

SICODIAGNOSTICO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA *

Doctor Gustavo Isaza Mejía **

LA HISTORIA REQUISITOS PREVIOS

Si damos al interrogatorio una distribución y orientación adecuada, tendremos después de alguna práctica, el mejor de los métodos para descubrir, en la mayoría de los casos, el factor neurótico de la paciente ginecológica, la época de aparición del conflicto emocional que sirvió para desencadenar la neurosis orgánica y en ocasiones casi hasta saber la clase de trauma o agresión síquica sin necesidad de que ella lo manifieste. Este va apareciendo a medida que interrogamos y es mejor de esta manera ya que la curación depende de la capacidad que la paciente tenga para relacionar los síntomas subjetivos con el conflicto desencadenante que bien puede ser único o múltiple, o mejor dicho, de repetición frecuente; ejemplo, la embriaguez de su marido que se repite en forma obstinada día tras día, semana tras semana.

El interrogatorio debe ser simple, al alcance de las personas de condiciones intelectuales más pobres y de condición extrema. Cada médico debe elaborar su propio modelo adecuado a las circunstancias, lenguaje y costumbre de sus pacientes, en otras palabras, se hace necesario que el profesional conozca muy a fondo el conglomerado social con el cual trabaja.

Requisito indispensable para obtener éxito en el interrogatorio, es la sensación que podamos dar a la paciente en relación con la intimidad o sigilo profesional. Algunas pacientes son por su naturaleza neuróticas, esencialmente desconfiadas, susceptibles y en veces se niegan a responder a ciertas preguntas o las contestan con rápidas y hábilmente elaboradas mentiras que falsearán las conclusiones, cuando son escuchadas por terceros: la madre, el marido, la secretaria del médico, o cuando éste no supo o no fue capaz de captar la simpatía a primera vista, cuando la paciente observa

* Ponencia presentada ante el V Congreso de Ginecología y Obstetricia por la Asociación Antioqueña de Obstetricia y Ginecología.

** Profesor Agregado. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia).

en el médico algún asomo de inseguridad y muy especialmente cuando observa que las preguntas de carácter íntimo son anotadas en la historia.

La entrevista debe ser a solas sin testigos, sin que el paciente tenga la impresión de que el médico tiene que ser vigilado. El paciente solo otorgará plena confianza a su médico cuando están a solas; también a solas sería la única manera de saber si le puede tener confianza o nó.

Los datos que no deben escribirse delante de la paciente, son aquellos de carácter íntimo: los referentes a las relaciones sexuales, a la existencia o no de dispareunia, frigidez, la relación de los sueños, los conceptos que ella nos pueda proporcionar en relación con su marido o los parientes de él; estos datos serán guardados hábilmente en la memoria para anotarlos luego, cuando la paciente no pueda vernos, pues se necesitan para posteriores entrevistas, en su orientación.

Nos guardaremos mucho de adelantar conceptos o de hacer cualquier clase de explicación o aclaración antes de elaborar una historia completa; es decir, el interrogatorio o historiodiagnosis, el examen clínico general y el examen clínico especial, en nuestro caso, el examen ginecológico. De lo contrario se corre el riesgo de que clasifiquemos de nerviosa o neurótica a una paciente que en realidad lo que presenta es una Anexitis aguda, un carcinoma invasor del cérvix uterino. Esos son errores que hemos observado en ocasiones.

Hay que dejar hablar libremente a las pacientes, orientando sus respues-

tas de modo adecuado e impidiéndoles en forma diplomática que se extiendan en divagaciones colaterales al tema principal; es claro que encontraremos pacientes incontrolables, pero esto también nos sirve para el diagnóstico, pues pertenecen a la consulta siquiátrica.

Tampoco y por ningún motivo, alarmaremos a la paciente, exagerando la gravedad de sus signos objetivos, por ejemplo: frente a una leve lesión del cervix uterino, lanzar el siguiente anatema: Señora, usted tiene una úlcera de la matriz; si no se pone en tratamiento rápidamente, le dará un cáncer.

El papel del médico no es el de asustar y alarmar a sus pacientes; su obligación es la de alentar, aliviar y consolar; porque como dijo V. Bejterew: "Si el enfermo después de la conversación con el médico, no experimenta alivio, quiere decir que este no es médico". (1). El paciente va al médico para que lo cure, lo mejore, o lo consuele, no para que lo empeore o lo enferme en realidad con frases inoportunas y de gran peligrosidad. "Con la palabra se pueden producir acontecimientos grandiosos; se puede curar y se puede matar al hombre". (Pavlov).

Otra actitud que debemos evitar es la de asumir aire dictatorial o de Juez, puesto que tampoco va el paciente al médico para que éste lo humille, lo juzgue, lo coloque en el banquillo de los acusados. El enfermo solicita y merece comprensión, tolerancia, benevolencia y sobre todo imparcialidad.

El sicoterapeuta debe abstenerse al máximo de dar consejos. Debe mostrar caminos e invitar al paciente a que elija el que quiera.

“No se preocupe señora: a usted lo que le sucede es que está nerviosa”. Es la frase más absurda y ofensiva para esta clase de pacientes que están convencidas de la gravedad de su mal y que lo que menos piensan y aceptan es que su sistema nervioso se halle alterado, hasta el punto de hacerles sentir graves dolencias que el médico con un somerísimo estudio califica de tontería, olvidando que ellas recorren los consultorios en busca de una justificación a sus padecimientos que, por lo demás, son reales sean ellos neuróticos o no.

Respecto a los prejuicios que existen en relación con las enfermedades mentales, no le gusta a la paciente que sospechen que es neurótica. El ginecólogo no experimentado en esta clase de interrogatorios, tendrá algunas dificultades al redactar la historia de la personalidad de la paciente, especialmente si le dá la impresión de que la considera neurótica (2).

La paciente suele desconocer sus problemas emocionales y su causa, o no se atreve a encararse con ellos; ella acude al médico para que este cure sus síntomas, como que la curación es para ella lo más importante.

Otro error común de la materia en estudio, es el de diagnosticar una neurrosis por exclusión; por el hecho de no encontrar explicación a los padecimientos, a pesar de los exámenes clínicos generales, ginecológico, neurológico y de las pruebas de laboratorio.

En este terreno, como en todos los campos de la medicina, no puede establecerse una etiología sin pruebas positivas (2).

Para que sea válido el diagnóstico no debe formularse por exclusión, sino que deben buscarse los signos positivos de la existencia de un conflicto emocional, signos que el ginecólogo debe reconocer o aprender a reconocer. La paciente neurótica plantea un verdadero problema diagnóstico: el médico debe ser objetivo, comprensivo y mostrarse cordial; es preferible no hablar mucho, así verá la paciente que él dispone de tiempo para escucharla; no debe hacer afirmaciones o interpretaciones prematuras, ni decir a la paciente que todo irá bien, pues como ella muy bien lo ha visto, el médico no ha tenido tiempo de darse cuenta de la naturaleza de sus males.

También es necesario que el profesional se dé cuenta de sus limitaciones en el terreno psicológico, no tratando de despertar sentimientos inconscientes ante los cuales no sabría luego como proceder (2).

Presentamos a continuación nuestro modelo de historia clínica y las correspondientes interpretaciones que el ginecólogo tendrá en consideración para reconocer el carácter neurótico o nó de cada una de las respuestas y pueda llegar a un diagnóstico acertado.

Fecha:

Nº de Historia:

1—Nombre:

2—Dirección:

3—Edad.

- 4—Ocupación.
- 5—Estado civil.
- 6—Menarca.
- 7—Ciclo Post-menarca.
- 8—Ciclo actual.
- 9—Conocimiento de la menstruación antes de la menarca.
- 10—Qué impresión tuvo y qué hizo.
- 11—Molestias en la primera menstruación.
- 12—A qué edad apareció la dismenorrea.
- 13—Se presenta siempre.
- 14—Cuánto tiempo hace que considera la menstruación como verdadera enfermedad.
- 15—Flujo genital.
Aspecto mal olor.
- 16—Cefalea, desde cuándo.
- 17—Palpitaciones, desde cuándo.
- 18—Dolor pélvico o lumbar desde cuándo.
- 19—Sudores, manos y piernas frías desde cuándo.
- 20—Diarreas, constipación, trastornos urinarios.
- 21—Irritabilidad, desde cuándo.
- 22—Cambios de carácter, desde cuándo.
- 23—Sensación de angustia o tristeza, desde cuándo.
- 24—Sueña con frecuencia, agradables, pesadilla, desde cuándo.
- 25—Llora fácil, desde cuándo.
- 26—Ordena en exceso-meticulosa.
- 27—Tiene buena memoria.
- 28—Café, cigarrillos, cuántos al día.
- 29—Alimentación.

- 30—Cuánto hace que se considera enferma.
- 31—Frigidez, dispareunia, desde cuándo método anticoncepcional. Miedo a quedar embarazada.
- 32—Se considera nerviosa.

Interpretación de las respuestas:

4. *Ocupación:* conviene detallar esta pregunta que a veces nos dá algunos datos de importancia; tal sucede con la mujer de hogar que en realidad se ve obligada a trabajar en forma agotadora, porque sus relaciones con las mujeres del servicio doméstico se hacen intolerables; su estado emocional no acepta las fallas, en ocasiones leves, de las criadas. O en el caso de la mujer soltera y de edad avanzada que tiene que trabajar para sostener una obligación (padres y hermanos), lo que no le permite la realización de su propia vida. Ello la conduce al agotamiento primeramente y luego a la neurosis de angustia.

5. *Estado Civil:* Es muy importante saber el estado civil de la paciente y si tiene hijos. Para no herir susceptibilidades, se le pregunta primero cuántos hijos tiene, con lo cual queda el camino abierto para saber lo demás. En cambio si se le pregunta primero si es casada y responde en forma negativa, ya está el camino cerrado para adelantar el interrogatorio.

6. *Menarca:* La mayoría de las mujeres de esta latitud presentan la menarca entre los 12 y los 14 años.

CUADRO Nº 1

TOTAL DE CASOS ESTUDIADOS:	170
Casadas:	101
Solteras:	32
Oficios domésticos:	120

MENARCA: *Nº de casos:*

a los 9 años:	1	a los 14 años:	45
a los 10 años:	1	a los 15 años:	24
a los 11 años:	11	a los 16 años:	8
a los 12 años:	28	a los 17 años:	1
a los 13 años:	39	a los 18 años:	1

7. *Conocimientos acerca de la menstruación antes de la menarca:* La menstruación en la mayoría de las jóvenes se inicia sin el conocimiento adecuado. Es lógico y natural que una joven que de un momento a otro y en toda su plenitud vital se encuentre repentinamente bañada en sangre sin previo conocimiento, se vea invadida por la angustia y el terror que posteriormente tendrán graves consecuencias y repercusiones en la esfera genital, con la sub-siguiente formación de uno de los más importantes traumas sico-sexuales de la mujer, bien sea solo o acompañado de los otros traumas: *complejo de castración, la masturbación, el desarrollo de los senos, las agresiones sexuales fuera del matrimonio y aún dentro de él por un marido sin preparación sexual, el embarazo y el parto*, hacen de la mujer un elemento predispuesto en grado sumo a las alteraciones somáticas de su aparato genital.

Hipócrates, con ese sentido filosófico de los griegos, expresó que "*La mujer ama y piensa con el útero*", definiendo así la íntima relación que existe entre la síquis de la mujer y sus órganos genitales.

Hace solamente algunas décadas, el genio vienés S. Freud redescubrió el mismo pensamiento, cuando dijo: Las enfermas de esta clase presentan con frecuencia una notable habilidad para exponer los conflictos más sutiles y más profundamente enterrados mediante expresión corporal". Denominó a este procedimiento "*El lenguaje de los órganos*". (3).

Fritz Wengraf anota: "Todos los casos en que los órganos hablan de síntomas extraños, tienen esto en común: las emociones de la enferma se han desbordado de la síquis al cuerpo, encontrando allí la expresión que se les negó en otra parte (4).

CUADRO N° 2

TOTAL DE CASOS ESTUDIADOS:	170
Ciclo menstrual durante la Menarca:	3,90/30
Ciclo posterior durante la Menarca:	5,40/27
Con conocimientos:	47 ó 27%
Sin conocimientos:	118 ó 70%
Dismenorrea primitiva:	15 ó 9%
Dismenorrea adquirida:	134 ó 78%
Sin dismenorrea:	22 ó 13%
Dismenorrea siempre, pero variable:	100 ó 60%
Dismenorrea siempre gravativa:	8 ó 4%
Dismenorrea no siempre:	48 ó 28%
Consideran la Menstruación = Enfermedad:	94 ó 55%

En la mayoría de los casos, la niña, la joven y la mujer casada, se sobreponen gracias al desarrollo físico y a la maduración síquica. Es esta la razón por la cual las mujeres endebles y retardadas en su aspecto emocional y mental, de personalidad inmadura, son las más expuestas a esta clase de trastornos sicosexuales. Sin embargo, no hay una regla absoluta; las mujeres inteligentes y maduras también pagan su tributo a esta clase de males. Numerosas observaciones tienden a demostrar la repercusión de determinadas emociones sobre ciertos órganos, así como existe la afinidad de algunos microorganismos por determinados órganos.

10. *Qué impresión tuvo y qué hizo a raíz de la menarca:* Es factible asegurar que la mayoría de las mujeres que visitan al ginecólogo, fueron sorprendidas por la menstruación, lo cual dejó en ellas un profundo terror, mie-

do, o gran disgusto por lo menos, asociados a dicha función. Algunas dicen: Creí que me desangraba; que iba a morir, que sin darme cuenta había sido herida profundamente. Algunas de ellas lo asocian a intentos masturbatorios o por lo menos a sentimientos de culpa o auto castigo por estas u otras prácticas pecaminosas.

11. *Molestias de la primera menstruación:* Es excepcional el caso de la mujer que experimente alguna dolencia asociada con la primera menstruación. Cuando esto sucede, casi siempre se advierte que estaba informada de manera errónea en relación con tales funciones; no tuvo miedo porque la esperaba, pero le dolió. Si, claro, porque ésta era la información que tenía; es decir, que gracias a dichos conocimientos, ya se había creado con ella el reflejo condicionado: "menstruación = dolor". Cierto es que en las mujeres sin instrucción aparece

también dicho reflejo, pero requiere la aparición de varias menstruaciones con sus correspondientes enseñanzas y prevenciones absurdas.

12. *A qué edad apareció la dismenorrea:* Casi siempre dos o tres años después de la menarca; en ocasiones se instalan períodos de amenorrea, los que algunos autores relacionan con deficiencia ovárica y que nosotros atribuimos a verdadero pánico de la corteza cerebral que, al fin de cuentas, puede llegar naturalmente hasta inhibir el funcionamiento del lóbulo anterior de la hipófisis, con la consiguiente disminución de hormonas FSH y LH. Es solamente al cabo de algunos meses o años, cuando la mujer logra adquirir una cierta madurez emocional, que le permita adaptarse a esta función cuando se instala definitivamente el ciclo menstrual. Luego de esa adaptación, en gracia de cualquier motivo, a veces insignificante, como disgusto con su novio, con sus padres, fracaso escolar, coincidiendo con un período menstrual, se instala la dismenorrea, es decir, el reflejo condicionado a la manera de las experiencias de Pavlov. Todo ginecólogo experimentado sabe lo excepcional que son las enfermedades inflamatorias pélvicas y la endometriosis antes de los 20 años y sin embargo sí sabe lo frecuente que es la dismenorrea; estamos en condiciones de afirmar que, en una forma más o menos intensa, afecta por lo menos a un 90% de las mujeres.

13. *¿Se presenta siempre la dismenorrea?:* Esta pregunta es muy útil para reconocer las dismenorreas sicó-

genas o funcionales y diferenciarlas de las orgánicas. En éstas el dolor es infalible, a veces gravativo como sucede con la endometriosis; en cambio, en la funcional es intermitente, caprichoso en su aparición y generalmente asociada su intensidad a la *calidad de afecto* emocional existente en ese momento, hasta el punto de no aparecer en casos especiales, verbigracia, viajes, reuniones sociales de su agrado, reconciliaciones. La dismenorrea intensa pero variable, es uno de los mejores signos objetivos para reconocer a la mujer neurótica.

14. *Cuánto tiempo hace que considera la dismenorrea como enfermedad:* Se dice que la menstruación constituye verdadera enfermedad cuando el dolor es de tipo cólico, tan intenso que obliga a guardar cama, o por lo menos imposibilita para verificar cualquier labor; produce incapacidad apreciable, pérdida del trabajo de uno a dos días cada mes. Esto no sucede casi nunca en forma primaria desde la menarca, siempre está asociado a un *conflicto emocional* de una magnitud muy especial para la paciente.

Valga mencionar este caso: M. A. — Joven soltera de 19 años, muy sana y que de un momento a otro instaló una dismenorrea intensa, imposible de calmar *ningún* analgésico. El interrogatorio demostró que era la preferida de su padre, a quien quería y admiraba por encima de todas las cosas; en su hogar reinaba la felicidad hasta el día en que aquél resolvió enredarse en un lío amoroso extraconyugal; al momento en que se supo es-

to, la joven M. A. se encontraba con la menstruación; dos horas más tarde se inició el cólico que ya no volvió a abandonarla en las menstruaciones, hasta que ella tomó conciencia de la relación entre dolor y angustia, y supo por el examen ginecológico que no había ninguna patología orgánica: inflamación, deformidad, tumor y además su padre volvió al hogar arrepentido.

En muchas ocasiones, la dismenorrea se cura a raíz del matrimonio o con ocasión del primer parto, debido a las transformaciones hormonales, hipertrofia muscular y dilatación del cérvix, según dicen algunos autores y lo creen así un buen número de ginecólogos. "Nosotros no compartimos dicha opinión y en cambio podemos decir que la dismenorrea se cura después del primer parto, cuando la mujer ha verificado un matrimonio que colma sus aspiraciones y además, logra llenar o mejor dicho neutralizar sus inmensos instintos de maternidad. Dicho con otras palabras; cuando se siente feliz. En cambio, cuando la mujer no logró hacer un matrimonio favorable o cuando por un motivo u otro su marido sufrió la transformación frecuente entre nosotros, que produce en ella la desilusión, el pesar de haberse ligado a ese hombre. Si no es feliz, la dismenorrea no solamente vuelve, sino que se instala con mayor intensidad. Este es el móvil del consejo impropio de algunos médicos que dicen: "Señorita, el único remedio para curarse de los cólicos de la menstruación es el matrimonio". Lo consideramos erróneo y perjudicial, puesto que el matri-

monio es curativo solamente cuando se hace en muy buenas condiciones y no cuando se hace a la ligera, por conveniencia, por no quedarse soltera, o como le dijo el médico, para curarse la dismenorrea.

15. *Flujo genital, desde cuándo:* El flujo genital funcional, sicógeno o idiopático, como expresan algunos, es más frecuente de lo que sospechamos.

CUADRO N° 3

TOTAL DE CASOS ESTUDIADOS: 170		
Flujo genital:	122	73%
Flujo filante:	78	44%
Escozor:	64	37%
Sueños desagradables:	105	62%
Pesadillas:	69	40%

En la experiencia de 15 años con el estudio de 27.000 extendidos vaginales y cervicales, en el Instituto Departamental de la Lucha Anticancerosa anteriormente y en la actualidad como Jefe del Servicio de Citología Exfoliativa del I.C.S.S., hemos llegado a comprobar con demasiada frecuencia la existencia de flujos genitales no acompañados de infección alguna. Al contrario; hallada la presencia de tricomonas, hongos o una flora microbiana Grado III, francamente inflamatoria y sin embargo, la mujer no se queja del flujo. Esta inmensa experiencia de laboratorio nos ha llevado a sospechar que, además de las infecciones, en el fondo la mujer tiene ge-

neralmente otros motivos para hacer un flujo genital, a saber: miedo o sospechas de infección venérea por infidelidad del marido, rechazo a éste por miedo a la maternidad, o por causa de la infidelidad misma; la mujer llora su bien perdido y a este flujo lo llamamos el llanto genital, que es filante, abundante, cristalino, en ocasiones amicrobiano. Se reconoce clínicamente porque al aplicar el speculum, en épocas diferentes a la ovulación, se aprecia el mucus abundante y cristalino que en grandes cantidades se vierte al fondo del saco vaginal posterior; casi siempre estas mujeres experimentan dolor a la palpación profunda por la congestión pélvica que acompaña el fenómeno. También hemos llegado a comprender cómo un caso de estos puede secundariamente permitir la proliferación microbiana o parasitaria. Sabemos que las tricomonas, los hongos, monilias y la mayoría de los microbios patógenos (estafilococos y estreptococos, etc.), son huéspedes frecuentes en el tercio inferior de las paredes vaginales y que es solamente la acidez de los dos tercios superiores la razón por la cual la mujer se preserva o defiende contra dichas invasiones. Pero si por motivo de una hipersecreción como la anotada anteriormente, con un Ph 7,5 a 8 alcalino, se disminuye la acidez vaginal, entonces sí vemos muy claramente como una mujer que hace descarga permanente y abundante endocervical por un conflicto o trauma psicológico, secundariamente hará una moniliasis, tricomoniasis o una infección vaginal, flora III, que será muy difícil de curar, a no ser que el

médico se preocupe también por el mejoramiento del estado emocional de la paciente.

16. *Cefaleas.* 17. *Palpitaciones.* -
18. *Dolor Pélvico o lumbar.* -
19. *Sudoración fácil y enfriamiento de las manos y pies.* - 20. *Diarreas o constipación:*

CUADRO Nº 4

Cefaleas:	127	75%
Trastornos respiratorios:	76	44%
Palpitaciones:	82	48%
Irritabilidad:	130	76%
Cambios de carácter:	126	75%
Angustia o tristeza:	132	76%
Insomnio:	62	37%
Dolor pélvico y lumbar:	107	63%
Sudoración y manos frías:	102	62%
Diarreas:	49	27%
Constipación:	53	29%

Estos signos, acompañados generalmente por otros de índole semejante, como fatiga epigástrica, mareos, dolores vagos abdominales, hacen muy a menudo un cuadro subjetivamente grave, aunque el más minucioso examen clínico no revela patología orgánica alguna. Es muy similar este cuadro a la distonía neurovegetativa y corresponde a un estado de sobre-excitación del conjunto del sistema nervioso neurovegetativo que se mejora temporalmente con las drogas a base de belladona y los tranquilizadores. Consideramos que un poco de sicoterapia, algunas palabras de aliento y un atarácico, no bastan para estas pacientes.

Creemos que dicha sintomatología es la manifestación exterior de algo más grave que está ocurriendo en las profundidades síquicas y que es necesario investigar, ventilar ampliamente con la paciente y hacer racionalizar por ella en el sentido de que asimile o por lo menos acepte la relación de causa a efecto, tenga conciencia de sus conflictos internos.

Una manera de diferenciar estos síntomas y atribuirlos al estado neurótico de las pacientes, consiste en detallarlos muy minuciosamente, investigando con cuidado su época de aparición. No desconocemos que la existencia de tales signos puede también atribuirse a infinidad de estados patológicos: infecciosos, tumorales, ulcerosos; consideramos un buen índice neurótico cuando una paciente refiere que desde hace muchos años sufre estos males y que las consultas que hace con frecuencia solo la mejoran temporalmente, hasta el punto de que muchas de ellas ni siquiera se dirigen ya al médico para conseguir su solución; ellas consultan generalmente para otros problemas que consideran de distinta clase. La metrorragia, el flujo, la dismenorrea, etc., solamente la mencionan cuando se les interroga cuidadosamente. Las pacientes suponen que estos signos no hacen parte de la enfermedad actual.

El ginecólogo anotará la época de aparición de cada uno de ellos, se dará cuenta de que se suceden casi siempre con un orden tal como figuran en la historia: primero la cefalea, sensación de vacío ó cansancio occipital (surmenage), sudoración, enfriamiento,

astenia, dolores pélvico y lumbar, también observará que ellas se relacionan entre sí con las siguientes:

21. *irritabilidad*. - 22. *Cambios de carácter*. - 23. *Sensación de angustias o tristezas*: "El sistema neurovegetativo, con su correlato endocrino, es el más importante de los dispositivos empleados por el organismo para mantener la "constancia" de su medio interno. Esta tendencia al mantenimiento de una composición constante de los humores, esta "Homeostasis" de Cannon ha sido generalizada por algunos autores hasta considerarla como la motivación sicobiológica fundamental (4).

Todas las perplejidades que asaltan al médico a diario ante los enfermos "Sin hallazgos objetivos", pero que tienen mareos, taquicardia, opresión precordial, trastornos vasomotores, dermatografismo, hipotensión, ansiedad, temblor, etc., han ido extinguiéndose plácidamente bajo este vago y cómodo diagnóstico de "Neurosis del órgano o estigmatización vegetativa" (4).

De acuerdo con Selye, un stress síquico de cualquier especie, pone en marcha las mismas reacciones de adaptación en gran parte hormonales que un stress somático. Por otra parte, las reacciones de adaptación se componen de elementos síquicos y también somáticos. Por estos motivos la doctrina del sicosíndrome de adaptación resulta ser una piedra fundamental para esbozar provisionalmente una sicología endocrinológica (5).

Se sabe desde hace mucho que el miedo ocasiona síntomas de descarga

adrenalínica, fuera de que se ha comprobado en el hombre que los estados de ansiedad y de excitación producen leucocitosis y eosinopenia, como los estados de fatiga somática y las noxas-somáticas.

Los estados anímicos caracterizados por el miedo y la ansiedad se acrecientan paralelamente al aumento de una sustancia que tiene las mismas propiedades fisiológicas de la nor-Adrenalina y que está contenida en el suero. Con tales estados aparecen varios síntomas como: palpitaciones, respiración angustiosa, aceleración del pulso, boca seca, faringo espasmo, manos húmedas, tenesmo vesical y rectal.

Los estados de tensión y de irritabilidad se acentúan paralelamente al aumento de una sustancia cuyos efectos son similares a los de la Acetilcolina, sin ser idéntica a la misma. Tales estados se acompañan de tensión emocional, dolor muscular, cefalea, cansancio general y sueño irregular (5).

Hasta qué punto se trata de un efecto de los estados anímicos sobre el quimismo sanguíneo o de este último sobre los primeros, es muy difícil de comprobar; creemos que primero se altera el estado anímico y secundariamente el quimismo que trae consigo un cortejo de síntomas desagradables. Son muchos los casos de cefaleas que hemos hecho desaparecer casi espectacularmente con el solo hecho de investigar, hacer consciente y relacionar el carácter irascible, apasionado celoso, de la paciente, con los síntomas desagradables.

Estos signos y muchos otros más: (adinamia, trastornos urinarios, mareos, inapetencia o bulimia), no son más que la expresión del daño neurovegetativo consecuencial (aumento de la excitabilidad) que a través de los sistemas simpáticos y parasimpático alteran el funcionamiento de los órganos internos y vasculares en un principio y que más tarde, por causas bien conocidas, (diferencia marcada en el suministro de oxígeno, estancamiento de los productos de asimilación con el consabido trastorno para deshacerse de los productos de desasimilación y del bióxido de carbono), pueden llegar de ordinario no solamente a perjudicar el funcionamiento de los órganos, sino también hasta a modificar de modo intenso su arquitectura histológica, según sucede en las gastritis crónicas primero y luego la úlcera del estómago.

En la mujer neurótica asistimos, teniendo en cuenta las alteraciones vasculares, con un mayor aflujo de la sangre hacia sus órganos genitales, congestión pélvica de la mujer insatisfecha sexual, a la formación de trastornos funcionales (Hipersecreción endocervical), a la formación de lesiones orgánicas (cervicitis), implantación del endometrio en zonas inapropiadas (endometriosis), tumores (quistes de ovario, miomas uterinos), etc.

“La mujer que no hace hijos, hace tumores”. La naturaleza cobra su tributo en forma casi irremediable, si no puede tener un hijo, tendrá un tumor (mioma); así ciegamente, la mujer cumple con los destinos maternos, no

importa sea ella casada, soltera o religiosa. Para los que trajinamos con las bases histopatológicas de la medicina, esta aseveración no es extraña; sabemos que el aflujo sanguíneo favorece la migración de linfocitos a través de los epitelios capilares; también sabemos que un fibroma uterino no es más que un acúmulo de fibroblastos más o menos organizados en capas concéntricas y provistos de una cápsula que lo separa del órgano, pero así como no hay en microbiología la generación espontánea, tampoco un fibroma surge de la nada. El fibroblasto es la transformación de un linfocito aislado de la circulación general, que al no poder cumplir su función de defensa contra un agresor, en la inflamación, dando el poliblasto hematógeno, entonces se convierte en célula huésped, célula fija o fibroblasto. Los poliblastos dispersos se aposentán en el tejido en forma de macrófagos en reposo; en períodos aún más posteriores, algunos se convierten en fibroblastos cuya acumulación daría origen al fibromioma; como consecuencia de los trastornos vasculares producidos por la neurosis (6).

Las enfermedades sicosomáticas sólo excepcionalmente son monosintomáticas y la combinación de varios síntomas, que pueden ser referidos a una enfermedad orgánica, habla naturalmente más bien en favor de la sicogénesis del síndrome. Cuanto más heterogéneos son los síntomas, tanto más fácil es el diagnóstico. También se observan frecuentemente combinaciones especiales: frigidez y taquicardias, dismenorrea, estreñimiento y disuria; ja-

quecas, neurosis cardíaca y flujo filante (7).

Casi como regla general, la mujer pasa por alto en la consulta los síntomas que no corresponden a la esfera genital, por no considerarlos de importancia y solamente aparecen si el ginecólogo se propone descubrirlos, lo cual sucede cabalmente cuando éste considera a la paciente como un todo, un conjunto, y le dedica un buen rato en la consulta. Los pacientes también, como los médicos, están afectados por la moda de las especialidades motivo por el que también ellos consideran que las enfermedades son locales; han olvidado que el cuerpo humano es un todo indivisible como lo dijo Hipócrates hace muchos años (4). "Considero que en el cuerpo no hay principio preciso alguno, sino que todas las partes son tanto el comienzo como el fin. Así, al trazar un círculo tampoco puedo encontrarle un comienzo". Las partes dependen de todo y el todo, a su vez es influido por las partes. No solamente son regulados los procesos periféricos por los centrales, sino que a su vez, lo son estos por aquéllos (4).

Dolor pélvico y lumbar

Hay causas orgánicas, síquicas y mixtas que lo generan. Las mujeres que lo sufren son difíciles de tratar, pues van de consultorio en consultorio, inestables en grado sumo y finalmente visitan al yerbatero. Constituyen casi una carga social, pero, sin embargo, curan fácilmente cuando se las reconoce como neuróticas.

Los síntomas del mentado dolor son muy vagos, imprecisos, de aparición e intensidad variables, lo que en parte es debido a que quienes lo sufren son pacientes que recorren todos los consultorios, han sido sometidas a los más variados tratamientos médicos, quirúrgicos, ortopédicos, curas de reposo, hormonales, etc.

Generalmente, las afectadas son insatisfechas sexuales. La carencia de orgasmo impide la depleción vascular del acto sexual, lo cual trae consigo alteraciones neurovasculares que a la larga pasan a ser orgánicas. Son pacientes que reciben en todos los consultorios millones de penicilina, sulfas y vacunas sin resultado alguno.

El examen genital sorprende por falta de concordancia entre lo que dice la paciente y los hallazgos; es casi la regla encontrar contractura muscular, aumento de la temperatura y flujo endocervical filante, signos que el médico poco experimentado toma como demostración del estado infeccioso inflamatorio, pero que en realidad son solamente consecuencia de la congestión pélvica. Numerosas anexitis agudas, subagudas y crónicas no son más que la congestión aséptica de la pelvis.

Generalmente son mujeres inadaptadas sociales, irascibles, dismenorricas, con tendencia a las cefaleas, se consideran víctimas de un marido irascible, de un patrón que no las comprende, de unos hijos indiferentes; por supuesto que son ellas las que hacen la vida difícil a aquellos, carecen de la paciencia suficiente para la educación de los hijos, hacen desgraciado al ma-

rido, a los hijos y sacan beneficio de la enfermedad.

El sueño

Lo dividiremos en sus dos opuestos: El Insomnio y la Somnolencia. De la mujer que se desvela insistentemente y sostiene que apenas logra conciliar su sueño unas pocas horas al amanecer, podemos asegurar que es persona afectada por alguna forma de tensión emocional; en la mayoría de los casos de la mujer neurótica, la tensión es inconsciente. Es el caso de la mujer frígida que alberga el temor morboso de unas relaciones sexuales extraconyugales pero inconsciente moral la defiende haciendo de ella una mujer muy temerosa de los ladrones por ejemplo, haciendo aparecer aparentemente esto, como el motivo de su insomnio.

Frigidez

Hay enfermedades, según Hans Roemer, (7) en cuya producción el afecto es una *conditio sine qua non* y otras en las cuales hay que aceptar causas síquicas, al no poder demostrar hallazgo orgánico patológico alguno, ni ninguna afección endocrina primaria; tales son: la hiperemesis gravídica, la dismenorrea, el prurito vulvar, la seudociesis, la ninfomanía, la frigidez, los trastornos del orgasmo, el vaginismo, la contractura de los músculos perineales y en general todos los estados espasmódicos de la pelvis menor que a la larga producen verdadera infiltración inflamatoria con su signo el dolor pélvico que confundimos

generalmente con algún tipo de infección, lo que lleva a tratamiento inútil de sulfas y antibióticos.

CUADRO Nº 5

TOTAL DE

CASOS ESTUDIADOS: 104

Mujeres sin frigidez:	20%
Mujeres con frigidez:	70%
Mujeres con frigidez primaria:	15%
Mujeres con frigidez secundaria:	68%

Uno de los más importantes es, para nosotros, el síntoma Frigidez, condición ésta que las pacientes tienen como muy importante y generalmente constituye el verdadero motivo de la consulta, pero que el médico por desconocimiento o por falta de tiempo, hace a un lado y se dedica a los aspectos que él considera más objetivos, motivos a veces ínfimos pero que le permiten hacer un diagnóstico y la justificación de un tratamiento, a saber: un leve desgarrar perineal, un insignificante cisto o rectocele, un prolapso de primer grado, una leve desviación uterina, una insignificante erosión, que le conduce a formular un tratamiento quirúrgico a una enferma que en realidad lo que necesita es un breve espacio de tiempo dedicado a la ventilación de los problemas sexuales y que ella, llegado el momento, oculta por razones obvias.

La mujer llega al matrimonio con una provisión muy pobre en conocimientos de esta índole. El marido por su parte carece de capacidad para ini-

ciar a su esposa de modo adecuado, en estas actividades. Ello necesariamente trae un descontrol anímico y afectivo, acompañado con temor real que prepara o deja las huellas para la creación del reflejo condicionado tan frecuente entre nosotros, al menos durante los primeros meses y que luego pasa a condición necesaria o sistema muy femenino por cierto como arma defensiva contra las agresiones afectivas del cónyuge, así sean estas mínimas; se considera a la falta de orgasmo, como un no querer entregarse, que es lo que realmente sucede en las relaciones sexuales, por lo menos en cuanto a la mujer se refiere.

“Esta falta de entrega es una idea no confesada de deseo de dominio, entregarse a alguien y gozar con ello quiere decir abdicar de la propia personalidad, hacer gozar a otro, es dominarle”. La mujer frígida asiste pasiva y calculadamente a esa forma masoquística de dominar a su marido aún a expensas de su propia felicidad y salud. “Su deseo de dominar puede llegar a ser para la mujer neurótica más importante que su alegría del goce, puede estimar más su personalidad que la intensidad de la sensación sexual” (8).

En cada uno de nosotros se libra constantemente un combate encarnizado entre el ángel y la bestia. “En la bestia satisfecha se despierta un ángel”, ha dicho Baudelaire y yo diría que de un ángel no satisfecho surge una bestia.

“La sensibilidad femenina es inmensa; produce un resentimiento un “no poder olvidar”, una reacción conge-

da de venganza que no merece perdón. Numerosos son los hogares destruidos porque la mujer no ha podido olvidar una falta de su marido. Fatalmente en el momento del orgasmo, ella se acuerda del incidente molesto e inolvidable y la libido escapa. Es así como mujeres que han disfrutado con su marido, pierden de repente toda sensación. Ella no puede constitucionalmente hacer entrega de lo material, desligado de la parte emocional o espiritual; lo que no sucede en el hombre, para quien el acto sexual es generalmente de índole puramente animal o material, una simple función orgánica cuya realización verifica con la mayor rapidez posible, eyaculación precoz, como si éste quisiera simplemente deshacerse de algo incómodo.

“Si no hubiese más que verdaderos amantes, no habría probablemente dispareunia, ni neuróticos” (8).

La mujer en cambio, concededora instintivamente de esta situación afectiva, reacciona con el síntoma de la Frigidez que la llevará invariablemente a injertar en sus órganos genitales los más variados síntomas neuróticos con los cuales consigue ella en forma inconsciente, la venganza contra ese individuo que se permite el derecho de violarla frecuentemente.

El descubrimiento de este signo es sencillísimo, basta preguntar: ¿cómo considera usted las relaciones sexuales? Ella contesta casi invariablemente: “como un deber, no hay placer”; y a la pregunta, ¿desde cuándo?, ella anota la época en la cual esto sucedió y que coincide con la agresión de

que fue objeto por su marido; infidelidad, trato brusco, ofensas personales, embriaguez, etc. Ella no comenta esto, lo desconoce porque la frigidez ha llegado a convertirse en signo neurótico y por lo tanto inconsciente; ella por el contrario dice que su marido es perfecto o no quiere hacer comentarios relativos a su comportamiento. Es este el momento más adecuado para descubrir el secreto que nos llevará a una manera más humana de atender a la paciente, haciendo que nos informe detalladamente sobre sus problemas íntimos, los cuales debemos analizar fríamente y luego en forma muy discreta, interrogar al marido con el fin de conseguir la mejora de las condiciones o relaciones hogareñas, sin lo cual es muy difícil curar a estas enfermas por el carácter muy particular que ellas tienen de somatizar en uno u otro órgano sus problemas efectivos; puesto que en la mujer cuya maduración emocional es normal, basta en la mayoría de los casos hacerle caer en la cuenta de la relación de causa a efecto: agresión = frigidez. Estas mujeres se curan de su trastorno sexual, cuando la agresión no es muy grave por su puesto; se mejoran de sus males pélvicos como consecuencia de una mejor relación conyugal en todo sentido.

Stockel dice: “El problema de la fidelidad es más complicado de lo que suponen los simplistas. La disposición polígama de la especie humana hace difícil la monogamia, incluso a aquellos que se aman verdaderamente. Pero los pequeños deslices no deberían ser tomados a lo trágico. Un verdadero amor, que une síquica y físicamente

te a dos seres, sobrevive a todos los peligros, produce la comprensión mutua y el perdón y crea una atmósfera de fidelidad". (Stocke!). En la actualidad y en nuestro grupo social, lo contrario sucede con demasiada frecuencia, la falta de comprensión y de abne-

gación por parte de la mujer, su irritabilidad e inestabilidad emocional, empujan al hombre a cometer verdaderas faltas que terminan con las relaciones conyugales y muy frecuentemente llegan a la separación y destrucción de los hogares.

LAS PRUEBAS PARA EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE NEUROTICO. SISTEMAS PARA CONFIRMACION DEL DIAGNOSTICO DE LAS CONVERSIONES GENITALES

PRUEBA DE JUNG (1)

Cuando se habla con otra persona y de un momento a otro se menciona la palabra *cuenta* por ejemplo, inmediatamente nos viene a la memoria el nombre de la persona que nos debe algún servicio profesional y que a pesar de repetidos cobros, no ha cancelado: La palabra *cuenta* hizo aflorar a la conciencia las vivencias cargadas de afecto en relación con el sujeto en cuestión, su actitud frente a nuestro trabajo, su ingratitud, la época en que se verificó el hecho, la clase de padecimientos que él tenía, las drogas que le formulamos; todos estos detalles emergen de las profundidades de nuestro siquismo, solo por el simple acto de pronunciar una palabra (*cuenta*). C. G. JUNG aplicó esta capacidad de la mente, para el arreglo de su genial sistema o prueba que sirve para hacer que salgan a la conciencia del paciente todos aquellos elementos, incidentes detalles, épocas, relacionados con su enfermedad actual, como acompañantes de ella, o como determinantes; eje.: la mujer que se ha verificado un aborto criminal, ante la palabra niño,

tendrá las vivencias en relación con el delito llevado a cabo por ella y si en ese momento alguien le dirige la palabra, se turba, palidece y contesta en forma incoherente o inadecuada.

Realización de la prueba. Para ello es necesario poseer de antemano una lista de palabras comunes y adecuadas a la capacidad intelectual de la paciente; cien palabras en total. La prueba se inicia al cabo de varias entrevistas, cuando calculemos habernos hecho a su confianza. Estando ella en posición cómoda y previas explicaciones de que al mencionar cada palabra, contestará instantáneamente con otra, la primera que se venga a la mente y sin preocuparse por la exactitud, relación, o no de la respuesta. El médico anotará a un lado la respuesta, y el tiempo utilizado, con un guión por cada segundo de retardo; también se consignan aquellos fenómenos que alteren la fisonomía de la persona en estudio: sonrisas, temblor, movimientos desordenados, palidez, enrojecimiento, sensación de fastidio.

Las palabras comunes sirven para colocar la mente en situación de indi-

ferencia; a cada 8 ó 10 palabras, se caloca una que tenga alguna relación con el posible conflicto del paciente y del cual ya nos habremos formado una buena idea al elaborar la historia.

Las palabras intercaladas se llaman palabras *Reclamo* y sirven para poner en marcha el sistema de las asociaciones libres.

El caso de la señora N/N., de 40 años, con 2 partos hace 20 años; desde entonces 13 abortos, un embarazo ectópico y ligadura de las trompas hace 3 años; en esa época se inician las metrorragias, el ciclo 8/25, cefaleas intensas, irritabilidad, mareos, sueños desagradables, pesadillas, frigidez secundaria desde el tercer año de su matrimonio.

Con pasmosa serenidad nos relata que al tercer año de casada, su marido inició relaciones con otra mujer, de la cual ha tenido 4 hijos; esto no le causa ninguna intranquilidad, antes por el contrario, ayuda al sostenimiento y manejo de ellos, les tiene cariño, su marido es muy bueno, le preocupa mucho su enfermedad, que le ha causado tantos gastos a aquel.

Todos los exámenes se encontraron dentro de los límites normales; pero los signos frigidez, cefalea permanente, las pesadillas, la pérdida de la memoria, las metrorragias sin hallazgos objetivos, nos hicieron sospechar del componente neurótico en ella y así procedimos a la prueba de JUNG.

NOMBRE: Señora N/N.

Edad 40. Diagnóstico.

Palabras estímulo

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| 1—azul: verde | 19—arrepentimiento: no - nada |
| 2—oro: rojo | 20—golpear: martillar |
| 3—casa: comida | 21—anillo: oro |
| 4—pobre: rico | 22—jabón: lavar |
| 5—consuelo: triste | 23— <i>sangre</i> : roja |
| 6— <i>mentira</i> : pobreza | 24—matrimonio: negro |
| 7—reír: llorar | 25—habitación: blanca |
| 8—dinero: pobreza | 26—suerte: no se me vino nada |
| 9— <i>madre</i> : hijo | 27—culebra: miedo |
| 10— <i>padre</i> : no hay | 28—Eva: Adán |
| 11—marcha: río | 29—sufrimiento: mucho |
| 12—pecado: mortal | 30—agua: sucia |
| 13—árbol: fruta | 31—amor: ninguno |
| 14—cría: cerdo | 32—viejo: joven |
| 15— <i>felicidad</i> : no hay | 33—comercio: ropa |
| 16—caballo: yegua | 34—auto: rojo |
| 17— <i>parto</i> : no se me vino nada | 35—dolor: agudo |
| 18— <i>pájaro</i> : nido | 36—amistad: buena |

- | | |
|----------------------------------|--|
| 37— <i>marido</i> : bueno | 69— <i>piadoso</i> : sacerdote |
| 38— <i>pagar</i> : deber | 70— <i>enfermo</i> : dolor |
| 39— <i>yo</i> : usted | 71— <i>rencor</i> : ninguno |
| 40— <i>suegra</i> : buena | 72— <i>papel</i> : blanco |
| 41— <i>alegría</i> : tristeza | 73— <i>negocio</i> : malo |
| 42— <i>hacer</i> : de comer | 74— <i>ir</i> : venir |
| 43— <i>miel</i> : azúcar | 75— <i>poder</i> : solo |
| 44— <i>hijos</i> : buenos | 76— <i>campo</i> : campana |
| 45— <i>secreto</i> : no hay | 77— <i>hoy</i> : mañana |
| 46— <i>baile</i> : bueno | 78— <i>cama</i> : carro |
| 47— <i>miembro</i> : malo | 79— <i>culpa</i> : mía |
| 48— <i>cartera</i> : fea | 80— <i>madera</i> : armario |
| 49— <i>fiesta</i> : brava | 81— <i>temor</i> : mucho |
| 50— <i>hermana</i> : buena | 82— <i>blanco</i> : negro |
| 51— <i>necesidad</i> : muchas | 83— <i>cáscara</i> : verde |
| 52— <i>pelea</i> : ninguna | 84— <i>matrimonio</i> : máscara |
| 53— <i>dolor</i> : agudo | 85— <i>sucio</i> : limpio |
| 54— <i>ayunar</i> : mucho | 86— <i>comer</i> : dormir |
| 55— <i>discusión</i> : muchas | 87— <i>vaso</i> : jarro |
| 56— <i>muerte</i> : horrible | 88— <i>repulsa</i> : repollo |
| 57— <i>tristeza</i> : angustia | 89— <i>peligro</i> : puerta |
| 58— <i>niño</i> : felicidad | 90— <i>desear</i> : muerte |
| 59— <i>accidente</i> : horrible | 91— <i>prohibido</i> : no se me ocurre |
| 60— <i>cadena</i> : de cobre | 92— <i>delicado</i> : puro |
| 61— <i>lámpara</i> : roja | 93— <i>fuego</i> : incendio |
| 62— <i>venganza</i> : ninguna | 94— <i>hoja</i> : lápiz |
| 63— <i>vergüenza</i> : mucha | 95— <i>perro</i> : negro |
| 64— <i>obligación</i> : bastante | 96— <i>hombre</i> : brusco |
| 65— <i>vestido</i> : bonito | 97— <i>Iglesia</i> : Dios |
| 66— <i>trabajo</i> : mucho | 98— <i>campana</i> : almuerzo |
| 67— <i>pobre</i> : sí | 99— <i>viuda</i> : bueno |
| 68— <i>piedra</i> : palo | 100— <i>pueblo</i> : ciudad. |

(Las palabras subrayadas son las palabras *Reclamo*).

Entre las palabras estímulo, indiferentes, intercalamos algunas que, en nuestro criterio, consideramos que servirán para señalar situaciones cargadas de afecto. Son las palabras "*Reclamo*", y conseguimos así desenmascarar a esta paciente que en forma

habilidosa logró sostener su serenidad mientras se cometía al interrogatorio o Historiodiagnos. Veamos los *fallos*: fallos o pausas de perplejidad, (la paciente demora para responder). Obtuvimos esta clase de fallo en relación con las palabras: 17, parto - 26 fuerte

- 31 amor - 37 marido - 42 hacer - 44 hijos - 52 pelea - 85 sucio - 90 de-sear - 91 prohibido.

En varios lugares de la prueba dió la misma respuesta: 31 amor = ninguno, 52 — pelea = ninguna, 62 venganza = ninguna, 71 rencor = ninguno. JUNG llama a este fallo, respuesta de perplejidad o de improvisación y constituye una representación del complejo neurótico en este caso.

En tres ocasiones la paciente contesta con la misma frase: "no se me ocurre nada", en la 17, parto, 26 fuerte, 91 prohibido. El parto para ella es un acontecimiento muy difícil, que puede conducir a la muerte; 26 fuerte, se refiere a la dureza del comportamiento de su marido hacia ella y 91 prohibido, aflora las posibilidades que ha tenido para ser infiel. Las respuestas a 10 padre = no hay, 15 felicidad = no hay, 31 amor = ninguno, indican claramente las dificultades que la paciente tuvo desde su infancia; primero con su padre que la trataba cruelmente y luego con su marido, a quien creyó amar en un principio.

Una vez terminadas las respuestas, hacemos que la paciente se refiera a cada uno de los fallos en forma espontánea y sin reservas, sin omitir nada

de lo que venga a su mente: al fallo 10, padre = no hay, dice "Padre no hay sino Dios, el mío nos dió muy mala vida. 17 parto, no se me ocurre nada = "Es lo más hermoso y sublime, en ese momento se está entre la vida y la muerte, pero no me da miedo, creo que si la madre se muere pasando por los dolores, es decir sin anestesia, se gana el cielo. Estos deseos de muerte reaparecen al hablar del fallo 90, desea = la muerte": Deseo la muerte dice llorando, mi marido me humilla continuamente, dice que hay mujeres mejores que yo, que si me me muero, le sobran mujeres para casarse y que ojalá me muriera para poder hacerlo. A los tres años de casados, consiguió otra mujer, de la cual ha tenido cuatro hijos, me los lleva a la casa y me obliga a atenderlos, a servirles; eso me ofende terriblemente. Obsérvese la contradicción con lo expresado en un principio y cómo, las causas de su estado emocional, la época de aparición y la relación estrecha con la iniciación de su enfermedad, fueron descubiertas gracias a la prueba de asociaciones, con lo cual fue posible que ella hiciera consciente los traumas que desde hacía muchos años había rechazado en las profundidades del subconsciente.

"LA ELECTROCICOMETRIA"

Hace pocos años el profesor doctor Thomas (2) declaró ante una asamblea de ingenieros eléctricos de la Westinghouse, reunida en Utah: "estamos seguros de que cualquier cosa que hagamos, digamos o pensemos, se

efectúa por medio de cierto tipo de radiación. Creemos que tales radiaciones son electricidad. En un futuro próximo podremos captar e interpretar dichas radiaciones de la personalidad y del pensamiento que se materia-

lizan mediante impulsos eléctricos. Son brillantes las perspectivas de una pronta solución del problema.

El Electrosicómetro trabaja a través de una serie de "reacciones en cadena", verificadas en la densidad de los campos Electrosicofísicos de las estructuras del cuerpo humano. Estos campos de densidades relativas cambian velozmente como cambian los pensamientos que los producen. El instrumento registra estos cambios que en general se relacionan estrechamente con las preguntas del operador. El operador pregunta, los pensamientos cambian bajo esta preguntas. El electrosicómetro registra el grado de este cambio. Así se hace posible la lectura de la mente en este instrumento (³).

I — INTRODUCCION DEL PACIENTE A LA ELECTROSICOMETRIA

- a) Colocar el paciente de manera cómoda, en decúbito dorsal o sentado en un sillón de espaldar alto para que la cabeza repose sin esfuerzo.
- b) Colóquese el Electrosicómetro sobre una mesa, de manera que el investigador pueda observar al mismo tiempo el paciente y el instrumento.
- c) En un principio se necesita esperar un poco para dar tiempo a que las oscilaciones se estacionen o normalicen.

COMO TRABAJA EL ELECTROSICOMETRO

El principio de su funcionamiento es bastante sencillo. La electricidad le viene del toma-corriente. Esta disminuye notablemente en intensidad por circuitos y resistencias colocadas dentro del aparato. En esta forma sólo una muy pequeña porción de electricidad corre a través de uno de los electrodos y va hacia el cuadrante; otra parte hacia el otro electrodo. Desde ahí atraviesa el cuerpo del paciente hasta el primer electrodo. Por consiguiente, en todo momento está pasando una pequeña cantidad de corriente a través del cuerpo del paciente durante todo el tiempo que está sosteniendo los electrodos. Esta corriente es tan pequeña, que pasa desapercibida.

El Electrosicómetro registra, por vía de la reacción en cadena, los efectos finales de la proyección del líquido salino arrojado por las glándulas de la piel y las contracciones musculares; es decir, las variaciones en la densidad del cuerpo humano.

Es un hecho establecido que el sistema nervioso autónomo causa la salida de gotas de líquido salino de las innumerables glándulas sudoríparas localizadas en las palmas de las manos y de los dedos en situaciones de temor, dolor, pena y ansiedad. También está demostrado que en cualquiera de estas situaciones, aún mínimas e impercibibles a simple vista por el sicoterapeuta o el paciente, se presenta la reacción neuromuscular que da origen al reflejo sicogalvánico (⁴).

Sensación de angustia frente al dolor, miedo y otros acontecimientos o recuerdos recargados de ansiedad, hacen al paciente más tenso. Los efectos finales de esta tensión hacen que el organismo del paciente se vuelva menos resistente a la corriente eléctrica. Este cambio en la resistencia se aprecia en las reacciones u oscilaciones de la aguja sobre el cuadrante. (El cuadrante Figura).

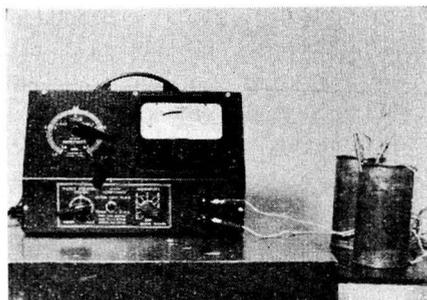


Figura 1

Si las preguntas se hacen muy rápidamente, las oscilaciones también se hacen pequeñas y rápidas; difíciles de apreciar.

Cuando la mujer neurótica rechaza al sub-consciente el trauma perturbador, entonces esta fuerza que trata de aflorar a las esferas conscientes se transforma en la sintomatología orgánica, a saber: flujo, frigidez, dolor pélvico; pero si en este momento le preguntamos: ¿cómo va usted con su marido?, ¿qué nos dice de él?, ella contesta: mi marido es perfecto, es muy bueno, muy cumplidor de su deber, etc., pero entonces es cuando la aguja del Electrosicómetro oscila fuertemente hacia la derecha.

En realidad estas mujeres no están mintiendo, sólo es que han olvidado el hecho conscientemente, pero el Electrosicómetro es capaz en estos casos de registrar las variaciones de potencial, producidas por acción de los mecanismos neurovasculares aumentando las secreciones de las glándulas sudoríparas; mecanismo este que podríamos atribuir a los centros subconscientes sin participación de las esferas conscientes. En estos casos es suficiente hacer una pausa o demora con el fin de ventilar el problema de una manera más detallada y esto hace que en pocos momentos la paciente retorne al consciente su experiencia ya olvidada. Por ejemplo: el paciente menciona el asunto con algunas palabras y una apariencia física de indiferencia, asegurando al mismo tiempo que no hay nada perturbador o de significado... pero la aguja registra una fuerte oscilación hacia la izquierda.

En este caso el examinador pregunta: está usted mostrando un poco de tensión en relación con este asunto, ¿hay algo más en ello? Esta pregunta permite que el paciente se profundice en sus pensamientos, entre en un más intenso examen de estos, lo que resulta en la repentina aparición de las importantes facetas del problema oculto por debajo de la atención consciente. Si tal cosa sucede, podemos afirmar que la mujer sí presentó angustia frente a la actitud pasada de su marido, pero que lo rechazó hacia el inconsciente y poco a poco lo aceptará con tal de que insistamos un poco al ver aparecer los avances de la aguja en el cuadrante.

Este instrumento tiene la propiedad de registrar toda clase de Stress angustioso consciente o subconsciente; especialmente aquellos que se relacionan con su estado actual y que la paciente posiblemente desconoce tanto más cuanto más neurótica sea su relación entre trauma y afecto emocional eje: Señora X. X., durante el interrogatorio, siempre se expresó en relación con su marido en forma absolutamente elogiosa. Mi marido es perfecto, "es el hombre más bueno del mundo", yo soy feliz, etc. Al iniciar la prueba del Electrosicómetro y hablando de hechos sin trascendencia, la aguja permanecía en la zona oscura, que indica equilibrio emocional. Al mencionar hechos relativos al marido, ejemplo: Señora ¿qué opina usted de un hombre infiel?, la aguja empezó a oscilar violentamente hacia la derecha. Aprovechamos esta circunstancia para insistir en relación con el mismo tema: ¿disgusta usted frecuentemente con su marido?, ¿cómo considera usted las relaciones sexuales? Respuesta: como un deber solamente, me disgustan, me siento enferma, irritable; al día siguiente me duele la cabeza, me agito, etc. ¿Cuánto hace que usted se siente así? Desde la dieta del segundo hijo, cuando me dí cuenta de que mi marido me era infiel, por el hallazgo de unas manchas de pinta-labios en su camisa, hallazgo éste que él no pudo justificar. Desde entonces no puedo tenerle confianza a pesar de que él negó su responsabilidad; yo no le creo y no puedo olvidar, cada que hacemos el acto sexual, se me viene a la memoria dicho acontecimiento y el deseo desapa-

rece al instante, quedo totalmente fría. A las pocas semanas me apareció el dolor pélvico que no me han podido curar los médicos a pesar de las abundantes dosis de antibióticos y sulfas, el dolor de cabeza no me abandona, y la pérdida de la memoria, va en aumento; me he vuelto irritable, ofuscada, no tolero a los hijos; los castigo frecuentemente y por insignificancias, me arrepiento de hacerlo, pero no puedo corregirme. Entre tanto la aguja del Electrosicómetro oscila especialmente hacia la derecha, lo cual nos indica que el tema es de gran significado emocional para la paciente. En este caso el instrumento dió rápidamente la clave del estado neurótico de la paciente, el trauma angustioso desencadenante y la época de aparición de la sintomatología desencadenante y la época de aparición de la sintomatología actual en relación con dicho trauma: (frigidez, congestión pélvica, irritabilidad, cefaleas, etc.). No está de más anotar que la paciente se curó inmediatamente al racionalizar estos hechos y suprimirles la trascendencia neurótica que ella venía dándoles en una forma inconsciente y después de que un examen muy minucioso le demostró a ella que no había nada anormal a nivel de sus órganos pélvicos y al demostrarle, por conversaciones y entrevistas con su marido, que sus temores y sospechas carecían de un fundamento real, que solo había sido un mal entendido.

Si hacemos la prueba de C. G. JUNG y al mismo tiempo colocamos al paciente ante el electrosicómetro, obtendremos una combinación de ex-

traordinario valor. Con este sistema se descubren casi infaliblemente las vivencias subconscientes del paciente, si este logra contestar la palabra reclamo sin hacer ningún fallo mental. En cam-

bio no es posible que sea capaz de controlar en tal forma su sistema neurovegetativo para no alterar la corriente eléctrica en el Electrosicómetro y hacer oscilar la aguja.

GRAFOLOGIA

“Cuando el abate Michon y Crepieux Jamin en 1861 intentaron brindar a los hombres de ciencia sus observaciones sobre la Grafología, sólo, Richet, Binet y algunos más les escucharon. Siempre que surge algo nuevo, por valioso, eficaz y práctico que sea, antes de imponerse tiene que romper un espeso dique de convencionalismo (1).

Hoy se enseña la Grafología como asignatura oficial en muchas universidades alemanas, francesas, suizas. En Medicina son muchos los médicos que utilizan esta ciencia para el estudio de sus pacientes y muy especialmente para seguir la evolución de los tratamientos. En Francia se utiliza la Grafología como medio curativo.

En el Congreso organizado por la American Graphological Society de New York en 1953 el doctor Thewlis, de Wakefield se expresó en los siguientes términos: “El análisis grafológico es de una utilidad incalculable para el médico porque éste descubre lo que es el paciente, la condición de sus emociones y el progreso de sus enfermedades, de las cuales puede seguir su curso, si lo desea. Muchas enfermedades son debidas a trastornos emocionales

que el médico puede descubrir sirviéndose de la escritura como instrumento de diagnóstico” (1).

La ventaja de la Grafología sobre otros *Tests* de exploración de la personalidad no sólo estriba en la abundancia y en la rapidez de los resultados, sino también en el hecho de no precisarse la presencia del sujeto para ser analizado; gran ventaja, sobre todo política y comercial y para el médico especialmente porque puede estudiar a sus pacientes en horas diferentes a las de la consulta.

De acuerdo con el Profesor Augusto Vels, los signos grafológicos que revelan desequilibrio síquico son:

- a) Grandes movimientos de la pluma Desproporciones y complicaciones extravagantes. Mayúsculas muy altas.
- b) Barras de “t” muy rápidas y largas.
- c) Escritura muy inclinada y desigual.
- d) Ornamentación extraña y muy complicada.

- e) Estereotipia gráfica (repetición sistemática de letras y palabras, a veces de líneas de frases).
- f) Los temblores en forma de sacudidas violentas y brisadas.
- g) La incoherencia en la distribución del texto.

La condición imprescindible para comprender la expresión gráfica adecuadamente es el conocimiento de los conceptos básicos en su mayor parte inconscientes, que obran al escribir. Al escribir proyectamos inconscientemente nuestro ser. Escribir conscientemente es lo mismo que dibujar inconscientemente el dibujo de si mismo, el auto-retrato.

El que escribe confecciona su autorretrato. No hemos de creer que la escritura es un producto de la mano, sino de determinadas áreas de la corteza cerebral, de donde salen los impulsos motores para mover la pluma. Es, pues, el cerebro el que escribe.

La escritura es expresión de la voluntad y del afecto al mismo tiempo, o mejor dicho: expresión emocional del impulso y del afecto.

Un sueño escrito por una de nuestras pacientes nos revelará en forma muy objetiva los alcances de la grafolología como método valioso en el estudio de la enferma, especialmente cuando sospechamos la presencia de algún factor neurótico.

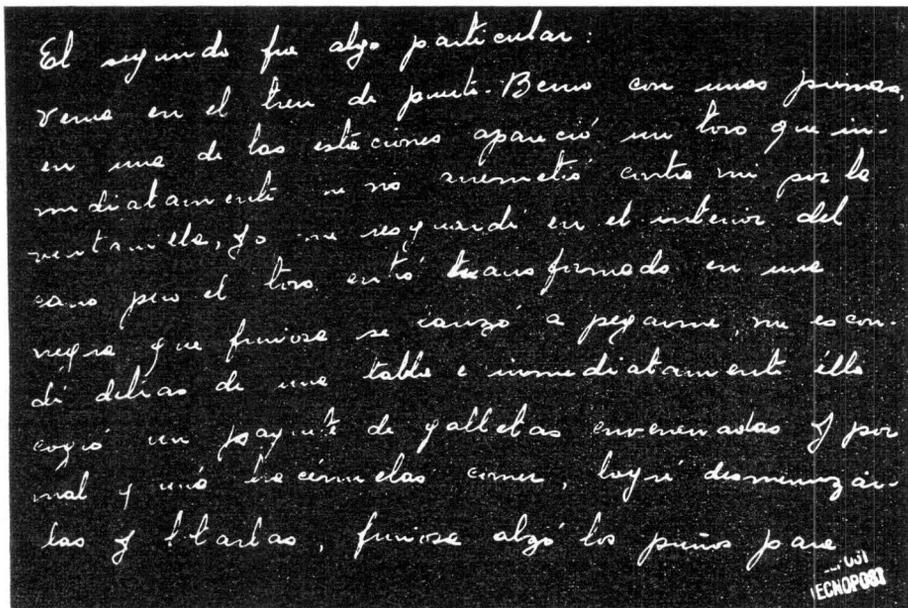


Figura 2

ALGUNOS ASPECTOS GRAFICOS Y SU SIGNIFICADO

Predominio de los óvalos: caracteriza la sentimentalidad y la intuición.

Inclinación hacia la derecha: vehemencia y entusiasmo.

Presión fina: sensibilidad y delicadeza que predisponen a lo espiritual, escaso vigor que puede conducir a la indecisión y a la susceptibilidad.

Gesto curvilíneo: predominio del sentimiento sobre la razón. Dedicación a la imaginación y al extraño mundo de la fantasía.

Ritmo lento: calma y lentitud intelectual.

Letra elegante: propia de persona distinguida, culta, sociable y refinada.

Disposición cuidadosa: persona que sabe respetar la personalidad de los demás.

Disposición ascendente: optimismo sin fundamento a veces. Entusiasmo que confunde sus esperanzas con la realidad.

Hasta este momento ya vemos la singular ayuda que puede representar para el médico la grafología.

a) Jambas (parte inferior) de la g y de la q sin terminar o son muy pequeñas = repulsión a las experiencias materiales del acto genésico.

Letras separadas especialmente la primera = individualismo, reservas mentales, desprecio inconsciente de los demás. Dificil adaptación a su ambiente. Esta paciente muestra muy clara-

mente su desprecio inconsciente por los demás, incluyendo a su marido, a quien posiblemente desprecia en grado sumo; naturalmente que este dato sería imposible de verificar por parte de ella y sólo la grafología nos lo demuestra en forma clara y precisa.

b) La paciente tiene apariencia general de bondadosa y apacible, pero la grafología nos dice que, también a veces puede ser lo contrario, rígida, e intransigente.

Líneas y palabras con tendencia ondulatoria indican el ánimo y el desánimo de la persona que empieza una tarea con buenos propósitos y afán de realizarla, pero a quien la inconstancia de su carácter le hace fluctuar entre la decepción y el entusiasmo. Por ello, halla su expresión gráfica en las palabras con tendencia ondulatoria, que, en casos extremos, pueden indicar un proceso psiquiátrico.

Características del grafismo y que no se reconocieron en el trato personal: La sentimentalidad y la intuición son dos características muy femeninas pero difíciles de reconocer sin el uso de un test como el grafológico. Lo mismo se puede aplicar a la característica o rasgo: el *Gesto curvilíneo*, muy especialmente en referencia con el exceso de imaginación y fantasía que presenta esta paciente.

Será en estos detalles que la acción gráfica es más precisa, donde se halla el mayor valor de la grafología. En referencia al rasgo: *Disposición ascen-*

dente: optimismo, entusiasmo, me pareció todo lo contrario en un principio, ella se mostraba pesimista, melancólica; posteriormente se confirmó el hallazgo grafológico, puesto que esta paciente se precipitó en el pesimismo y la melancolía precisamente porque llegó a la conclusión muy traumática para ella, de que no podría llenar nunca sus aspiraciones, de que no podría alcanzarlas. Y a esto se debe seguramente el rasgo grafológico: *línea ascendente al principio y que luego decae*. Esta paciente, que posee un fuer-

te instinto de maternidad, de gran sensibilidad y delicadeza, hizo un matrimonio (inadecuado creo yo); el marido la obliga a vivir en un ambiente que ella detesta, que es inferior a sus posibilidades. Además, no logró adaptarse al acto sexual. Desde los primeros días, sintió repugnancia y un poco más tarde, supo que con su marido por causa de un semen insuficiente en espermatozoides, no lograría posiblemente llegar a un embarazo que colmara al menos sus instintos de maternidad.

LOS SUEÑOS

El sueño de José, que él relató así a sus hermanos y a Jacob su padre: (1) "Mirad he tenido otro sueño: El sol y la luna y once estrellas se postraban delante de mí". Por lo cual su padre le respondió diciendo: ¿Qué clase de sueño es el que has tenido? Opinas tú que yo, tu madre y tus hermanos debemos hecharnos a tierra para adorarte? Este y otros sueños por el estilo hicieron que sus hermanos le odieran hasta el punto de que casi llegó a ser su perdición, pero que en realidad no fue sino el principio de su prosperidad. Nos muestra este sueño el temperamento o carácter ambicioso de José, la obsesión de grandeza y de superación que le animaba y que en realidad le sirvieron para llegar a ser lo que fue (2).

En la actualidad, fue Freud quien descubrió el valor que tienen los sueños para el estudio anímico de los pa-

cientes, para reconocer sus tendencias, su temperamento e inclinaciones y en fin, para estudiar el carácter neurótico que es lo que nos interesa en el caso de la mujer que llega al consultorio de Ginecología.

"El sueño es la realización de un deseo". El sueño relatado por los pacientes muestra sólo su contenido visible o aparente; el médico debe buscar el contenido latente, *oculto*. Así estableció Freud las tres reglas para su interpretación: 1ª la *condensación*, según la cual varios personajes aparecen como uno sólo. 2ª *El desplazamiento*; arriba, significa abajo, las cualidades de una persona, se atribuyen a otra. 3ª *Expresión por los contrarios*: mujer, significa hombre; negro, significa blanco; bonito, feo. Freud reconoció la importancia de los sueños y los llamó "La vía regia hacia el inconsciente". Son su exteriorización más espontánea

y por ello, un objeto de estudio que nos abre la vía más directa a los dominios de la mente que son decisivos en la producción de las enfermedades sicosomáticas.

Los médicos que carecen de formación psicológica, se resisten a reconocer y emplear la interpretación de los sueños como método utilizable en la práctica (3).

Para la interpretación correcta de un sueño, se hace necesario el conocimiento de los símbolos que son alegorías e imágenes que no dependen del propio individuo que sueña y cuyo significado ha sido reconocido empíricamente. Así por ejemplo: el Rey es el padre; los gusanos o reptiles, son los niños; ir de viaje, significa morir; subir una escalera, es el acto sexual, etc. (3).

El sueño relatado por la paciente analizada grafológicamente, nos sirvió para completar su estudio. "Venía en el tren de Puerto Berrío con unas primas, en una de las estaciones apareció un toro que inmediatamente me vio, arremetió contra mí por la ventanilla, yo me resguardé en el interior del carro pero el toro entró transformado en una negra que furiosamente se lanzó hacia mí, me escondí detrás de una tabla e inmediatamente ella cogió un paquete de galletas envenenadas y por mal quería hecérmelas comer; logré desmenuzarlas y botarlas, furiosa alzó los puños para pegarme, pero en ese momento entraron dos policías y se la llevaron.

Análisis: Venir en tren es recorrer el camino de la vida. El toro, en el lenguaje sicosomático no solamente es un signo sexual, sino que es un signo sexual masculino. En cambio la ventanilla es un signo sexual femenino. La "acción de entrar" representa en este caso el acto sexual. La mujer negra, es el marido; este es rubio bien parecido), quien la castiga, porque ella se niega a entregarse en el acto sexual; su frigidez. Las galletas envenenadas que él quería hacerle comer, y que ella rechazó, simbolizan el semen de su marido, que por ser tan insuficiente, (esto lo supo ella por el resultado del espermograma Oligozoospermia exagerada), lo considera impropio para el acto sexual genético; es decir, para una verdadera mujer. Las galletas están envenenadas, es decir, que el semen es inútil y sólo sirve para un acto sexual pecaminoso; de acuerdo con su sentido cultural y religioso, sirve para pecar y no para llenar las verdaderas aspiraciones del matrimonio. (La Maternidad).

Logre desmenuzarlas y botarlas; ella se deshace del semen en seguida del acto sexual, profluvium seminis, probablemente por contracciones de la musculatura perineal, puesto que la vagina y el fondo de saco son perfectamente normales.

Entraron dos policías y se llevaron la negra. El marido en medio de dos policías, simboliza los órganos genita-

les del marido, con los cuales ella verifica un acto sexual permitido por las autoridades, pero que mejor sería suspenderlo para siempre, que estas vieran a deshacerle ese compromiso que a ella le disgusta tanto y que por eso rechaza.

Vemos así claramente por este sueño, así como también en el análisis grafológico del mismo, innumerables rasgos neuróticos imposibles de captar en un interrogatorio y que solo la grafología y la interpretación del sueño nos dejaron conocer.

BIBLIOGRAFIA — HISTORIA — REQUISITOS PREVIOS

1. WENGRAF F.: **Abordaje sicosomático en ginecología y obstetricia.** Buenos Aires. Editorial La Fragua, 1956.
2. KROGER S. W y FREED S. CH.: **Ginecología sicosomática.**
3. FREUD S.: **Obras completas.** Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.
4. CARABALLO J. R.: **Patología sicosomática.** Segunda edición. Madrid. Editorial Paz Montalvo.
5. BLEULER M.: **Siquiatria endocrina.** Primera edición (traducción). Argentina, Editorial Manuel Finchelmann, 1956.
6. MAXIMOW A., BLOOM W.: **Tratado de Histología.** Cuarta edición castellana. Argentina. Editorial Labor S. A., 1962, pág. 95.
7. ROEMER H.: **Gynakologische organneurosen.** Primera edición. Stuttgart. Georg. Thieme. Verlag.
8. STOEKEL W.: **La mujer frígida.** Ediciones Imán, Buenos Aires.

BIBLIOGRAFIA — PRUEBA DE JUNG

1. ROEMER H.: **Gynäkologische organneurosen.** Primera edición. Stuttgart. Georg. Thieme. Verlag.

BIBLIOGRAFIA — ELECTROSICOMETRIA

1. ROEMER H.
2. BRISTOL M. C.: **El poder mágico de la voluntad.** Capítulo 2º, página 55. Editorial Guillermo Kraft Ltda. Buenos Aires. Segunda edición. 1954.
3. HUBBARD L. R.: **Electropsychometry.** Notas a mimeógrafo. Capítulo 7º, página 5. Segunda edición. 1953.
4. WATHISON G. V.: **Electropsychometric monitoring of analytic. Psychotherapy.** Notas a mimeógrafo. Segunda edición, página 35. 1954.

BIBLIOGRAFIA — GRAFOLOGIA

1. VELS A.: **Eseritura y personalidad**. 1ª edición, Barcelona. Editorial Luis Mirache, 1955.
2. PULVER MAX: **El simbolismo de la Eseritura**. Traducción del alemán. Quinta edición. Editorial Victorino Suárez. Madrid, página 20.

BIBLIOGRAFIA — LOS SUEÑOS

1. Génesis 37-7: **La Sagrada Biblia**.
2. KEMPER V. V.: **Der Traum und seine**. Bedeutung. Rowohlt Hamburg. 1955.
3. STOCKEL W.: **La mujer frígida**. Ediciones Imán. Buenos Aires.