



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



"FRIGIDEZ"

UNA REVISION BIBLIOGRAFICA

T E S I S

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Presenta:

HILDA BARAM KAPTZ

CIUDAD UNIVERSITARIA

NOVIEMBRE 1976



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

Expreso mi agradecimiento a la
Dra. Raquel Radosh de Heiblum
por la cuidadosa dirección y -
revisión de esta tesis.

Agradezco al Dr. Juan R. la
ayuda recibida al orientarme
en la elaboración de este -
trabajo.

01371

A Karen mi hija, con todo mi amor.

A mis padres, con gran cariño
y agradecimiento

A mis hermanos Cecilia y Pedro,
con mucho afecto

A Fernando Arizmendi
muchas gracias

I N D I C E

Cap.		Pág.
	Introducción	1
I	Desarrollo Psicosexual	6
II	Conceptos de frigidez y orgasmo	34
III	Grados y tipos de frigidez	49
IV	Etiología	64
V	Procedimientos terapéuticos	91
VI	Resumen y conclusiones	99

INTRODUCCION

El presente trabajo ha tenido como propósito fundamental, el hacer una revisión y recopilación de las principales tendencias teóricas vertidas en la literatura especializada - en relación al tema de la frigidez, con la finalidad de obtener una mayor comprensión en relación a este tópico, el cual ha adquirido actualmente un énfasis creciente en la literatura, y por lo tanto una mayor advertencia de este mismo. Si - bien se entiende que este fenómeno es sólo un fragmento dentro del amplio campo de la sexualidad femenina, esta revisión estará preponderantemente abocada a la recopilación de datos con respecto al síntoma.

Muy probablemente el hecho de que la sexualidad en general haya dejado, hasta cierto punto, de ser un tema prohibido, unido al hecho de la comprobación estadística de la alta incidencia de la frigidez y de sus repercusiones en la vida - de la mujer, tanto como individuo, como parte de una pareja y como miembro de una sociedad, hacen que este tópico haya adquirido significación creciente con el correr del tiempo.

Dentro de la literatura especializada, la frigidez al ser considerada como un síntoma, aparece como acompañante de los más diversos cuadros nosológicos. Sin embargo se ha notado tanto en los trabajos clínicos como en los teóricos, que -

independientemente del interés particular sobre este síntoma, también se enfatizan aspectos más amplios de la conducta como son sus repercusiones en las relaciones de pareja, en la actitud maternal y en general en el desarrollo pleno de la feminidad.

El comportamiento sexual de la mujer ha preocupado e intrigado a los estudiosos de la conducta humana desde los -- tiempos más remotos. Especialistas de todos los campos, como antropólogos, sociólogos, literatos, psicólogos y psicoanalistas, han querido penetrar en el misterio de la conducta sexual femenina, a pesar de lo cual hasta la fecha permanece en una situación enigmática, aunque poco a poco se han ido aclarando algunos aspectos de la misma.

En términos generales, se podría decir que desde los remotos tiempos de los Romanos (principalmente a través de -- los escritos de Horacio y Ovidio), así como en el mundo Islámico y en las escrituras orientales (como el Kama Sutra), los autores que han tocado el tema de la sexualidad han acordado la responsabilidad del hombre en la plena satisfacción de la mujer. Esta situación perdura hasta nuestros días en los que todavía podemos encontrar esta conceptualización parcial en -- algunos manuales modernos para matrimonios.

Esto se debe primordialmente, a que desde siempre se

ha equiparado a la masculinidad con la actividad y a la femi-
nidad con la pasividad y con el deseo narcisista de ser amada.
Sólo hasta fechas relativamente recientes, se está entendi-
endo que la receptividad femenina no implica ningún grado de pa-
sividad, por el contrario, una participación plenamente acti-
va en el interjuego de la pareja.

Entre otras, la Teoría Psicoanalítica es una de las -
que no se ha conformado con el hecho de responsabilizar al -
hombre en forma exclusiva de la gratificación sexual de la mu-
jer, por lo que ha buscado el comprender los mecanismos por -
los cuales la mujer inhibe o limita su respuesta sexual. En -
esta búsqueda se han logrado desentrañar algunos de los meca-
nismos genéticos, dinámicos, económicos, estructurales y adap-
tativos que entran en juego y que dan como resultado el sínto-
ma.

Por otra parte, las concepciones teóricas no psicoana-
líticas también han tratado de ahondar sobre el tema de la --
sexualidad en general, y por supuesto, en el tópico específi-
co de la sexualidad femenina y sus trastornos. Estas contri-
buciones cuyo inicio podríamos señalar en los estudios de Kin-
sey, que es el primero que comienza a sistematizar sus hallaz-
gos sobre la conducta sexual, culminan con las aportaciones -
de Masters y Johnson, tanto de la sexualidad normal, como de
las disfunciones sexuales en la mujer, así como en los tipos

de tratamiento en los que se aprecia cierto énfasis hacia los factores fisiológicos, por un lado, y por el otro hacia los factores de tipo cultural.

El propósito de esta tesis es la recopilación, hasta donde es posible, de las principales tendencias teóricas vertidas en la literatura especializada acerca de la frigidez. En este intento de recopilación se tomarán en cuenta tanto a las concepciones psicoanalíticas que enfatizan y desmenuzan los factores de orden psicogénico, como las teorías no psicoanalíticas que han hecho aportaciones con una aproximación y metodologías diferentes sobre el problema de la frigidez.

En este sentido no es la intención de este trabajo el contraponer las diversas posturas teóricas, sino por el contrario tratar de hallar aquellos elementos convergentes, comunes y coincidentes de las diferentes investigaciones.

En el desarrollo del tema se seguirá el orden siguiente: al principio se hará una revisión sobre el desarrollo psicosexual que servirá como base y fundamento para poder, posteriormente, entender los cambios, vicisitudes y trastornos que hayan sucedido en el transcurso del mismo y que finalmente se traducirán en limitaciones más o menos severas de la capacidad orgástica femenina. Posteriormente se abordarán los diferentes conceptos y definiciones de frigidez y orgasmo, te

niendo en cuenta los diferentes tipos y grados de frigidez observables en la clínica. Más adelante se versará sobre la etiología del síntoma, para posteriormente plantear en el siguiente capítulo un breve panorama respecto a los diferentes procedimientos terapéuticos que proponen las diferentes concepciones teóricas para la curación del síntoma. Finalmente, en el último capítulo se darán las conclusiones y se señalarán los aspectos más relevantes y significativos de la frigidez.

CAPITULO I DESARROLLO PSICOSEXUAL

La comprensión psicoanalítica de las causas de la - frigidez fue dependiendo de la formulación de una teoría - comprensiva del desarrollo psicosexual de la mujer, de la - cual Freud se ocupó desde 1905 (12) hasta 1938 (13).

En gran parte, la discusión acerca de la frigidez ha sido subordinada a la presentación de conceptos relacionados con el amplio campo del desarrollo psicosexual femenino.

Freud descubrió la sexualidad infantil, que imputa al niño sentimientos hasta entonces rechazados por la sociedad y, al mismo tiempo, señaló las formas en que esta sexualidad infantil se manifiesta en el adulto en función de las fijaciones y/o regresiones observables en la patología, o - en los actos preparatorios de la sexualidad genital. Freud vió la genitalidad como "un momento" de la sexualidad: y a partir de aquí estos términos dejaron de ser sinónimos.

Lo sexual aparece como impulsado desde dentro por - una fuerza, un instinto (concepto limítrofe colocado en la frontera entre lo biológico y lo psíquico), que representa una compleja forma de integración de ambos. Sexo supone -- cuerpo. En la Teoría Freudiana se estudia la evolución de un impulso que lleva a establecer optativamente relaciones

con los demás, entendidas a su vez como ocasiones para activar y descargar ese impulso. Cuando Freud habla de los ingtintos como motores del psiquismo, habla de un hombre movi-do por fuerzas que le son ajenas y de las que debe hacerse cargo facilitando su descarga, por lo que el principio de -placer y de constancia hallan su lugar (14). Supone la primacia de un Ello anterior a todo trato, con un Yo surgido -de la necesidad de facilitar el trabajo del Ello, y un Su-peryó que representa los peligros a tener en cuenta en esta tarea de descarga (15).

El principio de constancia y su corolario el del -placer, aparecen rigiendo un aparato psíquico, cuyo fin, es equilibrar tensiones, primero internas, luego derivadas de la interacción de lo interno con lo externo. Esta búsqueda de equilibrio cuenta con un mecanismo: la represión, que -permite o no la descarga, negando o posibilitando el pasaje del impulso al sistema conciencia-movimiento. En el segun-do caso se hace conducta. En el primero queda como energía que busca una salida lateral, la representada por el síntoma que es una conducta sustitutiva y vicaria. La fuente de toda esta dinámica es el Ello, visto como la representación -psíquica de las tensiones orgánicas que inopinadamente inva-den al psiquismo, que de otro modo nada tendría que ver con estas tensiones que lo distraen y enferman.

Para un psiquismo que es a la vez fuente de goce y casa de demonios, el otro y el mundo aparecen tardíamente, cuando se hace necesario el contacto para llegar a una mejor descarga; pero además, aparecen esencialmente como frenos de la posibilidad de placer, por lo cual se hace necesaria una instancia que intente el difícil equilibrio entre las demandas de un reservorio de impulsos que anteceden el contacto con la realidad y una realidad que no siempre los favorece. (es el concepto de demora elaborado por Freud en el Cap. VII de la interpretación de los sueños (16)).

La Teoría Psicoanalítica atribuye al recién nacido instintos, libido, un principio de diferenciación de niveles de conciencia, un depósito llamado ello y finalmente una condición descrita como narcisismo primario.

Se le atribuyen al ser humano desde su nacimiento los instintos, clasificados por Fenichel (10) en primarios y secundarios. Los primarios, tales como el hambre, sed, tienen la necesidad de satisfacerse de inmediato, y los segundos, que son los instintos sexuales, si no se les gratifica en su forma original pueden modificarse, cambiar de finalidad y de objeto, desaparecer de la conciencia o reaparecer con disfraces diferentes.

El instinto es un estímulo continuamente activo que

tiene su origen en el interior del cuerpo y que va surgiendo del terreno somático a la psique. Son movimientos psíquicos que tienen un origen somático y se manifiestan físicamente.

Existe el factor dinámico del instinto, es decir la cantidad de energía representada. Este factor se llama impulso.

Este autor describe 3 características del instinto que son: finalidad, objeto y fuente. Finalidad es: la satisfacción del instinto que se logra mediante una descarga que disipa la situación física de excitación para recuperar un estado en el que no haya necesidad instintiva (principio de constancia). Objeto es: instrumento, medio para lograr la satisfacción. Fuente es: El estado físico-químico del que surge.

Freud mostró dos grandes grupos de instintos: El de autoconservación y los sexuales (12) (explicados por Fenichel como primarios y secundarios). Postula Freud, que el primer fin del hombre es vivir como individuo luchando para mantener y prolongar su existencia, pero también constituye un eslabón en la cadena de las generaciones y tiene que cumplir su deber para con la especie. Esta tarea es su sexualidad. Esta concepción dualista se relaciona con la posibilidad de encontrar la base química de los instintos -

sexuales. Rectifica esta postura a partir de 1920 (17), -- postulando una nueva teoría instintiva que divide a los ins tintos en dos: uno de vida y uno de muerte. El de vida in cluye a la libido y parte de los instintos del Yo, y el de muerte, presente desde el nacimiento, se relaciona con la tendencia de la vida orgánica a volver a su estado inorgáni co previo.

Cada individuo posee una cantidad de energía que - sirve como reserva para la expresión sexual en su sentido - más amplio. Según Freud la cantidad de libido individual - (energía de los instintos sexuales) es fija y presumible- mente se encuentra presente desde el nacimiento. En el cur so del desarrollo ésta se liga a diferentes zonas y sufre - transformaciones que Freud describe como las viscisitudes - de la libido: (14) su orientación hacia afuera o hacia aden tro, su fijación, regresión, represión y sublimación.

Se puede caracterizar el aparato mental del recién nacido como una estructura indiferenciada de la que pronto empiezan a surgir los diferentes niveles de conciencia. -- Desde un punto de vista estructural originalmente todo el - aparato correspondiendo al ello (elaboración teórica modifi cada por Hartmann en 1939 (19) con sus conceptos de matriz indiferenciada y de funciones autónomas del Yo).

Otra condición que es parte del potencial del recién nacido es el estado de narcisismo primario, es decir que dirige la libido hacia sí mismo antes que sobre otras personas u objetos del mundo exterior. El narcisismo primario es el estado original del recién nacido incapaz de distinguir entre sí mismo y los objetos externos. Las finalidades sexuales de este período son autoeróticas. (18)

Los instintos-fuerzas independientes y originales conllevan el concepto de zonas erógenas, de zonas a través de las cuales se opera el contacto que canaliza la descarga.

El desarrollo psicosexual, entendido como un instinto que se traduce en conducta, culmina en Abraham (2) (3) - (4) (5) (6) con su prolija descripción de las fases del desarrollo libidinal. Cada una de estas fases implica una cierta localización, una zona erógena que es el asiento de la descarga instintiva. Esta descripción tiene como punto de vista, que para la libido lo primordial es la descarga, de ahí que jerarquice la vía y modalidad de las descargas. El concepto de zonas erógenas insiste en que el placer es el fin de la libido y el objeto es sólo la ocasión de placer.

En la sexualidad infantil las áreas de mayor sensibilidad no son necesariamente los genitales; tienen importancia otras zonas erógenas, como la boca, por ejemplo, y la finali-

dad es diferente, porque la sexualidad infantil no conduce a una relación sexual, sino que se satisface con actividades - que luego tendrán su parte en el juego preliminar de la sexualidad genital. La sexualidad infantil tiende a ser autoerótica más bien que dirigirse hacia los objetos. En este período pre-genital se pueden describir varias etapas de desarrollo, etapas que no se encuentran claramente definidas, más bien una se convierte gradualmente en otra, superponiéndose ambas en parte.

ETAPA ORAL

Esta es la que se extiende hasta más allá del primer año de vida. La expresión del instinto sexual es la succión y el pecho de la madre es el objeto original del instinto sexual del niño. Además de satisfacer la necesidad de alimentarse, el acto de chupar resulta en sí placentero. Descubre el niño este placer al alimentarse, pero pronto nota que la excitación de la boca y labios es gratificadora aún sin comida. En los instintos inicialmente hay una fusión entre placer y necesidad fisiológica, luego se separa la necesidad fisiológica de la sensual y esta es la explicación al autoerotismo o sea chupar el dedo.

La primera finalidad de este erotismo oral es la placentera estimulación autoerótica de la zona erógena bucal. -

Más tarde se agrega otra finalidad: el deseo de incorporar objetos. El niño considera a los individuos solo como comida o proveedores de ella y fantasea que se une a su fuente de alimentación tragándola o incorporándola y convirtiendo de este modo al objeto como una parte de sí mismo. A estas finalidades de incorporación corresponden temores orales específicos, como el miedo de ser comido. Esta primera fase que se acaba de describir: placer de la succión y la incorporación oral, es la que dá el modelo de identificación primaria y llega hasta más o menos los seis meses de edad, o sea, antes de la aparición de los dientes. En esta primera fase, el bebé no puede distinguir entre él mismo y los demás, no concibe a la "madre" como individuo. El reconocimiento se produce gradualmente. Las primeras ideas se refieren a cosas que producen satisfacción y están ausentes en determinados momentos (pecho-mamadera); todavía no se percibe a la "persona". Posteriormente empieza a diferenciar impresiones seguras en las que puede confiar, y extrañas, vividas como peligrosas. De las seguras espera alimento. El niño empieza a amar las partes confiables de la madre y gradualmente la reconoce como un todo: la unión oral con la madre se convierte en su finalidad.

Siguiendo a Abraham (2) (4), se considera al período oral dividido en dos fases: la primera del placer de la succión y la de incorporación oral, denominada como pasiva,

y que fue descrita anteriormente, y la segunda fase, que comienza con la aparición de los dientes: oral canibalística. Como respuesta a las frustraciones que se producen en relación a la alimentación, el niño trata de desquitarse mordiendo. Este deseo de dañar o destruir al objeto es llamado sadismo oral en contraposición al anterior erotismo oral. En esta segunda parte de la etapa oral, cuando aparecen impulsos sádicos, se establece un nuevo tipo de relación que se conoce por ambivalencia, que consiste en la existencia concomitante de dos actitudes opuestas hacia una persona: amar y odiar. Así, el niño en la etapa caracterizada por el deseo de morder, aspira a la unión placentera con la madre y en los momentos de frustración desea también destruirla. El amor y el odio son derivados posteriores de este proceso. Las relaciones posteriores están permanentemente coloreadas por el hecho de que las primeras relaciones amorosas de la vida infantil se establecen en un momento en el que las personas que el niño ama son las que alternativamente lo gratifican y los frustran (Hartmann, Kris, Loewenstein (20)).

Durante la etapa oral, el Yo va a desarrollar mecanismos defensivos primitivos, derivados de situaciones fisiológicas: Tragar (introyección, se logra a través de ésta la identificación primera), escupir (proyección), negación, escisión, fijación, y regresión.

FASE ANAL

De los dos a los cuatro años, la zona anal adquiere gran importancia en la formación de la personalidad. El placer anal está presente desde el comienzo de la vida, pero en este período ocupa un lugar destacado.

Hay dos fases anales: la primera expulsiva y la segunda retentiva. La finalidad de la fase expulsiva es gozar las sensaciones placenteras en la excreción. Además de descargar la tensión. La eliminación estimula la membrana mucosa de la última porción del intestino, brindando un placer - sensual comparable al del chupeteo en la etapa oral. Además del placer natural, se produce una mayor estimulación como consecuencia de la insistencia de los padres en las funciones anales. La atención de los adultos lleva al niño a aumentar su interés activo. Aprende a retener las heces para sentir después una expulsión más placentera.

El aspecto sádico de la primera fase anal deriva del acto de la expulsión misma. El niño considera las heces como objetos que son destruidos por la eliminación. Más tarde intervienen los factores sociales, puesto que el niño puede emplear su facultad de excretar desafiando a los padres.

En la segunda fase retentiva, el placer pasa de expe

ler las heces a retenerlas. Descubre que la retención también brinda una estimulación de la membrana mucosa y también percibe el valor que los adultos atribuyen a la evacuación. Ya que estos productos se consideran tan preciosos, el niño quiere guardarlos para sí. En esto aparece de nuevo el elemento sádico, ya que puede utilizar sus heces como regalo para demostrar amor o retenerlas como gesto hostil hacia los padres que se interesan en su producción.

Las relaciones de objeto en el período anal son ambivalentes como en la etapa sádico-oral. La ambivalencia anal tiene su base en la actitud contradictoria hacia las heces: expeler un objeto de su cuerpo y retenerlo como una posesión preciosa.

Un segundo tipo anal de relación es la bisexualidad. El recto es un órgano hueco, como órgano excretorio puede expulsar activamente algo; como órgano hueco puede ser estimulado por un cuerpo extraño que entra. Las tendencias masculinas derivan de la función de expulsar y las femeninas de ser estimulado por un cuerpo que entra.

En la educación de esfínteres se presentan oportunidades para gratificaciones hostiles y sensuales. Los objetos como las heces pueden ser retenidos o introyectados, tanto como eliminados y excluidos.

Las relaciones anales tienen una orientación ambivalente, puede expresar cariño en forma arcaica (defecar junto a alguien) o si son condenadas como sucias representan hostilidad y desprecio.

En la fase anal se produce el verdadero comienzo del amor por otras personas. Amar implica considerar a otro y - esto se manifiesta en este período en la voluntad del niño - de ceder su valiosa materia fecal para complacer a sus padres. Este será el prototipo de la capacidad de dar. Opuestamente las imposiciones muy rígidas, los intentos prematuros de control, favorecen la actitud hostil hacia los otros, así como las fijaciones.

El sadismo como agresión placentera contra un objeto, es característico de este período y también hace su aparición el masoquismo forma rudimentaria. Es masoquista la finalidad pasiva de derivar placer de una experiencia dolorosa.

El Yo en esta etapa desarrolla los siguientes mecanismos de defensa: formación reactiva, aislamiento, anulación, transformación en lo contrario, que tienen como base el mecanismo de la represión.

FASE FALICA

EROTISMO URETRAL: Es la etapa intermedia entre la -

anal y la fálica. Abraham (1) y Fenichel (10) reconocen la importancia del erotismo uretral, pero piensan que está entremezclado con la etapa fálica. La finalidad del erotismo uretral es el placer asociado a la micción. También un segundo placer es el de la retención. Al principio, el placer es autoerótico; luego se vuelve hacia los objetos. En general puede tener un doble significado: 1) una connotación sádica, debido a la penetración activa acompañada de fantasías de dañar y destruir o 2) una actitud pasiva de dejar correr. En niñas sirve más tarde para expresar los conflictos que giran alrededor de la envidia del pene. Un rasgo importante en el erotismo uretral es el placer narcisista de aprender a controlar el esfínter vesical.

La envidia del pene en la niña.- La fase fálica en las niñas se caracteriza por el predominio fisiológico del clítoris sobre la sexualidad vaginal y por un conflicto psicológico que gira en torno a la envidia del pene. En este período, el clítoris es el órgano que procura más sensaciones y el que atrae y descarga más excitación sexual. Es el centro de las actividades masturbatorias. El pasaje del clítoris a la vagina se produce por lo general en la pubertad.

La envidia del pene aparece cuando la niña se percatada de la diferencia de sus genitales con los del varón. No solo siente que desearía tener un pene, sino que probablen

te lo tuvo y lo perdió. Percibe que la posesión de un pene ofrece ventajas en lo referente a la masturbación y a la micción y esta idea se acompaña de la sensación de que la falta de pene es un castigo. La masturbación en el período fálico aumenta su frecuencia y aparecen fantasías referentes a objetos. Los temores y sentimientos de culpa asociados con la masturbación, no son provocados en forma primaria por la actividad misma, sino por la naturaleza de las fantasías asociadas, que por lo general son de tipo edípico.

El complejo de Edipo.- El varón en la etapa fálica permanece ligado a su primer objeto, la madre. El amor sexual por el progenitor del sexo opuesto y el odio al del mismo sexo, al que se llega a desear la muerte, constituye el apogeo de la sexualidad infantil. La superación de las tendencias edípicas es el prerrequisito de la sexualidad adulta normal.

La forma especial que adopta el complejo de Edipo en cada individuo depende de sus experiencias. Algunas de estas influencias son las siguientes según Fenichel (10):

- a) Seducciones prematuras, reales o fantaseadas
 - Observación de escenas sexuales (escenas primarias)
 - Nacimiento de un hermano que priva al niño de atención materna.
- b) Amor sexual inconsciente de los padres por sus hijos que

despierta tentaciones y culpa.

- c) Hijos únicos que sufren con mayor intensidad, pues no hay hermanos que compartan y alivien la tensión.
- d) Ausencia de uno de los progenitores.
- e) Conflictos y discusiones entre los padres.
- f) Convicciones morales familiares.
- g) El nivel social de los padres afecta la forma particular del Edipo.

Los niños de clase baja están más expuestos a experiencias agresivas y sexuales.

El desarrollo de las relaciones objetales es más complicado en la niña, porque ésta debe cumplir un proceso más: el pasaje de la madre al padre. Las experiencias más importantes son las desilusiones que la hacen apartarse de la madre, como el destete, el control de esfínteres y el nacimiento de hermanos. Además, hay una desilusión específicamente femenina que resulta más significativa: la impresión de que alguna vez tuvo pene y su madre se lo quitó. La finalidad de la niña es entonces conseguir que el padre le suministre lo que le fué negado por la madre. En la fantasía la idea del pene es suplantada por la del "niño" y las exigencias receptivas reemplazan a las activas. El complejo de Edipo en la niña es análogo al del varón. El amor por el padre y el deseo de tener un hijo de él, se combina con un odio cargado de celos y de sentimientos de culpa hacia la madre. Sin em-

bargo, persisten restos del anterior vínculo preedípico con la madre, de manera que las personas del sexo femenino tienen mayor ambivalencia hacia su madre que las del sexo masculino hacia su padre.

En esta etapa el mecanismo de represión establece mayor primacia y es más evidente.

La fase fálica que ha sido descrita anteriormente es la postulada clásicamente por Freud y enriquecida siguiendo su misma línea de pensamiento por autores como S. Lampi de Groot, Deutch, Mack Brunswick, Bonaparte. Por otro lado este estudio ha sido fuente de grandes controversias de parte de otros autores cuyas opiniones son opuestas a la de Freud y entre los cuales se puede nombrar a Müller, Horney, Jones y Klein. Estos últimos están en desacuerdo con ciertos conceptos freudianos pero específicamente se oponen a la afirmación del monismo sexual fálico en ambos sexos y la total identidad de la sexualidad de la niña y el niño hasta el complejo de castración y la pubertad, de que no existe un órgano sexual completo, que sólo cuenta con su clítoris, que a partir del complejo de castración es vivido como un pene castrado, y que no tiene vagina puesto que aún no ha sido descubierta y no posee de la misma conocimiento ni siquiera inconsciente. De esta postura se desprende fácilmente que la envidia del pene sea para Freud y seguidores un fenómeno PRIMARIO y fun-

damental de la psicosexualidad femenina, puesto que la niña no puede hacer otra cosa que intentar colmar la profunda y dolorosa carencia pulsional y narcisista que domina la mayor parte de su infancia.

Los autores cuyas opiniones son opuestas a las de Freud, coinciden en su negativa a considerar a la mujer como si fuera un "hombre incompleto".

Según ellos, la vagina es el primer órgano sexual investido libidinalmente. La niña es mujer de inmediato. La investidura del clítoris es secundaria y defensiva, empujando a la niña razones conflictuales para rechazar sus pulsiones genitales ligadas a la vagina: "La vagina no descubierta es una vagina negada (Horney).

El conjunto de estos autores está de acuerdo en achacar el rechazo de las pulsiones vaginales a los temores narcisistas ligados a los atentados de los que será objeto el interior del cuerpo.

La investidura erótica se transfiere entonces al clítoris, órgano sexual externo. Por este motivo el problema de la envidia del pene se encaró de una forma totalmente distinta.

Para Müller, la envidia del pene se alimentó debido a la herida narcisista, resultante de la insatisfacción de las pulsiones genitales (vaginales) rechazadas, estando ligada la estima de sí, a la satisfacción de las pulsiones inherentes al sexo del individuo.

Para Horney, la envidia del pene es debida a las características propias del pene (órgano visible, micción a achorro), pero también y sobre todo a los temores que se ligan con la vagina en ambos sexos. Para la niña estos temores están asociados a su deseo edípico de ser penetrada por el pene del padre al que se le confiere un poder de dislocación.

Para Klein, el deseo libidinal del pene es primario. Se trató primero de un deseo oral, prototipo del deseo vaginal. La realización de este deseo pasa por la fantasía de arrancar sádicamente a la madre el pene del padre, que incorporó. De aquí resulta que los temores de retaliación provenientes de la madre pueden herir y destruir el interior del cuerpo de la niña. Pronto conocerá la niña la envidia del pene para:

- 1) Poder verificar, con ayuda de la posesión de un órgano externo, la nulidad de sus temores, sometiéndolos a la prueba de realidad.
- 2) Para utilizar el pene como un arma capaz de satisfacer sus deseos sádicos, referentes al cuerpo materno.

- 3) La culpabilidad resultante de estas fantasías puede llevarla a desear devolver a la madre el pene arrancado, a colmarla, a repararla, regresando a una actitud homosexual activa para la que se considera necesaria la posesión del pene.

Cambio
 Todos estos autores conceden un importante lugar al padre y al pene en la psicosexualidad de la niña en contraposición a Freud y seguidores, quienes confieren al padre un lugar central en el Edipo del niño mientras que lo reducen considerablemente en el Edipo de la niña y cuando se establece el edipo positivo, no es gracias a su amor por el padre y sus deseos femeninos, sino en razón de sus deseos masculinos, de la envidia del pene que va a intentar obtener acercándose a su detentor el padre y el deseo de tener un hijo del padre cuando aparece en el curso del desarrollo normal de la niña, no es en la Teoría de Freud un deseo primario, ligado a su misma feminidad, sino un deseo secundario, sustituto de la envidia del pene.

A pesar de su negativa fundamental de admitir el carácter secundario del Edipo femenino, los autores opuestos a Freud piensan que el deseo edípico de la niña es despertado y activado precozmente por la frustración que le inflige el pecho materno, que entonces se convierte en malo. Es pues el carácter malo del primer objeto lo que está en el origen del

cambio de objeto, buscando la niña un buen objeto capaz de -
procurarle las satisfacciones narcisistas y objetales de las
que carece. El segundo objeto -el padre y su pene- estará -
sometido a un proceso de idealización por el hecho de la re-
lación decepcionante con el primer objeto.

En efecto, una creencia en la existencia de un buen
objeto, capaz de paliar todas las carencias del primero, se
considera necesaria para que tenga lugar un cambio de objeto.

FASE DE LATENCIA

Algunos autores observan una disminución relativa de
los intereses sexuales infantiles y la aparición de nuevos -
intereses y actividades. La energía que se dedica a estos -
nuevos intereses deriva aún de lo sexual, pero obra en gran
medida a través de sublimaciones parciales y formaciones --
reactivas. En las teorías modernas como lo podemos ver en -
Blos (7) se postula que más que una disminución de intereses
sexuales, este período de latencia proporciona al niño los -
instrumentos en términos de desarrollo del Yo, que le prepara-
ran para enfrentarse al incremento de los impulsos en la pu-
bertad. El niño, está listo para la prueba de distribuir el
influjo de energía en todos los niveles del funcionamiento -
de la personalidad, los cuales se elaboran durante este perío-
do. De ahí que sea capaz de desviar la energía instintiva

a las estructuras físicas diferenciadas y a diferentes actividades psicológicas, en lugar de experimentar esto solamente como un aumento de la tensión sexual y agresiva.

Lo que en verdad cambia durante el período de latencia es el incremento del control del Yo y el superyó sobre la vida instintiva.

El desarrollo psicosexual en la latencia está inhibido en sus fines. Aunque la quietud es a menudo más aparente que real y persisten la masturbación, las tendencias edípicas y las regresiones pregenitales. Por lo tanto la atenuación de la sexualidad es relativa y no absoluta. Los deseos libidinales dirigidos hacia los padres son reemplazados por expresiones de afecto sublimadas, ternura, respeto. Aunque el niño busca todavía la proximidad del objeto amoroso. Las reacciones hostiles tienden a desaparecer y se manifiestan las primeras tendencias a hacer amigos entre otras personas del ambiente.

Bornstein (8) habla de dos fases en la latencia: la primera, caracterizada por un aumento en la ambivalencia, que se expresa en una conducta alternante de obediencia y rebelión, a la que sigue el autoreproche, y la segunda, más o menos a los ocho años, en la que el niño está en condiciones

de ser influido por los niños que le rodean y por los adultos que no sean sus padres. La posibilidad de comparar a sus padres con otras personas hace que el niño deje de considerarlos omnipotentes.

PREPUBERTAD Y ADOLESCENCIA

Según Anna Freud (11), en la fase prepuberal los impulsos irrumpen nuevamente, junto con la agresión, los componentes pregenitales y las fantasías edípicas. Al inicio de la pubertad, la libido se concentra sobre sentimientos, fines e ideas genitales y la conducta mejora en apariencia. Pero las vías de expresión heterosexuales se encuentran limitadas por la sociedad, de manera que son frecuentes los conflictos acerca de la masturbación. La adolescente descubre la vagina como fuente de placer, pues hasta entonces sólo le habían interesado el clítoris y el deseo de ser como los varones. En esta época afronta el problema de aceptar la función femenina y su papel receptivo. El narcisismo es elevado en esta etapa en ambos sexos.

El adolescente tiene que combatir las fantasías edípicas reactivadas durante la prepubertad. Reemplaza los lazos con los padres por nuevos vínculos. Estas relaciones amorosas con una persona de su propia edad o con un sustituto parental, son apasionadas y exclusivas, pero efímeras.

Estas fijaciones amorosas son sumamente narcisistas y representan en realidad formas primitivas de identificación. Después de esta ola de narcisismo se produce una fase normal y temporaria de relaciones homosexuales. Hay un cambio de elección de objeto, de homosexual en la prepubertad, a bisexual en la primera parte de la pubertad y luego a heterosexual en la pubertad avanzada.

Los elementos significativos de la estructura central femenina son el narcisismo, la receptividad y el masoquismo.

Los mecanismos de defensa utilizados en esta etapa son: el altruismo, el ascetismo (repudio de los deseos instintivos), la intelectualización y la creatividad.

APORTE DE ERIKSON (9):

Erikson elabora la teoría del desarrollo psicosexual mediante la descripción de "zonas" y "modos". Diferencia tres zonas:

- 1) Oral sensorial que incluye las aberturas faciales y la parte superior del tubo digestivo.
- 2) Anal, constituida por los órganos de excreción.
- 3) Los genitales.

Los cuatro modos de aproximación de estas zonas son:

- 1) Incorporativo
- 2) Retentivo
- 3) Eliminatorio
- 4) Intrusivo

Durante la primera etapa, la zona oral-sensorial se encuentra dominada por el primer modo incorporativo. El niño no solo chupa y traga los objetos adecuados, sino que también absorbe con los ojos lo que entra en su campo visual, abre y cierra el puño para asir las cosas y hasta parece incorporar lo que táctilmente le parece bueno. En este momento los otros modos funcionan de manera auxiliar: el niño aprieta las encías (segundo modo retentivo), escupe y eructa (modo eliminativo), cierra los labios (modo retentivo) y los bebés más vigorosos tienden a aferrar el pezón (modo intrusivo). Estos modos auxiliares permanecen subordinados al primer modo incorporativo, a menos que la regulación recíproca con la madre proveedora se vea perturbada por una pérdida de control interno del bebé o por una conducta no funcional de la madre.

La segunda etapa oral se caracteriza por el modo de incorporar mordiendo. La aparición de los dientes se acompaña del placer de morder cosas duras, de hincarles los dientes y de arrancar trozos de mordidas. Otras actividades que se

incluyen en este grupo son las siguientes: Los ojos aprenden a enfocar y aferrar los objetos, los oídos localizan los sonidos y orientan los cambios de posición apropiados y los brazos y manos se mueven con mayor seguridad para tomar las cosas. Las relaciones interpersonales giran en torno de la modalidad social de tomar y sostener cosas, más o menos libremente ofrecidas y dadas y más o menos fáciles de retener con las manos.

Zona Anal-uretral.- La manera en que Erikson trata la etapa anal subraya la importancia del medio cultural. -- Trae a colación las diferencias en la educación de esfínteres de las diversas sociedades y destaca los dos modos contrapuestos: retención y eliminación. El desarrollo del sistema muscular, del cual forman parte los esfínteres, otorga al niño un dominio mucho mayor sobre el ambiente. Puede alcanzar y retener, arrojar y empujar, apropiarse de las cosas y mantenerlas a distancia. Todas estas tendencias aparentemente contradictorias pueden ser reducidas a la fórmula de los modos retentivo-eliminativos.

Las nuevas modalidades sociales adquiridas en esta época subrayan el soltar y el asir.

La zona genital.- Modo intrusivo. Caracteriza la etapa fálico-locomotriz por una serie de actividades y fanta

sías similares: la intrusión en otros cuerpos por medio del ataque físico; la intrusión en los oídos y la mente de los otros por medio de palabras agresivas; la intrusión en el espacio mediante una locomoción vigorosa y la intrusión en lo desconocido por una curiosidad devoradora. Se dice que los niños consideran los actos sexuales de los adultos como graves agresiones mutuas en las que el hombre tiene el papel intrusivo y la mujer un rol incorporativo. Aunque los niños de ambos sexos compartan la pauta general de este modo ambulatorio e intrusivo, las niñas tienden a adquirir patrones de recepción exigente en una medida que se halla determinada por la experiencia previa, el temperamento y las tendencias culturales.

La modalidad social básica de ambos sexos durante el período fálico se describe como una actitud de sacar ventaja: ataque frontal, placer en la competencia y la conquista, instancia en alcanzar un meta. El niño aprende así los requisitos previos de la iniciativa: la elección de metas y la perseverancia para acercarse a las mismas.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO I

1. Abraham, K.: "Ejaculatio Praecox", en: Psicoanálisis - clínico, trad. de D. R. Wagner, Ed. Hormé, B. Aires, (1959), pp. 213-227
2. Abraham, K.: "La primera etapa pregenital de la libido", en Op.cit., pp. 284-212
3. Abraham, K.: "Contribuciones a la teoría del carácter - anal", en Op. cit., pp. 284-300
4. Abraham, K.: "La influencia del erotismo oral sobre la formación del carácter", en Op. cit., pp. 301-310
5. Abraham, K.: "La formación del carácter en el nivel genital del desarrollo de la libido", en Op. cit., pp. 311-318
6. Abraham, K.: "Un breve estudio de la evolución de la li bido considerada a la luz de los trastornos mentales", - en Op. cit., pp. 319-381
7. Blos, P.: Psicoanálisis de la adolescencia, trad. de Ramón Parres, Ed. Joaquín Mortiz, 1a. Ed. México, 1971
8. Bornstein, B.: "On Latency", The Psychoanalytic Study - of the Child, 1951, VI: 279-285
9. Erikson, E.: Infancia y sociedad, trad. de Noemí Rosenblatt, Ed. Hormé, 3a ed., B. Aires, 1970
10. Fenichel, O.: Teoría psicoanalítica de las neurosis, - trad. de M. Carlisky, Ed. Paidós, 3a. ed. B. Aires, 1966

11. Freud, A: El yo y los mecanismos de defensa, trad. de Y. P. de Cárcamo y C.E. Cárcamo, Ed. Paidós, 4a. ed., B. - Aires, 1955
12. Freud, S.: "Three essays on the Theory of Sexuality", Standard Edition, 7: 123-245
13. Freud, S.: "An outline of Psycho-Analysis", Standard Edition, 23: 139-207
14. Freud, S.: "Instincts an their Vicissitudes", Standard Edition, 14: 109-140
15. Freud, S.: "The Ego and the Id", Standard Edition, 19: 1-66
16. Freud, S.: "The Interpretation of Dreams", Standard Edition, 4 y 5
17. Freud, S.: "Beyond the Pleasure Principle", Standard Edition, 18: 1-64
18. Freud, S.: "On Narcissism: an introduction", Standard Edition, 14: 67-102
19. Hartman, H.: "Influencias mutuas en el desarrollo del yo y el ello", en: Ensayos sobre la psicología del yo, trad. de M. de la Escalera, Fondo de Cultura Económica, México, 1969, pp. 142-164
20. Hartman, H. Kris, E. and Loewenstein, R.M.: "comments on the Formation of Psychic Structure". The Psychoanalytic Study of the Child, 1946, II: 11-38

CAPITULO II CONCEPTOS DE FRIGIDEZ Y ORGASMO

La frigidez no está del todo definida y no podría serlo mientras el fenómeno del orgasmo femenino no sea en sí mismo claramente entendido.

En este segundo capítulo se expondrán los diversos conceptos de Frigidez y Orgasmo, para tratar de lograr una mayor comprensión sobre este problema.

Se iniciará con el rígido e inamovible concepto de frigidez postulado por Freud, el cual ha sido aceptado por varios psicoanalistas como Hitschman y Bergler (1) que lo definen como: "La incapacidad de la mujer para lograr un orgasmo vaginal". Sin lugar a dudas estos autores afirman la existencia de dos órganos genitales en la mujer: el clítoris y la vagina. El clítoris como una zona de satisfacción sexual inmadura y el pasaje de las sensaciones eróticas a la vagina como un modo de descargar la tensión en forma madura.

Deutch (2) no parece tan radical como los autores anteriores autores y define la frigidez como: "La expresión de la inhibición de una experiencia sexual completa, inhibición arraigada en la angustia acerca del peligro que inconscientemente es asociado al logro cabal del objetivo sexual. Esta misma autora en el artículo Frigidity in women (3) definió

la frigidez como: "La falta de cierta forma de actividad vaginal y la dificultad en aceptar una actitud pasivo-receptiva mayor.

Robinson (11) sigue la postura psicoanalítica pero - define la frigidez en forma menos drástica: "Si tomamos la palabra "frigidez" en su sentido más amplio, significa la incapacidad para disfrutas del amor sexual en la plenitud de - sus potencialidades. Ello significa lisa y llanamente, incapacidad de tener un orgasmo".

Esta autora describe también la frigidez de tipo clitoridiano o "masculino". Las respuestas de este tipo de mujer a la estimulación sexual son ardientes, en el juego amoroso que precede a la relación sexual sus reacciones son semejantes a las experimentadas por una mujer no frígida, lo - que es distinto es el tipo de orgasmo. Dicho orgasmo tiene lugar exclusivamente en el clítoris. No experimenta orgasmo en la vagina y las sensaciones sexuales no se extienden con fuerza a las demás partes del cuerpo. La experiencia sensual se localiza primariamente en el clítoris y este no es un tipo de orgasmo maduro.

El concepto Freudiano de frigidez ha sido aceptado por la mayoría de las psicoanalistas, pero se ha tomado en cuenta que pueden existir varios grados de frigidez. La defini-

ción aceptada por Moore y Fine (10) es la siguiente: "La -- falta de respuesta de la mujer durante el acto sexual con el hombre".

Puede haber varios grados que van desde la falta total de sensaciones físico-eróticas a una participación completa y un disfrute del acto sexual, exceptuando la habilidad de lograr el orgasmo a través del coito. Los grados intermedios incluyen una inadecuada lubricación de la vagina y la ausencia de excitación psíquica y placer, aún cuando las contracciones involuntarias del orgasmo se presenten.

Los factores anatómicos y hormonales así como el proceso psíquico inconsciente que acompaña las etapas del desarrollo psicosexual femenino son las bases individuales de la frigidez.

La inadecuación de la estimulación sexual del compañero y las condiciones sociales y culturales bajo las cuales se lleva a cabo la relación sexual son otros determinantes importantes.

Desde un punto de vista no psicoanalítico y de una manera menos sistematizada, Ellis (4) define a la frigidez como: "La indiferencia o la ineptitud ante las relaciones sexuales". La incapacidad sexual existe cuando un individuo

no experimenta apetito sexual o lo experimenta en grado mínimo y siente muy escaso placer cuando ha sido estimulado; apenas sabe comenzar o mantenerse en el coito, no puede alcanzar el orgasmo y experimenta escasa o ninguna satisfacción al alcanzar el apogeo erótico.

Siguiendo esta línea de investigación, Masters y Johnson (9) cambian el término frigidez por el de inadecuación sexual y la definen de la siguiente manera: "Término que se emplea para expresar la inadecuación sexual femenina, que va desde el concepto Freudiano (Inhabilidad para alcanzar el orgasmo en el coito) a cualquier nivel de respuesta considerado insatisfactorio para la mujer o para su pareja.

Con estos autores aparece la primera referencia en donde se incluye en el término "inadecuación sexual" a la pareja y esto es una aportación importante, tanto por esta inclusión como por la extensión del término que no se concentra y limita a la sola inhabilidad o incapacidad de lograr un orgasmo vaginal.

Para finalizar con la definición de Frigidez, se incluye la aportación de Kaplan (5) que realizó estudios sobre la sexualidad femenina posteriores a Masters y Johnson. Básicamente está de acuerdo con estos autores y su concepto de Frigidez o disfunción sexual general es el siguiente: "Se -

refiere a aquellas condiciones que se caracterizan por una - inhibición del despertar general de la respuesta sexual. En el nivel psicológico es una falta de sentimientos eróticos y en el nivel fisiológico es un desajuste de los componentes - vaso-congestivos de la respuesta sexual: falta de lubricación, no expansión de la vagina y la no formación de una plataforma orgástica.

Para esta autora la frigidez es la más severa de las inhibiciones femeninas. La mujer frígida deriva poco si no ningún placer erótico en la estimulación sexual, esencialmente evita los sentimientos sexuales. En un nivel fisiológico no muestra signos de vasocongestión como respuesta a la estimulación sexual o responde parcialmente con ligera lubricación ante el estímulo mecánico de la introducción del pene a su vagina.

Esta autora delimita la frigidez o disfunción sexual general de la disfunción orgástica como dos entidades clínicas separadas.

A través de los conceptos descritos anteriormente sobre la Frigidez, se observó que básicamente los distintos - autores tanto de la línea psicoanalítica como de la no psicoanalítica están de acuerdo en que la Frigidez es una incapacidad de lograr la satisfacción sexual.



La postura psicoanalítica enfatiza la frigidez como la incapacidad de lograr un orgasmo vaginal, esta es una postura limitada que no admite que las sensaciones, excitación, e inclusive el logro de un orgasmo clitoral deje de ser considerado como frigidez, por lo tanto esta proposición puede ser criticada en el sentido que toda mujer debe pasar satisfactoriamente por todas las etapas del desarrollo psicosexual y esto implicaría un grado de "salud" en todos los aspectos de su conducta, y la frigidez al considerarse como inmadurez en el sentido de no haber pasado adecuadamente por las fases del desarrollo psicosexual y al no obtener la genitalidad sería sinónimo de enfermedad mental. Por otro lado la experiencia clínica ha demostrado que mujeres con severa patología emocional sí son capaces de lograr orgasmos vaginales, a pesar de haber tenido un desarrollo psicosexual más que deficiente. Esta línea de pensamiento hace demasiado énfasis en la transferencia de zonas erógenas y es rígida e inamovible.

La aportación de los diferentes grados de frigidez es una forma más flexible de entender el concepto. Si bien es cierto que el logro del orgasmo vaginal es la experiencia más completa en la relación sexual, la excitación, la lubricación, el deseo, e inclusive el orgasmo clitoral ~~no pueden~~ ser considerados como Frigidez lisa y llanamente, sino como grados de satisfacción sexual incompleta.

Por otro lado, la aportación no psicoanalítica parece encaminada en exceso a la explicación de factores fisiológicos, así como a la expansión del concepto a llamarlo "inadecuación sexual" o "disfunción sexual", lo que es un tanto generalizado.

La definición más adecuada sería la de Moore y Fine (10), que además de incluir e integrar los diferentes grados de Frigidez no le resta importancia a los factores anatómicos y fisiológicos.

En relación al concepto y definición de orgasmo, nos encontramos nuevamente con varias líneas de pensamiento que van desde las del punto de vista psicoanalítico hasta las -- posturas que explican el fenómeno del orgasmo como una mera reacción fisiológica, incluyendo definiciones que integran -- psicológica y fisiologicamente el fenómeno del orgasmo.

Desde el punto de vista económico Keiser (6) atribuye un cierto tipo de ansiedad preorgásmica, una inconsciencia momentánea comparable con la muerte o con quedarse dormido, esto acompañado de la retirada de catexias del Yo del cuerpo, pérdida de límites del Yo. Para este autor ésta pérdida momentánea de conciencia es un sinónimo de orgasmo.

Freud reporta este fenómeno de alteración en el esta

do de conciencia y la retirada de catexia del mundo externo durante la relación sexual, dando por resultado el orgasmo. Ante esta retirada de catexia y de debilidad Yoica se presenta una sensación de psicotización, en donde mujeres con un Yo poco fortalecido son incapaces de efectuar este tipo de regresión.

Con un enfoque de tipo fisiológico, Kinsey (7) define al orgasmo como: "Una construcción de tensiones neuromusculares que pueden culminar en una cumbre de la cual puede haber una repentina descarga de tensión seguida de un retorno a un estado fisiológico normal". Esta repentina descarga de tensión neuromuscular constituye el fenómeno que conocemos como climax sexual u orgasmo.

Kinsey asume que faltan terminaciones sensoriales en la vagina y cree que es una imposibilidad fisiológica que la vagina pueda ser el centro de estimulación sensorial. No toma en cuenta los espasmos de los músculos perineales, explicando éste como una extensión de los espasmos de todo el cuerpo después del orgasmo.

Con este énfasis en la actividad total del cuerpo en el orgasmo, minimiza los elementos psíquicos y sociales, igualando todo tipo de orgasmo, ya sean masturbatorios, escarceos o los asociados con el coito. Este es un enfoque conductista no dinámico.

Bergler (1) critica este planteamiento. El orgasmo experimentado no durante el coito, sino después de éste, o el experimentado en el clítoris después de masturbarse con o sin ayuda del hombre, también rechaza como orgasmo, la tensión sexual descargada sin importar donde ni como, califica lo anterior como satisfacción infantil o masturbación a dos. Para él, el coito es una forma adulta de satisfacción sexual y por lo tanto debe ser vaginal. La satisfacción sexual en sueños, fantasías, aún sin tener contacto vaginal ni clitoriano sería un relajamiento inmaduro de la sexualidad y por lo tanto signo de frigidez.

Marmor (8) duda que la erotogenicidad normalmente se transfiere del clítoris a la vagina. Cree que la sensibilidad clitoridiana es un factor continuo en la sexualidad femenina adulta. Este autor asume que el mecanismo espinal del orgasmo es idéntico en todas las mujeres, pero que las variaciones existentes son debidas al grado de inhibición o desinhibición cortical del reflejo espinal.

Masters y Johnson (9) definen al orgasmo en la mujer como: Una entidad psicofisiológica de gran contenido psicosocial. Desde el punto de vista fisiológico constituye un breve proceso de liberación física del aumento del aflujo sanguíneo y de la miotonía, que se produce como respuesta al estímulo sexual.

Desde el punto de vista psicológico, se trata de la percepción subjetiva del pico de reacción física al estímulo sexual. El ciclo de respuesta sexual, con el orgasmo como último punto en la progresión, está profundamente integrado en la condición de la existencia humana".

Los autores anteriores postulan que en el orgasmo, - la estimulación del clítoris es un ingrediente crucial en la producción del orgasmo femenino y tratan de demostrar que la dicotomía entre orgasmo vaginal y clitoridiano es un mito. Concluyen que hay sólo una clase de orgasmo, activado mayormente por estimulación en el clítoris directamente o en forma indirecta. Sin embargo el orgasmo femenino se localiza y experimenta en/y alrededor de la vagina. Estos autores resumen que hay un solo tipo de orgasmo y no es ni clitoridiano ni vaginal, sino que tiene componentes tanto vaginales como clitorales.

Hasta ahora, exceptuando la descripción de Keiser - (punto de vista económico), y la contribución de Masters y - Johnson, explicando el orgasmo como una entidad psicofisiológica, el énfasis en la definición de orgasmo está dado a los cambios fisiológicos y a la descarga de tensión del organismo.

La descripción y definición de orgasmo que integra - ambos puntos de vista es la de Robinson (11) que lo explica

de la siguiente manera: El deseo puede aparecer en una mujer como respuesta a una caricia, o gracias a alguna acción, visión o pensamiento al que ha sido expuesta.

Cualquiera que sea el estímulo, el cerebro recibe la señal y a través del sistema nervioso, envía reacciones preparatorias a todo el cuerpo. A medida que aumenta la excitación sexual, se producen cambios en todo el cuerpo. El pulso se acelera, la presión arterial asciende, la respiración se hace mucho más profunda y rápida. Con la proximidad del orgasmo, la respiración se vuelve discontinua; la inspiración se realiza en jadeos forzados y la expiración es como un fuerte hundimiento de los pulmones.

A medida que prosigue el acto sexual, se produce una escasez general de oxígeno en todo el cuerpo, lo cual explica el inusitado tipo de respiración. Esto dá origen a una expresión torturada en el rostro, como si la persona estuviera sometida a un intenso dolor.

Pocos segundos después de la excitación sexual, aumenta el suministro de sangre en las venas y arterias periféricas, haciendo que el cuerpo se sofoque y que la temperatura aumente ligeramente. Ciertas zonas del cuerpo se hinchan, con esta sangre, se vuelven turgentes y erectas (clítoris y pezones). La consistencia de estos órganos aumenta a medida

que se aproxima el climax sexual. Los músculos del cuerpo - comienzan a ponerse tensos con la aparición de la excitación sexual y esta tensión aumenta a medida que crece la excitación. Ciertas glándulas y tejidos también aumentan sus secreciones a medida que el acto sexual se inicia y se acerca a su culminación. En algunas mujeres las secreciones de las glándulas de Bartolino y de la mucosa del cuello de el útero se vuelven muy abundantes a medida que aumenta la excitación sexual y en particular durante el orgasmo mismo.

A medida que el acto aumenta en intensidad, los cinco sentidos se embotan en extremo. El cuerpo y la mente se concentran por completo en la creciente sensación sexual y - excluyen todo lo demás. En el orgasmo mismo, la anestesia - de los sentidos es casi completa. Muchas experimentan una - pérdida de conocimiento temporal durante unos pocos segundos, otras pueden permanecer inconscientes durante algunos minutos.

"El orgasmo es la respuesta fisiológica que lleva al acto sexual a su natural culminación. Esta precedido de un aumento de los fenómenos ya citados. En el momento que prece de inmediatamente al orgasmo, la tensión muscular repentinamente aumenta hasta un punto en que, si no estuviera en marcha el instinto sexual, sería físicamente insoportable. Los movimientos pelvianos de la mujer aumentan y todo su cuerpo intenta con cada movimiento exaltar las sensaciones que expe

rimenta en la vagina. En el momento de mayor tensión muscular, todas las sensaciones parecen ascender aún más. La mujer se tensiona más allá del punto en que, al parecer sería imposible seguir manteniendo esa tensión por un momento más. Y ahora todo su cuerpo se precipita de pronto en una serie de espasmos musculares. Estos espasmos se producen dentro de la vagina misma, sacudiendo al cuerpo con oleadas de placer que se experimentan simultáneamente por todo el cuerpo. Estos espasmos que sacuden a la totalidad del organismo y convergen en la vagina, representan y definen el verdadero "orgasmo".

Esta descripción casi "tangible" que hace Robinson del orgasmo, engloba tanto el punto de vista dinámico definido por Keiser y otros psicoanalistas, así como el aporte de Masters y Johnson en su definición de entidad psicofisiológica. Hasta estos momentos los anteriores autores parecen coincidir aún en la diferente forma de expresarse en su concepción de orgasmo.

La confusión y discrepancia en relación al orgasmo surge por la hipótesis psicoanalítica acerca del orgasmo clitoridiano-vaginal. Esta teoría asume que la mujer tiene dos zonas erógenas mayores: clítoris y vagina. El clítoris está altamente erotizado durante el período infantil del desarrollo; después o durante la pubertad se debe efectuar una -

transición al erotismo vaginal. De esta premisa la teoría psicoanalítica postula que las mujeres tienen dos tipos de orgasmo. El clitoridiano, que se piensa análogo al del hombre, obtenido a través de la estimulación del clítoris y que ocurre en éste. Posteriormente la mujer debe renunciar al clítoris como foco de excitación y cambia a la vagina como el órgano de mayor excitación sexual. Este sería el criterio de un desarrollo psicosexual "normal", que dá lugar a una relación sexual adulta madura con un orgasmo vaginal.

Ante esta hipótesis sostenida por la mayoría de los psicoanalistas, se opone la tendencia de Marmor, Kinsey, Kaplan, Masters y Johnson, los cuales hablan de un sólo tipo de orgasmo, activado por estimulación clitoridiana y experimentado en/y alrededor de la vagina.

Quizá Freud al descubrir el aspecto genético de la sexualidad (zonas erógenas) y la necesidad de transferir las sensaciones de una zona infantil a una madura, como un requisito para total satisfacción sexual femenina, pudo haber sobreenfatizado este aspecto y tal vez no se le dió la importancia a la experiencia total de la personalidad y sobre todo a la experiencia de la pareja, que es la experiencia total.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO II

1. Bergler, E.: Impotence, Frigidity, and Homosexuality, New York: Grune & Stratton, Inc. 1950
2. Deutch, H.: The Psychology of Women, Two Volumen New York: Grune & Stratton Inc. 1944 1945
3. Deutch, H.: "Frigidity in Women", in Neuroses and Character Types, Int. Univ. Press, New York, 1965: pp. 358-362
4. Ellis, A.: Arte y Técnica del Amor, Ed. Grigalbo México, 1965
5. Kaplan, S.H.: The New Sex Therapy, Brunser/Mazel Inc. New York, 1974
6. Keiser, S.: "On the Psychopatology of orgasm": The Psychoanalytic Quarterly, XVI, 1947 pp. 378-390
7. Kinsey, A.: Séxual Behavior in the Human Female, Philadelphia: W.B. Saunders Co. 1953
8. Marmor, J.: "Some considerations concerning orgasm in the female. Psychosomatic Med. XVI, 1954 pp. 240-245
9. Masters W. and Johnson V.: Human Sexual Response, Little, Brown and Co. Boston, 1966
10. Moore B. and Fine B.: A Glossary of Psychoanalytic Terms and Concepts, The American Psychoanalytic Association, New York, 1968
11. Robinson, M.: La Mujer Fría, Estudio Psicoanalítico. Trad. Nora Watson, Ed. Horné, B. Aires 1966

CAPITULO III GRADOS Y TIPOS DE FRIGIDEZ

Si bien existe cierto desacuerdo de los diferentes - autores revisados en el capítulo anterior en relación al concepto de frigidez y orgasmo, casi todos ellos concuerdan en que sí existen grados y tipos de frigidez.

Este será el tema del que se ocupará el presente capítulo.

Bergler (1) subdivide la frigidez en los siguientes grados:

1. **FRIGIDEZ TOTAL CON ANESTESIA VAGINAL.-** La mujer de este tipo está totalmente sin interés sexual durante el coito, tiene sentimientos de disgusto y repulsión que reemplazan cualquier placer vaginal. La lubricación se haya ausente y no - hay sensaciones en la vagina ni en el clítoris durante el juego preparatorio. El vaginismo es el grado más elevado de esta forma de frigidez.
2. **FRIGIDEZ TOTAL CON HIPOESTESIA VAGINAL.-** Consiste en sentir una ligera excitación al principiar la relación sexual, quedando esta al mismo nivel durante el coito. El clítoris está ligeramente sensible y hay indicios de lubricación. Las contracciones musculares involuntarias se hayan ausentes.

3. FRIGIDEZ RELATIVA CON HIPOESTESIA VAGINAL.- Este tipo - de mujeres experimentan una fuerte excitación al fantasear, pensar o esperar el coito, sin embargo ante la aproximación real del acto sexual, todo deseo desaparece.

4. FRIGIDEZ RELATIVA CON SENSIBILIDAD VAGINAL PERO CON UN - REPENTINO GESE DE EXCITACION ANTES DE LOGRAR EL ORGASMO.- En estos casos la mujer siente una fuerte excitación con un mínimo de hipoestesia vaginal. La excitación aumenta hasta el momento en que las contracciones musculares involuntarias deberían empezar. En estos momentos la excitación desaparece de repente y el orgasmo no se logra.

5. ORGASMO CLITORIDIANO CON HIPOESTESIA VAGINAL.- Es un or gasmo clitoridiano que se obtiene durante o después del coito, solamente a través de la fricción del clitoris efectuada por la pareja. Algunas veces esta fricción debe de continuarse de un cuarto a media hora para lograr su efecto, sin embargo no se logra orgasmo vaginal a pesar que la excitación y la - secreción de las glándulas de Bartolini son amplias.

6. FRIGIDEZ DE TIPO NINFOMANIACO.- Consiste en sentir una fuerte excitación sexual, con introducciones repetidas pero sin poder lograr el resultado de un orgasmo.

7. FRIGIDEZ OBLIGATORIA Y FACULTATIVA.- La mujer con frigi

dez obligatoria es aquella que padeciendo cualquiera de los trastornos sexuales señalados con anterioridad, no logra el orgasmo con ningún hombre y bajo ninguna circunstancia. Por el contrario la mujer con frigidez facultativa es aquella - que pudiendo presentar cualquiera de las modalidades descritas puede presentarlo con cierto tipo de hombre y bajo ciertas condiciones.

Este mismo autor hace tres divisiones o tipos de frigidez relacionados con las etapas genéticas: oral, anal y - fálica.

Explica la frigidez como originada por profundas regresiones (mecanismos orales) en base al masoquismo no aceptado ante el cual se erigan defensas secundarias, tales como la pseudoagresión. La niña ha quedado fijada a la madre con problemas de megalomanía en la cual su libido y agresión no están combinados. La elaboración defectuosa de esto, produce una masoquización de la niña. Esta sufre injusticias de la madre cruel y esta meta de coleccionar injusticias es secundariamente prohibida por la conciencia antilibidinosa con el resultado que tienen que ser establecidas defensas secundarias. Estas defensas constituyen el cuadro clínico del masoquismo psíquico. Según Bergler es un patrón que no cambia llamado la triáda del mecanismo de oralidad:

1) A través de su conducta la niña inconscientemente provoca

rechazo, identificando al mundo de afuera con la rechazante madre pre-edípica.

2) Al no darse cuenta que ella misma ha provocado este rechazo, se vuelve agresiva aparentemente en defensa propia (pseud-agresión)

3) Cae en la autocompasión, disfrutando inconscientemente el masoquismo psíquico.

Las mujeres frías que utilizan este mecanismo de oralidad, inconscientemente se apegan a la ecuación simbólica: pene=pecho, leche=esperma, vagina=boca. En el coito tienen que aceptar la situación pasiva del "niño alimentado" y ven al mundo a través de los ojos infantiles que observan a la madre cruel hacia la cual están fijados masoquistamente. La receptividad normal femenina en el sexo es inconscientemente igualada con su masoquismo psíquico pasivo y crean una serie de defensas pseudo-agresivas. No aceptan el deseo masoquista de ser rechazadas y de disfrutarlo, entonces identifican al hombre con la madre "cruel" su pene con el pecho, la esperma con la leche, su propia vagina con la boca y establecen la defensa consistente en el deseo de morder el pecho por odio de ser rechazada (pseud-agresión) que no se mantiene y aparece una siguiente defensa en la que se niega el deseo de morder a través de no sentir el pecho (pene) dentro -

de la boca (vagina). De aquí la aparición frecuente de la completa anestesia vaginal.

En lo que se refiere a la frigidez proveniente de mecanismos anales, este autor explica que este tipo, la agresión superficial también es pseudo-agresión afianzada a dos prohibiciones educacionales: jugar con heces, y deseos de muerte dirigidos hacia los padres. Esta así llamada agresión, cargada de culpa no es más que una pseudo-agresión, que cubre una capa masoquista extraída de la etapa oral y reexpresada analmente.

En cuanto a la frigidez proveniente de regresiones fálicas, describe a las mujeres de este tipo como mujeres que han podido lograr salir parcialmente de la oralidad, pero que se enfrentan a un problema edípico no resuelto. Ya sea positivo o negativo. Muchos de los rasgos histéricos superficiales no son más que una segunda edición que cubre ligeramente conflictos pre-edípicos. Especialmente la envidia del pene en la mujer es una máscara superficial que cubre la envidia del pecho dirigida hacia la madre.

Retornando a los grados de frigidez revisaremos los mencionados por otros autores. Stekel (5) distingue tres grados de frigidez: 1) La mujer absolutamente frígida que no experimenta ni voluptuosidad inicial ni sensaciones rudi-

mentarias de orgasmo. 2) La mujer relativamente frígida, - en la que el orgasmo se produce muy raramente o apenas es perceptible y en la que el deseo es débil. 3) La mujer apasionada y frígida, es la mujer que a pesar de un deseo ardiente y de la una voluptuosidad muy acentuada, no llega al orgasmo.

Basicamente este autor describe, aunque en forma menos extensa los grados enunciados anteriormente por Bergler.

Robinson (4) expone los dos puntos extremos de la frigidez. Coloca dentro de una escala de frigidez simbólica el cero absoluto que sería una frigidez sexual total, sin reacciones de ningún tipo donde no existe respuesta a las caricias, no hay sensaciones ni en el clítoris ni en la vagina, tampoco los labios exhiben respuesta sexual, los pechos y zonas eróticas secundarias no responden tampoco, el canal vaginal no se lubrica y aparece dolor al tener relaciones sexuales.

En el extremo opuesto de esta escala de frigidez, está la mujer que se estremece en el umbral de la madurez sexual, pero que no puede decidirse a cruzarlo. En el acto sexual exhibe todas las respuestas, pero no puede llegar al orgasmo o al menos este se produce muy rara vez y por lo general se trata de un orgasmo leve e insatisfactorio.

Entre estos dos tipos están todos los grados de frigidez sexual. La severidad del problema de una mujer o su falta de gravedad pueden calcularse en términos del grado de respuesta que exhibe frente a las caricias de su pareja y la frecuencia con que logra satisfacción en la relación sexual. También el orgasmo es importante para estimar el grado del problema. Si el orgasmo es débil y deja a la mujer con un sentimiento de insatisfacción, existe entonces cierto grado de frigidez.

En cuanto al tipo de frigidez, esta autora resalta la frigidez de tipo clitoridiano o masculino, cuyas respuestas a la estimulación sexual son las siguientes: comunmente muy ardientes, en el juego amoroso y en la primera parte del acto sexual sus reacciones son en mayor o menor grado semejantes a las normales, pero es posible identificar a este tipo de mujer por el orgasmo que tiene. Dicho orgasmo tiene lugar exclusivamente en el clitoris. No experimenta orgasmo en la vagina y las sensaciones sexuales no se extienden con fuerza a las demás partes del cuerpo.

Existen para esta autora otros dos tipos de frigidez. Tanto psicológicamente como sexualmente parecen contradecir los principios sobre la frigidez.

La mujer que pertenece al primer tipo, puede tener un

orgasmo intenso y completo cada vez que tiene relaciones sexuales. Sin embargo este tipo de mujer es totalmente incapaz de establecer una relación con ningún hombre. Se convierte a la larga en una mujer promiscua. Su sexualidad ha llegado a una aparente madurez, al tiempo que su carácter sigue siendo infantil. Se llama esto frigidez psíquica. Es un tipo de coito masturbatorio en relación a un objeto interno.

El segundo tipo se denomina "enteramente maternal". La mujer es sexualmente frígida, su reacción erótica es nula. Pero psicológicamente presenta un cuadro casi perfecto de "normalidad". Feliz, generosa, altruista, buena madre, capaz de dar lo mejor a sus hijos. Este tipo de mujer probablemente tiene un marido de bajo tono sexual, con una deficiente provisión de vanidad masculina aunque es buen proveedor y una persona estable. Es probable que la mujer inconscientemente adivinara estas características cuando lo eligió.

Fenichel (2) extiende más aún la frigidez y nos habla del tipo de "frigidez generalizada", que evita más o menos todas las emociones. Las personas de este tipo, carecen de toda comprensión del proceso primario de la psicología de las emociones y los deseos. Solo aceptan las relaciones de orden lógico o intelectual. A menudo no reconocen sus afectos y en lugar de estos sienten "equivalentes del afecto" de carácter somático.

Lo característico de este tipo de frigidez es reprimir todo el primitivo mundo del principio del placer. Huye de las tendencias instintivas que teme, hacia la sobria realidad.

A veces se puede encubrir esta frigidez con una disposición a aceptar con ecuanimidad todas las experiencias y reacciones en forma aparente, tan adecuada que queda oculta su carencia de sentimiento.

Este autor también habla de tipos ocasionalmente fríos. No totalmente, pueden tolerar las emociones mientras se den ciertas condiciones de reaseguramiento. Habitualmente toleran las emociones hasta que la excitación llega a cierto grado de intensidad y se atemorizan cuando esta intensidad es sobrepasada.

Para finalizar, desde el punto de vista no psicoanalítico, Kaplan (3) que adoptó el término disfunción sexual, sustituyendo al de frigidez, la subdivide en cuatro síndromes diferentes: disfunción sexual general, disfunción orgástica, vaginismo y anestesia sexual.

1) Disfunción sexual general.- Se refiere a aquellas condiciones que se caracterizan por una inhibición del despertar general de la respuesta sexual. En un nivel psicológico, hay

una falta de sentimientos eróticos; en un nivel fisiológico existe un desajuste de los componentes vasocongestivos de la respuesta sexual; no hay lubricación, la vagina no se expande y no hay formación de la plataforma orgástica, puede no darse el orgasmo, pero no necesariamente. Este tipo de mujer manifiesta una inhibición sexual general que varía en su verdad.

A este cuadro la autora lo define como frigidez.

2) Disfunción orgástica.— Lo más común es la queja de las mujeres acerca de la inhibición del reflejo orgástico. La disfunción orgástica se refiere solamente a la incapacidad de lograr el orgasmo en la respuesta sexual y no incluye trastornos del deseo sexual, aunque puede ir acompañado de inhibiciones secundarias de la excitación o de los componentes vasocongestivos de la respuesta sexual. Como regla general las mujeres que sufren de disfunción orgástica, responden a los estímulos sexuales, pueden enamorarse, experimentar sentimientos eróticos, lubricarse y también mostrar hinchazón genital. Su dificultad estriba en lograr el orgasmo en variados grados.

3) Vaginismo.— Este desorden sexual se caracteriza por un espasmo condicionado de la entrada vaginal. La vagina se contrae involuntariamente y no es posible la penetración. Sin

embargo las pacientes que presentan vaginismo responden a la estimulación sexual y pueden tener orgasmos de tipo clitoridiano.

4) Anestesia sexual.- Esta también es llamada conversión y consiste en "no sentir nada" ante la estimulación sexual. - La estimulación clitoridiana no evoca sentimientos eróticos. Este tipo de mujeres apenas si pueden decir cuando el pene ha penetrado en la vagina.

Este tipo no se considera como disfunción sexual verdadera sino que representa una forma de neurosis y puede ser entendido mejor como un síntoma histérico o de conversión.

La disfunción es considerada como desórdenes psicossomáticos, son los concomitantes físicos de excitaciones emocionales negativas. Por el contrario las manifestaciones histéricas son defensas psicogenéticas neuróticas que afectan las funciones sensoriales y motoras voluntarias, causando anestias, ceguera, parálisis.

A través de lo mencionado por los autores anteriormente revisados, podemos ver que en mayor o menor grado -- Bergler, Stekel y Robinson están de acuerdo, con diferencias mínimas en los diferentes grados de frigidez. Sin embargo - Bergler se extiende y delimita más estos conceptos, postulan

do un panorama básico de la frigidez que va desde la anestesia vaginal hasta la capacidad de experimentar orgasmos, ya sea vaginales o clitoridianos, más no con una satisfacción completa.

Como se desprende de lo anterior podemos ver que el término frigidez (o sea la ausencia total de sensaciones) es aplicable a un muy reducido número de casos. De hecho el resto de los grados mencionados implican una limitación más o menos severa en la capacidad de experimentar el orgasmo, más no su inexistencia.

En este sentido parecería más razonable el punto de vista de Kaplan quien en su clasificación elimina a la frigidez como término operativo, considerando a la anestesia vaginal como un trastorno conversivo en una persona histérica, y considerando los demás grados de hipostesia como "disfunción sexual", a la que considera como un trastorno de etiología psico-genética.

Para esta autora la disfunción sexual general o frigidez verdadera es considerada como un trastorno psicossomático.

Volviendo a la clasificación de Bergler, no deja de llamar la atención que este autor circunscribe toda la pato-

logía, entre otras cosas todos los problemas relacionados con la frigidez, a problemas muy arcaicos de la etapa oral.

El autor enfatiza constantemente el problema del masoquismo primario en relación a esta fase, sin embargo no explica con claridad como vincula este concepto con el "pecho malo" y la "madre mala". En ocasiones dá la impresión de que al sobreenfatizar la percepción del afuera, se olvida de los aspectos internos, es decir de la agresión de la niña dirigida hacia la madre, y sólo posteriormente reintroyecta la vivencia de esta última como alguien agresivo, si bien esta agresión es retaliativa.

De hecho la madre sirve de rectificadora de las fantasías agresivas de la niña; cuando no sucede se estructura un superyó arcaico, brutal, punitivo, que va a esclavizar al yo, que desde este punto de vista tendrá una postura masoquista ante un superyó sádico.

La fantasía agresiva en la etapa oral (canibalista) es la que, en una modalidad genital, se traslada a la vagina considerada como boca (por lo que el pene es el pecho y el esperma la leche), que simbólicamente tratará de arrancar el pene. La fantasía retaliativa se expresa en temores de destrucción o desgarramiento vaginal (localmente) o de aniquilación corporal total (fragmentación del Yo). Esta situación

provoca que la regresión indispensable para experimentar el orgasmo sea tan amenazante que no se pueda llevar a cabo.

Por lo que toca a la exposición de Robinson, su clasificación parece la más completa pues enfatiza el orgasmo - de tipo clitoridiano, y distingue los otros tipos de frigidez: Psicológica y física. Un punto controversible sería - el hecho de que para esta autora el grado de frigidez y/o la calidad del orgasmo corren paralelos a la severidad psicopatológica del individuo. Sin embargo la experiencia clínica demuestra que existen mujeres con serias perturbaciones psicológicas, tales como esquizofrenia, que son capaces de lograr orgasmos múltiples.

Es posible que exista esta controversia ya que la mayor parte de los autores hablan del orgasmo como un fenómeno físico en lugar de hablar del orgasmo como entidad psicofisiológica con cierta constancia que implica la consideración al objeto; si se dá el orgasmo bajo estas condiciones, si se podría valorar la salud o psicopatología del individuo.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO III

1. Bergler, E.: Impotence, Frigidity and Homosexuality, New York. Grune & Stratton, Inc. 1950
2. Fenichel, O.: Teoría Psicoanalítica de las Neurosis, Trad. de M. Carlisky, Ed. Paidós, 3a Ed. B. Aires, 1966
3. Kaplan, S.H.: The New Sex Therapy, Brunser/Mazel Inc. New York, 1974
4. Robinson, M.: La Mujer Frígida. Estudio Psicoanalítico. Trad. Nora Watson, Ed. Hormé, B. Aires, 1966
5. Stekel, W: La mujer frígida, Trad. Diego Santillán. Ed. Citerea, 1a. Ed. B. Aires 1966

CAPITULO IV CAUSAS DE LA FRIGIDEZ

La revisión que hemos llevado a cabo hasta este momento quedaría incompleta si se omitieran los factores biológicos y físicos entre las causas de la frigidez.

Freud pensó que la biología y no la psicología tendría que resolver el enigma de la feminidad. Decía que la frigidez era algunas veces psicógena, pero en otros casos nos lleva a asumir que es condicionada constitucionalmente o en parte causada por factores anatómicos. En relación al complejo de masculinidad, éste se determina por un factor constitucional: La posesión de un grado mayor de actividad el cual es una característica usual en el hombre.

Deutch (5) ha hecho hincapié en las influencias psicológicas que las funciones biológicas producen en el desarrollo de la vida erótica de la mujer.

Bonaparte (2) es la autora que más énfasis ha puesto a determinantes biológicos específicos en los trastornos de la sexualidad femenina. Su opinión esta basada en datos embriológicos y en la mezcla de actividad-pasividad, masculinidad y feminidad que se encuentran en todo ser humano. Ella cree que la bisexualidad es la causa principal de manifestaciones tales como la envidia del pene que acompaña a la fri-

gidez. "Una inercia esencialmente femenina y una limitada cantidad de libído, más tarde despertada por los cambios de zonas genitales, es la condición específica femenina para la frigidez, mientras que el complejo de masculinidad, que hace más difícil de adaptarse a la libído al rol vaginal pasivo - de la mujer es la condición específica masculina".

FACTORES BIOLÓGICOS

La evitación de la aproximación sexual femenina y la falta de orgasmos reconocibles en algunas especies infrahumanas, han llevado a algunos biólogos a atribuir la frigidez - en la mujer a diferencias biológicas entre los sexos.

Sin embargo, Ford y Beach (7) recalcan claramente - la mayor importancia de factores psicológicos en la mujer como contraposición a la conducta refleja y hormonal que determina a las especies infrahumanas.

En mamíferos inferiores hembras, hay una rígida y - marcada relación entre fertilidad reproductiva y respuesta - sexual, controlada esta por la secreción de hormonas ováricas. Esta correlación entre fertilidad y receptividad sexual es menos definida en primates sub-humanos y totalmente sin correlación en la mujer. Estos autores concluyen que la importancia de desarrollo de influencias cerebrales tienen que ver en

la relajación progresiva de control hormonal sobre las respuestas sexuales, que dan por resultado una mayor labilidad y modificabilidad de practicas eróticas.

Parece ser que la influencia de la corteza cerebral - es esencial para una apareamiento efectivo en la mayoría de los mamíferos machos, pero no es indispensable en las hembras. Esta diferencia en importancia en el cerebro, es responsable directamente de otras diferencias entre machos y hembras a este nivel de la escala evolutiva. La práctica y aprendizaje - de la conducta sexual, parece ser más importante para el animal macho que para la hembra. Mientras que los machos pueden ser definitivamente condicionados para que el estímulo que - originalmente no tenía significación sexual, se convierta en capaz de evocar un intenso deseo sexual, un condicionamiento de este tipo no ha sido observado en hembras de mamíferos inferiores.

El macho agresivo es algunas veces discriminativo, rechazando algunas hembras y apareandose con otras que son más receptivas.

En relación a estas diferencias cerebrales determinantes entre los sexos de niveles inferiores, hay ciertos aspectos de la conducta sexual humana.

Las actividades de autoestimulación se acompañan con gran frecuencia de fantasías sexuales concientes, que en el caso del hombre significan una parte muy importante de su gratificación sexual. Por el contrario, la mayoría de la mujeres parecen basarse más en la presencia y comportamiento del compañero sexual. Más aún, los datos de Kinsey (13) sugieren que los hombres se excitan más que las mujeres a través de estímulos esoptofilicos. Para la gratificación erótica, el climax sexual parece menos necesario para la mujer y mucho más importante para ella es la relación personal.

De esta observación podemos deducir que las diferencias cerebrales determinantes en la conducta sexual del macho y la hembra que se han observado en mamíferos inferiores, se pueden aplicar también a los humanos. Si es así, las diferencias cerebrales pueden tomarse en cuenta por lo menos en parte, para la variada respuesta sexual de la mujer.

A través de esto, nos podemos aproximar a la teoría neuroanatómica sobre la naturaleza del orgasmo femenino del que habla Marmor (17) en el Cap. II, aunque existen muy pocas razones para negar como él lo hizo, la existencia del orgasmo vaginal.

FACTORES ORGANICOS

Para Ellis (6) los variados factores orgánicos que causan la frigidez son: falta de hormonas sexuales, defectos innatos, lesiones de los órganos sexuales, infección o inflamación de la vagina, ovarios, matriz u otros órganos genitales secundarios. También una grave desnutrición, lesiones o defectos del sistema nervioso central, trastornos circulatorios, irritación o estados patológicos de alguna parte del cuerpo situada cerca de los órganos genitales, achaques y enfermedades orgánicas de tipo general como diabetes, trastornos cardíacos, anemia o leucemia, estados de fatiga y de baja vitalidad, excesiva afición al alcohol o a las drogas.

El vaginismo según este autor y contrariamente a lo que se expuso en el Cap. II, es producido por causas orgánicas como: inflamación de las glándulas de Bartolini, grietas en los labios, infección del clitoris, verrugas genitales, lesiones o cáncer en la matriz. El vaginismo y la dispareunia (coito doloroso) provienen de lesiones físicas, infecciones o inflamaciones de la vagina.

Contradiciéndose este autor, aduce que el 70% u 80% de la incapacidad femenina tiene un origen psicológico, pero que no hay que olvidar que los factores físicos pueden representar un papel importante en algunos casos. Por otro lado

expone que los órganos genitales de tamaño insuficiente no son el motivo de la incapacidad sexual, tanto una vagina -- grande como una pequeña, pueden lograr su plena capacidad sexual.

Kaplan (21), de acuerdo con Masters y Johnson (22), describe que si bien hay algunos casos en que los factores orgánicos son los causantes de la frigidez, el factor predominante es el psicológico. Mientras los órganos reproductores se encuentren intactos, con un adecuado suministro vascular, que exista una adecuada regulación nerviosa de los genitales y una buena dosis hormonal, las alteraciones en la respuesta sexual son de orden psicológico. En general la enfermedad física no es obstáculo para lograr la satisfacción -- sexual en la mujer, simplemente debilita y hace que el deseo erótico decaiga.

En casos extremadamente raros, la inhibición de la respuesta sexual se puede atribuir a enfermedades que destruyen los órganos sexuales, enfermedades endócrinas tales como disfunción pituitaria que afecta el nivel de hormonas femeninas, enfermedades que desequilibran el tono muscular y la -- contractibilidad, así como enfermedades que destruye el aparato neurológico que ordena la respuesta sexual, tales como la esclerosis múltiple y la diabetes avanzada.

La respuesta sexual femenina también puede ser disminuida por el uso de narcóticos. Opio y sus derivados (metadona, heroína, morfina, demerol, codeína), estos parecen producir un efecto inhibitor principalmente por su acción depresiva sobre el centro del sistema nervioso central.

La enfermedad y la droga que desajustan el tono muscular y la respuesta de los músculos perineales específicamente, debilitan las contradicciones musculares que son los concomitantes físicos del orgasmo.

Existen dos factores físicos específicos que se encuentran implicados en la etiología de la frigidez: Las adherencias clitorales y la inadecuada fuerza pubococcigea. Son considerados los causantes de la inhabilidad de lograr el orgasmo pues previene la rotación preorgástica y retracción del clitoris, pero que de una forma sencilla, liberando esas adherencias se puede lograr el orgasmo.

En cuanto al segundo factor físico, se ha postulado que es debido a una debilidad en el tono del músculo pubococcigeo que esta involucrado en la descarga orgástica y que contiene tanto elementos motores como sensoriales para el logro del orgasmo femenino.

FACTORES PSICOLOGICOS

Hasta ahora en mayor o menor grado los diferentes autores estan de acuerdo que los factores psicológicos son los predominantes en relación a la etiología de la frigidez. Estos factores que vamos a presentar a continuación no operan de ninguna manera individual ni independientemente, pero para su análisis vamos a separarlos. Se considerará en principio la meta pasiva o activa de la libído.

"ACTIVIDAD Y PASIVIDAD"

En el transcurso del desarrollo psicosexual del niño, (se entiende que esto se refiere tanto a varones como a hembra), la madre interviene como estimuladora activa de las diferentes zonas erógenas, las cuales son despertadas así pasivamente. En esta forma la madre actua como seductora. De esta manera las diferentes zonas erógenas: boca, ano, (o cloaca como prefiere llamarla Bonaparte (2)), falo, son revestidas con una catexia pasiva. En forma similar toda la superficie cutánea del cuerpo es receptora de la estimulación materna. Según esta autora no es sino hasta la etapa sádico anal, aproximadamente al empezar el segundo año de vida, cuando se desarrolla una actitud activa, cuya primera manifestación sería la adquisición del control de esfínteres y todo el desarrollo concomitante del sistema muscular.

Dado que el niño nace en tal estado de indefensión, los cuidados maternos actúan, vía estimulación activa como desencadenantes de la catexia pasiva. Más adelante, en lo referente a la zona anal, la catexia de esta región es estimulada no sólo por la limpieza de la madre, sino también fortalecida por el propio estímulo de las materias fecales en el recto. Estas últimas en el curso del desarrollo, adquieren valor simbólico de aprecio o rechazo en una forma muy evidente. En esta forma, las diferencias anatómicas determinan que la catexia más importante en el hombre esté en el pene, y en la mujer en el clítoris, cloaca y superficie de la piel.

En el curso del desarrollo las zonas erógenas se catectizan tanto activa como pasivamente. En el caso particular del clítoris, la catexia inicial es pasiva y sólo posteriormente se vuelve activa. Bonaparte (2) piensa que durante la regresión se facilita el abandono de la catexia activa posterior, para así pasar al cambio hacia la zona vaginal con la catexia primitiva, o sea pasiva.

Para Bonaparte el sexo se define cuando se asocia el pene con actividad y la cloaca con pasividad. Sin embargo esta autora advierte que más adelante pueden incrementarse las pulsiones bisexuales, como en el caso de una excesiva estimulación en la etapa sádico anal, lo que daría como resulta

do una mayor erotización del sistema muscular de la niña. - Por otra parte como Moore (18) señala la sobreestimulación - de la piel puede provocar una excesiva erotización pasiva de todas las superficies cutáneas del organismo, cuya fijación irá en detrimento de la posterior inversión de libído en regiones específicamente genitales (como puede verse en algunas mujeres que sólo pueden ser excitadas a través de caricias muy prolongadas de todo el cuerpo). Similarmente la hiperestimulación del erotismo anal pasivo, favorecerá el desarrollo de actitudes psicosexuales pasivas posteriores.

En el período pre-edípico los objetivos sexuales de la niña en relación con su madre, de ser pasivos al principio se tornan en activos. Dichas pulsiones activas se manifiestan en el juego de la niña con sus muñecas, pudiendo expresarse a través de impulsos orales, sádicos o fálicos. Esta conducta será transferida más adelante al padre. Brunswick (4) y Lampl de Groot (14) interpretan este juego como una - identificación con la madre, en tanto objeto activo en un intento de ganar dominio sobre sí misma y sobre el mundo exterior. Sólo más adelante cuando reaparece el deseo de poseer un pene, la muñeca se convierte en un sustituto, y junto con la renuncia al falo vendrá el deseo de darle un bebé al padre y de ahí una actitud femenina definida. En el curso de esta evolución la niña tendrá que pasar por diferentes fases, des

de las pulsiones fálicas activamente dirigidas hacia la madre, que a través del cambio de objeto, que coincide con el cambio de actitud: de fálica activa a pasivo femenina.

Algunos de los factores que contribuyen a este cambio fundamental de la actividad a la pasividad requieren una mención especial en este punto aunque serán discutidos separadamente más adelante. El descubrimiento de la existencia de un pene y de su supuesta deficiencia en la niña, hiere su narcisismo por lo que se resiste a aceptarlo. En su inconsciente asume que ha sido castrada por lo que se siente deprvada y acusa a su madre de esto. Sólo más tarde, como producto de una elaboración secundaria, es cuando imagina haber sido castrada por su padre, fantasía anclada profundamente en deseos masoquistas y en fantasías eróticas de tinte sádico - con su padre.

La fantasía de haber sido desposeída del pene a manos de la madre provoca que la actitud de afecto se torne en hostilidad por lo que la niña rechaza como objeto, se identifica con ella, y en esta forma está en posibilidad de tomar - ahora al padre como nuevo objeto sexual en la fase edípica - positiva. Sin embargo cuando la madre con la que se identifica la niña es del tipo que Deutch (5) ha descrito como - erótico-activa en vez de masoquista pasiva, el resultado será una perpetuación de la actitud activa en la hija, lo que in-

terferirá en forma muy importante con su capacidad de gratificación erótica y en la adopción de un auténtico papel femenino, aunque le sea posible llevar a cabo las funciones biológicas de la maternidad.

En el transcurso del cambio de objeto que la niña lleva a cabo, de la madre al padre, la represión de las pulsiones activas pueden llegar a involucrar otras áreas causando limitaciones en la vida sexual posterior.

Normalmente las pulsiones activas (sádicas) se interiorizan convirtiéndose así en pasivas y contribuyendo al componente masoquista de la feminidad, así como al enriquecimiento de su vida interna. La consecuencia dota a la mujer de una especial sensibilidad para la intuición, la subjetividad y la afectividad en general.

Kestenberg (12) ha elaborado algunas ideas en relación al cambio entre actividad y pasividad. Señala que la actividad de los genitales presupone que estos están cargados con catexias tanto libidinales como agresivas y que sólo posteriormente en la fase de relajación es cuando se cambia hacia la pasividad. Para esta autora hay indicaciones de que la vagina es activa a pesar de que todos los cambios físicos que esto implica (en relación a tensión muscular, inervación y vascularización), y que no tienen una evidencia visible, y

que por lo tanto son experimentados por la mujer en forma -- por demás indefinida (frecuentemente confundidos con sensaciones uretrales, anales y abdominales), hacen que no se reconozca con facilidad a la vagina como un órgano activo. Este hecho tiene como consecuencia que no exista una representación activa del órgano, por lo que para el inconsciente la experiencia es vivida como pasiva, como algo que influye sobre la persona desde el exterior. Así las cosas, la mujer - experimenta una urgencia de relajación, vivida en este caso, como el único medio de sacudirse al agresor (estimulador). Al mismo tiempo acepta su propia necesidad de descarga como único medio, desde su situación de dependencia pasiva, para obtener la relajación. El Yo rinde su dominio sobre el cuerpo y se contenta con el control sobre la persona que le puede proveer de satisfacción, y por lo tanto de relajación. Sin embargo, como ya se mencionó, sólo las experiencias activamente vividas promueven un pleno desarrollo de la imagen - del órgano. La pasividad sólo provoca oscuridad en los límites, estimula la fantasía y actúa adversamente sobre el sentido de realidad. Por otra parte, aumenta el desarrollo de los afectos. La actividad por el contrario procura la descarga, con lo que el Yo queda liberado para el ejercicio de funciones de tipo discriminatorio.

Para Lampl de Groot (14) la actividad es prototípicamente masculina y la pasividad femenina (Freud ya había men-

cionado que esto no es totalmente cierto). Para esta autora, esto es resultado de las complicadas vicisitudes de los ingtintos de vida y de muerte, determinados a su vez por los procesos biológicos inherentes a cada uno de los sexos. Dado - este punto de vista, la autora concluye de que una pura orientación amorosa femenina hacia un hombre (lo que no dejaría - lugar para la actividad) sería un proceso puramente narcisista: no amaría sino que permitiría ser amada. Así esta autora llega a concluir de que para que la relación con el hombre sea de verdadero objeto amoroso, las mujeres deben amar con masculinidad. Similarmente las mujeres femeninas que la autora presupone narcisistas deberán ser malas madres. De hecho la actitud femenina pasiva pura llevaría a una pobre relación de pareja y así a la frigidez.

"FACTORES PRE EDIPICOS Y EDIPICOS"

En estas etapas del desarrollo Freud veía, primero - una fase inicial de dependencia de la madre, creando la situación edípica negativa, que posteriormente y coincidiendo con el descubrimiento de la supuesta castración, cambia por una dependencia hacia el padre creándose la fase del edipo - positivo. Si la mujer queda fijada a la fase original de conexión con la madre, los resultados serán desastrosos para su vida erótica subsecuente. En ocasiones pueden transferir la dependencia al padre pero con una modalidad de relación am-

bivalente referida al período de dependencia a la madre. En estos casos la mujer podrá tomar al padre como modelo para la elección posterior de objeto, pero la modalidad de relación será ambivalente o sea como fue con la madre.

La hostilidad hacia la madre no es tanto una consecuencia de la rivalidad del período edípico positivo, sino que su origen arranca de períodos precedentes. En función de que en la mujer la primera relación de objeto es con la madres (homosexual), y que posteriormente tiene que transferir y hacer un cambio de objeto (heterosexual), el desarrollo se vé sujeto a mayores peligros y vicisitudes; de hecho -- Freud pensaba que por esos motivos la disolución del complejo de Edipo en la mujer raramente es tan completa como en el hombre. En este sentido podrá eventualmente desarrollarse una frigidez tanto por fijaciones defensivas a la madre, impidiendo la transferencis a un objeto heterosexual, como por el manejo de las fantasías de la supuesta castración y sus equivalencias posteriores en la desfloración, coito y parto, como por las fijaciones intensas al padre que por vía del Su peryó punitivo materno impiden toda gratificación sexual.

"NARCISISMO"

Cuando un incremento en el narcisismo secundario ocasiona la hipererotización del cuerpo en detrimento de la va-



gina, puede llevar a la frigidez. Por otra parte este tipo de erotización lleva a una modalidad pasiva de relación, con el deseo de ser amada pero sin capacidad de amar, por lo que el orgasmo se hace difícil o imposible. La demanda sería de tal magnitud que dichas mujeres no son susceptibles de ser plenamente satisfechas por ningún hombre. Por razones obvias esta fijación interferirá con su actitud maternal.

"ENVIDIA DEL PENE"

Desde los trabajos clásicos de Freud en los que postula que la niña envidia el pene al hombre, se despertó una gran controversia que dura hasta la fecha. Desde 1908 hasta sus últimos trabajos de 1937 Freud describió una y otra vez la significación traumática que representa para la mujer la ausencia de órganos genitales visibles y como esta envidia puede ser rastreada hasta sus componentes anales, orales y aun constitucionales (bisexualidad congénita). Para este autor, acusado de falocéntrico, la envidia del pene constituye uno de los hitos históricos más importantes en la estructuración caracterológica ulterior de la mujer. Tan es así que se llegó a considerar que la mujer solamente podía renunciar a su deseo del órgano masculino a través de la maternidad con la posesión vicariante del pene a través del hijo. Sin embargo desde muy temprano varios de sus discípulos y particularmente las mujeres de su grupo han elaborado otras

concepciones teoricas. Por ejemplo Horney (9) relaciona la envidia del pene primordialmente con tres elementos: en el hecho de que el erotismo uretral está basado en la sobreestimación narcisista que los niños asignan a la función excretora; en que la curiosidad sexual de mirar o sea la satisfacción del impulso escotofílico, puede ser satisfecha con más facilidad en el niño; y que la niña piensa que la masturbación al ser más fácilmente realizable por el niño es por ello más permitida. Según esta autora la fuerza dinámica que origina la envidia del pene está basada en la renuncia edípica del padre, y el deseo concomitante de tener un bebé de él, - con una regresión a fases anales.

Según H. Deutch (5) la envidia del pene sería el resultado de una identificación preedípica con el padre, con el consecuente reconocimiento de la inferioridad de sus propios genitales. Para Abraham (1) la fantasía inconsciente de la niña es de que tuvo un pene y de que la forma anatómica de sus genitales son la evidencia de una castración. Este autor describe dos tipos generales de transformación del complejo de castración en la mujer: en el primer tipo existe una realización de deseos gratificados a través de los sueños, de fantasías, de formaciones sustitutivas y de síntomas; en el segundo la mujer se vuelve vengativa, realizando sus fantasías a través de constelaciones sintomáticas como el -

vaginismo, la frigidez etc. o fantasías de muy diversa índole en donde el común denominador es el secuestro del pene y la castración concomitante al mismo. En estos casos, en caso de que existan relaciones sexuales placenteras, estas quedarán circunscritas al clítoris; sin embargo en algunos casos luego del nacimiento de un bebé (que simbólicamente representaría el pene deseado), estas mujeres podrán desarrollar su sexualidad vaginal normal. En otras ocasiones la humillación del hombre podrá erigirse en condición necesaria para tener experiencias eróticas.

"LA TRANSFERENCIA DE ZONAS EROGENAS"

Con respecto al proceso por medio del cual las catexias eróticas del clítoris son transferidas a la vagina, vale la pena mencionar las opiniones de algunas de las personas que se han interesado en este campo. Según Brierley (3) Horney (10), Müller (19) y otros, existen impulsos genitales muy tempranos que más tarde serán reprimidos. Por ejemplo, Brierley pudo evidenciar en la bebé la presencia de contracciones vaginales durante el acto de mamar, y durante el período de demora mientras espera el pecho, opinión corroborada por Greenacre (8) y Kestenberg (12). En función de esto piensa que el desplazamiento de la excitación de una zona a la otra encuentra su representación en la organización del Yo, estableciéndose así las ecuaciones simbólicas boca-ano-

vagina y pezon-pene-heces-niño.

La asociación boca-vagina puede, eventualmente, ser débil sin embargo la importancia de su establecimiento reside en el hecho de estar asociada a experiencias dolorosas o agradables, o en otras palabras su posterior significación tendrá que ver con el grado de sadismo con el cual está imagen quedo investida. De esta manera la autora concluye que solo en aquellas bebés cuyas vaginas participaron (aunque haya sido en un ligero grado) en el acto de amamantamiento gratificante, poseerán una base sólida para el ulterior desarrollo de una feminidad normal. Por el contrario, las experiencias de frustración y los componentes sádicos de la oralidad serán factores predisponentes en el desarrollo de anomalías eróticas. Lorand (16), Langer (15) y M. Klein (11) han estudiado exhaustivamente el problema de la frigidez rastreandolo hasta sus orígenes anclados en frustraciones orales.

H. Deutch (5) ha señalado la forma en que la libido de la zona oral que catectiza el pecho materno en un primer momento es posteriormente transferida al padre, e igualada en el inconsciente con el pene. En forma similar durante la fase anal en la que las heces se convierten en un instrumento de dominio, se establecen las ecuaciones pecho-bolo fecal-pene. Más adelante la libido se focalizará en el clítoris, situación que sin embargo deberá ser abandonada a favor de -

una distribución al cuerpo como un todo. Posteriormente durante la pubertad, la libido fluye nuevamente hacia la vagina, en parte a partir del clítoris que puede retener elementos catécticos, y en parte a partir del resto del cuerpo. - Esta nueva derivación, que puede ser difícil en algunas circunstancias, es ayudada, por la posterior erotización de la vagina a través de la menstruación y la revivencia de las fantasías de castración. En este proceso, que ocurre a través de una serie de identificaciones de las partes genitales con objetos parciales y totales se llevará a cabo la transferencia de la libido de activa a pasivamente dirigida. En esta forma, la vagina con sus funciones secretoras y contractiles toma el lugar del clítoris. Así la verdadera representación pasiva de la vagina estará sustentada en la modalidad oral - del mamar, o sea una actividad volcada hacia adentro. Así - la incorporación del pene será una repetición de aquella fase de aceptar la nutrición a través del pecho. Para Deutch (5) el parto constituye una fase final del acto sexual, una etapa retardada del orgasmo con placer similar. Durante el embarazo se reeditan todas las etapas libidinales del desarrollo, y el bebé como objeto libidinal de la madre, forma parte de su propio Yo recompensándole así algo del narcisismo - que la mujer había depositado en su pareja en el acto sexual.

Como podemos ver al revisar las concepciones teóricas de Deutch podemos concluir que la autora entiende la vida eró

tica de la mujer como una serie de transformaciones e intercambios de energía, intimamente entretnejidos con esos procesos biológicos (situación intrínseca y exclusiva de las mujeres).

A continuación se dedicará un breve apartado al problema del masoquismo femenino, que según Deutch, es de repercusiones muy importantes en la psicología femenina.

"MASOQUISMO"

Para Deutch (5) la niña debe abandonar la masturbación clitoridiana antes de tener una nueva zona de placer, en función de que las catexias activas, al abandonar el clitoris, regresivamente invisten puntos anteriores del desarrollo pregenital, derivándose así una actitud masoquista por el deseo de ser castrada a manos del padre. Debido a que la primera identificación infantil con la madre es en términos de una orientación masoquista, la autora postula que en las neurosis este masoquismo libidinal primario femenino se entrelaza cercanamente y por lo tanto queda oscurecido por el masoquismo moral, originándose este bajo la presión de los sentimientos de culpa.

Para esta autora la frigidez será debida al miedo de la mujer a sus propios deseos masoquistas (retaliativos de fan

tasías sádicas previas). La percepción de esto es vivida como amenazante para el Yo que se defiende desde una posición narcisista y a través de la identificación con el padre.

S. Rado (20), quien en principio esta de acuerdo con las formulaciones de Deutch, enfatiza sin embargo el temor a la castración. Para este autor el descubrimiento de la inferioridad de sus genitales, es vivido por la niña como una herida narcisista que es la que le hace dejar la masturbación.

Sin embargo la vivencia del daño en sí misma, le provee una gratificación sustitutiva francamente masoquista. Posteriormente el Yo maneja estas fantasías masoquistas a través de mecanismos de huida, de combate o con la elección del mal menor. En este sentido la frigidez representará la expresión conductual de la reacción de huida.

Finalmente para Bonaparte (2) el sufrimiento es visto como el destino biológico de la mujer, tal como se ven en la castración, desfloración, menstruación y parte. En este sentido el masoquismo femenino representaría la solución adaptativa de este destino.

"MATERNIDAD"

Como ya quedó anotado en páginas anteriores, la inac

cesibilidad visual y táctil de la vagina y lo difuso de la -modalidad de excitación, hacen que los genitales, tengan una incorporación difícil al esquema corporal. Así desde épocas tempranas de la vida, las sensaciones vaginales se presentarán confundidas con las de otras zonas somáticas y proyectadas hacia el exterior del cuerpo. Basada en esta hipótesis Kestenberg (12) piensa que los sentimientos maternos se desarrollan a partir de esta necesidad biológica de descargar las tensiones vaginales en un objeto externo, objeto sobre el cual la niña pueda tener un manejo activo.

Ayudada a través de la identificación con su madre y de la fantasía del bebé anal, la pequeña encuentra en la muñeca-bebé un adecuado sustituto a su carencia de órgano de -descarga. En este orden de ideas Deutch (5) llega a pensar que existe una relación inversa entre sensibilidad vaginal y necesidades maternas. Esta autora sigue diciendo que a pesar de que exista una satisfacción vaginal adulta a través del coito o de la masturbación que alivia la tensión sexual, esto sin embargo no permite el manejo activo del órgano genital, lo que sólo podrá ser obtenido por la activa manipulación de un infante. (éste es un punto de vista altamente controversial).

Sin embargo para fines prácticos, independientemente de cualquier concepción teórica, la maternidad sigue siendo un factor de primera importancia en la feminidad, llegando a

constituirse en la meta principal de la existencia de una -
mujer.

Así eventualmente la gratificación individual puede
llegar a ser permutada por las metas de la especie.

Obviamente la función maternal, bajo condiciones nor-
males, no implica ningún antagonismo con la gratificación --
sexual, si bien bajo condiciones neuróticas pueden existir -
grados variables de separación entre ambas metas.

Dado que el proceso de desarrollo infantil de la ni-
ña implica una identificación con la madre acompañada por el
deseo de ser amada por el padre y de tener un hijo de él, pue-
den existir visciisitudes en donde al no llevarse exitosamente
el cambio de objeto del padre a otro hombre, resultará que -
en vez de una identificación exitosa se establecerá una fuer-
te rivalidad con la madre, acompañada de intensos sentimien-
tos de culpa que eventualmente pueden implicar la renuncia -
al rol maternal. Por otra parte, cuando la conflictiva edí-
pica está excesivamente cargada, el descubrimiento del rol -
sexual de la madre puede dar como resultado su degradación y
visualización en la fantasía como una prostituta, por lo que
la posterior identificación con ella estará teñida de senti-
mientos de culpa intolerables.

Estas viscosidades son algunas de las causas de separación de los aspectos de gratificación sexual de los aspectos maternos. En una, la mujer acepta la maternidad y a su hijo pero se niega el papel del hombre como pareja. En la otra, existirán marcadas tendencias masoquistas susceptibles en tal forma de ser gratificadas a través de la maternidad, que la satisfacción sexual directa será relegada a un segundo plano.

BIBLIOGRAFIA CAPITULO IV

1. Abraham, K.: "Manifestations of the female castration - complex (1920), in: Selected Papers on Psychoanalysis. London Hogarth Press 1927
2. Bonaparte, M.: Female Sexuality. New York: Int. Universities Pres Inc. 1953
3. Brierly, M.: "Some problems of integration in women", Int. J. Psai XIII, 1932 pp. 433-448
4. Brunswick, R.: "The Preoedipal phase of the libido Development", The Psych. Quarterly, IX 1940 pp. 293-319
5. Deutch, H.: "The psychology of Women", Two volumes, New York: Grune & Stratton Inc. 1950
6. Ellis, A.: "Arte y Técnica del Amor", Edit. Grijalbo 1965
7. Ford, C.S. & Beach, F.A.: Patterns of Sexual Behavior. New York: Harper & Bros. 1951
8. Greenacre, P.: "Some factors producing different types of genital and pregenital organization", in: Trauma, -- Growth and Personality. New York: W.W. Norton & Co. Inc. 1952
9. Horney, K.: "On the Genesis of the Castration complex in women". Int. J. Psai V 1924 pp. 453-476
10. Horney, K.: "The denial of the Vagina" in Int. J. Psai XIV, 1933 pp. 57-70
11. Klein, M.: The Psychoanalysis of Children, London, Hogarth Press, 1932

12. Kestenberg, J.: "Vicissitudes of Female Sexuality" in J. Amer. Psa. Assn. IV, 1956 pp. 453-476
13. Kinsey, S.: Sexual Behavior in the Human Female, Philadelphia: W.B. Saunders Co. 1953
14. Lampl de Groot, J.: "The evolution of the Oedipus complex in Eomen": Int. J. Psa IX, 1928 pp. 332-345
15. Langer, M.: Maternidad y Sexo, Buenos Aires: Ed. Nova, 1951
16. Lorand, S.: "Contributions to the problem of Vaginal Orgasm". Int. J. Psa. XX 1939, pp. 432-438
17. Marmor, J.: "Some Considerations Concerning Orgasm in the Female", Psychosomatic Med. XVI, 1954 pp. 323-349
18. Moore, B.E.: "Frigidity" Areview of Psychoanalytic Literature, The Psych. Quarterly 33 (3) 1964 pp. 323-349
19. Müller, J.: "A Contribution to the Problem of Libidinal Developement of the Genital Phase in girls", Int. J. Psa. XIII, 1932, pp. 362-368
20. Rado, S.: "Fear of Castration in WomenW: The Psycho-analytic Quarterly, II, 1933. pp. 425-475

CAPITULO V PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

En el presente capítule se expondrá un breve panorama respecto a los diferentes procedimientos terapéuticos que proponen las distintas posturas teóricas para la curación de la frigidez. Siguiendo los lineamientos de los capítulos anteriores retomaremos a los autores más sobresalientes de las diferentes teorías.

Iniciando con Masters y Johnson, que enfocan el síntoma desde un punto de vista no psicoanalítico, el tipo de terapia deja un poco de lado los aspectos psicológicos y dirigen el tratamiento con una aproximación de tipo conductista. El programa utilizado por los anteriores autores, provee de un tratamiento limitado generalmente de dos semanas, donde las sesiones son diarias. Dicho tratamiento es dirigido por dos terapeutas, éstos tienen que ser hombre y mujer. Y uno de los cuales debe ser médico. Dentro de los requisitos para llevar a cabo este tipo de tratamiento uno es que la pareja acuda a las clínicas, no se trata por separado a una parte de ésta, sino formando parte de una unidad. Recomiendan los autores, de ser posible, que la pareja se traslade, deje sus actividades cotidianas, que se tome una especie de vacaciones para acudir a los centros donde se imparte la terapia. Por regla general sólo se aceptan parejas pero en caso de aparecer un paciente que carezca de ella o que ésta no esté en -

condiciones de acudir, los terapeutas les proveen de una pareja sustituta que por medio de una cuota pasará dos semanas con el paciente y participará en las tareas sexuales que prescribirán los terapeutas.

Estas tareas o pautas se inician con una abstinencia de relaciones sexuales de varios días durante los cuales se deben efectuar ejercicios de estimulación táctil, para tener sensaciones eróticas. Una vez que la pareja reporta un incremento en el placer erótico, se les induce a efectuar ejercicios específicos que son los indicados para su particular trastorno sexual. En el caso de la frigidez, se ordena no tratar de lograr de inmediato un orgasmo como finalidad, sino tratar de relajarse lo más posible, efectuar los ejercicios donde se provoca la excitación de las zonas erógenas, ensayar posiciones donde la mujer se sienta más estimulada, iniciar el despertar de deseos eróticos, practicar, y finalmente lograr el orgasmo.

El tipo de terapia que sugiere Kaplan, se caracteriza principalmente por dos aspectos: Primero, sus objetivos son esencialmente limitados para aliviar al paciente de su síntoma y segundo se sale de las técnicas tradicionales empleando una combinación de prescripciones sexuales y psicoterapia.

Difiere de Masters y Johnson en que no necesariamente deben ser dos terapeutas, sino que puede hacerse con uno solo y el sexo es un factor poco definitivo. El tiempo del tratamiento no es limitado a dos semanas sino que varía según los casos y a los pacientes no se les vé a diario sino que se imparten de una a tres sesiones por semana. Es decir la rapidez en erradicar el síntoma no es lo más importante, sino la atención individual. Pero la diferencia más significativa estriba en que su tratamiento no es a un nivel tan superficial, sino que conceptualiza la terapia sexual como una forma de psicoterapia, a pesar de que el objetivo sí es erradicar el trastorno sexual. Para esto, conduce el tratamiento dentro de un marco conceptual psicodinámico. Trata de comprender las causas del padecimiento, las inmediatas y las profundas, como lo podrían ser resistencias intrapsíquicas, motivaciones inconscientes, así como la dinámica de la patología de la relación de pareja.

Con esta autora que indica como procedimiento terapéutico la combinación de ejercicios sexuales, más psicoterapia, seguiremos a los autores que se han abocado en mayor grado hacia el tratamiento de los componentes psicológicos que intervienen en el conflicto sexual.

Robinson sugiere el autoanálisis, dentro de este, el primer paso consiste en que la mujer vea "objetivamente" el

problema, que comprenda su naturaleza, sus implicaciones, co
nocer todos los hechos exteriores que puedan captarse con el
intelecto. Este tipo de comprensión objetiva es de suma im-
portancia pues hace que la mujer se libere de los prejuicios
y le impide buscar falsas soluciones, enfrentándola a su res
ponsabilidad personal.

El segundo paso fundamental para esta autora, requie
re un enfoque subjetivo, es decir lograr un verdadero insight
de las actitudes y sentimientos sobre los que se basa la fri
gidez, así el problema puede resolverse por completo. Para
el logro de este insight, sugiere hacer algo sumamente concre
to dedicar cierta cantidad de tiempo cada día a estar absolu
tamente sola, diez minutos, media hora o una hora y comenzar
en esos minutos a dejarse realmente sentir las emociones ne-
gativas que experimenta respecto a su pareja. La meta es que
estos sentimientos negativos salgan a la superficie, extraer
los, experimentarlos a fondo. Concentrarse y luego animarse
a permitir que sus emociones y sentimientos la dominen por -
completo. A medida que deje que estos sentimientos afloren a
la superficie, se dá cuenta como las características irritan
tes de la pareja pasan a ser generalidades amplias con respec
to a todos los hombres. Estos sentimientos negativos hacia
los hombres siempre existen en la frigidez.

¿Qué sigue para esta autora? Al darse cuenta la mujer

que estos sentimientos y actitudes sólo tienen poder de causar daño perdurable si están ocultos en la conciencia, al aflorar y hacerse concientes automáticamente pierden su poder destructivo.

Robinson aporta este tipo de autoanálisis, el cual, si bien tiene un enfoque de tipo psicoanalítico, es una postura simplista para el tratamiento de la frigidez, por otro lado deja la duda si la capacidad de insight se obtiene simplemente a través del autoanálisis y la labor del psicoanalista o psicoterapeuta queda anulada.

Para Bergler, otro autor revisado con anterioridad, la solución al problema de la frigidez también estriba en las sesiones psicoanalíticas. Este autor, como muchos otros aclara que previo al tratamiento psicoanalítico, la mujer se tiene que someter a un examen médico para descartar cualquier factor de orden físico o constitucional.

La oportunidad de éxito en el tratamiento psicoanalítico para éste autor depende de tres condiciones: Una que la mujer lo pida voluntariamente, es decir que no sea enviada por su pareja, o por alguna otra persona. Dos, darle suficiente tiempo al analista para que realice su trabajo y tres, la capacidad individual para las regresiones profundas.

Si se dan estas tres condiciones, según su experiencia clínica, en los casos que prevalece la problemática oral, se puede curar a un 50% de éstos con una duración aproximada de tratamiento de dos años. En los casos que predomina la problemática anal, la cura es de un 75%, con una duración de tratamiento de un año y medio, y finalmente en los casos de histeria o fálicos, la cura es del casi 100% durando el tratamiento también un año y medio.

Ya que se ha mencionado al psicoanálisis como uno de los procedimientos terapéuticos para la curación de la frigidez sería conveniente abordar someramente en que consiste dicho tratamiento.

Como principio general, una de las finalidades del psicoanálisis es traer a la conciencia la mayor parte de los contenidos inconscientes, para de esta forma poder entender las situaciones conflictivas y manejarlas. Otra finalidad es disminuir la fuerza del ello y fortalecer al Yo, que al adquirir dicha fortaleza podrá manejar tanto las pulsiones internas como los estímulos externos. Otras de las metas que se tratan de obtener en algunos casos y sobre todo en aquellos donde aparece el síntoma frigidez, es la de disminuir la capacidad punitiva del Superyó y permitirle una acción más protectora.

¿Cómo se llega al logro de lo anterior?, utilizando los parámetros clásicos del psicoanálisis que consisten primordialmente en acudir de tres a cuatro sesiones por semana, de preferencia utilizar el diván, con el que se facilita la regresión, por supuesto controlada por el analista.

El aspecto regresivo progresivo, es uno de los puntos esenciales dentro del psicoanálisis, ya que este es un tratamiento reestructurativo y sólo es posible reestructurar cuando se ha llegado a etapas muy profundas, lo que se logra hacer gracias a las regresiones.

Otro punto sumamente importante para el logro de la comprensión de la personalidad es el análisis de las resistencias y la creación de una neurosis o psicosis de transferencia donde al ser ésta colocada en la persona del analista se pueden revisar y desanclar los puntos de fijación o atención en el desarrollo de la personalidad.

El aspecto sobresaliente del psicoanálisis es que, - independientemente de que la queja inicial, o el motivo por el que una mujer acuda a tratamiento sea el problema de la frigidez, el enfoque principal en este tipo de tratamiento será la personalidad total de la paciente. Los pasos a seguir por lo tanto dependerán de la investigación de dicha personalidad.

La finalidad del tratamiento no será la de extirpar un síntoma sino la investigación de sus causas, ya que se trata de un tratamiento reestructurativo y no sintomático. Esto último está basado en el hecho de que el psicoanálisis conceptualiza a los síntomas como transacciones adaptativas que de no resolverse a través de la regresión-progresión, aparecerán de alguna forma distinta, disfrazada, pero no se resolverán de raíz los conflictos. Durante el tratamiento psicoanalítico, el síntoma puede desaparecer al iniciar o en ocasiones al finalizar dicho proceso, pero la meta es la resolución de las vicisitudes que han surgido en el desarrollo integral de la personalidad, elaborarlas, y de esta forma favorecer un desarrollo pleno de ésta y avanzar hacia la genitalidad.

CAPITULO VI RESUMEN Y CONCLUSIONES

A lo largo de esta revisión bibliográfica sobre la - frigidez, se ha podido observar que existen una serie de conceptos que más que marcar una comprensión total sobre el tema de la frigidez y sobre el desarrollo psicosexual femenino, - no llevan a una serie de caminos en proceso de investigación. Esto implicaría llevar a cabo investigaciones a través de una serie de puntos de controversia o duda que van más allá de la intención de esta tesis.

Si bien las aportaciones y descubrimientos de Freud a partir de 1905, son los fundamentos para estudiar, e inclusive rebatir sus formulaciones, no son definitivos ni cubren la totalidad del problema, más aún, en uno de sus últimos escritos: "LA FEMINIDAD" dijo: "Si quereis saber más sobre la fe minidad, ese "continente negro", interrogad a vuestra propia experiencia, dirigios a los poetas o bien esperad que la cien cia pueda darnos datos más profundos y más coordinados".

La polémica acerca de la sexualidad femenina estaba - abierta desde los albores del psicoanálisis y los trabajos de Freud suscitaron oposiciones por parte de algunos analistas - inscritos en una línea de pensamiento perfectamente "ortodoxa" y otros por el contrario adaptaron plenamente sus concepciones y trataron de ~~confirmarlas~~ y enriquecerlas con contribuciones

personales.

Lapl de Groot y Mack Brunswick contribuyeron para comprender la fase preedípica y los cambios en las metas activas y pasivas del niño. Deutch contribuyó con el conocimiento del masoquismo femenino, su trabajo integra las funciones psicológicas y las intrínsecamente biológicas de la mujer y como éstas están influenciadas por factores sociales y culturales. Muestra que los problemas eróticos no pueden ser visualizados como un fenómeno aislado. Bonaparte hace énfasis en la bisexualidad y el masoquismo en la naturaleza biológica de la mujer como una explicación de la frigidez. Langer y Lorand han demostrado la relación de los trastornos sexuales con frustraciones orales tempranas. Los estudios de Greenacre sobre los efectos de sensaciones tempranas en el clítoris y vagina hacen más comprensible la organización preedípica y los patrones de las respuestas sexuales posteriores.

Para Freud, la frigidez como muchos otros fenómenos conductuales, puede ser vista como una consecuencia, altamente determinada por una alteración en el complicado ciclo del desarrollo psicosexual. Por el año de 1905, señaló las dos razones principales de la complejidad de la sexualidad femenina: La necesidad de el cambio en el sexo del objeto original y la transferencia de sensaciones eróticas del clítoris a la vagina como principal zona erógena. Freud relacionó la

anestesia vaginal con la dificultad de esta transferencia, -
sumado a esto el mecanismo de represión.

Las diferencias entre los sexos en relación a metas activas y pasivas, así como la envidia del pene, también fueron observaciones disponibles para comprender la frigidez. Pero no completó sus formulaciones sobre la psicología de la mujer hasta 1932. Para esta tarea necesitó como apoyo sus teorías en relación a los instintos y sus viscositudes, la polaridad entre actividad y pasividad, el complejo de Edipo, el narcisismo, el masoquismo, la organización genital infantil de la libido y el concepto estructural.

Este autor, como muchos otros, sobreenfatiza que la feminidad está íntegramente identificada a la pasividad y la masculinidad a la actividad, sin tomar en cuenta que la tan socorrida pasividad pierde toda su connotación de no-actividad cuando se le considera en términos de receptividad. Este último término implica una forma diferente, femenina de actividad, de plena participación en la relación interpersonal hombre-mujer.

Lo anterior implica por necesidad una amplia revisión del prejuiciado concepto de que el pene significa actividad y la vagina pasividad. Por lo tanto esto lleva a una reformulación de aquellos conceptos relacionados con la envidia -

del pene y la ansiedad de castración en la mujer.

Como se pudo observar en capítulos anteriores, la falta de advertencia de estos factores derivaron de estériles - discusiones acerca de la envidia del pene, del complejo de castración, y de la percepción o no de sensaciones vaginales desde etapas tempranas, es decir antes de la pubertad.

Las nuevas líneas de investigación parten de la verdad de Perogullo de que la mujer no es un hombre incompleto, ni se puede tomar como definitiva la postura falocéntrica de Freud de que la mujer debe conformarse con su deficiencia física.

Desde que se acallaron los últimos ecos de las discusiones sobre la sexualidad femenina, han transcurrido unos treinta años, y las contribuciones al problema de la sexualidad femenina se han hecho cada vez más escasas, esporádicas y parciales.

Sin embargo, a mediados del presente siglo, una nueva corriente no-psicoanalítica, con otro tipo de enfoque y de métodos de investigación, se dedicó a investigar la conducta sexual femenina. Esta aportación se debe en su mayor parte a Kinsey, al cual se han anexado estudiosos sobre el mismo tema, hasta llegar actualmente a las investigaciones de

Masters y Johnson.

En cuanto a la etiología de la frigidez la mayoría - de los autores revisados previamente, concuerdan que en la - gran mayoría de los casos, es de orden psicológico. Difieren básicamente en la aproximación y sobre todo en los procedimientos terapéuticos.

Los puntos de convergencia son primordialmente en relación a los factores biológicos y culturales. En cuanto a - estos últimos, la corriente no-psicoanalítica aduce que un - gran porcentaje de casos de inadecuación sexual, se debe a - la ignorancia, mientras que la teoría psicoanalítica los atribuye a la introyección a través del superyó, de valores culturales sumamente represivos, a los cuales la mujer se adapta, desarrollando una defensa rígida contra sus propias necesidades biológicas, la defensa básica frente a estos conflictos es la frigidez.

Desde el punto de vista económico, una mujer puede - tener serias dificultades en el logro del orgasmo si su Yo no se encuentran en condiciones de efectuar el tipo de regresión necesaria para éste. Esta es una sensación de psicotización, de inconsciencia momentánea comparable con la muerte, con la consiguiente retirada de catexias del Yo del cuerpo, por lo cual el abandono de la mujer con un Yo débil, no es posible

y por lo tanto no logra su satisfacción orgástica.

Algunos autores han rastreado la etiología de la frigidez hasta etapas muy arcaicas de la personalidad donde postulan que la ausencia orgástica representa una situación -- idéntica, aunque transferida al plano genital, donde la vagina, boca hambrienta recibe leche mala. En la medida que la satisfacción orgástica falla, la satisfacción se queda en el pecho (pene), mientras la mujer sigue hambrienta y fría.

Otros autores enfatizan que el síntoma proviene de etapas menos primitivas, dándole mayor importancia a la -- transferencia de zonas erógenas, donde el placer sexual debe localizarse en la vagina en lugar del clítoris, a factores -- preedípicos o inclusive a fuerte problemática edípica, donde por ejemplo una mujer puede quedar fuertemente fijada al padre, surgiendo fantasías masoquistas contra las cuales el Yo se tiene que defender con la frigidez.

En relación a la formulación de que el placer sexual debe localizarse en la vagina y no en el clítoris, habría que retomar la aportación de Masters y Johnson de que hay un solo tipo de orgasmo activado mayormente por estimulación del clítoris pero localizado y experimentado en/y alrededor de la -- vagina.

Lo anterior nos demuestra que las diferentes aportaciones de los autores no son incompatibles, sino que la frigidez no es una enfermedad en sí misma, sino un síntoma y un signo de neurosis. Estos síntomas tienen variados fondos genéticos, dependiendo de la profundidad de la regresión en que están envueltos.

Estas diferencias hablan de que la frigidez no es un proceso patológico unívoco, que tiene diferente etiología a diferentes etapas de desarrollo.

Por lo tanto es de primordial importancia revisar las bases psicológicas individuales de la frigidez, la influencia de objetos tempranos que está siempre implícita en dicha revisión, así como los factores biológicos y culturales.

Si se desea profundizar sobre las bases psicológicas de cada paciente, el procedimiento terapéutico a seguir sería psicoterapia reconstructiva.

Si el objetivo es erradicar el síntoma, los procedimientos de Masters y Johnson han dado buenos resultados en ese cometido.