ESTERILIZACION FEMENINA VOLUNTARIA. ASPECTOS PSICOLOGICOS Y PSIQUIATRICOS*

Dr. Humberto Rosselli**

La esterilización femenina voluntaria, igual que otras formas menos drásticas e irreversibles de anticoncepción, es indicada en ocasiones por motivos psiquiátricos. Efectivamente, casos de neurosis grave o de psicosis asociadas al embarazo y al parto, conductas psicopáticas complicadas o no con deficiencia mental y aún severos desajustes específicos en condiciones adultas de la vida, puedan imponer, después de una juiciosa evaluación médico-psicológica, tal medida, como una forma de prevención secundaria de más severas crisis en la mujer o en el matrimonio.

Esto sin contar con posibles prescripciones eugenésicas, autorizadas y aún ordenadas legalmente en otros países. No solamente el intento de prevenir condiciones hereditarias con lesión mental, ligadas a determinadas transmisiones genéticas, sino el hecho quizás más amplio de que una mujer perturbada emocional o psíquicamente puede no estar en condiciones de dar a su hijo la adecuada seguridad emocional requerida para un desarrollo armonioso, han sido invocados para aconsejar la esterilización voluntaria en determinados casos.

En apoyo de un programa que abarque medidas de control **voluntarias** y no **obligatorias** de la natalidad, Kaner (1) escribió lo siguiente:

"Mayor daño sufren los niños por la inestabilidad conyugal de sus padres que por el cociente intelectual de ellos. Las leyes de esterilización convenientes por todos conceptos, pueden y deben aplicarse solamente a un pequeño grupo de personas que combinan la oligofrenia con la incapacidad de criar a sus hijos adecuadamente, que no se restringe solamente a los de escasa inteligencia. Se encuentra también entre las personas muy cultas y bien educadas; entre ellas hay gente que tiene el sentido suficiente para apreciar sus deficiencias emocionales y su falta de aptitud para la paternidad o maternidad. Mucha infelicidad de padres e hijos (y muchos abortos ilegítimos) podrían impedirse si se les diese orientación experta anticonceptiva".

Freedman (2) señala que los procedimientos quirúrgicos tales como salpingectomía u ooforectomía han perdido importancia en los Estados Unidos desde el advenimiento de los contraceptivos y la relativa facilidad de los abortos. En una encuesta en una Universidad de aquel país en relación con control de natalidad, el

* Simposio de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Bogotá, Agosto 3 de 1973.

** Presidente, Sociedad Colombiana de Psiquiatría. Carrera 18 N° 84-87, Bogotá.

84% de los jóvenes interrogados estaban de acuerdo en planear el número de hijos y 6% eran partidarios de la vasectomía una vez logrado el tamaño deseado de la familia; 2% preferían la ligadura de las trompas (Kolb (3)).

Se ha observado que una pequeña proporción de las mujeres que se someten a esterilización por procedimientos quirúrgicos pueden desarrollar un síndrome neurótico post-esterilización consistente en hipocondría, dispareunia, pérdida de la libido, frigidez y dudas acerca de su identidad femenina. Cuando tal cosa ocurre, generalmente se puede hallar un estado psicopatológico premórbido (Freedman 2).

Ekblad (4) pudo seguir por cinco o seis años un grupo de 225 señoras suecas sometidas a esterilización y halló que 78% estaban totalmente satisfechas con el procedimiento, 4% se sentían un poco perturbadas pero no estaban arrepentidas; 11% lo habían lamentado en alguna ocasión pero no habían sufrido por esto hasta un extremo notorio y 7% lo habían lamentado y estaban más o menos profundamente afectadas por la operación, aunque no hasta el grado de que no pudieran trabajar o fueran hospitalizadas. En las mujeres sin hijos o por debajo de los 26 años de edad el riesgo de reacciones insatisfactorias por la esterilización aparece grande. Curiosamente reacciones similares y paralelas en los varones han sido descritas después de la vasectomía (Ziegler 5).

Kolb (3) recomienda hacer un completo estudio psiquiátrico en las candidatas a esterilización el cual debe incluir las experiencias vitales, expectativas y debilidades de la personalidad de la paciente. Considera que en general aquellas mujeres que no

desean un embarazo rara vez llegan a desempeñar bien su papel de madres, pero que el buen clínico no aceptará tan fácilmente las primeras afirmaciones verbales de las pacientes de que ellas no desean el embarazo, ya que algunas veces estas declaraciones son hechas para ganar o recuperar afecto y atención o pueden ser quejas hechas a requerimiento o insistencia del cónyuge quien no desea hacerse cargo de la responsabilidad de un hijo.

Galeano Muñoz (6) ha hecho énfasis en las experiencias psicológicas profundas que están ligadas al proceso de la maternidad. "El hecho biológico del embarazo y del parto elicit, muy particularmente, toda la dramática de la existencia humana, movilizand y actualizando las angustias más básicas de la vida. Es por esto, que la instancia de la creación más genuina, momento fecundo de la existencia, es también momento de angustia, por posibilidad de destrucción aniquilante. Vida y muerte se abrazan indisolublemente en el embarazo y el parto, como amenaza a la vida naciente y también a las vidas entre y de las que se nace".

"Los factores culturales, así como los conflictos pertenecientes a la historia individual, distorsionan de tal modo la significación biológica del embarazo y del parto, que esta situación tiene múltiples versiones según las organizaciones sociales, la edad y el sexo de las personas". Considera que la situación ante la maternidad tiene una doble posibilidad de ser: la creación (nacimiento) y lo angustiante de la aniquilación (muerte). Este conflicto es universal y está presente tanto en los casos normales como patológicos, la diferencia estaría en la respuesta individual y en la capacidad de elaborarlo. Afecta tanto a la mujer como al varón aunque, claro,

con características e intensidad diferentes. Tiene que ver con las primeras experiencias vitales de todo ser humano, con la relación inicial con la figura materna y las angustias del propio nacimiento, vuelve a revivir el conflicto inconsciente con la propia madre escindida en una figura buena, que da vida, calor, alimento y afecto y una figura mala en la cual se potencializan todos los deseos negativos, la rabia, la agresión y la destructividad del bebé, alimentadas por las inevitables frustraciones naturales.

En la maternidad se combinan las ilusiones de la pareja por el embarazo, por el bebé, por el hijo, al mismo tiempo que intensos temores de mutilación, de deformidad, de destructividad y de daño. Cuando el conflicto es muy intenso lleva a mecanismos exagerados observables en todos los tabúes y rituales culturales en relación con la maternidad y, en la patología individual, en las reacciones neuróticas y psicóticas que se suelen observar. La angustia y el temor pueden favorecer y de hecho están presentes en las actitudes individuales con respecto a la anticoncepción, la cual, independientemente de otras razones médicas o demográficas que la hacen aceptable o rechazable en cada caso particular, se impregna y puede servir de expresión a la actitud inconsciente en relación con el mencionado conflicto.

Entre nosotros Arcila Arango (7) ha analizado las fuentes irracionales e inconscientes en las actitudes natalistas y antinatalistas. "Frecuentemente estas motivaciones inconscientes son distorsionadas y disfrazadas por una elaboración secundaria racional que ayuda a mantenerlas fuera de la conciencia y también, quizá, a que la voluntad anticonceptiva consciente se muestre más decidida y

obstinada. Esto es enormemente facilitado por la institución social del control de la natalidad, que es susceptible de llevar al individuo neurótico a idealizar sus motivaciones como deber social y a rodear de un halo de responsabilidad una voluntad patológica individual de fuente predominantemente inconsciente". Lo mismo cabe decir para las actitudes natalistas neuróticas.

Tanto la idea de tener niños como de no tenerlos estarían en conexión con las fantasías infantiles de temor o angustia de castración y de lucha contra esa misma angustia. Sus modalidades varían según la forma y elaboración del conflicto edípico, pero pueden estar contaminadas igualmente con fantasías y angustias orales, canibalísticas, sádicas y anales.

En nuestra limitada experiencia con pacientes neuróticas o psicóticas hemos podido comprobar el significado de la esterilización voluntaria como una castración para la mujer, vivida en esta forma por los dos cónyuges, buscada para solucionar una ansiedad culpable o una expiación, o temida grandemente por la sumisión a figuras parenterales amenazantes u odiadas. Naturalmente, como solución vicariante del conflicto, puede aliviarlo cuando las situaciones externas reales justifiquen una operación de esta naturaleza, pero no pueden ser la clave a los profundos conflictos inconscientes que le dan origen, los cuales pueden permanecer, agravarse o exteriorizarse posteriormente a otro nivel o en otra sintomatología.

En resumen podemos decir que aunque hay indicaciones psicológicas y psiquiátricas para la esterilización femenina voluntaria en determinados casos, esta decisión compromete una área de conflicto universal muy importante para el ser humano. A nivel

de ella pueden expresarse problemas y traumatismos individuales no resueltos, u otras motivaciones inconscientes ajenas a la situación real que pretenda solucionar. Se recomienda una juiciosa evaluación psicológica y psiquiátrica del caso que desea intervenir. Y esta evaluación deberá de incluir en lo posible la pareja. Las reacciones psicológicas desfavorables que no son raras después de la esterilización, podrán quizás de esta manera reducirse a un mínimo. Igualmente las operaciones que no se justifican desde un punto de vista objetivo y real sino que están orientadas por una motivación neurótica, podrán evitarse.

BIBLIOGRAFIA

- 1 KANNER L.: Child Psychiatry, 3a. edición, Springfield, Illinois. Charles C. Thomas, Publisher, Cap. 21 (Cit. por Gregory I.: Psiquiatría clínica, 1970, 2a. ed. edit. Interamericana S. A., México, pág. 332).
- 2 FREEDMAN A. M. et al. Modern Synopsis of Psychiatry. The Williams and Wilkins Co. Baltimore, 1972, págs. 453-54 y 463.
- 3 KOLB L. C.: Modern Clinical Psychiatry. 6th Edition, W. B. Saunders Co. Philadelphia 1973, págs. 484-485.
- 4 EKBLAD, M.: The Prognosis After Sterilization on Social-psychiatric grounds. A follow-up study of 225 women. Acta Psychiatrica Scandinavica. Suppl. 196, Vol. 37, Ejnar Munksgaard, Copenhagen, 1961, 162 pp. (Comentado en: Psychosomatic Med. 24 (5): 527, Sep-Oct. 1962).
- 5 ZIEGLER, F. J. et al: Effect of Vasectomy on Psychological Functioning. Psychosomatic Med. 28 (1): 50-63, Jan-Feb. 1966.
- 6 GALEANO MUÑOZ J.: Psicología y psicopatología del embarazo y del parto. Anales del Tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. APAL, Lima, Perú, 1964, págs. 108-120.
- 7 ARCILA ARANGO G.: Consideraciones psicológicas sobre la anticoncepción. Rev. Col. de Psiquiatría. 1 (7): 456-461 1967.