parcial con la madre alcohólica. Es decir, el señor repite en su vida actual el patrón de relación que tuvo en su infancia con sus primeros objetos.

La celotipia previa del señor y el decir que "lo único malo -

de la esterilización son "los maridos engañados", se traduce en el temor de que en la actualidad, su esposa lo engañe, es decir, lo abandone. Igual como lo hizo su padre, y como lo hacía su madre periódicamente, al "embriagarse". Por estas razones es posible que la celotípa -- llegue a acrescentar en él ahora que ya no existe el freno y la seguridad, que implicaba el embarazo. Probablemente por eso aceptan ahora el colecho con el hijo mayor que viene a simbolizar un freno más, sería interesante hacerle ver como profilaxis, este punto al señor y evitarle futuros conflictos a él y a sus hijos y esposa.

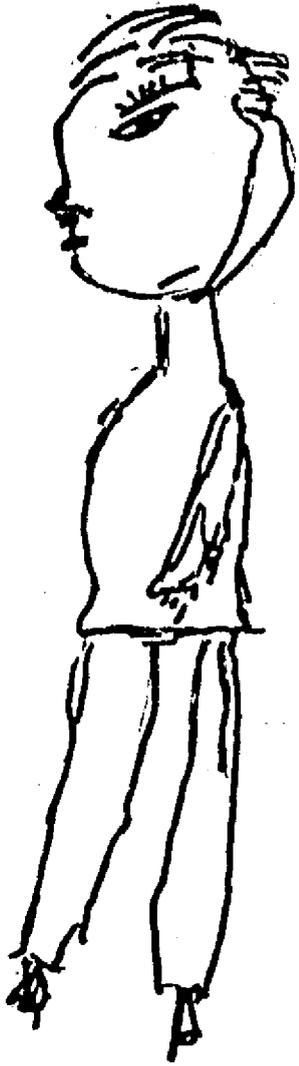
Para la señora el que, su madre no haya sido prolífera y el que esté interesada en la salud de la paciente, instándola a no tener más familia le facilitó aceptar la esterilización definitiva, tranquilamente.

Hasta ahora la maternidad para ella y para su madre implicaban un peligro de muerte real dada la cardiopatía de ambas, lo cual fue una de las causas importantes que ocasionó que el inicio de su vida sexual activa fuese dolorosa pues estaba asociada con una maternidad dolorosa lo cual se corrobora con su tranquilidad y goce sexual después de esterilizarse, es decir después de que pasó el peligro de vida. Es entonces cuando la mujer puede recuperar la energía empleada para calmar la angustia de muerte, y usarla en otras áreas vitales, tornándose ella más activa y realista estudiando y trabajando, así como mejorando la relación interpersonal con su marido e hijos.

Pensando en Melaine Klein diríamos que la mujer alcanzó una integración yoica que la capacitó para poder manejar su ansiedad, lo cual le permitió llegar a obtener un mayor sentido de la realidad y capacidad de obtener mayores intereses, gratificaciones y relaciones de objeto.

Esta mujer parece haber internalizado una madre que aceptó su sexualidad y le permite que sin culpa se realice en otras áreas que no sean exclusivamente la maternidad. Por lo tanto puede sublimar en el estudio y el trabajo sus instintos maternos no realizados.

Señora:



2 años

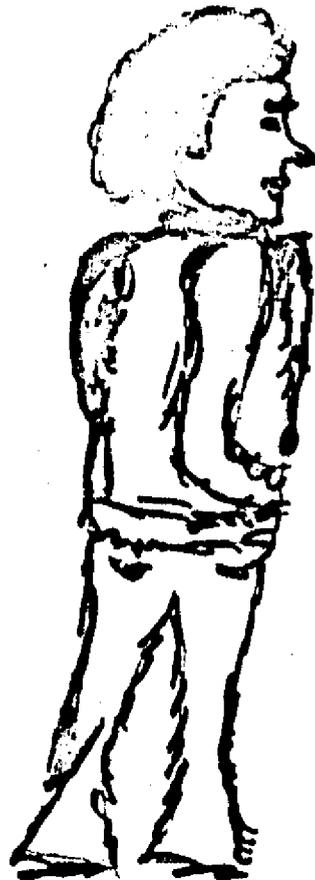


25 años

Dibujo de la Figura Humana.

60

Señor:



21



23

C A S O 5

"No soy del Distrito Federal sino de la provincia; viví con mis padres y mis seis hermanos; mi madre tuvo varios abortos y se le murieron algunos hijos, ahora no ha vuelto a concebir; tal vez sus 45 años de edad se lo impidan, de lo contrario tendría más hijos porque ella no los evitaría; es que ella no participa de las comodidades de la ciudad, está atrasada", son las primeras palabras de nuestra entrevistada, que se presenta con un nombre diferente a su nombre de pila y explica que se cambió de nombre después de la operación porque el suyo ya no le gustaba, está unida en matrimonio con un hombre que le lleva 15 años de edad (ella tiene 24 y él 39).

El señor-estudió hasta el tercer año de primaria- es obrero y gana 1,800 pesos mensuales con los que debe subsistir la familia, dado que la esposa se dedica al hogar desde que se casaron por la Iglesia, hace diez años tiempo en el que se embarazó 10 veces, con el resultado siguiente: tuvo tres abortos espontáneos y dos inducidos, y de los cinco hijos que nacieron, sólo viven tres: una niña de 13 años, un niño de 10 y el último de tres. De esta situación la señora dice:

"Ya no recuerdo quién nació primero ni quien llegó después ni cuando fueron los abortos, sólo sé que a cada rato me embarazaba y me hospitalizaban por aborto ó por parto..., mi marido, me llenaría de hijos y me abandonaría después; era la amenaza constante de él.

La llegada de su menstruación fué dolorosa y rara para ella, e inició su vida sexual un año después de haber tenido su menarquia la cual vivió tanto placentera como dolorosa<sup>1</sup>; ya desde entonces mi esposo dudó de mí pensando que sino era yo "señorita" y era mentira, y nunca pensé que me embarazaría tantas veces, no deseaba más hijos, tampoco sabía cómo evitarlos<sup>1</sup>; Aunque empezó a usar diferentes métodos anticonceptivos temporales a mitad de su matrimonio; empleaba píldoras, óvulos, el dispositivo intrauterino y el coito interrumpido, pero los abandonó. "las pastillas me ponían nerviosa al grado que corría, gritaba y lloraba sin razón aparente; tomé otras pastillas y el efecto fue menos violento, por último me puse "el aparato" y lo dejé porque me provocaba fuertes hemorragias", explicaba la señora.

<sup>1</sup> En la Institución donde son atendidos, la señora y su esposo fueron informados de la anticoncepción temporal y de la definitiva; desde ese momento se decidieron por la última. No obstante que en los antecedentes clínicos de la señora no hay datos médicos negativos, se le recomendó -dado su estado emocional- que revalorara la decisión.

El señor no aceptó operarse pues "si me opero dejo de ser hombre" arguye, por lo que su esposa fue esterilizada. "Quería estar sana, no estar nerviosa y no tener más hijos", dice, y aceptó la operación porque el marido es un "egoísta agresivo" que jamás lo hubiera hecho. Durante la operación el señor temía que su esposa fuera a -

morir.

En los diez meses que la señora lleva de operada, ha tenido reacciones muy variadas. Piensa -al igual que su esposo- que la situación económica mejorará y que las preocupaciones de otro orden desaparecerán. Son frecuentes en ella, síntomas de asfixia y sofocación que no se terminaron con la operación. Su estado emocional es extremo, oscila de la alegría a la tristeza. La última experiencia de este tipo, fue hace dos meses: se sintió muy contenta, en seguida muy deprimida al grado de que intentó tirarse a la vía del tren; por fortuna su hermana la vió y pudo controlarla, llevarla al médico que le recetó "antidrepresivos". Según ella padece gastritis, pero su mal no parece ser físico sino emocional; "tengo alergias al sol, a ratos siento un dolor infinito en el pecho como si me clavaran allí un cuchillo", explica

Para ellos, la esterilización ha sido benéfica porque ha roto la tensión que antes vivían. Peleaban a menudo por cualquier cosa.

"Sí -dice ella- no había paz a ninguna hora, pero ahora él se ha vuelto exageradamente celoso (el señor, sentado frente a su esposa, niega con la cabeza y el cargo se lo regresa a ella), y la verdad es que las relaciones sexuales han perdido para mí el atractivo de antes".

No he terminado de hablar, cuando el marido le contesta, ella se defiende y él vuelve a atacar, la discusión se prolonga algunos minutos, pierden de vista a la entrevistadora, hasta que se calman.

"Ahora ya no temo que mi esposa vaya a embarazarse, nuestras relaciones sexuales son tan buenas como antes de la operación, pero eso sí, a ella la siento retraída, como si no estuviera conmigo", aclara el señor. Sin embargo, para ella "antes era mejor, era ardiente, mientras que ahora no deseo el acto sexual ni las caricias y siento molestias muy desagradables...".

Con sus hijos, la pareja se lleva mejor. La señora no les pega tanto, aunque sí se altera y específicamente si los niños juegan pelota. Los quiere a todos por igual, pero siente especial cariño al más pequeño que no quisiera que deje de ser bebé, antes no le importaba que los demás crecieran.

El señor también quiere más al "chiquito" y no quiere que lo molesten los "grandes".

La última información que nos proporcionan nuestros entrevistados se refiere a sus familiares: "Mi madre está convencida de que la "operación" fué un "pecado", dice la señora. "A mi familia mejor ni les dije nada -comenta el señor- porque de seguro iban a decirme que era un tonto y que mi mujer se operaba para andar con otros hombres."

CONCLUSIONES

El estudio de la familia muestra que el nivel de comunicación es bajo y que el nivel de conflicto es alto.

El estudio de la familia muestra que el nivel de comunicación es bajo y que el nivel de conflicto es alto.

El estudio de la familia muestra que el nivel de comunicación es bajo y que el nivel de conflicto es alto. La pareja se siente más tranquila, disminuyen las angustias de ambos y de paso a la salud de la señora por la solitud y la que por la situación económica ya no se veía fuertemente afectada. La relación entre la pareja es menos agresiva y tensa. También observamos que las relaciones entre padres e hijos han mejorado, pues ahora están más tranquilos y les dedican mayor tiempo y atención.

Ahora bien, al observar el estado emocional de cada uno de los miembros de la familia, se puede observar que la recuperación de la comunicación originó resultados positivos. El nivel de comunicación mejoró y el nivel de conflicto disminuyó.

El estudio de la familia muestra que el nivel de comunicación es bajo y que el nivel de conflicto es alto.

Saludos

El estudio de la familia muestra que el nivel de comunicación es bajo y que el nivel de conflicto es alto.

Comentarios

Se trata de un matrimonio que solicita la esterilización definitiva, por dos razones básicas:

- 1) La carencia de recursos en que vive; razón más que realista
- 2) El gran número de embarazos y abortos, que pueden llegar a ser dañinos para la salud de la señora; ésta, también es una razón realista.

Tenemos dos razones muy concretas para aprobar la esterilización definitiva. En este caso, al ver los resultados después de la esterilización diríamos que fué un éxito. Si es que nos quedamos en este nivel "racional" diríamos que el problema quedó resuelto. Pues la pareja se siente más tranquila, desaparece la angustia de muerte y de daño a la salud de la señora por la multiparidad, a la vez que la situación económica ya no se verá inevitablemente alterada. La relación entre la pareja es menos agresiva y tensa. También observamos que las relaciones entre padres e hijos han mejorado; pues ahora están más tranquilos y les dedican mayor tiempo y atención.

Ahora bien, si observamos el estado emocional de cada cónyuge y de su relación, diríamos que la repercusión de la esterilización originó resultados negativos. A continuación explicaremos porque.

Dibujo de la Figura Humana, observaciones principales.

Señora:

No hay una integración del esquema corporal, se muestra confusa. No

tiene idea de ella misma en relación a cómo es su cuerpo y cómo se compone, en relación a espacio-cuerpo.

Su desarrollo yoico es pobre, confuso y contradictorio ya que se observan áreas más desarrolladas en contraste con otras totalmente confusas. Da la impresión de haber vivido alguna situación traumática, ya hace algunos años después de haber alcanzado cierto nivel de desarrollo; y como defensa tiene que regresar a etapas más primitivas de desarrollo pues no ha podido aceptar dicho trauma. Sus defensas son muy débiles y se observa la existencia de una ansiedad difusa constante.

Ella vive a la figura masculina en forma "parcial", básicamente como un objeto sexual.

Señor:

Su esquema corporal está pobremente integrado. Parece no haber completado su desarrollo. La estructura yoica es pobre, se observa dependencia y pasividad.

La imagen introyectada que él tiene de la figura femenina es de una mujer que a nivel intelectual o racional le ha dado algo positivo pero no a nivel afectivo, aunque a la vez la vive como una figura "física"

Vive a la mujer disociada; en mente-cuerpo. El cuerpo está mutilado, no tiene medios de relación con el mundo externo.

Ambos cónyuges son originarios de la provincia donde lo común y tradicionalmente aceptado es "tener los hijos que Dios nos mande"; donde sus madres han engendrado hasta la llegada del climaterio.

Teniendo ésto en cuenta, aunque la señora no está aparentemente muy cercana a su madre, ni a su medio original en este momento, sí ha internalizado una cultura a través de la figura de una "madre mala" (concepto de M. Klein) que es persecutoria y culpígena y que no la permite individualizarse y separarse de las tradiciones heredadas. Factores importantes de su conflicto psicológico en el momento en que ella pierde su fertilidad pierde todo deseo sexual. Es decir al ir en contra de su tradición y cultura; al quitarle el permiso divino de tener vida sexual con fines procreativos, la autorización a gozar su sexualidad se esfuma. La unión "maternidad y sexo" parece estar muy arraigada pues sin maternidad no hay sexo.

Aparentemente, en esta mujer el placer está asociado al sufrimiento, pues mientras existía un factor de sufrimiento se permitía el placer, mientras existía la amenaza de muerte con los abortos y embarazos sucesivos se permitía vivir su sexualidad.

Desde la aparición de la menarquía hay un pequeño indicio de conflicto en esa sensación de rareza que nos hace pensar en un conflicto con su identificación femenina. Recordemos los conceptos de M. Langer<sup>++</sup> acerca de cómo es la vivencia de la 1ª menstruación, nos indica

<sup>++</sup> Véase Teoría de Marie Langer.

el nivel de aceptación e identificación con la femineidad. Además no hubo tiempo de elaborar su menarquía y sus implicaciones, cuando empezó su vida sexual activa también conflictiva y ambivalente, seguida de múltiples embarazos.

Es decir, no tuvo la posibilidad de elaborar el duelo de su "pérdida", de dejar de ser una niña, cuando ya tiene que funcionar como mujer y como madre. Todas estas vivencias fueron demasiado violentas y se quedaron encapsuladas como "vivencias traumáticas" que no fueron elaboradas como ahora no puede ser elaborada la pérdida de la fertilidad. La esterilización actuó entonces como el factor externo desencadenante que vino a romper el "equilibrio patológico", en el que se encontraba.

Por los datos obtenidos, es posible decir que en ella había una sobrevaloración de la "maternidad", que aunado a las "pérdidas traumáticas" previas, ocasionaron un "duelo patológico", al perder su fertilidad. Es tal su vivencia de la "pérdida" y tan pobres sus defensas, que "concretiza" y se cambia su nombre de pila; como si dijera así la que "murió" y es ahora infértil es la "señora tal" y no "yo misma"

Parece ser que como ella ya no puede gozar sexualmente, tampoco puede vivir (recordar el intento de suicidio) como si hubiese una intolerancia general de toda "la libido"

Recordando a Melanie Klein, esta mujer generalmente funciona

con los mecanismos y angustias características de la posición esquizo-paranoide, básicamente ha introyectado "objetos parciales" que no han logrado integrarse en una totalidad. Así mismo ella no ha logrado alcanzar una integración de su esquema corporal (lo que corroboramos en su dibujo) ni una integración yoica.

La introyección parcial de objeto implica que en un momento dado éste sea vivido como un objeto "malo" y persecutorio (por ejemplo el que su madre le recrimine, que "el esterilizarse es un pecado") y provoque una angustia difícil de manejar para el yo no integrado que se defiende escindiendo y proyectando la persecución y la culpa, en sus objetos externos (marido, hijos, etc...) y en su propio cuerpo, presentando diferentes síntomas somáticos como son las alergias, dolores y otros.

Por lo tanto el duelo por el objeto perdido -en este caso la fertilidad- ocasiona persecución y culpa, la persecución de origen interno se acrecienta y provoca una ansiedad latente constante, que la paciente intenta controlar a través de la somatización de la angustia, de la "asfixia", o de los impulsos suicidas o proyectándola en objetos externos. Cuando siente algo de control, se vuelca a mecanismos maníacos, característicos de la posición esquizo-paranoide negando la pérdida. Su confusión es evidente al no saber qué lugar ocupa entre sus hermanos, que ahora se repite con sus hijos, ni quién es mayor o menor o cuándo fueron los abortos. Según el cuadro gene-

ral previo, diríamos que esta paciente se quedó parcialmente en "la etapa confusional" lo cual indica la existencia de núcleos psicóticos de la personalidad.

El señor es 15 años mayor que la señora y se une a una mujer con conflictos emocionales serios y carencias importantes en su desarrollo psíquico.

En el momento en que se plantea la esterilización definitiva como una solución a sus problemas, y se les propone que tanto el señor como la esposa pueden ser los operados, ambos lo sienten como una amenaza y reaccionan utilizando el egoísmo como elemento de juicio.

Lo importante es que él no acepta la esterilización en su propio cuerpo, probablemente también le hubiera afectado fuertemente esta pérdida, que emocionalmente implica más que la pérdida objetiva de la fertilidad. Existe en la pareja una angustia de muerte real, dado el gran número de partos y abortos que sufre la señora. Además, como hay personas que sí se mueren en el quirófano, es comprensible que el señor se angustie en el momento de la intervención quirúrgica de su esposa. Pero también existen elementos en su estructura interna en las relaciones conflictivas con su mujer que originan su angustia, la cual seguramente es provocada por su agresión hacia ella.

En esta pareja se ve claramente cómo la fertilidad y los embarazos actuaban como una medida de seguridad ante la celotipia

latente, servía como "válvula de escape" pues cuando esta medida de seguridad desaparece, emergen los celos. Su vida sexual se inicia con elementos de desconfianza en él, en tanto que los celos estaban allí. Podríamos conjeturar que el concepto que él tiene de la esposa y de la madre o sea de la figura femenina internalizada es la de una mujer que traiciona y es desconfiable, pues puede abandonar o "castrar". Es de llamar la atención que tanto él como ella no quieran aceptar la pérdida de la fertilidad afianzándose los dos al hijo más pequeño, que queda ahora como el símbolo de la "maternidad interrumpida", simboliza a los hijos que ya no pueden tener y simboliza a la vez el "niñito" que hay en cada uno de ellos.

Hay un conjunto de identificaciones proyectivas en este niño por parte de la pareja, y es claro que si esto continúa, este niño saldrá afectado en su desarrollo psíquico.

Entre los efectos de la esterilización definitiva en esta pareja, tenemos la mejoría de sus relaciones, ya que no pelean tan a menudo y en cuanto a sus hijos a los que dan más tiempo y atención. Se resolvió la amenaza de hijos no deseados, la angustia de muerte de la señora y el conflicto económico.

En segundo término observamos que la esterilización definitiva operó como el factor que agudizó los síntomas neuróticos y psicóticos de la señora. Desencadenó la celotipia en el señor. Así como las identificaciones proyectivas en el hijo menor lo cual será dañino para el chico si éste no es atendido. Por lo tanto se recomienda que esta pare-

ja reciba una psicoterapia breve con objetivos definidos y una psicoterapia a la señora que la ayude a elaborar sus duelos y la oriente a una mejor integración psicológica.

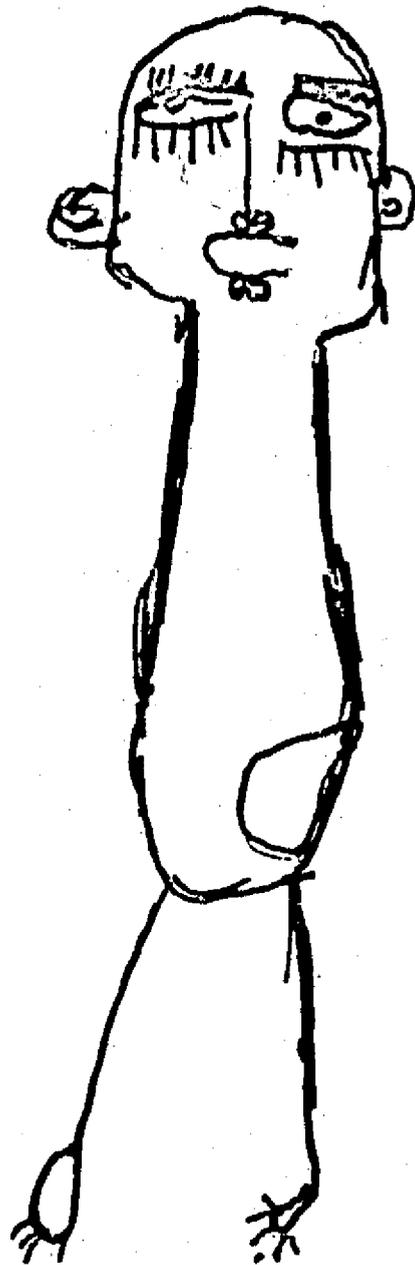
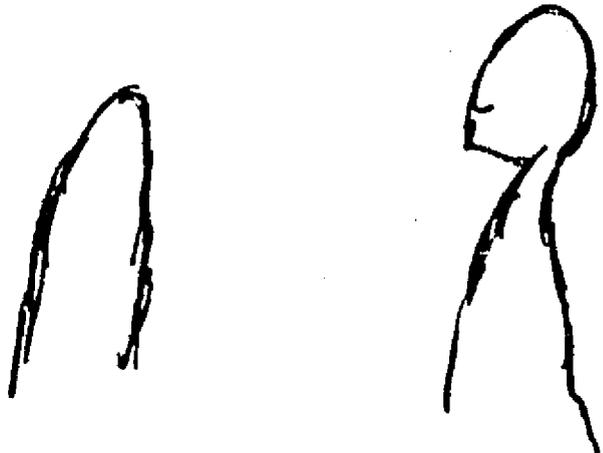
Dibujo de la Figura Humana

73

Señora:



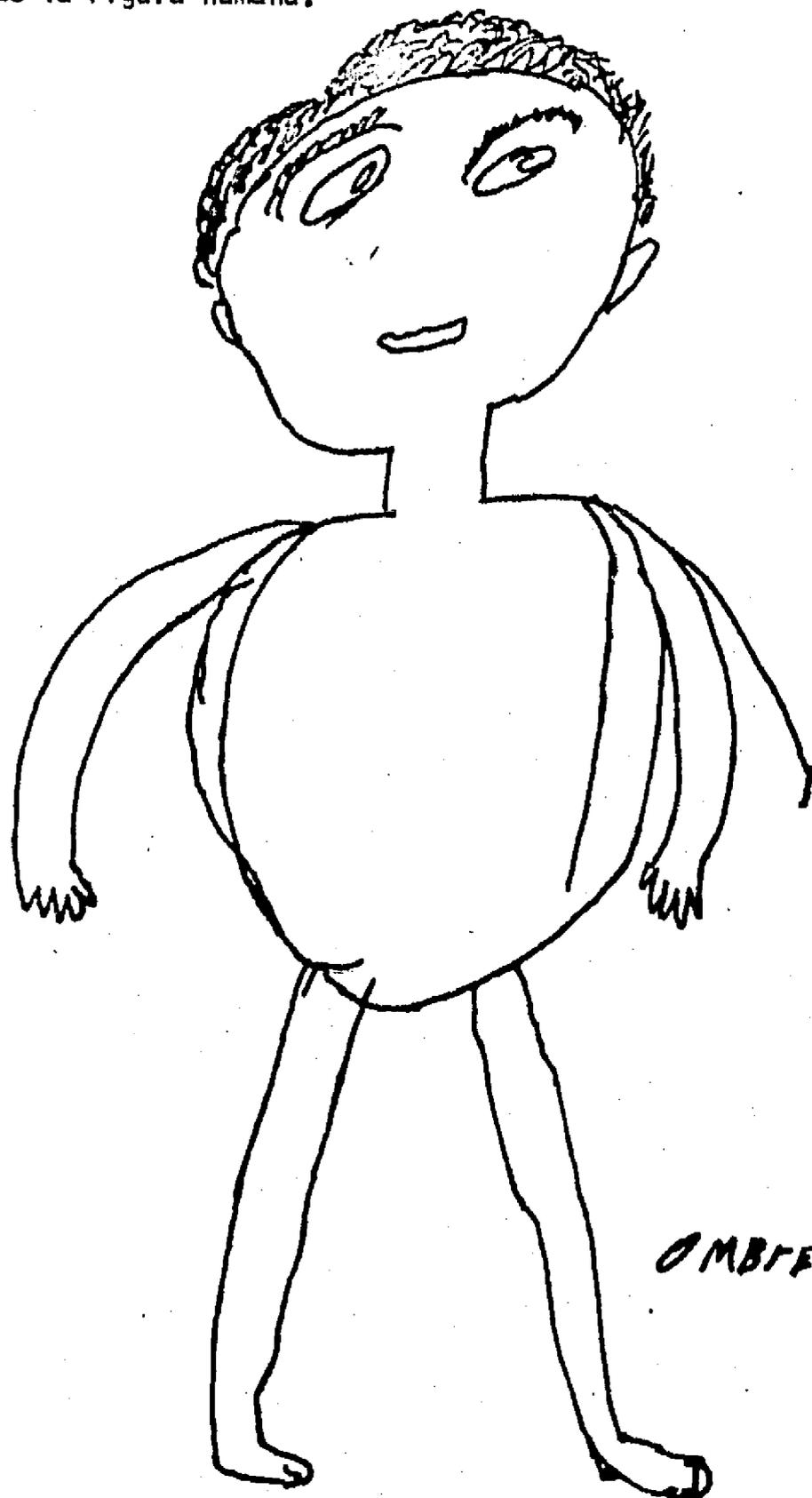
RA



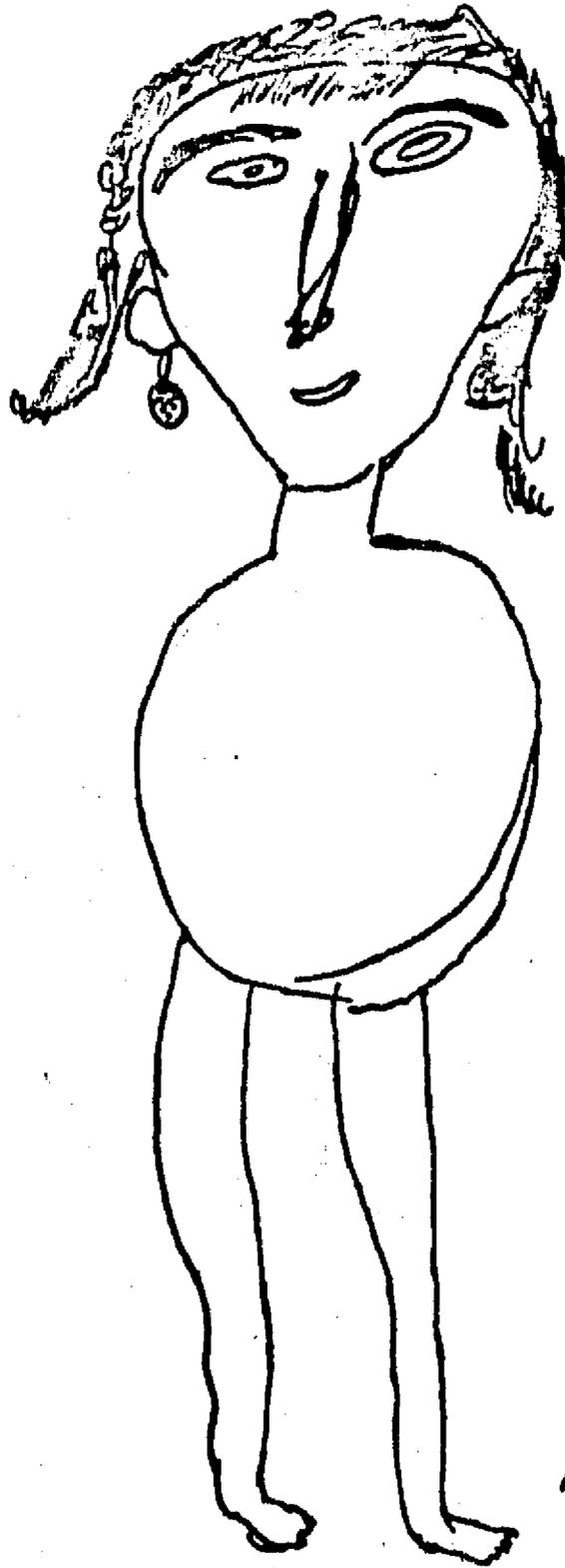
Dibujo de la Figura Humana.

75

Señor:



OMBFE



MUJEE

C A S O 6

La pareja que a continuación presentamos, tiene un precario ingreso mensual \$ 2,900.00 con el que deben subsistir 6 - personas, y un bajo nivel escolar tanto de ella-sólo curso tercer año de primaria-, como de él que terminó la secundaria apenas. El señor de 32 años de edad es una persona inquieta, ambiciosa, dedicada a la mecánica, aunque cambia muy seguido de trabajo para - - "superarse". Para aumentar sus ingresos, por las noches se convierte en una de las trompetas de un grupo musical y su mayor ambición era abrir un taller mecánico por cuenta propia, el cual está abriendo ahora.

Ella es la mayor de una familia compuesta por nueve hermanos, el padre y la madre. Su madre perdió cuatro hijos: dos recién nacidos y dos después de nacer, allá en el rancho era la preferida de su madre y sus hermanos, de donde guarda recuerdos gratos. Después llegó a la ciudad de México donde comenzó su vida adulta y también sus primeras relaciones sexuales de las que dice: " A los 23 años inicié mi vida sexual sin saber en realidad nada al respecto; tuve una sensación desagradable puesto que sentía que me destrozaban, y fué muy doloroso". Sólo hasta después del tercer hijo las relaciones sexuales fueron para ella satisfactorias momento que coincide con su matrimonio civil, pues durante siete años vivieron en union libre ahora le ha ido perdiendo poco a poco la pena que le tenía al marido a cambio de tenerle mayor confianza.

Me disgustaban las relaciones extramaritales de mi esposo y el saber que el tenía un hijo fuera de nuestra unión llegaba a angustiarme pero nunca al grado de separarme de él dice la entrevistada. Le asustó la llegada de su menarquía a los 14 años, y aunque ya su madre la había informado al respecto; hasta la operación sus menstruaciones siempre fueron dolorosas.

En el tiempo que la pareja ha estado unida, la señora se embarazó cuatro veces y como resultado tiene cuatro hijos. Mas en los dos últimos embarazos estuvo decaída, sin apetito -- apenas y comía lo indispensable, débil y apática. "Tenía que llevar a mi esposa constantemente al hospital, pues estaba convencido de que iba a abortar o no sé . . . , los doctores decían que era normal ese estado . . . aunque yo no creía y la prueba fué que el niño nació pesando 2, 400 Kgs., pues ella no se alimentaba como era debido", ha dicho el señor.

La pareja se interesaba en los métodos anticonceptivos no deseaba tener muchos hijos, pero la información sobre estos -- era deficiente; si tenía algunas ideas sobre el ritmo y su falta de eficiencia, de que existían pastillas y otras formas para evitar los embarazos. Sin embargo el matrimonio no optó por la solución. Marido y mujer, vieron una rápida salida al problema -- aceptando la esterilización definitiva, aunque la tenían al principio. Aceptaron este método porque la salud de la señora en --

los últimos embarazos no era buena, y por los bajos ingresos de la familia. "Por eso decidimos tomar la esterilización", afirma el señor, él rechazó operarse por miedo, y la señora tuvo que acceder a pesar de haber arguido "ya he sufrido bastante". La señora estaba segura de que ya no deseaba tener más hijos.

Antes de la operación, el señor hizo un viaje a la provincia con fin de pedir la opinión de los padres de ambos acerca de la esterilización. El padre y madrastra del señor le dijeron que: "Esta bien lo que piensan hacer, pero vas a terminar reprochándole a tu mujer, más tarde, que no pueda tener más hijos y no te va a gustar que se vaya con otro hombre". Opinión que aparentemente no influyó en los entrevistados, ya que por parte de los padres de la señora había un apoyo rotundo, y nos dicen que ellos son muy diferentes a sus padres pues, nunca hubieran ellos aceptado el esterilizarse.

Si nos acercamos a la señora después de haberse operado, después de la operación la señora reporta que en los primeros días sufrió dolores de cabeza, de piernas, mareos y se sintió decaída, pero los reportes médicos indican que no era de importancia clínica. En cambio, se sintió contenta y muy segura. En esto influyó bastante el que ella y su marido platicaron con oportunidad y a conciencia la decisión de no engendrar más hijos:

"Ahora podremos educar adecuadamente a nuestros hijos y darles cuanto necesiten", han dicho los dos. Además, la preocupación del embarazo era un impedimento para lograr una vida sexual libre, lo que ahora, con la esterilización, se ha obtenido con éxito.

Por otra parte, nuestros entrevistados han disminuído sus conflictos: comentan a menudo los problemas que surgen y el señor se ha vuelto más flexible y menos irritable. También respecto a sus hijos, la actitud se ha modificado: "ya no hay rivalidad entre hermanos y los atienden a todos por igual, según sus necesidades".

### Comentarios

Se trata de una pareja con una sobrecarga emocional que desaparece al esterilizarse la mujer; es decir, pensando desde el punto de vista económico vemos que estas catexias dedicadas a la preocupación de embarazos no deseados, o la angustia y culpa que esto provocaba así como a otros fenómenos internos, conducen a la pareja a emplear su energía en el mejor manejo de la realidad, al desarrollo personal y a la mejor comunicación con los hijos.

Ahora es cuando la pareja afianza sus relaciones matrimoniales y su vida sexual es más satisfactoria. Este es el resultado de los efectos de la esterilización voluntaria en una pareja en la cual ya existían elementos y nexos sólidos previos a la intervención quirúrgica.

Dibujo de la Figura Humana, observaciones principales:

Señora:

La imagen de su esquema corporal que ha alcanzado es como la de un niño muy pequeño, hay una sensación de una figura incompleta, donde aparentemente no existe diferenciación sexual (sino es por la especificación de los sexos) por lo tanto su identificación femenina es precaria.

La estructura e integración yoica es pobre, el nivel de conceptualización parece haber quedado en un nivel concretista, donde la

capacidad de simbolización es mínima. Por lo que sólo reacciona a estímulos muy concretos y poco a estímulos más subjetivos.

Señor:

Existe una integración de su esquema corporal más o menos adecuada, así como su identificación con la figura masculina, pues es una figura casi completa (donde los pies no parecen de un ser humano). Su desarrollo yoico le ha permitido alcanzar un nivel que le ha permitido manejar su realidad, aunque se observa una ansiedad que le es difícil manejar y trata de negarla escondiéndose tras una imagen vital que le sirve de "Pantalla". Vive a la figura femenina en forma amenazante. Parece haber introyectado una figura femenina amenazante.

La señora presenta una total congruencia a niveles consciente o inconsciente en su rechazo a tener más hijos. Esto lo podemos observar en su anorexia nerviosa durante los últimos embarazos, ya que inconscientemente ella ya no deseaba tener más hijos. Conscientemente, nos comunica que ya no desea más hijos; por razones económicas-sociales, de posibilidades educativas y de su propia capacidad para poder atenderlos y darles afecto.

Al perder su fertilidad, entra en depresión; la expresa en su decaimiento post-operatorio y en síntomas psicósomáticos como son los mareos, dolores de piernas, etc. de lo cual podemos deducir que la señora en alguna forma elabora su duelo, por la pérdida de su fer-

tilidad. Podríamos decir que recordando a Melanie Klein que ha introyectado un "objeto bueno" que aprueba que ella tenga vida sexual sin tener hijos.

Importa resaltar que la entrevistada proviene de una familia bien integrada, donde a pesar de las pérdidas tempranas, muertes de hermanos pequeños, la señora no perdió "relaciones de objeto u objetos vitales. Al contrario siempre se sintió la preferida de su madre.

A pesar de que aparentemente tuvo una buena relación materna, vivió la maternidad de su propia madre como algo doloroso (recordar 4 hijos muertos) por lo cual asoció la llegada de su menarquía y de su sexualidad activa como sucesos dolorosos en su vida. Como si el "sexo" fuese un tabú o algo de lo que no se puede gozar, si es que el "sexo" está unido a la "maternidad", obsérvese que ella tuvo dolores desde el momento en que se inicia su fertilidad con su menarquía, hasta que termina su fertilidad con la esterilización. Cuando la mujer "disocia" o separa "sexo" de "maternidad" entonces puede gozar sus relaciones sexuales, lo cual, alcanza su plenitud después de que se le esteriliza.

La separación de "maternidad y sexo" en el hombre también repercute parcialmente en su desarrollo personal, por primera vez; se independiza y abre su propio taller mecánico y busca superarse en diferentes áreas. En su relación conyugal, el marido ya no teme afianzar su relación por medio del matrimonio religioso pues ya no hay peli-

gro de que se le exija más emocional y económicamente; ni importa la prohibición religiosa de los anticonceptivos.

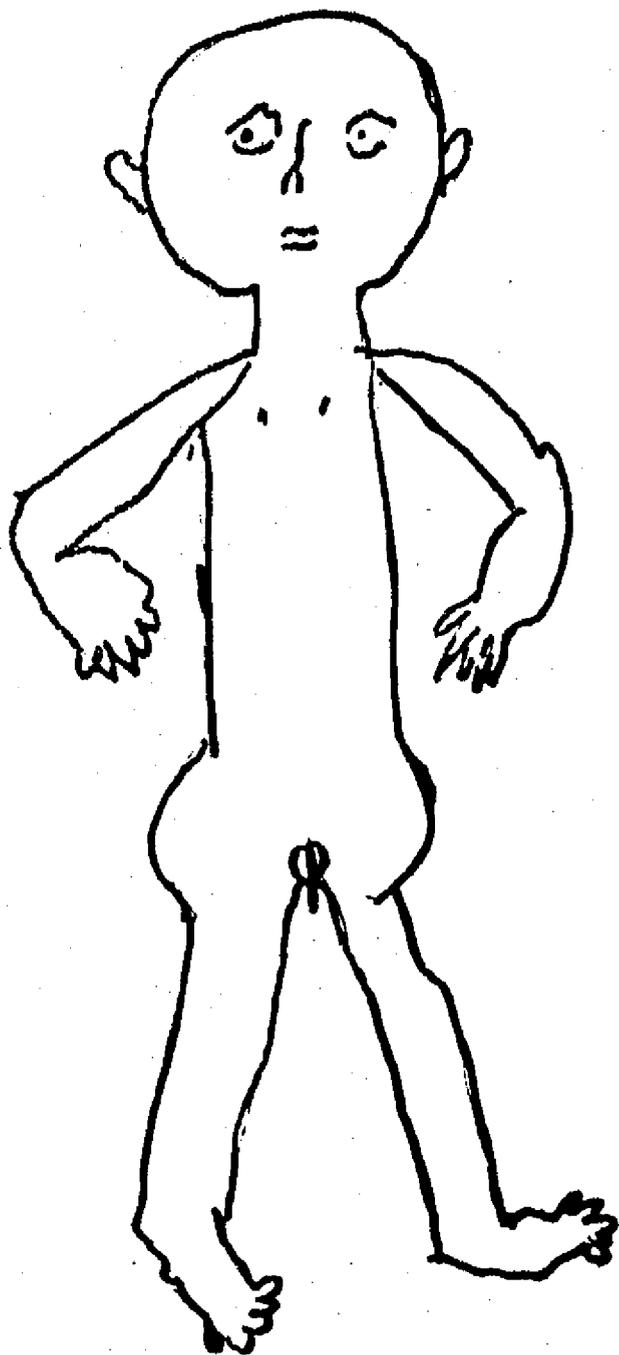
En la forma más primitiva, el esposo culpaba a la mujer de tener más hijos y de que al aumentar la familia, aumentaba el trabajo y la necesidad de hacer más esfuerzo por lo que reacciona dejando a su mujer y teniendo relaciones extramaritales; lo cual es efectivo ya que le sirve de "anticonceptivo" con su mujer y la angustia de que muera su mujer en el embarazo desaparece. Pero ésto no es así en la realidad, la historia se repite y tiene un hijo más. El hombre no comprende que él mismo está provocando esta situación. He aquí un claro ejemplo de la enajenación por someterse a una serie de valores que no se sabe si son los de él, pues nunca se los ha cuestionado, y en cierta forma está siguiendo los cánones de la religión y de la cultura tan arraigada e institucionalizada y tan rígida. La influencia de la tradición la observamos en la dependencia tan fuerte hacia los progenitores; por ejemplo, cuando el señor va "a preguntarle a los padres si se esteriliza o no". A pesar de esta dependencia, la pareja se independiza en otras áreas, pues aunque sus padres engendraron hasta perder su fertilidad, se "esteriliza".

También observamos que hay cierta capacidad de la pareja para poderse ver uno a otro como individuos y no como "cosa o propiedad" lo cual se ve primero en la señora que tolera que él tenga relaciones extramaritales, y hasta ahora el no presenta ni inseguridad ni celotipia, a pesar de que sus padres le hablaron de la posible celotipia.

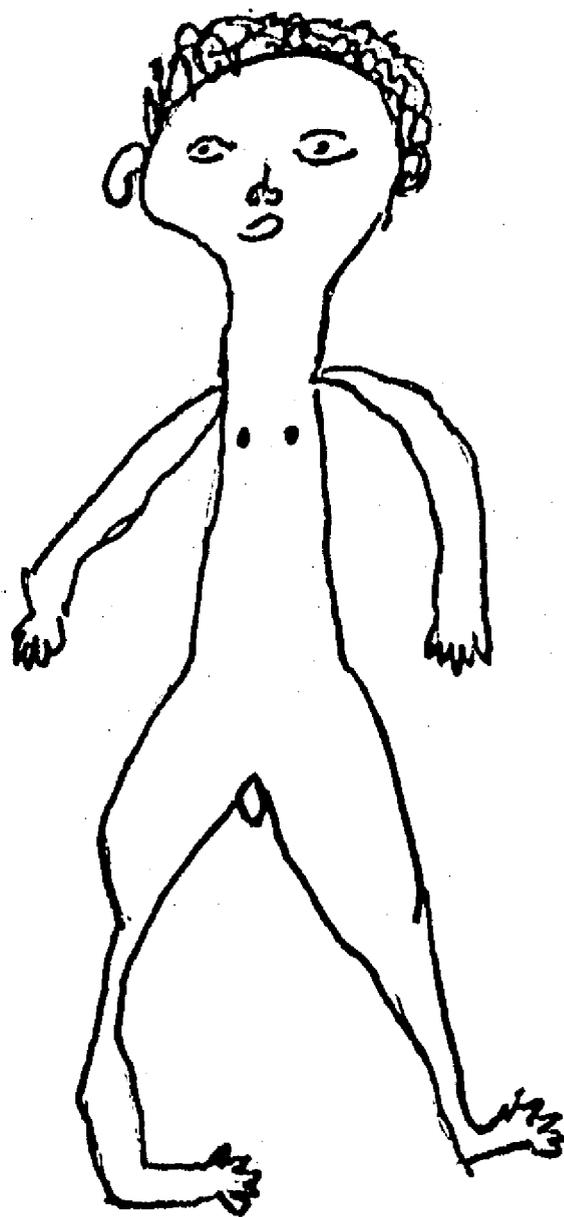
Dibujo de la Figura Humana.

85

Señora.



*hombre*



*mujer*

Dibujo de la Figura Humana

Señor:



*hombre*



*Handwritten signature or initials.*

C A S O 7

"Tuvo una infancia triste; un tiempo vivía con su madre, otro con su padre, como si ninguno de los dos la quisiera, como si tuviera que pagar la separación de ellos, que fué cuando ella tenía dos años"; dice nuestro entrevistado refiriéndose a su esposa de 26 años de edad, estudios mínimos, unidos en matrimonio durante once años por lo civil y la iglesia, y continúa diciéndonos el esposo "Su padre volvió a casarse (juntarse) al año de haberse separado y nunca tuvo más hijos. Su nueva esposa, con la que vive hasta la fecha, es una mujer agresiva, nerviosa, muy estricta con mi mujer. Por otra parte, su madre también volvió a juntarse por 8 años sin concebir más hijos, y hace dos años se terminó esta relación; ahora su madre tiene 42 años y mi esposa desea que se venga a vivir con nosotros, aunque las relaciones entre ambas siempre han sido distantes.

El señor que entrevistamos es contador público, gana 6,000 pesos mensuales y también padeció las consecuencias provocadas por la separación de sus padres quienes mantuvieron una relación muy conflictiva y caótica. "Mi madre, como última medida, abandonó a mi padre por alcohólico", nos explica; luego volvieron a juntarse y de nuevo a separarse, tiempo en el que procrearon cuatro hijos, de los cuales el señor es el penúltimo. "Al nacer, mi padre abandonó a mi madre y me llevó a vivir con una tía; mi padre se embriagaba con el dinero que yo le entregaba de las limosnas callejeras que él mismo me mandaba a pedir", continúa el señor, tratando de recordar los momentos más sig-

nificativos de su infancia. "Mi madre acepta 'arrejuntarse' por última vez con mi padre con el fin de recuperarme, lo cual fracasa y se embaraza de mi hermano menor.... A los seis años me recupera mi madre, me envía a la escuela y me trata bien, pero desgraciadamente muere," agrega. Según el señor, su madre debió de morir de "padecimientos vaginales" debido a los golpes que le propinaba el marido. "No sé que tanto influya la diferencia de edad en un matrimonio -comenta el señor-, 'pero mi padre nunca vivió tranquilamente con mi madre a la que le llevaba 30 años. Era un hombre grosero, muy borracho pero siempre le quise mucho, cuando enfermó lo interné y al cumplir 60 años murió."

El matrimonio que describimos ha engendrado 5 hijos, el mayor tiene 7 años y el menor 2. El último embarazo de la señora terminó en un aborto espontáneo no obstante que estaba usando óvulos. Ellos siempre quisieron tener sólo tres hijos, pero los métodos anticonceptivos fallaron una y otra vez. "Tomé píldoras -dice- pero me las prohibieron porque me ponían muy nerviosa". Luego le colocaron el dispositivo que no fué efectivo por las frecuentes hemorragias que le provocaba.

Sus relaciones sexuales eran seguidas de discusiones y enojos ya que temían que, como pago, tendrían un embarazo no deseado.

Con esta situación, la pareja solicitó la esterilización definitiva puesto que el marido había amenazado más de una vez a su esposa: "o te operas o te dejo". Ella le dijo que se operara él, ya que

hacía tiempo que se mostraba celoso; pero el esposo no accedió. Entonces aceptó la esterilización sin dejar de pensar que ya no volvería a tener más bebés, idea que la entristeció durante algún tiempo. "Aún ahora, que estoy operada, no se imagina cuánta tristeza, cuánto desconsuelo, pensar que ya no puedo ni podré tener otro hijo", nos dice.

"Yo no quise operarme porque me daba miedo, pensaba que me volvería impotente y que si algún día me separaba de mi mujer, no podría rehacer mi vida; para ella, en cambio, la cosa es más fácil, total ya tiene cinco hijos..." ha dicho el señor.

Al hacer la entrevista, la señora tiene un año de haberse operado y el marido la vigila mucho por celos; "celos que me molestan mucho -ratifica-, pues es una desconfianza injustificada" y el señor se queja diciendonos "que recientemente encontró una fotografía rota, donde su esposa está tomando una copa en un restaurante," reacciona llorando y nos dice: "ahora sufro a menudo de dolores de cabeza muy fuertes y mi estado de ánimo me lleva a la soledad, a no querer platicar con nadie" (se queja la señora)

Nos comunica la pareja que convive bastante bien con sus hijos, platica sus problemas, escucha opiniones y suele ayudarse mutuamente.

La pareja se conoció en un camión, allí en provincia, momento desde el cual decidieron vivir juntos. Su primera relación sexual fué

agradable para ambos (la llegada de la menarquía de la señora a los 13 años fué dolorosa ).

Ya casados, él empezó a trabajar y a estudiar la secundaria; en seguida hizo la carrera de contador privado en una situación muy difícil porque sus ingresos eran demasiado bajos. El trabaja como contador doce horas al día, luego pinta casas, en la noche, hasta las dos de la mañana por lo que casi nunca se acerca a sus hijos, actitud que la esposa le reprocha continuamente.

"Creo que mi esposa no está conforme con su vida, ni con sus hijos, no conmigo", dice él.

Después de la esterilización, la señora no ha sufrido ningún cambio de importancia, médicamente, sus relaciones sexuales son más frecuentes y satisfactorias.

"Ultimamente -comenta el señor con mucha seguridad en sus palabras- mi esposa me atrae más, quisiera que nuestras relaciones mejoraran más en lo sexual y en lo emotivo; tal vez no quiero ni deseo que la historia de nuestros padres se repita en nosotros".

### Comentarios

Para esta pareja la esterilización definitiva resolvió satisfactoriamente las dificultades socio-económicas en las que se encontraban y a la vez funcionó como el elemento que les permitió vivir con mayor tranquilidad y satisfacción su vida sexual, ahora que desapareció la sobrecarga emocional que implicaba la amenaza de un nuevo embarazo no deseado.

Entre los efectos secundarios no deseados nos encontramos con que se incrementaron los síntomas psicósomáticos de la señora y sus dolores de cabeza, su tristeza y tendencia al aislamiento y a la depresión. Con lo que respecta al señor, tuvo un notable aumento de celotipia.

Ambos miembros de la pareja provienen de familias desintegradas, en las que desde muy pequeños fueron separados de la madre; son dos personas desamparadas que se encuentran, se ayudan y organizan una vida común.

Estas carencias en épocas muy tempranas han dejado huellas importantes en su desarrollo psicológico que repercuten ahora en su relación conyugal. La angustia de separación es muy intensa en la pareja y la forma que han encontrado para resolver su unión es la relación simbiótica.

Dibujo de la Figura Humana, observaciones principales.

**Señora:**

La percepción del esquema corporal es muy endeble, no hay entera -  
ción del esquema corporal, el cuerpo está castrado. Su identifica-  
ción sexual es primitiva; y da la impresión de una mujer embarazada  
pero sin posibilidad de vida sexual. En cambio a la figura masculin  
na la vive un poco más integrada que a la femenina.

El desarrollo yoico se observa precario y poco integrado,  
sus defensas no están bien estructuradas, hay una inseguridad y una  
ansiedad difícil de manejar, hay pocos recursos yoicos para poderse  
enfrentar tanto a objetos externos como internos.

**Señor:**

Hay una integración casi completa en la percepción del esq  
uema corporal y una identificación con la figura masculina. Ha inn  
troyectado una figura femenina completa pero ansiosa e insegura.

Su yo ha alcanzado cierto desarrollo que le ha permitido -  
adaptarse a la realidad; aunque se observa una ansiedad originada  
por una inseguridad.

El señor ha introyectado su esquema corporal en forma casi completa, pero si se observa mutilado, tal vez identificándose con la esposa esterilizada.

Parece estar identificado con la figura de un padre protector y satisfactor de necesidades. Posiblemente, en su relación con el padre, hubo una inversión de roles entre padre e hijo, pues él quiere a su padre y en cierta forma trabaja para darle de comer al padre alcohólico, como si él fuera, en parte, el padre de su padre. Este es uno de los factores que le ayuda en su unión actual.

Con respecto a la figura materna tiene una serie de problemas originados en parte por la culpa que le ocasionó vivirse como "el anzuelo" que usaba su padre para atrapar a la madre que consecuentemente aceptaba el tener más hijos. Por su parte, la tía fungió como un objeto sólido, estable, y cálido, que le permitió interiorizar una figura femenina completa, como se observa en su dibujo de la figura femenina.

Esta relación le permite la unión con una mujer que ha sido muy estimulante para él, pues se ha desarrollado mucho al lado de ella, estudió secundaria, contaduría y ahora trabaja en forma estable, competente y hasta parece exagerar el deseo de superación. Este trabajo tan intenso también nos habla de la dificultad de relación que tiene con sus objetos externos, esposa e hijos.

La celotipia que siempre había mostrado el señor se incrementa con la esterilización, es decir, aumenta el temor al engaño y la angustia al abandono. Durante la entrevista quien más habló fué

el señor, como si estuviera buscando un "continente" para depositar su angustia. La señora parecía no tener opinión y ser un eco del marido (y de la madre internalizada) a quién se somete para no perderlo, aceptando ser la esterilizada.

La simbiosis en esta mujer es externa con el marido e interna con la madre. Su dificultad para relacionarse con la gente y su tendencia al aislamiento y al autismo se explica en el fenómeno de la simbiosis donde esta mujer por una carencia, tan importante, de relación con "objetos buenos" y afectivos, se relaciona más a un nivel autista con sus objetos internos y se le dificulta por lo tanto relacionarse con sus objetos externos.

Tomando en cuenta el aspecto de relación e integración de objetos, esta mujer ha integrado principalmente "objetos parciales" lo cual explica la división y la vivencia que tiene de la "madre buena" la madre idealizada, fantaseada y anhelada y la "madre mala", temida y persecutiva colocada en la madrastra.

Su incapacidad se evidencia al no haber introyectado un "objeto en su totalidad", y vivir tan dividida la figura materna; esto, no le ha permitido integrarse, identificarse consigo misma y con su propia femineidad.

En su dibujo de la figura femenina, se observa cómo ella no ha podido introyectar, ni percibir la totalidad de su esquema corporal

y como su integración yoica es muy pobre. Ahora que está esterilizada parece que ha perdido la apertura hacia el mundo externo que estaba reducido en ella a la maternidad y que los hijos son vividos como el puente de contacto con el mundo externo. La identificación de la mujer con la maternidad está tan arraigada en ella, que ahora, al perder esta función biológica si cree que el sentido de su rol femenino se ha diluído.

Es una mujer que vive la sexualidad por placer con gran culpa, hay un obstáculo dentro de ella que es la 'madre persecutoria y culpígena' que se lo prohíbe, en contraste con la autorización y expectación tradicional de que sea una madre muy prolífera.

Otro elemento importante, después de la esterilización, es la dificultad de manejar el gran montante de impulsos y fantasías sexuales, con la concomitante prohibición de la madre internalizada que le causa mucha angustia manifestada en sus dolores de cabeza y en sus síntomas psicósomáticos. También presenta una tendencia a actuar en relaciones extramaritales, pues ahora ya no existe el freno tranquilizante que significaba el embarazo. Ahora la celotipia incrementada en el señor viene en cierto aspecto a servir de freno.

Un elemento que no aparece en forma explícita es la depresión de la señora, que se siente acusada de 'mala mujer' por el marido. Mientras ella cumplía con las órdenes de la madre (internalizada)

de tener hijos no era mala, pero ahora sí. En efecto, aquí también influyó otra identificación con "otro objeto parcial" que es la madre que se iba con varios hombres, lo cual provoca gran angustia cuando ya le es difícil controlar sus fantasías sexuales.

En este caso se observa cómo el tener o no tener hijos implica una enorme carga emocional con profundas motivaciones inconscientes que afectan los resultados de la esterilidad. Para esta pareja los hijos funcionan como el puente intermedio que los une en un momento y en otro los separa.

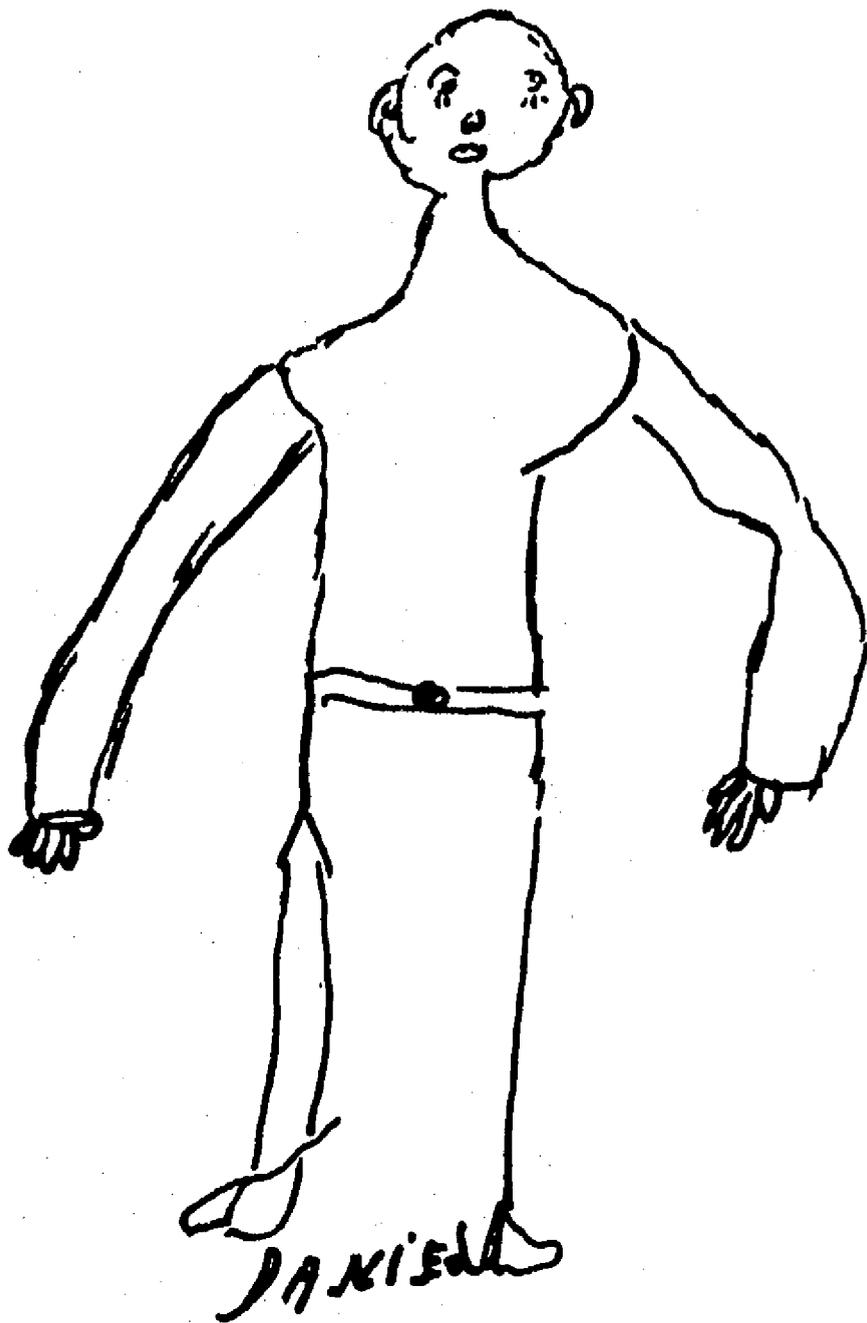
La señora, al tener hijos, parece desdoblarse siendo ella el hijo y ella también la madre, como si por medio de una "identificación proyectiva" se viviera en cada uno de sus hijos "satisfaciéndose" en cada hijo, sus propias carencias sufridas en épocas muy tempranas.

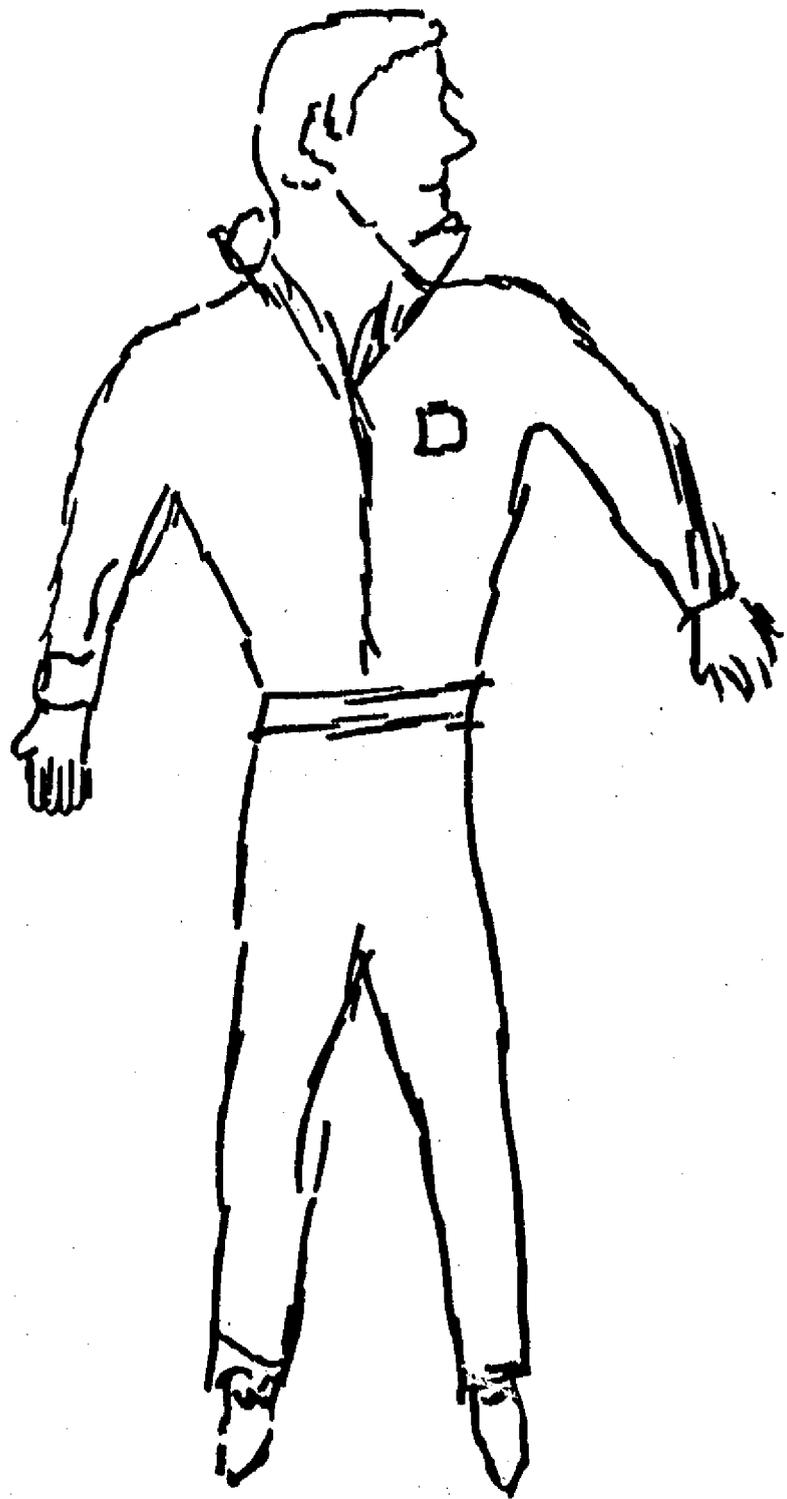
Se recomienda una psicoterapia breve para la pareja con el fin de elaborar elementos importantes como es el poder manejar el gran montante de impulsos y fantasías sexuales. Elaborar la culpa en la mujer para que pueda aceptar el goce de su sexualidad.

Ayudar a la pareja a trasladar el elemento de unión entre los hijos y la maternidad, al deseo de ellos de continuar su relación afectiva que les ayudará a calmar su angustia de separación.

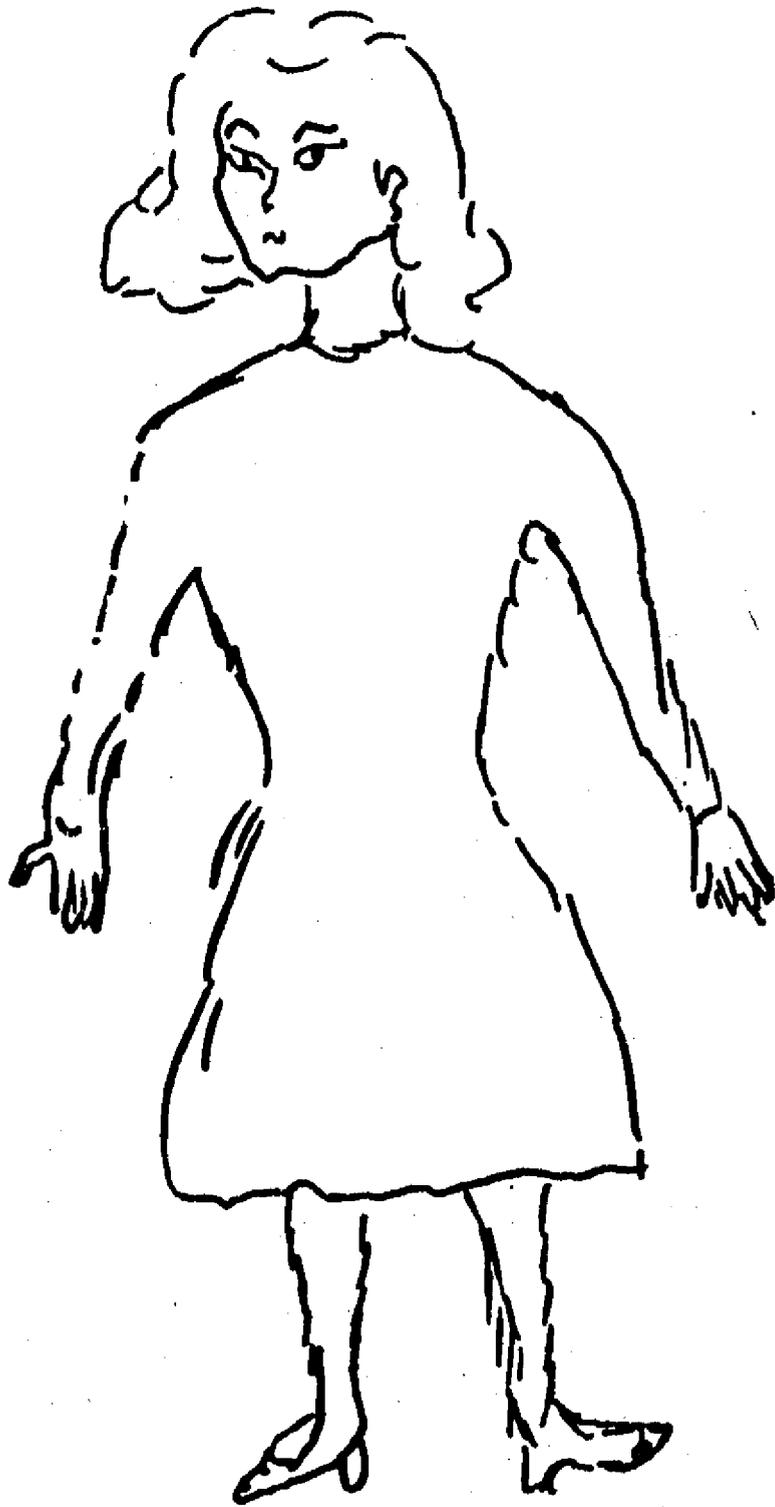
DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA  
SEÑORA







*Hawth*



*J. Meyer*

C A S O 8

"Nos llevamos bastante bien, pero no tenemos los mismos gustos: yo leo deportes, estoy satisfecho con mi trabajo-es publicista y gana siete mil pesos, me gusta la vida que mi esposa rechaza", dice nuestro entrevistado, un hombre de 28 años que terminó una carrera publicitaria.

"Yo quisiera halagar a mi marido, entrar más en sus cosas, en lo que hace, pero siento que soy un fracaso, no puedo estudiar, ayudar en algo a la casa, parece que sólo sirvo para criada... este es un tormento..." explica la señora-la misma edad que el marido, secundaria inconclusa-para concluir: "quisiera cambiar..."

En la casa materna, la señora siempre creyó ser un estorbo, por lo común no jugaba con otros niños, permanecía encerrada bajo vigilancia estricta de la madre. Mi madre era muy posesiva, relacionarse con ella era casi imposible y yo me sentía inhibida con sus disposiciones y opacada frente a mis hermanos lo cual se afirmó cuando reprobé matemáticas dice la entrevistada que ha engendrado cuatro hijos, padeció de taquicardia durante el segundo embarazo, diabetés gestacional en los últimos embarazos, el quinto embarazo terminó en un aborto espontáneo.

No obstante que ha usado diferentes métodos anticonceptivos, los embarazos no cesaron, decidió tomar pastillas que le ocasionaron dolores de cabeza, mareos y hemorragias, las dejó de tomar y nació el segundo hijo; después del tercer parto echó mano de varios métodos; el "ritmo", preservativos y por último el dispositivo. Ninguno resultó eficaz y como última alternativa la pareja optó por la esterilización definitiva que fue practicada en la señora porque, entre otras cosas, de todas maneras tenía que operarse un ovario enquistado.

La llegada de su primera menstruación fue a los 11 años sin tener ninguna información al respecto. "Me asusté mucho, aclaré cuando empecé a reglar con un profundo dolor de estómago; pensé que me había cortado y le dije a mi hermana porque no me atrevía a acudir con mi mamá por miedo. Después mi madre pudo explicarme todo". La señora se queja a menudo de sus irregularidades que comenzaron desde esa, su primera "regla"; la operaron de un tumor, tenía quistes en los ovarios; primero fue uno, luego el otro, a los 15 días de operada le salió una hernia que sola desapareció. "Siempre estoy temblando de nervios, necesito pastillas para tranquilizarme", agrega.

La vida sexual de la pareja se inició en forma "irritable" para él y "dolorosa" para ella, quien desconocía en que consistía más adelante, "no sentía yo nada y después del primer - - -

parto, el médico me dió unas ampollitas y empecé a disfrutar más; por desgracia, mi menstruación se vio afectada y tuve que suspender el tratamiento" dice la señora. Interviene el señor diciéndonos que: "yo no gozaba mucho nuestras relaciones por la preocupación de que ella se embarazase ... siento que le estoy fallando - porque ella no siente nada, no sé si es algo psicológico de ella o falta de preparación mía"

"Es claro que le estoy fallando a mi marido -dice- la mujer. "Si ya no sirvo como mujer, sería mejor morir. Es una sensación de fracaso que me sigue desde que reprobé matemáticas en tercer año de secundaria."

Para el señor, su familia no representa problema, pues dice "que es una familia a todo dar". A mi madre jamás le platico mis cosas, con mis hermanos me llevo bien son siete y de mi padre que murió cuando yo tenía apenas dos años tengo un bonito recuerdo, según me cuentan: era deportista, un hombre apacible y responsable", dice después de aclarar que desde los 13 años se fué a vivir con una tía porque su madre volvió a casarse.

La situación familiar de la señora es muy distinta; la madre nunca la atendió y el padre tuvo que brindarle la protección que le faltaba. Su papá murió a los 59 años a causa del alcoholismo. Lo más importante para ella es un incidente en el que

su hermana por poco se ahoga mientras remaban. Se asustó tanto que empezó a padecer con frecuencia convulsiones por las que -- fué necesario ajustarse a un tratamiento psiquiátrico durante - tres años, y desde este momento sintió que la madre le prestaba mayor atención.

El matrimonio en cuestión mantiene una afinidad cordial con sus hijos; la señora está muy contenta al saber que no va a tener más hijos y el señor -aunque no hay armonía sexual- quisiera ayudar a su esposa, pues él no quiere de sirvienta y - se preocupa mucho por su salud y mejoría.

### Comentarios

Se trata de una pareja que ya venía con conflictos emocionales. Se agravaron a partir de un emergente que en esta ocasión fué la esterilización voluntaria.

La pérdida de la fertilidad en este matrimonio funcionó como un factor externo - desencadenante de una frigidez que se manifiesta y surge a la superficie un problema sexual viniendo a romper su equilibrio en la relación patológica . Así como la homeostasis de la Patología individual de cada uno de los cónyuges. Existe una situación de equilibrio que el señor no quiere modificar a pesar de su aparente comprensión, tolerancia y sensibilidad; pues la enfermedad de la pareja está depositada en la mujer.

Con respecto al resultado final fué positivo ya que lo que la - pareja buscaba a través de ésto, a nivel consciente e inconsciente, era - el controlar sus embarazos, el ya no tener más hijos y el no poner en peligro la vida de la señora. Es decir, a través de la "pérdida de la fertilidad", desaparece la angustia de muerte, y el temor a tener hijos no deseados.

La relación con los hijos aparentemente mejora pues ella les dedica mayor tiempo y atención.

Dibujo de la Figura Humana, observaciones principales:

Señora:

Observamos una integración casi completa de su esquema corporal, espe----

cificando que su identificación sexual femenina se puede comparar al alcanzado por una niña de 5 años. Hay una sensación de pérdida de una parte del cuerpo.

El desarrollo yoico es precario, por lo cual sus defensas no están muy bien estructuradas, lo cual le dificulta manejar adecuadamente la ansiedad observada y llega a negar los aspectos sexuales que le causan gran angustia. Ha introyectado a una figura masculina pobre, pasivo-dependiente y con pocos recursos yoicos, en el dibujo da la impresión de ser más bien un feto.

Señor:

Aparentemente alcanza una integración completa de su esquema corporal y una identificación con la figura masculina. Sin embargo, las figuras introyectadas, tanto la masculina como la femenina implican una sensación de "castración" de pérdida de una parte de su cuerpo. Es una persona que le da mayor importancia al intelecto que al cuerpo.

Su estructura yoica ha alcanzado cierto desarrollo que le ha permitido adaptarse a la realidad. Aunque hay núcleos de ansiedad, originados por un temor a no poder manejar adecuadamente sus impulsos agresivos, que probablemente salen en forma explosiva.

Es de suponer que entre los padres de la señora había una relación patológica; lo que la paciente vive como "buenas" pues según sus palabras textuales - "mis papás se soportaron todo y se quisieron

mucho", era una familia donde el padre, alcohólico sustituía a la madre rechazante y castrante, en la relación y atención para con los hijos. En su actual matrimonio la señora parece repetir este mismo patrón de vida diciendo: "nuestra relación es buena, nos comprendemos, platicamos, etc., negando así la relación patológica entre ella y su esposo.

Pensando en términos analíticos diríamos que la señora introyectó una figura materna, castrante y culpígena, que no le permitió una adecuada aceptación e identificación con su sexualidad.

Al aparecer en la paciente, la capacidad de ser fértil empieza a presentar síntomas psicósomáticos y constantemente es "castigada" en esta área, a través de las diferentes dolencias y operaciones en "organos" ligados con la concepción y la sexualidad lo cual corroboramos en el dibujo que hace de la figura humana femenina donde niega los aspectos sexuales. El nivel de identificación femenina que alcanza es como el alcanzado por una niña de 5 años. Hay una sensación de pérdida de partes del cuerpo, que recuerda todas las operaciones o mutilaciones que ha sufrido en su cuerpo, aunque se observa una integración casi completa del esquema corporal.

Aparentemente todo lo que esté relacionado con "sexo" en esta mujer es molesto, desagradable y lo vive como algo que no se puede gozar ni disfrutar. Es el "pecado mortal" que la figura materna "inter

nalizada" prohíbe y castiga. Por lo tanto la sexualidad por placer es totalmente "borrada" por la paciente con el fin de evitar la persecución, el castigo y la culpa concomitante. En el momento de la esterilización, el conflicto se le agudiza pues la frigidez que negaba y escondía atrás de el temor de nuevos embarazos no deseados , es ahora descubierta.

Igualmente sucede en la relación marital. El esposo también estaba adaptado a esta frigidez , la atribuía al temor de tener más hijos". Al quitarse esta capa que cubría la frigidez, a través de la esterilización definitiva el problema sexual de la pareja se hizo más claro y definido.

Mientras que la paciente sostiene que no puede tener placer por miedo al embarazo, no hay angustia, pero cuando se esteriliza y sus mecanismos de racionalización no son tan eficientes como antes -- se produce en ella una sensación de devaluación y depresión.

Parece ser que la mujer vive un profundo masoquismo en relación con "el objeto malo" introyectado, que trataba de poner afuera en los médicos y en las operaciones, mejor que adentro de ella con las angustias y persecuciones internas y con matices autistas. En este caso podríamos decir con los conceptos de M. Klein que la señora regresó a la posición "esquizo-paranoide".

Según los datos observados desde su menarquía, sus síntomas psicoso-

máticos, sus ataques convulsivos, que seguramente son de origen histerico; sus angustias, etc., muestran que tiene una falla en su desarrollo psicológico.

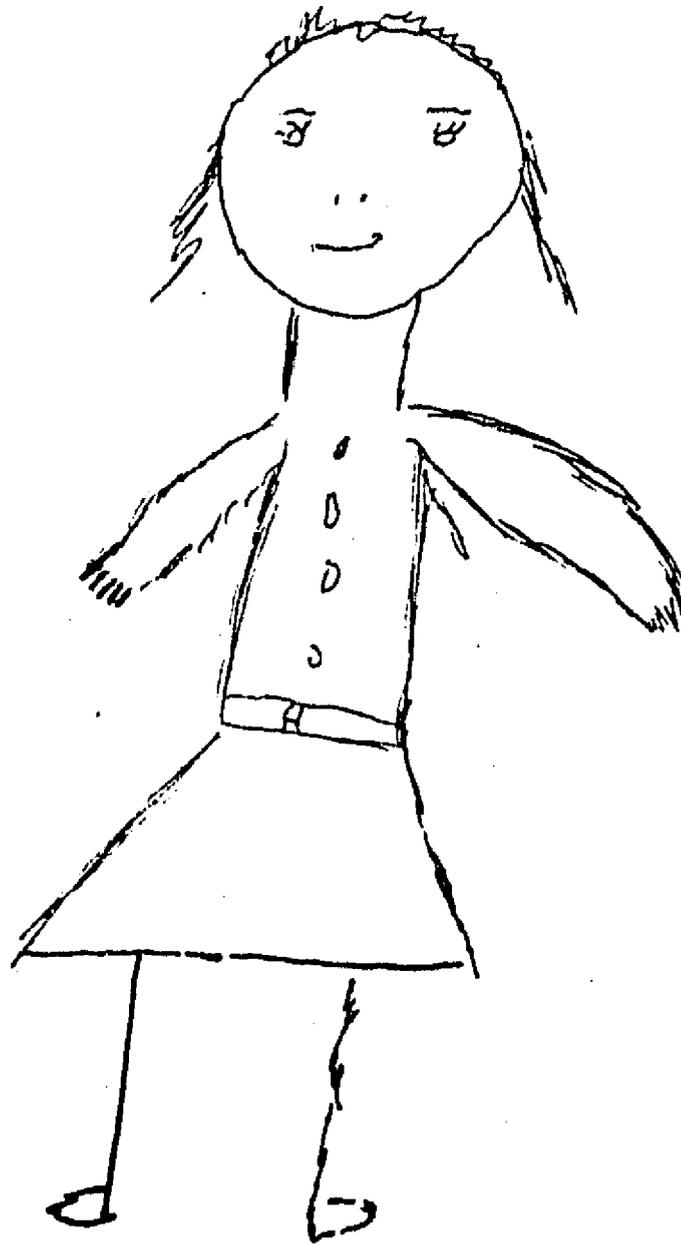
Presenta un rechazo, falta de libido, y de reacción ante su vida activa. En este matrimonio observamos dos problemas básicos.

El primero es el deseo consciente e inconsciente de que ya no desean más hijos; y según datos obtenidos corroboramos que nunca desearon tener hijos realmente, pues el primogénito vino como consecuencia de sus primeras relaciones sexuales y los demás hijos nacieron por "fracasos" de los anticonceptivos. Para este problema si creemos que la solución adecuada es la esterilización definitiva. El segundo problema es el de la frigidez que obviamente no se resuelve con la misma medida.

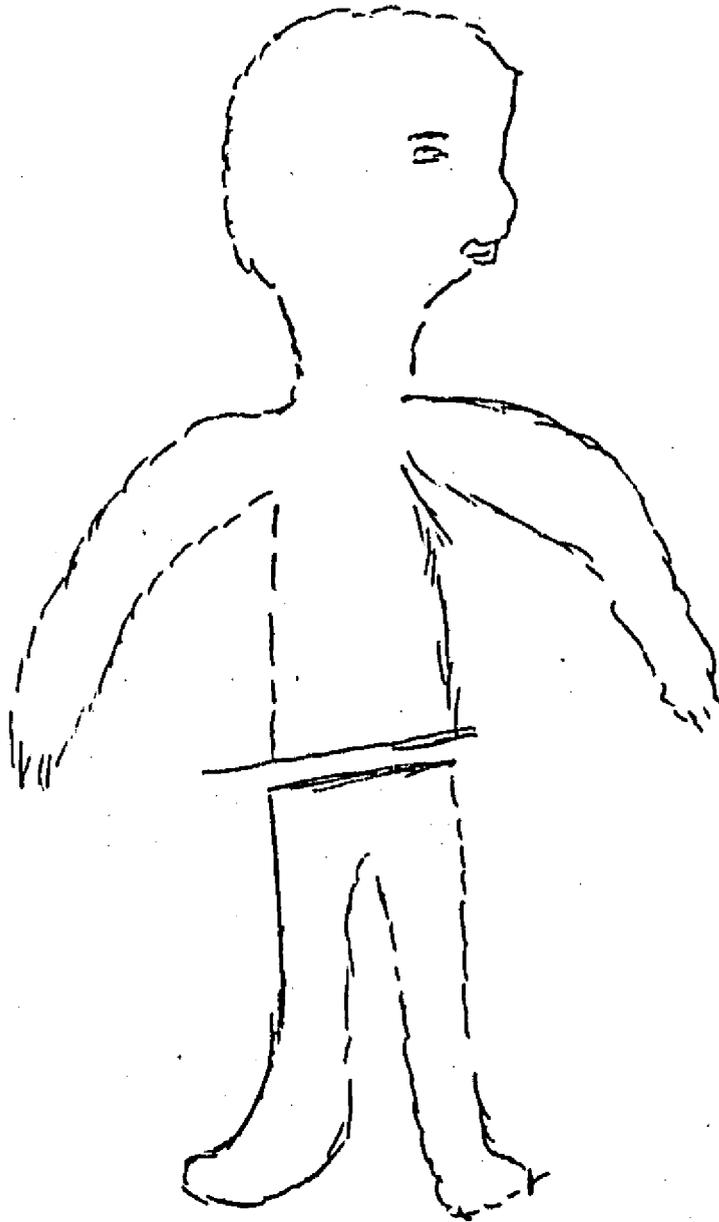
Recomendamos que casos como este se les de una serie de entrevistas de psicoterapia breve, pre y post-operatorias bien enfocadas, que le aclaren a la señora su culpa, su rechazo y miedo ante lo que implica la posibilidad de vivir su sexualidad y lo que implica el problema sexual de la pareja.

Dibujo de la Figura Humana

Señora:



*Mujer*



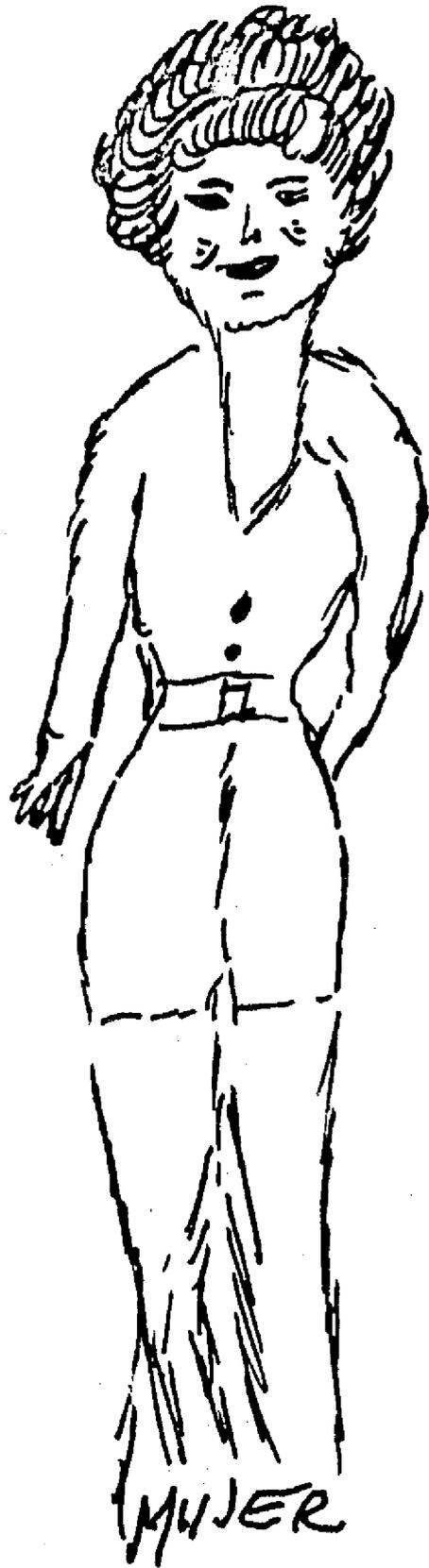
*hombre*

Señor:



HOMBRE

110 A



C A P I T U L O VI

### CORRELACION DE DATOS

El control natal, debido a causas socioeconómicas se vió en 8 de 10 casos; debido a la multiparidad se vió en 2 de 10 casos, es decir, 8 mujeres se sintieron presionadas por la realidad socioeconómica de las cuales, 3 presentan agudización de conflictos psicológicos. Tabla 2

En los 10 casos estudiados observamos mayor tranquilidad y estabilidad en la vida socioeconómica de la pareja como efecto positivo del control-natal-definitivo. Hay un alivio de la sobrecarga emocional que esto implicaba. Tabla 3

De 4 pacientes que presentan agudización de conflictos psicológicos previos, 3 se encuentran entre los 24 y 28 años de edad; y solamente 1, de los 6 casos que muestra agudización de conflictos psicológicos previos, tiene menos de 29 años. Tabla 4

En 3 de los 10 casos, el proceso para aceptar la esterilización fue conflictivo; los 3 casos en esta situación reportan secuelas psicológicas negativas post-operatorias. Tabla 5

De las parejas estudiadas, 9 son de inmigrantes rurales a la ciudad, de estos 9 casos 8 tienen 5 embarazos o más. Tabla 6

De las 10 pacientes 7 reportan abortos, y 6 de ellas son de origen rural, de estas 7 pacientes 4 presentan agudización de conflictos psicológicos previos. Tabla 7

En dos de las parejas esterilizadas sus progenitores habían sido esterilizados, en la pareja en que fue esterilizada la madre de la paciente, coincide con resultados positivos en la adaptación de la paciente a la operación.

En la pareja en la que fue esterilizada la madre del señor, coincide con efectos negativos en la adaptación de la paciente a su esterilización. Tabla 8.

En 5 de los 10 casos observamos que uno o ambos conyuges provienen de hogares incompletos donde faltó el padre o la madre, de estos 5 casos, 2 son los que presentan agudización de conflictos en la señora y 1 de los 5 casos presenta agudización de la celotipia en el señor. Tabla 9

En 5 de 10 casos la llegada de la menarquía fue asociada con dolor, de estos 5 casos presentan agudización de conflictos psicológicos previos. Tabla 10

En 3 de los 10 casos, la desfloración fue asociada al dolor. De estas 3 personas, 2 muestran un rechazo a las relaciones sexuales después de la operación. Tabla 11

En 3 de los 10 casos se reporta rechazo a las relaciones sexuales post-operatorias. En 3 casos se agudizan conflictos psicológicos previos. En 4 de los 10 casos observamos reacciones psicósomáticas de los cuales, los 4 casos coinciden con la agudización de conflictos psicológicos previos. Tabla 11

Observamos aparición o aumento de la celotipia en los señores en 5 de los casos, lo cual coincide en 3 de ellos con el reporte de reacciones psicósomáticas en las señoras. Tabla 9

Mejoran las relaciones de la pareja, hay menos tensión y más tranquilidad en las relaciones interpersonales en 8 de 10 casos; de los cuales, 3 casos muestran agudización de conflictos psicológicos previos, las relaciones sexuales se tornan más satisfactorias en 7 de 10 casos, de los cuales 2 muestran agudización de conflictos psicológicos previos. Tabla 12

Las relaciones de los padres con los hijos se mejoran en el hecho de que hay más tiempo y atención con los hijos en 9 de 10 casos, de los 9 casos, 3 presentan agudización de conflictos psicológicos previos. Tabla 12

En 6 de las 10 parejas, parece ser que la esterilización definitiva actuó como un elemento alterante de conflictos psicológicos latentes previos a la esterilización y 5 de estos 6 casos eran parejas con una relación ya conflictiva previa a la esterilización. Tabla 13

En 4 de 10 casos pensamos que es necesario que la paciente esterilizada reciba una psicoterapia breve con el objeto de elaborar el duelo que implica la pérdida de la fertilidad, pérdida a la cual están aunadas otras. Tabla 14

En 5 de 10 casos es conveniente que la pareja reciba psicote-

rapia breve con objetivos dirigidos con el fin de que ambos elaboren la pérdida de su fertilidad como pareja y de que en ambos se resuelvan conflictos latentes previos a la esterilización, que ahora se han ido manifestando y que poco a poco afectarán negativamente a la pareja y a la familia. Tabla 14.

TABLA 1

| CASO<br>NUMERO | EDAD<br>MUJERES | NUMERO<br>EMBARAZOS | HIJOS<br>VIVOS | HIJOS<br>MUERTOS | ABORTOS<br>ESPONTANEOS | ABORTOS<br>INDUCIDOS |
|----------------|-----------------|---------------------|----------------|------------------|------------------------|----------------------|
| 1              | 32              | 5                   | 5              |                  |                        |                      |
| 2              | 27              | 7                   | 5              | 1                | 1                      |                      |
| 3              | 29              | 10                  | 3              | 1                | 5                      | 1                    |
| 4              | 33              | 7                   | 4              |                  | 2                      | 1                    |
| 5              | 24              | 10                  | 3              | 2                | 3                      | 2                    |
| 6              | 31              | 4                   | 4              |                  |                        |                      |
| 7              | 25              | 6                   | 5              |                  | 1                      |                      |
| 8              | 28              | 5                   | 4              |                  | 1                      |                      |
| 9              | 34              | 6                   | 6              |                  |                        |                      |
| 10             | 36              | 10                  | 4              |                  | 6                      |                      |

TABLA 2

| <u>Caso<br/>Número</u> | <u>Razón del Control de<br/>Natalidad</u>                 | <u>Agudización de Con-<br/>flictos psicológicos<br/>previos</u> |
|------------------------|---|---|
| 1                      | Socioeconómica<br>Rechazo al Embarazo                     | NO  |
| 2                      | Socioeconómica  | NO  |
| 3                      | Socioeconómica<br>Angustia de Muerte                      | NO  |
| 4                      | Socioeconómica<br>Angustia de Muerte<br>Multiparidad      | SI  |
| 5                      | Socioeconómica  | SI  |
| 6                      | Socioeconómica<br>Rechazo al Embarazo                     | NO  |
| 7                      | Socioeconómica  | SI  |
| 8                      | Angustia de Muerte<br>Multiparidad<br>Rechazo al Embarazo | SI  |
| 9                      | Socioeconómica<br>Multiparidad<br>Rechazo al Embarazo     | NO  |
| 10                     | Multiparidad<br>Angustia de Muerte                        | NO  |
| TOTAL                  |   | 4 Casos   |

TABLA 3

| Caso No. | Razón del Control de Natalidad                       | Sobrecarga Emocional que desaparece con la esterilización. | Parejas de origen rural inmigrantes a la ciudad |
|----------|--|--|---|
| 1        | Socioeconómica<br>Multiparidad                       | SI   | SI  |
| 2        | Socioeconómica                                       | SI   | SI  |
| 3        | Socioeconómica<br>Angustia de Muerte                 | SI   | SI  |
| 4        | Socioeconómica<br>Angustia de Muerte<br>Multiparidad |  | SI  |
| 5        | Socioeconómica                                       | SI   | SI  |
| 6        | Socioeconómica<br>Multiparidad                       | SI   | SI  |
| 7        | Socioeconómica                                       | SI   | SI  |
| 8        | Angustia de Muerte<br>Multiparidad                   | SI   | NO  |
| 9        | Socioeconómica<br>Multiparidad                       | SI   | SI  |
| 10       | Multiparidad<br>Angustia de Muerte                   | SI   | SI  |
| TOTAL    |  | 9 Casos  | 9 Casos   |

TABLA 4

| Caso No. | Edad | Agudización de Conflictos<br>Psicológicos Previos. |
|----------|------|--|
| 1        | 32   | NO   |
| 2        | 27   | NO   |
| 3        | 29   | NO   |
| 4        | 33   | SI   |
| 5        | 24   | SI   |
| 6        | 31   | NO   |
| 7        | 25   | SI   |
| 8        | 28   | SI   |
| 9        | 34   | NO   |
| 10       | 36   | NO   |
| TOTAL    |      | 4 Casos  |

TABLA 5

| Caso No. | ConFlictivo el Proceso de decisión ante la es <u>terilización.</u> | Agudización de Con-flictos psicológicos previos. |
|----------|--|--|
| 1        | NO   | NO   |
| 2        | SI   | NO   |
| 3        | NO   | NO   |
| 4        | SI   | SI   |
| 5        | NO   | SI   |
| 6        | NO   | NO   |
| 7        | SI   | SI   |
| 8        | NO   | SI   |
| 9        | NO   | NO   |
| 10       | NO   | NO   |

3 Casos

4 Casos

TABLA 6

| Caso No.     | Parejas Inmigrantes Rurales. | No. Embarazos | No. Abortos |
|--------------|------------------------------|---------------|-------------|
| 1            | SI                           | 5             | 0           |
| 2            | SI                           | 7             | 1           |
| 3            | SI                           | 10            | 6           |
| 4            | SI                           | 7             | 3           |
| 5            | SI                           | 10            | 5           |
| 6            | SI                           | 4             | 0           |
| 7            | SI                           | 6             | 1           |
| 8            | NO                           | 5             | 1           |
| 9            | SI                           | 6             | 0           |
| 10           | SI                           | 10            | 6           |
| <b>TOTAL</b> | <b>9 Casos</b>               |               |             |

TABLA 7

| Caso No.     | Conflictivo el Proceso de decisión ante la esterilización. | Agudización de conflictos psicológicos previos. | Abortos Previos |
|--------------|--|---|-----------------|
| 1            | NO   | NO  |                 |
| 2            | SI   | NO  | 1               |
| 3            | NO   | NO  | 5               |
| 4            | SI   | SI  | 2               |
| 5            | NO   | SI  | 3               |
| 6            | NO   | NO  |                 |
| 7            | SI   | SI  | 1               |
| 8            | NO   | SI  | 1               |
| 9            | NO   | NO  |                 |
| 10           | NO   | NO  | 6               |
| <b>TOTAL</b> | <b>3 Casos</b>   | <b>4 Casos</b>                                  |                 |

TABLA 8

| Caso No.     | Parejas inmigrantes rurales.              | Progenitores que apoyan la esterilización. | Progenitores esterilizados.                                     | Agudización de conflictos psicológicos previos.               |
|--------------|---|--|---|---|
| 1            | Si  | Si   | No  | No  |
| 2            | Si  | No   | No  | No  |
| 3            | Si  | No   | No  | No  |
| 4            | Si  | No   | No  | Si  |
| 5            | Si  | No   | No  | Si  |
| 6            | Si  | Si   | No  | No  |
| 7            | Si  | No   | No  | Si  |
| 8            | No  | Si   | Si  | Si  |
| 9            | Si  | No   | No  | No  |
| 10           | Si  | No   | Si  | No  |
| <b>Total</b> | <b>Nueve parejas inmigrantes rurales.</b> | <b>Tres padres apoyan a la pareja.</b>     | <b>Dos madres de pacientes tomaron medidas anticonceptivas.</b> | <b>En cuatro casos hay agudización de conflictos previos.</b> |

TABLA 9

| Caso No. | Reacciones psicossomáticas en mujeres. | Reacción de celotepía en hombres. | Parejas Procedentes de hogares incompletos - (falta de padre o madre). | Agudización de conflictos psicológicos previos. |
|----------|--|-----------------------------------|--|---|
| 1        | No                                     | No                                | No   | No  |
| 2        | No                                     | No                                | Si   | No  |
| 3        | No                                     | Si                                | Si   | No  |
| 4        | Si                                     | Si                                | No   | Si  |
| 5        | Si                                     | Si                                | No   | Si  |
| 6        | No                                     | No                                | Si   | No  |
| 7        | Si                                     | Si                                | Si   | Si  |
| 8        | Si                                     | No                                | Si   | Si  |
| 9        | No                                     | Si                                | No   | No  |
| 10       | No                                     | No                                | Si   | No  |
| Total    | 4 Casos                                | 5 Casos                           | 6 Casos  | 4 Casos   |

TABLA 10

| Caso No. | Menarquia<br>Dolorosa. | Desfloración<br>Dolorosa. | Relaciones<br>Sexuales -<br>más satis-<br>factorias. | La Mujer<br>trabaja<br>fuera del<br>hogar. | Aquidación<br>de conflic-<br>tos Psico-<br>lógicos<br>previos. |
|----------|------------------------|---------------------------|--|--|--|
| 1        | No                     | No                        | Si   | Si   | No   |
| 2        | No                     | No                        | Si   | No   | No   |
| 3        | No                     | No                        | Si   | Si   | No   |
| 4        | No                     | No                        | No   | No   | Si   |
| 5        | Si                     | Si                        | No   | No   | Si   |
| 6        | Si                     | Si                        | Si   | No   | No   |
| 7        | Si                     | No                        | Si   | No   | Si   |
| 8        | Si                     | Si                        | No   | No   | Si   |
| 9        | Si                     | No                        | Si   | Si   | No   |
| 10       | No                     | No                        | Si   | No   | No   |

TABLA 10

| Caso No. | Menarquia Dolorosa. | Desfloración Dolorosa. | Relaciones Sexuales - más satisfactorias. | La Mujer trabaja fuera del hogar. | Agudización de conflictos Psicológicos previos. |
|----------|---------------------|------------------------|---|-----------------------------------|---|
| 1        | No                  | No                     | Si  | Si                                | No  |
| 2        | No                  | No                     | Si  | No                                | No  |
| 3        | No                  | No                     | Si  | Si                                | No  |
| 4        | No                  | No                     | No  | No                                | Si  |
| 5        | Si                  | Si                     | No  | No                                | Si  |
| 6        | Si                  | Si                     | Si  | No                                | No  |
| 7        | Si                  | No                     | Si  | No                                | Si  |
| 8        | Si                  | Si                     | No  | No                                | Si  |
| 9        | Si                  | No                     | Si  | Si                                | No  |
| 10       | No                  | No                     | Si  | No                                | No  |

TABLA 11

| Caso No. | Desfloración Dolorosa. | Rechazo a las relaciones sexuales Post-Operación. | Agudización de los conflictos psicológicos previos. |
|----------|------------------------|---|---|
| 1        | No                     | No  | No  |
| 2        | No                     | No  | No  |
| 3        | No                     | No  | No  |
| 4        | No                     | Sí  | Sí  |
| 5        | Sí                     | Sí  | Sí  |
| 6        | Sí                     | No  | No  |
| 7        | Sí                     | No  | Sí  |
| 8        | Sí                     | Sí  | Sí  |
| 9        | Sí                     | No  | No  |
| 10       | No                     | No  | No  |
| Total    | 3 Casos                | 3 Casos   | 4 Casos   |

TABLA 12

| Caso No. | Mejoraron las relaciones de la pareja. | Mejoraron las relaciones con los hijos. | Agudización de conflictos psicológicos previos. |
|----------|--|---|---|
| 1        | Si                                     | Si                                      | No  |
| 2        | Si                                     | Si                                      | No  |
| 3        | Si                                     | Si                                      | No  |
| 4        | No                                     | No                                      | Si  |
| 5        | Si                                     | Si                                      | Si  |
| 6        | Si                                     | Si                                      | No  |
| 7        | Si                                     | Si                                      | Si  |
| 8        | Si                                     | Si                                      | Si  |
| 9        | No                                     | Si                                      | No  |
| 10       | Si                                     | Si                                      | No  |
| Total    | 8 Casos                                | 9 Casos                                 | 4 Casos   |

TABLA 13

| Caso No. | Parejas con conflictos previos a la esterilización. | Esterilización como factor externo desencadenante de conflictos latentes. |
|----------|---|---|
| 1        | No  | No  |
| 2        | No  | No  |
| 3        | No  | No  |
| 4        | Si  | Si  |
| 5        | Si  | Si  |
| 6        | No  | No  |
| 7        | Si  | Si  |
| 8        | Si  | Si  |
| 9        | Si  | Si  |
| 10       | No  | Si  |
| Total    | 5 Casos   | 6 Casos   |

TABLA 14

| Caso No.     | Parejas que venían con conflictos previos. | Necesidad de Psicoterapia a la pareja. | Necesidad de Psicoterapia a la mujer. |
|--------------|--|--|---------------------------------------|
| 1            | No   | No                                     | No                                    |
| 2            | No   | No                                     | No                                    |
| 3            | No   | No                                     | No                                    |
| 4            | Si   | No                                     | Si                                    |
| 5            | Si   | Si                                     | Si                                    |
| 6            | No   | No                                     | No                                    |
| 7            | Si   | Si                                     | No                                    |
| 8            | Si   | Si                                     | Si                                    |
| 9            | Si   | Si                                     | No                                    |
| 10           | No   | Si                                     | Si                                    |
| <b>Total</b> | <b>5 Casos</b>                             | <b>5 Casos</b>                         | <b>4 Casos</b>                        |

TABLA 15

| Casos | <u>Integración del-<br/>esquema corporal</u> |         | <u>Mutilación de la<br/>figura</u> |        |
|-------|--|---------|------------------------------------|--------|
|       | Entrevistados                                |         | Entrevistados                      |        |
|       | Mujer  | Hombre  | Mujer                              | Hombre |
| 1     | Pobre  | Pobre   | Si                                 | Si     |
| 2     | Pobre  | Caótica | Si                                 | Si     |
| 3     | Pobre  | Buena   | Si                                 | Si     |
| 4     | Buena  |         | Si                                 |        |
| 5     | Caótica                                      | Pobre   | Si                                 | Si     |
| 6     | Pobre  | Buena   | Si                                 | Si     |
| 7     | Buena  | Caótica | Si                                 | Si     |
| 8     | Pobre  | Buena   | Si                                 | Si     |
| 9     | Pobre  | Pobre   | Si                                 | Si     |
| 10    | Pobre  | Caótica | Si                                 | Si     |

C A P I T U L O VII

## DISCUSION

### Inferencias y comparación con otros estudios realizados.

Esta es una muestra relativamente pequeña y localizada en pacientes de un nivel socioeconómico bajo. La mayoría corresponden a una población migratoria, de zonas rurales a zonas urbanas. Casi todos los pacientes buscan la esterilización definitiva, en primer lugar por razones socioeconómicas y en segundo término por la multiparidad.

A continuación haré unos comentarios en forma comparativa, de los resultados que obtuve en esta investigación con las investigaciones sobre el tema y a la vez trataré de relacionarlos con los principios teóricos psicoanalíticos. Tanto la teoría, como la mayoría de las investigaciones a las que aquí me refiero, están expuestas en la primera parte de este trabajo.

Los datos obtenidos nos demuestran que en todos los casos excepto uno, se mostraron satisfechos con el procedimiento como método de control natal permanente. En ninguno se encontraron efectos médicos negativos. La paciente insatisfecha, fue la mujer viuda, que ahora desea que su operación sea reversible.

En los estudios realizados por los doctores Sim, Emens y Jordan<sup>30</sup> los casos que mostraron insatisfacción con la operación fueron mujeres operadas por razones médicas, que si no hubiese sido por razones de salud, sí hubiesen deseado tener más hijos.

Estos datos están de acuerdo con los resultados obtenidos por Campanella y Wolff<sup>31</sup>, donde 94 pacientes que se operaron por razones socioeconómicas, sólo 3 de ellas se mostraron insatisfechas después de la operación por el control natal.

Barnes y Zuspan<sup>32</sup> encontraron en sus estudios que todas las mujeres que se habían operado por razones de multiparidad estaban satisfechas con el procedimiento. Di Musto<sup>33</sup> corrobora los mismos resultados: 95 de 100 mujeres estudiadas estuvieron satisfechas con el control natal definitivo.

El que las pacientes estén satisfechas con el método como procedimiento de control natal, no significa que no existan secuelas psicológicas negativas. Entre las pacientes que encontramos con mayores secuelas psicológicas negativas están las pacientes jóvenes que oscilan entre los 24 y los 28 años de edad. En otras investigaciones

30 M. Sim, J. Emens, J. Jordán, Op.Cit., 1973

31 Campanella y Wolff Op. Cit., 1974

32 Barnes y Zuspan "Patient Reaction to puerperal surgical sterilization" Am. Journal of Obstetrics and Gynecology 1958 75:65

33 Di Musto "A follow up study of 10 sterilized women" J. Reprod. Med. 1974 12:112

hechas por Barnes y Zuspan y las realizadas por Campanella y Wolff se ha encontrado también que esos pacientes son, generalmente las que presentan problemas psicológicos. Recordando las palabras de Santiago Ramírez en "Esterilidad y Fruto"<sup>34</sup> diríamos que estas mujeres viven un desequilibrio en su función biológica ya que una parte esencial de esto que es la satisfacción derivada de su "procreatividad" quedó insatisfecha por lo tanto entre mayor sea este desequilibrio, mayor será el conflicto psicológico posterior.

Las cuatro mujeres, que en este estudio, tuvieron dificultad para aceptar su identificación femenina, que vivieron la llegada de su menarquía como desfloración en forma dolorosa, corresponden a las que presentan una agudización de sus conflictos psicológicos previos. Campanella y Wolff<sup>35</sup> encontraron que sólo 1 de 9 pacientes presentaron conflictos con su identificación femenina, y Pérdida de líbido

En el presente estudio sólo 2 de 10 mujeres, los casos 5 y 7, presentan esta pérdida de líbido manifestada en una frigidez y rechazo a toda vida sexual. Esta pérdida de líbido está relacionada con la aceptación e identificación con la femineidad desde edades muy tempranas, y lo vemos en la vivencia de su menarquía como algo doloroso. Ya Marie Langer<sup>36</sup> enfatizó que según la niña acepta su rol e identificación femenina así vivirá la llegada de su primera menstruación, y así

34 Ramírez Santiago. Op.Cit, 1966 "ya sea el limitar la satisfacción genital o frustrar satisfacción procreativa, necesaria e inevitablemente cobijan dentro de sí patologías que tarde o temprano se pondrán al descubierto"

35 Campanella y Wolff Op. Cit., 1974

36 Langer Marie. Op. Cit, 1964

seguirá en su vida futura, si para ella la desfloración es un hecho doloroso y la incapacidad que muestra posteriormente de no poder vivir tranquilamente su sexualidad.

Son mujeres que desde pequeñas observan una dificultad en su identificación femenina que implica el integrar en ellas la sexualidad y la maternidad. Son mujeres que, dados los patrones culturales, se identificaron también con una figura materna que ya era ambivalente ante su propia identificación femenina caracterizada por una maternidad valorada y una sexualidad devaluada. Lo cual se verificó en las mujeres que al saberse estériles no pueden vivir su sexualidad internamente prohibida por una figura materna introyectada con fuertes tintes persecutorios y culpígenos pero, al mismo tiempo es una sexualidad sumamente atractiva. Esto les crea un fuerte conflicto.

Recordando a Melanie Klein<sup>37</sup>, estas mujeres habrán vivido en la realidad o en la fantasía figuras maternas muy persecutorias y culpígenas que ocasionaron en ellas "angustias de castración", que implicó un temor a la destrucción interna de su cuerpo como respuesta retaliatoria de la madre a los mismos deseos de la hija para con ella. Estas "angustias de castración", que la mujer pudo calmar al comprobar que estaba intacta y podía tener hijos sanos, en el momento de la esterilización es revivida de nuevo ("la angustia de castración"); pero ahora no hay la posibilidad de comprobar que ésto no es realidad. Más bien,

37 Klein Melanie. Op. Cit., 1964

se comprueba la realización de los primeros temores. Ahora sí está dañada internamente e incapacitada para tener hijos. ¿Cómo puede ahora esta mujer vivir su sexualidad impune y tranquilamente?

El ya no tener la posibilidad de embarazarse y dar a luz un hijo, para la mujer implica, según Freud, el "no poder llegar a la plenitud satisfactoria" y superar su sentimiento de inferioridad. "Cómo demostrará ahora su potencialidad, fuerza y femineidad? "Cómo manejará ahora su sexualidad y fertilidad frustradas?

Encontraremos que las mujeres que tenían la posibilidad de asumir otros roles, aparte del rol materno, y de esposa, tenían menos frustraciones acarreadas por la esterilización.

Los autores Delta Iturralde, González Gutierrez y Rivera Melo <sup>38</sup> encontraron en su estudio realizado en el IMSS que de las mujeres que trabajaban, 9 de cada 10 se sienten satisfechas con su empleo.

Los doctores Sim, Emens y Jordán <sup>39</sup> han encontrado estos mismos resultados en sus investigaciones. En nuestro trabajo, de las 10 mujeres, son 3 las que trabajan o estudian y ninguna de ellas mostró efectos psicológicos negativos post-operatorios. Sólo ellas tuvieron la posibilidad de sublimar sus catexias: antes estaban dedicadas a la maternidad, hoy se amoldan en otros roles también productivos, realizando un trabajo que les satisface, que es valorado y remunerado dentro del proceso productivo, del que antes se encontraban excluidas. Esto

38 Delta Iturralde, González Gutierrez y Rivera Melo Op.Cit., 1975

39 Sim, Emens y Jordán. Op Cit., 1973

les permite ganar en su autoestima y en muchos casos recuperar la confianza en sí mismas, como lo muestra claramente el caso 3 ahora que la señora esterilizada trabaja, se siente más activa, más realista, y más positiva. En el caso 10, la señora después de esterilizarse volvió a trabajar, y de nuevo se preocupó por su cuidado y arreglo personal: "Vuelvo a recuperar mi figura después de 8 años de casada, no sabía ya cómo era mi cuerpo", nos dijo la paciente, que tiene 6 hijos.

En otras mujeres, es importante como ahora pueden utilizar las catexias que antes utilizaban en la preocupación por los embarazos no deseados, en interesarse por los hijos.

Por ejemplo, en el caso 10, la mujer después de esterilizarse se percató de que tiene que atender a su hija de 9 años que sufre retardo psicomotor y quien había sido excluida de la vida escolar. Es hasta ahora cuando la madre la lleva a hacerse los estudios necesarios para que reciba el tratamiento adecuado a su dislexia.

Las mujeres que tienen conflicto con su identificación femenina, que no alcanzan una sublimación de su fertilidad frustrada, y que pierden su rol social tradicional y no encuentran otro a cambio, son las mujeres que presentan, asociada a la esterilización definitiva, efectos psicológicos negativos, como depresión, aislamiento, síntomas psicósomáticos y frigidez entre los más importantes. En este trabajo, observamos lo anterior en los casos 4, 5, 7 y 8.

Es interesante comprobar que en los tres casos en que se presentan reacciones psicósomáticas en la mujer, se concuerda con la presentación o agudización de la celotipia en el hombre. Mateos Cándano,<sup>40</sup> a su vez, encontró que la reacción de celotipia era incrementada en los señores, con mujeres esterilizadas. Probablemente existía una relación en las reacciones entre marido y mujer, lo cual hace pensar que en la fantasía el embarazo puede ser vivido como freno para la mujer ante la irrupción de los impulsos sexuales, para no tener vida sexual extramarital y funciona como tranquilizador para el hombre ante el temor de ser engañado.

"Cómo manejará la mujer esterilizada, sin posibilidad de 'embarazo', este montante de impulsos sexuales? Puede haber en esta pregunta una de las razones del incremento de la celotipia. Reacción de tipo paranoide, que muestran los hombres de esta investigación ante la esterilización de su mujer. Es decir, como no existe la posibilidad de tener una prueba acusatoria y objetiva que es el embarazo, hay la probabilidad de que sea engañado por su esposa. El temor latente a ser engañado ahora se hace manifiesto.

En el caso 7 hay un incremento de fantasías sexuales en la mujer y en la celotipia del marido. En este caso la celotipia actúa como freno para la mujer; y a la vez que es angustiante para el esposo, también le sirve para mitigar su temor a ser engañado y abandonado.

<sup>40</sup> Cándano Mateos, Op. Cit, 1968

Me llamaron la atención dos datos: uno, que al entrevistar a los 9 señores me encontré con que 8 de ellos, nunca hubieran aceptado operarse y esterilizarse; dos: que al empezar mi investigación eran 477 mujeres las esterilizadas y sólo tres hombres los esterilizados. Estos datos concuerdan con los encontrados por el Dr. Mateos Cándano<sup>41</sup> en su investigación donde las mujeres estaban mucho más dispuestas a aceptar el control natal que los hombres y de ser ellas las esterilizadas

En la entrevista, los señores manifestaron tener un gran temor a perder su potencialidad por medio de la vasectomía y aunque en la conferencia informativa se les hizo ver que esto era falso, continuó el temor seis y doce meses después de la esterilización. Probablemente, sus temores de castración estén muy cerca de la expresión manifiesta: son temores vividos en su infancia y reactivados ahora. La vasectomía implicaría materializar la castración tan temida como castigo a la satisfacción de la sexualidad prohibida.

Si recordamos aquí el concepto de que en nuestra cultura el hombre muchas veces siente a la mujer como dividida en madre-esposa y amante, podríamos conjeturar que el poder unir ambas figuras en una sola podría implicar el castigo o la castración materializada en la esterilización. Probablemente el hombre se encuentre con el mismo problema aunque su esposa sea la esterilizada y no él, pues también tendrá que unir en una misma figura, la maternidad exaltada y el sexo devalua-

41 Cándano Mateos, Op. Cit., 1968

do, teniendo que buscar otros valores y normas en que esto sí es aceptado.

Es importante tomar en cuenta que la esterilización en sí, tiene dos implicaciones importantes, por una parte, implica una "castración" pues cualquier función que se pierde es una castración simbólica, y por otra parte, es una intervención quirúrgica, que como toda cirugía causa sentimientos complejos con respecto a la invasión del propio cuerpo. La pauta puede hallarse en los dibujos que simulan el cuerpo humano con la sensación de que está incompleto.

La figura humana está mutilada en los dibujos que hacen los entrevistados, tanto hombres como mujeres. Como si expresaran en su dibujo la mutilación sufrida en su cuerpo originada por la intervención quirúrgica y la pérdida de la fertilidad. Aunque es de suponer que en estas personas ya existía la "fantasía de castración", ya que la integración básica del esquema corporal, se hace a edades tempranas probablemente al operarse la señora, lo que sucede es que se materializa la castración fantaseada.

Hubiera sido muy conveniente y para poder dar datos más específicos que se le hubiera aplicado a las parejas la Prueba del Dibujo de la figura humana antes de realizar la intervención quirúrgica para corroborar si hay o no, algún cambio en la percepción del esquema corporal antes y después de la esterilización.

El dibujo de 7 de las 10 mujeres, muy bien podría corresponder al que haría una niña de 5 o 6 años. Como si su desarrollo se

hallara detenido a esa edad. Muy parecido es el resultado en los hombres. Da la impresión de que se desarrollaron en un medio ambiente limitado en el aspecto intelectual, económico y afectivo, que no les permitió desarrollar más la percepción de su esquema corporal, lo cual está íntimamente ligado a la integración de las defensas y fuerzas del yo. Esto es comprensible ya que la mayoría de los entrevistados son personas que debido a las carencias de tipo económico abandonan sus lugares de origen y vienen a la ciudad en busca de mejores oportunidades de vida.

Por otra parte, he encontrado que la toma de decisión ante la esterilización, es un factor importante que se debe tomar en cuenta, previo a la determinación de la intervención quirúrgica, pues las 3 pacientes que presentan problemas psicológicos más serios, aceptaron el esterilizarse sintiéndose presionadas fuertemente por factores externos y se mostraron ambivalentes ante la esterilización definitiva, todavía después de ser operadas. Estos datos concuerdan con el estudio hecho por Friedman, Greenspan y Mittleman <sup>42</sup> donde ellos encontraron que pacientes que presentaron complicaciones psiquiátricas serias, indicaron que uno de los factores que las causaron era la fuerte ambivalencia ante la decisión de abortar o no. En esta investigación, el caso 4 es el más dramático al respecto. Es el de una mujer que enviudece recién esterilizada y se presenta a la entrevista pidiéndome que la ayude pa-

42 Friedman, Greenspan y Mittleman. Op.Cit, 1974

ra que recupere su fertilidad. En realidad ella nunca estuvo muy decidida a operarse, su madre desaprobó siempre que se esterilize hasta el mismo día de la operación. Pero su esposo, enfermo cardíaco desahuciado, le insitó a que se esterilizara dada la crítica situación económica por la que estaba pasando.

En el caso 7 también nos encontramos con una situación similar. La mujer acepta esterilizarse presionada por el esposo, que la amenazó con abandonarla si no lo hacía. Hasta la fecha, ella desearía tener más hijos cuando los existentes crezcan. En ambos se agudizaron conflictos psicológicos previos a la esterilización, causados por su ambivalencia y conflictiva ante la esterilización.

Viendo el problema desde otro aspecto, la esterilización definitiva implica una pérdida de objeto, que en este caso es el de la fertilidad. Toda pérdida de objeto implica duelo, dice Freud. Ante todo objeto hay sentimientos ambivalentes de amor y odio. La relación con todo objeto implica gratificación y bienestar, persecución y culpa. Por lo tanto, según la mujer haya vivido su fertilidad, dependiendo de la preponderancia del tipo de sentimiento y relación con el objeto, reaccionará ante la evidencia de una pérdida.

Siguiendo la teoría de Melanie Klein,<sup>43</sup> al sufrir una pérdida se reactivan otras "pérdidas tempranas" y con éstas se reactivan a su vez ansiedades tempranas por objetos dañados y destruidos. Cuando es-

43 Klein Melanie. Op. Cit., 1964.

ta ansiedad es muy grande el yo tiende a defenderse principalmente a través de los mecanismos de escisión, negación, proyección y control omnipotente del objeto. En el caso 5, vemos cómo la mujer se siente tan perseguida y tan "mala" que proyecta en su marido, hijos y en su propio cuerpo la ansiedad persecutoria que no puede manejar. Ante las pérdidas, funciona principalmente con los mecanismos característicos de la "posición esquizo-paranoide".

Cuando la ansiedad persecutoria es menos intensa, el yo es capaz de integrarse y sintetizar en cierta medida los sentimientos hacia el objeto. La síntesis entre los sentimientos de amor y pulsiones destructivas hacia este objeto, origina una ansiedad depresiva característica de la "posición depresiva". Cuando la mujer siente dolor porque ha dañado una parte buena e importante de ella, que es su capacidad de ser fértil, se siente posteriormente culpable por lo hecho y viene la necesidad de reparar el "objeto dañado" o sea la fertilidad perdida, a través de trabajos diferentes de atención a los hijos, etc. Por ejemplo, el caso de la madre con la hija disléxica; al poder reparar el objeto perdido se mitiga la ansiedad.

Por lo tanto, el éxito de la elaboración de la pérdida está dado en cómo estas mujeres vivieron y pudieron elaborar pérdidas previas. Por ejemplo, el caso 10, al esterilizarse, la mujer revive la pérdida del padre muerto hace 8 años; tiene sueños traumáticos repetitivos donde revive tanto la muerte del padre como sus diferentes abor-

tos. Es decir al no poder elaborar otras pérdidas y duelos previos, ésto le impide entender y elaborar lo que implica para ella la pérdida de su fertilidad.

Por otra parte, las mujeres que han logrado la capacidad (en los duelos previos) de recuperar y restaurar objetos internos buenos, han podido restablecer sus lazos con el mundo externo y han internalizado una figura materna buena que apoya y gratifica y acepta su sexualidad como su maternidad. Vimos que ahora les es más fácil manejar la pérdida de su fertilidad, como es en los casos 3 y 6. En otras palabras, entre mayor fuerza yoica, mayor capacidad para manejar la ansiedad que provocaría sentir que se ha dañado una parte buena, lo cual implica más capacidad para tener un mejor contacto con la realidad y una mayor variedad de gratificaciones, de intereses y de relaciones de objeto.

La paciente que recién esterilizada enviuda, desea que su esterilidad sea reversible pues sin ésta, se destruye la posibilidad reparatoria de fundar un nuevo hogar. Esta fantasía puede responder también a la negación del duelo por el marido muerto. Estos datos concuerdan con el estudio de Friedman, Greenspan y Mittleman,<sup>44</sup> quienes también encontraron que la muerte de un cónyuge, después de la esterilización, puede provocar secuelas psicológicas no deseables o agudizar los conflictos ya existentes.

<sup>44</sup> Friedman, Greenspan y Mittleman, Op.Cit, 1974

me referiré ahora al aspecto cultural, importante en este trabajo. Las parejas analizadas son de origen rural, con una ideología y patrones culturales específicos, que emigran a las grandes ciudades y se encuentran con que, sus patrones culturales son diferentes a los ciudadanos. Sus expectativas tradicionales entran en conflicto con las actuales. Esta diferencia provoca un desequilibrio, afectando sus escalas de valores, normas, actitudes, motivaciones, formas de conducta y la realización de los roles de cada uno de los miembros de la familia y hace que la estructura familiar tal y como funcionaba al seguir los patrones tradicionales, no se adapte a la vida urbana.

Aparece una disfuncionabilidad y una "anomia" familiar. Ni se puede vivir con las normas y costumbres de antes, ni se sabe cómo se debe vivir ahora, ni cuál debe ser el rol de la pareja. Este aspecto lo observamos dramáticamente en el caso 5: para la mujer todo lo que se refiere a su lugar de origen, donde actualmente viven sus padres, es "atrasado, incómodo y desagradable" y, en cambio, la ciudad satisface las carencias que tenía en el campo, las que con dificultad integra a su sistema de vida, sintiéndose desadaptada y desajustada al medio que habita. Entre otros síntomas ha tenido intentos de suicidio (hay también otros factores que ocasionaron esta conducta).

Existe una resistencia cultural y normativa frente al cambio, a dejar la concepción tradicional que reflejen ante todo los patrones y normas de conducta familiar es oficialmente reconocidas como

vigentes. Para esta mujer de origen rural cuya finalidad era casarse y tener hijos hasta llegada su menopausia. Se encuentra con fuertes presiones de tipo socioeconómico que la hacen cambiar la realización de su rol femenino, con el cual estaba identificada por años. Mateos Cándano<sup>45</sup> también encontró que el factor socioeconómico es determinante para que las mujeres acepten medidas de control natal.

De pronto, ya no se debe tener más hijos, porque éstos, en vez de ser una ayuda para la economía familiar, como era en el campo, ahora son una pesada carga emocional, económica, familiar y social. La sociedad exige de ella otro rol, diferente con el que se identificó de niña. Esto le ocasiona una confusión interna y un agudo conflicto muy difícil de resolver, pues ni puede realizar su maternidad por la situación económica y social en que vive, ni puede gozar de su sexualidad por su prohibición interna.

Este cambio de rol es vivido en forma ambivalente por las mujeres de esta investigación; por una parte, no se desea ir en contra de los preceptos tradicionales "creced y multiplicaos", pues va relacionado con la idea de que ésto es un "pecado que implica sentimientos de persecución y culpa" (como en el caso 5, donde para la madre de la paciente el esterilizarse es equivalente a "pecado", reprobación y el consecuente castigo moral).

L.V. T. y Chun, mencionan que en estudios hechos con muje-

<sup>45</sup> Cándano Mateos, 1968 Op.Cit,  
L.V.T. y Chun, "Journal of Obstetrics and gynecology of the  
British Common-wealth, 74 : 875 . 1967

res de Hong-Kong han encontrado que existe una relación importante entre actitudes culturales y reportes de síntomas adversos, como reacción a la esterilización definitiva.

Friedman, Greenspan y Mittleman,<sup>46</sup> de acuerdo a sus estudios, sugieren que en mujeres con abortos terapéuticos, el aumento de sentimientos de culpa, duelo y autocastigo están íntimamente ligados a sus valores y expectativas sociales.

Pero por otra parte, las mujeres se sienten atraídas hacia la esterilización definitiva como un medio de enfrentarse y resolver problemas socioeconómicos, reales, que provocan una sobrecarga emocional en ellas y en todos los miembros de su familia. En ellas parece haber una "solidaridad femenina" (concepto de Marie Langer) que une a las mujeres emocionalmente con sus conflictos y angustias ante la dificultad que implica el alimentar, vestir, querer, educar a un hijo). Mateos Cándano encontró que un mayor número de mujeres aceptaban el control natal y que los hombres son los que mayor número de hijos deseaban.

Es interesante observar la multiparidad y el gran número de abortos, en las mujeres de origen rural lo cual corrobora, lo expuesto en el marco teórico acerca de la relación tan importante que existe entre el rol femenino y los patrones socioculturales.

<sup>46</sup> Friedman, Greenspan y Mittleman, Op.Cit, 1974  
Cándano Mateos Op.Cit., 1968

La esterilización definitiva como resultado del método de oclusión tubaria es un incidente más, un "emergente" en la vida de las parejas, que va a ser integrada de acuerdo a lo que ellas representan como personas: qué tan libres están de conflictos psicológicos, qué tantos elementos de integración y nexos emocionales sólidos existen entre los cónyuges. Esto nos dará bases para pensar cómo serán vividos los emergentes considerando que los fenómenos se dan en espiral cuando la relación matrimonial es buena, este suceso puede ser integrado y elaborado y ayuda a que las cosas vayan bien. Pero si la situación ya era conflictiva, el emergente, en este caso la esterilización definitiva, puede actuar como el factor externo desencadenante de una patología y desajuste previo.

Hemos encontrado en nuestra investigación que cuando ya existía el antecedente de la esterilización en los progenitores de las parejas estudiadas junto a una identificación con ellas, este hecho actuó como un elemento importante que les facilitó el aceptar la esterilización definitiva.

Llaman la atención aquellas parejas cuyos padres son bastante liberales y con un criterio amplio, a pesar de su limitada cultura y la información formal de la estructura emocional existente. Ahora también hay la posibilidad de que estos padres, viven por identificación proyectiva" (concepto de Melanie Klein) a través de sus hijos el que puedan gozar de su sexualidad, sin que ésto implique resultados no deseados.

Es importante el que en la mayoría de los casos, son pacientes de origen rural que emigran a la ciudad, lo cual como decíamos antes nos indica que existe ya un importante grado de arraigo de tradiciones, patrones de conducta e ideología previa completamente diferentes a las necesidades y vivencias de la ciudad que les causan un descontrol y un desajuste en su vida emocional. Es diferente la expectativa de su realización como pareja en la ciudad a la identificación y expectativa original del rol en su lugar de origen. Lo cual resultó una sobrecarga emocional en la pareja, que disminuye con la esterilización definitiva. Tomando en cuenta el aspecto económico digamos con Freud, que la energía que la pareja dedicaba a las preocupaciones socioeconómicas, la angustia de muerte o la amenaza de embarazos no deseados, como la angustia y la culpa que estos fenómenos internos provocaban, ahora esta energía sirve de catexis para manejar con acierto la realidad, para relacionarse mejor y para atender, comprender y dar afecto a sus hijos.

Ciertas parejas, que mantienen una relación matrimonial adecuada, en las que existen elementos y ligaduras fuertes entre ambos, la esterilización es un factor emergente que puede ser manejado y hasta puede ayudarlos a una integración adecuada. Más en aquellas con conflictos psicológicos previos a la esterilización, observamos que la fertilidad actuaba como medida de seguridad, ante diferentes conflictos latentes. En nuestra investigación, estos conflictos fue-

ron básicamente, la celotipia en los hombres y la frígidez en las mujeres.

La esterilización definitiva fué un accidente o el factor externo que desencadenó la agudización de conflictos emocionales latentes en cada individuo que repercuten en el desajuste emocional de la pareja.

C A P I T U L O VIII

## C O N C L U S I O N E S

La esterilización definitiva voluntaria sí satisface necesidades conscientes, lo cual no quiere decir que no se causen conflictos inconscientes que provocan efectos psicológicos negativos.

Las dificultades conscientes que motivaron a la pareja a solicitar la esterilización definitiva, como son las socioeconómicas, de multiparidad y de salud, fueron resueltas satisfactoriamente.

En las parejas con una relación matrimonial adecuada en la que existían elementos de integración y nexos emocionales sólidos entre ambos, la esterilización definitiva actuó como un factor emergente que pudo ser manejado, asimilado y hasta les ayudó a una mejor integración.

Al disminuir la sobrecarga emocional de la pareja, es más eficiente el manejo de su realidad y su productividad en diferentes áreas, su vida sexual se torna más satisfactoria y la atención hacia los hijos se vuelve más asidua.

En las parejas con una relación conyugal problemática la esterilización definitiva actuó como el factor emergente que agudizó su conflictividad latente.

Entre los factores Inconscientes relacionados con la este-

rilización definitiva que tienen una importante repercusión en los efectos psicológicos de la mujer, es posible citar:

El conflicto de la identificación de la mujer con su propia femineidad que incluye el antagonismo entre maternidad y sexualidad, el manejo de la "angustia de castración" y la capacidad de sublimar los impulsos maternos no realizados en otras áreas productivas y satisfactorias para la mujer. La contradicción entre la identificación con un rol femenino tradicional y la expectativa social de un rol femenino diferente a éste. El conflicto de manejar el duelo actual por la pérdida de la fertilidad si no se han podido elaborar pérdidas previas.

Entre los efectos psicológicos negativos encontramos principalmente, en los hombres, la celotipia, y en las mujeres síntomas sicosomáticos, frigidez, irritabilidad y tendencia al aislamiento y a la depresión.

En los dibujos de la figura humana de todos los entrevistados observamos que la percepción que tenían de la integración de su esquema corporal siempre nos dió la sensación de que o estaba incompleto o de que estaban francamente mutilados.

La esterilización en si tiene dos implicaciones importantes por una parte implica una castración, pues cualquier función que se pierde puede ser vivida como una castración simbólica; y por otra

parte que como toda intervención quirúrgica causa sentimientos comple-  
jos con respecto a la invasión del cuerpo.

C A P I T U L O IX

## PROPUESTAS

En primer término es importante que el equipo que maneja el proyecto de la "planificación familiar voluntaria" esté compuesto por un grupo interdisciplinario, formado por el médico gineco-obstetra, el psicólogo y una trabajadora social, enfermera, médico residente y secretario. Es muy conveniente que estas personas mantengan una actitud comprensiva con el paciente y le presten el apoyo necesario.

Es importante que se otorgue a las parejas que solicitan la esterilización definitiva un servicio de orientación psicológico pre y post-operatorio.

Es necesario realizar un estudio psicológico previo a la esterilización definitiva con el objeto de conocer el estado general del individuo que será operado, así como de la pareja, para poder prever y evitar en lo posible efectos psicológicos negativos.

Dada la realidad socioeconómica y la limitación del personal entrenado, recomiendo que la orientación psicológica previa a la esterilización definitiva, se realice en la siguiente forma:

- a) Tener una sesión de 2 a 3 horas con 5 parejas donde el psicólogo informe a las parejas tanto el aspecto médico de la operación, como sus implicaciones psicológicas y el consecuente cambio en el rol social.

- b) Tener una sesión durante 2 o 3 horas, únicamente con 5 mujeres que serán esterilizadas, con el objeto de que esclarezcan sus dudas, temores, y fantasías con respecto a lo que implica la pérdida de su fertilidad y lo que implica el cambio de su rol social al ser esterilizadas.
- c) Tener una sesión de 2 a 3 horas, únicamente con los hombres, con el objeto de que esclarezcan sus dudas, temores y fantasías con respecto a lo que significaría que su esposa ya no se embarace jamás y que pierda su fertilidad. Explicarle en que consiste la esterilidad de su mujer y la posible celotipia en él y el cambio que esto implica en la relación interpersonal y sexual con su esposa.

Después de la esterilización:

- d) Un mes después de la operación, una vez recuperada la mujer de la depresión sufrida, y antes de que estructure de nuevo el problema, es recomendable reanudar las sesiones, y tener una de 2 a 3 horas tan sólo con las mujeres esterilizadas, con el objeto de que elaboren el duelo por la pérdida de su fertilidad y la subsiguiente culpa. Analizar la capacidad de vivir su sexualidad sin maternidad, que elaboren a la vez el conflicto de ir en contra del rol social tradicional con el que están identificadas: el de "casarse y tener hijos" y lo

que representa este cambio de rol social. Orientarlas para que busquen alguna forma de sublimar sus instintos maternales frustrados en otras actividades que les ayuden a recobrar la confianza en sí mismas, para realzar su autoestima al sentirse útiles y productivas en otras cosas como puede ser el trabajo.

Hasta aquí creo que sería el mínimo de reuniones necesarias con objetivos de profilaxis. Ahora bien, sería ideal si también se pueden llevar a cabo:

- e) Una sesión sólo con los hombres, para que elaboren la pérdida de la fertilidad para ambos como pareja y la relación actual con su mujer;
- f) Otra con la pareja, para ver si hay necesidad de orientarlos en los emergentes que puedan tener como consecuencia de la esterilización.
- g) En los casos en que el duelo por la pérdida de la fertilidad no haya sido elaborado y se agudicen problemas psicológicos previos, se recomienda el otorgar a la mujer una psicoterapia breve con objetivos específicos para resolver este problema.
- h) En los casos en que dicho duelo no elaborado, afecte a los dos miembros de la pareja, realizar una psicoterapia breve de parejas, con objetivos específicos.

Es conveniente, no recomendar la esterilización definitiva voluntaria sino cualquiera otro método, en casos en que uno de los cónyuges esté desahusado (como en el caso 4) o haya muerto recientemente; igualmente en casos de personas inestables en su matrimonio donde haya probabilidades de separación. Otra contraindicación sería para personas que vean en la esterilización la solución a sus problemas, particularmente en los casos de frigidez, como vimos en el Caso 8, en donde la frigidez no fué resuelta más bien se agudizó, ocasionando otros conflictos. Sería conveniente no operar a personas que estén indecisas ante la esterilización definitiva, para evitar conflictos posteriores.

Tomando estas precauciones, seguramente se podrá ayudar gradualmente a que disminuyan las secuelas psicológicas negativas en la mujer esterilizada definitivamente; y por consecuencia en la relación interpersonal de la pareja.

Para investigaciones futuras sería recomendable aplicar la prueba del dibujo de la figura humana en forma pre y post-operatoria con el objetivo de verificar si hay algún cambio en el estado de la percepción del esquema corporal. Si la Integración del esquema corporal se ve afectado por la esterilización definitiva realizada a causa de una intervención quirúrgica en el cuerpo o si la percepción incompleta del cuerpo ya existía previamente.

Así mismo sería interesante, realizar 5 sesiones con grupos de 5

parejas, pre y post-operatorias para estudiar más profundamente las fantasías, temores y efectos de la pérdida de la fertilidad, para así poder ofrecer una mejor comprensión y entendimiento del problema.

B I B L I O G R A F I A

## LIBROS Y DOCUMENTOS DE CONSULTA

Abraham Karl. Psicoanálisis Clínico  
Buenos Aires. Editorial Paidós. 1959

Aray Julio. Aborto estudio psicoanalítico.  
Buenos Aires. Editorial Paidós. 1968

Asken Michael. Psychoemotional aspects of maste tomy;  
a review of recent literature. American Journal of  
Psychiatry 132: 1, 1975

Berelson Bernard. Programas de planeamiento familiar;  
una encuesta a internacional.  
Buenos Aires. Editorial Paidós. 1972

Campanella Ruth, Wolff John. Emotional reaction to  
sterilization. VI Conferencia anual de las universidad  
des americanas de gineco-obstetras.  
Chicago. 1973

Chasseguet J. Smirgel. La sexualidad femenina; nuevas  
aportaciones psicoanalíticas.  
Barcelona. Editorial Laia. 1973

Delta Iturralde Geny A., González Gutiérrez Salvador,  
Rivera Melo Vázquez Vicente. Conducta psico-social pre  
via y posterior a la esterilización definitiva volonta-  
ria en 153 mujeres durante el año de 1975. Instituto  
Mexicano del Seguro Social. Hospital de Gineco-obstetricia  
No. 1. Servicio de Planificación Familiar Voluntaria  
(Inédito).  
México. 1976

Dicks V. Henry. Tensiones Matrimoniales  
Buenos Aires. Editorial Paidós. 1970

Freud Sigmund, Obras Completas  
Madrid. Editorial Biblioteca Nueva Madrid. 1967

Friedman M. Cornelia; Greenspan Rhode; Mittleman Fay.  
The decision-making process and the outcome of  
therapeutic abortion CXXVII Conferencia Anual de la  
Asociación Americana de Psiquiatría.  
Detroit Mich. 1974  
Am. Journal of Psychiatry 13: 12 1974

Langer Marie. Maternidad y Sexo  
Buenos Aires. Editorial Paidós. 1964

Langer Marie y otros. Cuestionamos 2. Psicoanálisis  
institucional y psicoanálisis sin institución.  
Buenos Aires, Editorial Granica. 1973

Larguía Isabel y Dumoulin John. "Hacia una ciencia  
de la liberación de la mujer".  
Cuba. Editado por La Casa de las Americas. 1972

Leñero Otero Luis. "Investigación de la familia en México"  
México. Editado por el Instituto Mexicano de Estudios So-  
ciales, A.C. 1971

Klein Melanie. Contribución al Psicoanálisis  
Buenos Aires. Editorial Paidós. 1964

Klein Melanie. Nuevas Direcciones en Psicoanálisis.  
Buenos Aires. Editorial Paidós. 1965

Klein Melanie, Heimann P. Isaacs S. y Riviere J.  
Desarrollos en Psicoanálisis.  
Buenos Aires. Editorial Paidós. 1967

Masters H.W., y Johnson E.V. Respuesta Sexual Humana.  
Buenos Aires. Editorial Intermedia. 1967

Mateos Cándano M., Bueno Lázaro Rosaíba, Chávez Luis F.  
Actitud y Anticoncepción.  
México. Editorial Centros Estudios Reproducción. 1968

Mead M., Engels F. y otros. El problema de la mujer  
Buenos Aires. Editorial Paidós. 1968

Miró A. Carmen. VIII Conferencia Mundial de Planificación  
Santiago de Chile (inédito) Abril de 1967

Palacios Agustín. Planificación familiar, salud y política  
de población. (inédito)  
México, 1976

Pohlman Edward. Psicología de la planificación familiar.  
México. Editorial Pax, Mexico. 1974

Ramírez Santiago. Esterilidad y Fruto. Psicología de la función procreativa. México. Editorial Pax. 1962.

Ramírez Santiago. El mexicano, psicología de sus motivaciones. México. Editorial Pax 1966

Sandberg Eugene, Jacobs Ralph. Psychology of the misuse and rejection of contraception. XXVII Conferencia anual de la Costa del Pacífico, de la Sociedad de gineco-obstetricia. Hawai. 1970

Sim Myre, Emens M.J., Jordán A.J. Psychiatric aspects of female sterilization. Gran Bretaña. United Birmingham Hospitals. British Medical Journal 3,220. 1973.

Soifer Raquel. Psicología del embarazo, parto y puerperio. Buenos Aires. Editorial Kargieman 1971

Díaz Conty Ricardo y otros. La mujer como objeto sexual. Ponencia presentada en el XIV Congreso Nacional de Psicoanálisis. México. 1975