

11241

2 of 8

"PSICOPATOLOGIA DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA"

TESINA PRESENTADA ANTE:

EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA

FACULTAD DE MEDICINA UNAM

ESTUDIOS DE POSTGRADO EN LA  
ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA  
POR:

LAURA MARGARITA LEON LEON

FEBRERO - 1982

*2/13  
Lecela*

FALLA DE ORIGEN



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.

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

DESDE LOS ALBORÉS DE LAS CIENCIAS MÉDICAS, EL HOMBRE HA MOSTRADO INTERÉS POR LOS CAMBIOS PSICOLÓGICOS QUE SE PRESENTAN EN LA MUJER, SIEMPRE RELACIONÁNDOLOS CON SUS ÓRGANOS FEMENINOS. EN ESPECIAL EL ÚTERO (ANTIGUAMENTE LLAMADO HYSTERO, DE DONDE DERIVA LA PALABRA HISTÉRICA, CALIFICATIVO EMPLEADO PARA REFERIRSE A LAS CARACTERÍSTICAS DEL COMPORTAMIENTO DE CIERTAS MUJERES). ÉSTE INTERÉS LLEVÓ AL ESTUDIO DE LAS DIFERENTES FASES QUE LA MUJER ATRAVIESA DURANTE SU VIDA TALES COMO LA MENARQUIA, LA MENSTRUACIÓN, EL EMBARAZO Y FINALMENTE LA MENOPAUSIA Y LA RELACIÓN QUE CADA UNA DE ÉSTAS FASES TIENE, CON LOS CAMBIOS EMOCIONALES, QUE YA HAN SIDO AMPLIAMENTE DESCRITOS POR DIVERSOS AUTORES, DESDE DIFERENTES PUNTOS DE VISTA COMO SON EL BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO, SOCIOCULTURAL Y PSICOANALÍTICO.

ES CURIOSO EL INTERÉS QUE SE HA PRESENTADO POR LA EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA EMOCIONAL DE LA MUJER, SIN HABER TOMADO EN CUENTA OTRAS EVENTUALIDADES QUE TAMBIÉN PUEDEN PRODUCIR CAMBIOS EMOCIONALES TAN PARECIDO A ALGUNAS DE ESTAS FASES QUE LLAMARÉ FISIOLÓGICAS, COMO ES EL CAMBIO PSICOLÓGICO -- PRODUCIDO POR LA EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA DEL ÚTERO, YA SEA POR DIVERSAS PATOLOGÍAS, O BIEN COMO MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN; INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA TAN FRECUENTEMENTE PRACTICADA Y DE LA CUAL POSTERIORMENTE NO HAY UN SEGUIMIENTO Ó INVESTIGACIÓN CLARA EN NUESTRO PAÍS DE LO QUE SUCEDERÍA CON ESTE TIPO DE PACIENTE. DEBIDO A ESTO ES MI INTERÉS TRATAR DE HACER UNA REVISIÓN BIELIOGRÁFICA LO MÁS COMPLETA POSIBLE, PARA AMPLIAR UN POCO MÁS ESTE TÓPICO PONIENDO ESPECIAL ÉNFASIS EN LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- 1) ENFATIZAR QUE TODO PROBLEMA PSICOPATOLÓGICO INVOLU

CRA ASPECTOS BIO-PSICO-SOCIALES Y LA INTERACCIÓN ENTRE ÉSTOS MISMOS.

2) LA ESTRECHA RELACIÓN QUE TIENEN ÉSTOS ELEMENTOS EN LA PSICOPATOLOGÍA DE LA MUJER.

3) LA AUSENCIA Ó DEFICIENCIA DE ESTUDIOS EN NUESTRO PAÍS, SOBRE TODO EN CUANTO A LA PSICOPATOLOGÍA POSTERIOR A LA HISTECTOMÍA.

4) LAS PROBABLES DIFERENCIAS DADAS POR ASPECTOS SOCIOCULTURALES ENTRE LA PSICOPATOLOGÍA FEMENINA DE NUESTRO PAÍS Y OTROS.

## I. ASPECTOS FISIOLÓGICOS DE LA PSICOLOGIA DE LA MUJER

### I.1. ANATOMIA Y FISIOLÓGIA DEL ÚTERO

EL ÚTERO ES UN ÓRGANO CUYAS PAREDES MUSCULARES SON MUY GRUESAS Y DE NOTABLE POTENCIA CONTRÁCTIL. FORMA EL LECHO Y ENVOLTURA DEL HUEVO HASTA SU COMPLETO DESARROLLO Y ES EL ELEMENTO MÁS EFICAZ DEL MISMO.

SITUADO EN EL CENTRO DE LA EXCAVACION PELVIANA, DE FORMA Y TAMAÑO SEMEJANTE AL DE UNA PERA MEDIANA, CON LA BASE HACIA ARRIBA Y APLANADO EN SENTIDO ANTERO POSTERIOR, SU FISIOLÓGIA Y PATOLOGÍA IMPONEN UNA DIVISIÓN PREVIA EN CUERPO Y CUELLO; DOS PORCIONES QUE, AÚN SIENDO TAN DISTINTAS EN CUANTO A MORFOLOGÍA Y PRINCIPALMENTE POR SU FUNCION, PUEDEN CONSIDERARSE COMO DOS ÓRGANOS DIFERENTES.

EN CONJUNTO LA CAVIDAD HIDE APROXIMADAMENTE 7 CENTÍMETROS DE ALTURA. ES ÚNICO IMPAR Y MEDIO. SOSTENIDO EN SU POSICIÓN POR SEIS LIGAMENTOS, TRES A CADA LADO; LIGAMENTOS ANCHOS, LIGAMENTOS REDONDOS, LIGAMENTOS UTEROSACROS.

EL ÚTERO SE COMPONE DE TRES TÚNICAS SUPERPUSTAS, QUE SON DE FUERA HACIA ADENTRO, UNA TÚNICA SEROSA, UNA TÚNICA MUSCULAR Y UNA TÚNICA MUCOSA, SIENDO ESTA ÚLTIMA LA QUE EN CUALQUIER MOMENTO EN UNA MUJER MADURA, SUFRE DIVERSOS CAMBIOS; LA MUCOSA SE SUBDIVIDE A SU VEZ EN DOS: LA BASAL Y LA FUNCIONAL, LA PRIMERA ES ADHERENTE A LA MUSCULAR Y CONSTITUIDA POR GLÁNDULAS TENDIDAS EN LA DIRECCION DE LA SUPERFICIE UTERINA Y UN ESTROMA CONJUNTIVO DENSO. NO SE MODIFICA EN EL PROCESO MENSTRUAL NI GRAVÍTICO; ES LA PROVEEDORA DE LOS ELEMENTOS TANTO EPITELIALES COMO ESTROMATOSOS, QUE NECESITA EL CICLO GENITAL. LA SEGUNDA SUPERPUSTA A ÉSTA, ES DE ESTROMA LAXO Y GLÁNDULAS QUE VARIAN EN NÚMERO Y CALIBRE, SEGÚN LA FASE DE DICHO CICLO GENITAL, ES

LA FUNCIONAL LA ÚNICA QUE SE MODIFICA POR INFLUJO HORMONAL Y QUE SE EXPULSA CON LA MENSTRUACION Ó QUE FORMA LAS CÁDUCAS EN CASO DE EMBARAZO. EN SÍNTESIS, LA FUNCIONAL UTERINA, DURANTE EL CICLO PASA POR DOS FASES: UNA PROLIFERATIVA Y OTRA EN LA QUE SE TRANSFORMA. ÉSTAS FASES COINCIDEN CROHOLÓGICAMENTE CON LAS PROPIAS DEL OVARIO.

FASE PROLIFERATIVA.- UNA VEZ QUE SE HA EFECTUADO LA MENSTRUACION, EN LA QUE SE HA DESINTEGRADO LA SUPERFICIE DE LA CAPA FUNCIONAL, LAS GLÁNDULAS DE LA BASAL EMPIEZAN UN ACTIVO TRABAJO DE RECONSTRUCCIÓN, DE TAPIZADO DE LA SUPERFICIE INTERNA DEL ÚTERO, QUE SE INICIA YA A LAS 48 HORAS DE HABER EMPEZADO LA MENSTRUACION, QUEDANDO DE NUEVO UNA MUCOSA CONTÍNUA MOSTRANDO GRAN PROLIFERACION DE CÉLULAS EPITELIALES Y DE ESTROMA. ÉSTE ESTADO DURA APROXIMADAMENTE 4 Ó 5 DÍAS AL CABO DE LOS CUALES, AL TIEMPO QUE EN EL OVARIO CRECE EL FOLÍCULO POR INFLUENCIA DE LA HORMONA GONADOTROPA Y SEGREGA ESTRÓGENOS POR INFLUENCIA CORRELATIVA DE LA LH, EMPIEZA UNA ACTIVA PROLIFERACION DE LAS GLÁNDULAS. ÉSTA CAPA AUMENTA NOTABLEMENTE DE ESPESOR NO SOLO POR AUMENTO DE LAS GLÁNDULAS, SINO POR SIMULTÁNEA PROLIFERACION Y TRANSFORMACION DE LAS CÉLULAS CONJUNTIVAS DEL ESTROMA.

FASE DE TRANSFORMACION O SECRECION.- AL ESTALLAR EN EL OVARIO EL FOLÍCULO Y FORMARSE EL CUERPO AMARILLO INTERVIENE EN EL CICLO OTRA HORMONA SEXUAL, LA PROGESTERONA, BAJO INFLUENCIA DE ÉSTA CESA LA PROLIFERACION GLANDULAR, PERO AL MISMO TIEMPO HACE QUE ÉSTAS EMPIECEN A SECRETAR ACTIVAMENTE, ESTAS SECRECIONES SON MATERIALES RICOS Y NUTRITIVOS, HAY AUMENTO EN LA VASCULARIZACION DE ÉSTA CAPA AUMENTANDO CADA VEZ MÁS LA PRESION INTRACAPILAR LO QUE ORIGINA UN MAYOR TRASUDADO AL ESTROMA HACIENDO CADA VEZ MÁS RICO, PONIENDO EN CONDICIONES APTAS PARA SER ANIDADO EN CASO DE QUE HAYA HABIDO FECUNDACION, SI NO OCURRE TAL, EL CUERPO AMARILLO INVOLUCIONA EN 12 Ó 13 DÍAS DES--

PUES DE LA OVULACIÓN CON LA CUAL DISMINUYE RÁPIDAMENTE LA CANTIDAD DE ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA, OCURRIENDO ENTONCES EL FENÓMENO DE "DEPRIVACIÓN HORMONAL" CON LO QUE SE PRESENTA LA MENSTRUACIÓN, QUE NORMALMENTE DEBE DURAR DE 3 A 5 DÍAS (1).

## I.2 PSICOENDOCRINOLOGIA

ES SORPRENDENTE LO POCO QUE SABEMOS SOBRE CÓMO INFLUYEN LOS ESTADOS FÍSICOS SOBRE LOS PSICOLÓGICOS; TAMBIÉN SABEMOS MUY POCO RESPECTO DE LAS RELACIONES EXISTENTES ENTRE DETERMINADAS HORMONAS SEXUALES Y LAS CONDUCTAS ESPECÍFICAS TANTO DE L HOMBRE COMO DE LA MUJER, ÉSTA IGNORANCIA REFLEJA LOS PROBLEMAS METODOLÓGICOS EXISTENTES TANTO EN PSICOLOGÍA COMO EN ENDOCRINOLOGÍA. LA CONTROVERSIA HERENCIA-MEDIO ES TAN ANTIGUA Y RESULTA TAN TRILLADA, QUE SOLO SE DEDICA TIEMPO A SU DISCUSIÓN EN LAS CLASES DE INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA Y SIEMPRE SE LLEGA A LA CONCLUSIÓN DE QUE SE TRATA DE UN PROBLEMA TAN SOLO APARENTE; LOS PSICÓLOGOS Y LOS PSIQUIATRAS HAN RECALCADO DESDE HACE MUCHO TIEMPO LA IMPORTANCIA ABRUMADORA DEL MEDIO AMBIENTE. PERO, POR MI PARTE, PIENSO QUE DEFINITIVAMENTE HAY BASES FISIOLÓGICAS DE LA CONDUCTA, COMO LOS EFECTOS PRODUCIDOS POR LAS HORMONAS SEXUALES EN LA PSIQUE DE LA MUJER ESPECIALMENTE.

EL FLUJO DE HORMONAS ENTRE LAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS ESTÁ CONTROLADO POR UN SISTEMA DE RETROALIMENTACIÓN NEGATIVA. LA GLÁNDULA PITUITARIA CONTROLA LOS NIVELES ENDÓCRINOS, PERO, A SU VEZ, ESTÁ REGIDA POR EL HIPOTÁLAMO, PARTE DEL TRONCO DEL ENCÉFALO SUPERIOR CONOCIDO COMO "SEDE DE LA EMOCIÓN". EL HIPOTÁLAMO REGULA LA RELACIÓN EN UNO Y OTRO SENTIDO ENTRE LOS ESTADOS PSICOLÓGICOS Y LOS FISIOLÓGICOS. CUANDO LA GLÁNDULA PITUITARIA ENVÍA UN "MENSAJE QUÍMICO" EN FORMA DE HORMONA ESTIMULANTE, LA SEÑAL PENETRA EN LA CORRIENTE SANGUÍNEA Y LA RECOGE UNA GLÁNDULA RECEPTORA QUE FABRICA UNA HORMONA APROPIADA Y LA SEGREGA, EN LA CORRIENTE SANGUÍNEA. CUANDO SE ALCANZA EL NIVEL HORMONAL ÓPTIMO LA PITUITARIA RESPONDE ENVIANDO NUEVOS MENSAJES PARA INHIBIR LA

## PRODUCCIÓN ULTERIOR DE HORMONA.

EL CICLO DE LA MENSTRUACIÓN ESTÁ REGULADO POR UNA COMPLEJA SERIE DE RETROALIMENTACIONES HORMONALES ENTRE LA PITUITARIA Y LAS GLÁNDULAS OVÁRICAS. LA GLÁNDULA PITUITARIA INICIA EL CICLO ENVIANDO UNA HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH) QUE INTRUYE AL OVARIO PARA QUE MADURE DURANTE VARIOS FOLÍCULOS MEDIANTE LA PRODUCCIÓN DE UNAS HORMONAS DENOMINADAS ESTRÓGENOS. AL AUMENTAR EL NIVEL DE ESTRÓGENOS EN EL OVARIO, EL CRECIMIENTO FOLICULAR ALCANZA SU MÁXIMO, Y SE SEGREGA UNA CANTIDAD CRÍTICA DE ESTRÓGENOS EN LA CORRIENTE SANGUÍNEA. ESTE NIVEL ALTO DE ESTRÓGENOS SIRVE COMO SEÑAL A LA PITUITARIA PARA REDUCIR LA PRODUCCIÓN DE FSH Y LIBERAR HORMONA LUTEINIZANTE (LH). LA FUNCIÓN PRIMORDIAL DE LA LH ES PROVOCAR LA OVULACIÓN. HAY CIERTO MOMENTO EN QUE LA FSH Y LA LH ACTÚAN CONJUNTAMENTE VOLVIENDO A ELEVAR LA PRODUCCIÓN DE ESTRÓGENO Y ESTE AUMENTO DE ESTRÓGENOS SIRVE PARA INHIBIR POSTERIORMENTE LA PRODUCCIÓN DE FSH. AHORA LA LH LLEGA A SER DOMINANTE Y TIENE LUGAR LA OVULACIÓN; UN SOLO FOLÍCULO ALCANZA SU MADUREZ Y DOS DÍAS DESPUÉS SE ROMPE Y SE LIBERA EL HUEVO, DESPUÉS DE QUE ESTO HA SUCEDIDO EL FOLÍCULO SE COLAPSA Y SE COMBIERTE EN EL CUERPO AMARILLO, ESTE ES EL MOMENTO EN QUE LA PITUITARIA LIBERA UNA TERCERA HORMONA LA LUTEOTRÓPICA (LTH), QUE OBLIGA AL CUERPO AMARILLO A PRODUCIR PROGESTERONA (SEGUNDA HORMONA SEXUAL EN IMPORTANCIA), CUANDO ÉSTA ALCANZA UN DETERMINADO NIVEL, INHIBE LA PRODUCCIÓN DE LH, A LA VEZ QUE ESTIMULA A LA PRODUCCIÓN DE FSH, HORMONA QUE ACTÚA SOBRE EL OVARIO PARA QUE MADURE NUEVOS FOLÍCULOS PARA UN CICLO PRÓXIMO.

LOS ESTRÓGENOS PROVOCAN EL CRECIMIENTO DEL REVESTIMIENTO INTERIOR DEL ÚTERO Y TIENEN A SU CARGO EL DESARROLLO DE ESTE ÓRGANO, DEL CUELLO Y DE CERVIX ADEMÁS DE LA VAGINA, TAMBIÉN ES RESPONSABLE DEL DESARROLLO DE LOS CONDUCTOS MAMARIOS, Y DE LA REGULACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA GLÁNDULA PITUITARIA.



LA PROGESTERONA, POR SU PARTE, PRODUCE CAMBIOS EN LAS SECRECIONES UTERINAS, ESTIMULA LAS PORCIONES TERMINALES DE LOS CONDUCTILLOS MAMARIOS Y REGULA EL MANTENIMIENTO DEL EMBARAZO. BAJO LA INFLUENCIA DE ÉSTA EMPIEZA LA FASE SECRETORA DEL CICLO MENSTRUAL.

AUNQUE LAS SECRECIONES DE LAS GLÁNDULAS ENDÓCRINAS PUEDEN TAMBIÉN SER IMPORTANTES, LOS DATOS SUGIEREN QUE SON LOS NIVELES DE HORMONAS SEXUALES COMO LOS ESTRÓGENOS, LA PROGESTERONA Y LOS ANDRÓGENOS LOS QUE REVISTEN UNA IMPORTANCIA CRÍTICA EN CUANTO A SUS EFECTOS SOBRE LOS ESTADOS PSICOLÓGICOS.

LA TESTOSTERONA ES LA HORMONA MÁS POTENTE DEL GRUPO DE LOS ANDRÓGENOS, RELACIONADO CON LA ACTIVIDAD MASCULINA. POSEE IMPORTANTES EFECTOS SOBRE EL DESARROLLO GENITAL Y ESTÁ RELACIONADO CON LA EXCITABILIDAD SEXUAL, HASTA HACE MUY POCO SE CREÍA QUE SOLO LOS TESTÍCULOS ERAN CAPACES DE PRODUCIR TESTOSTERONA. HOY YA HA QUEDADO ESTABLECIDO QUE LAS MUJERES TAMBIÉN PRODUCEN TESTOSTERONA AUNQUE LAS ESTIMACIONES DE LAS CANTIDADES EXACTAS DIFIEREN Y QUE PROBABLEMENTE TENGA ÉSTA ALGÚN EFECTO EN LA MANERA DE RESPONDER DEL CLÍTORIS. JAFFE Y OTROS INFORMAN DE QUE EL OVARIO ELABORA TESTOSTERONA Y DELTA 4-ANDROSTENEDIONA, OTRO ANDRÓGENO, ENCONTRÁNDOSE NIVELES SANGUÍNEOS MUY BAJOS, DE MENOS DE 0.1 MICROGRAMO POR ML, CON LIGERAS VARIACIONES CÍCLICAS EN LA MUJER.

ESTÁ CLARO QUE LA CONDUCTA HUMANA ES MUY VARIABLE, Y ESTA VARIABILIDAD TIENE SU ORIGEN EN LA REACCIÓN DEL HIPOTÁLAMO Y EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ANTE LOS ESTÍMULOS INTERNOS DEL INDIVIDUO, Y ANTE LOS ESTÍMULOS AMBIENTALES, QUE A SU VEZ AFECTA A LOS ESTÍMULOS INTERNOS. SI ATENDEMOS A LA CONDUCTA ESPECÍFICA, LA MUJER PARECE SER MUY DIFERENTE A OTRAS HEMBRAS PRIMATES Y MAMÍFEROS, CUYA EXCITABILIDAD SEXUAL, POR EJEMPLO ES SOLAMENTE ESTIMULADA POR ELEVADOS NIVELES ESTROGÉNICOS. PERO SI OBSERVAMOS MÁS DE CERCA Y DESDE UN PUNTO DE VISTA GENERAL LOS CAMBIOS DE ÁNIMO Y LOS SENTIMIENTOS DE AUTOESTIMACIÓN Y AUTODESAPROBACIÓN,

DE DEPRESIÓN Y BIENESTAR, COMENZAMOS A PERCIBIR UN CICLO DE SENSACIONES LIGADAS FISIOLÓGICAMENTE ENTRE SÍ QUE CONSTITUYEN EL TRANSFONDO DE LA CONDUCTA ESPECÍFICA.

EN LA PERSONALIDAD DE LA MUJER SEXUALMENTE MADURA SE DAN CAMBIOS REGULARES, PREDECIBLES, MUTACIONES QUE SE CORRELACIONAN CON LAS PRODUCIDAS EN EL CICLO MENSTRUAL, ÉSTOS CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD FEMENINA SE DAN, SEAN CUALES SEAN LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES DE LA PERSONALIDAD Y PUEDEN SER INCLUSO-EXTREMOS; SON CONSECUENCIA DE LOS CAMBIOS ENDÓCRINOS Y FÍSICOS COMEXOS. EL CONTENIDO DEL ESTADO EMOCIONAL ESTÁ EN FUNCIÓN DE LA PSIQUE Y EL MUNDO REAL DE CADA INDIVIDUO; LA DIRECCIÓN DEL CAMBIO ESTÁ EN FUNCIÓN DEL ESTADO FÍSICO (2).

LA MAYOR PARTE DE LOS ESTUDIOS CORRELACIONAN LOS CAMBIOS EMOCIONALES CON LOS NIVELES DE ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA, EN LAS DISTINTAS FASES DEL CICLO MENSTRUAL. EL NIVEL ESTROGÉNICO ES BAJO DURANTE LA MENSTRUACIÓN E INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE ELLA. SE ELEVA HASTA EL MÁXIMO ALREDEDOR DEL MOMENTO DE LA OVULACIÓN, DISMINUYE DURANTE VARIOS DÍAS Y ALCANZA DE NUEVO UN NIVEL ALTO HACIA EL VIGÉSIMO SEGUNDO DÍA. ESTA SEGUNDA ALZA DE LA PRODUCCIÓN DE ESTRÓGENOS SE MANTIENE HASTA UNOS POCOS DÍAS ANTES DE LA MENSTRUACIÓN, EN QUE DECLINA RAPIDAMENTE, EN CUANTO A LA PROGESTERONA, SE SEGREGA EN CANTIDADES PEQUEÑAS HASTA LLEGAR A LA MITAD DE CICLO. DESPUÉS DE LA OVULACIÓN, SU PRODUCCIÓN AUMENTA SOSTENIDAMENTE HASTA EL VIGÉSIMO PRIMERO O SEGUNDO DÍA, DESPUÉS DE LO CUAL TAMBIÉN DESCIENDE RÁPIDAMENTE, ANTES DE LA MENSTRUACIÓN.

EN 1931 FRANK LLAMÓ "TENSIÓN PREMENSTRUAL" A LOS CAMBIOS EMOCIONALES QUE SE DAN, MÁS Ó MENOS, DESPUÉS DEL DÍA VIGÉSIMO SEGUNDO, Y ELLO HIZO QUE SE CENTRARA LA ATENCIÓN EN ESTA SINTOMATOLOGÍA. LA DEPRESIÓN, LA ANSIEDAD, LA IRRITABILIDAD Y EL DESCENSO EN LA ESTIMACIÓN DE SÍ MISMA, HAN SIDO MENCIONADOS COMO SÍNDROMES QUE AFECTAN DE UN 24 A 100% DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA DE

PENDIENDO LA VARIACIÓN DE FRECUENCIA DE LA DEFINICIÓN Y TIPO DE MEDIDA EMPLEADA. (3)

SUTHERLAND Y STEWART (1965) ESTUDIARON A 150 MUJERES Y DESCUBRIERON QUE LA DEPRESIÓN Y LA IRRITABILIDAD PREMENSTRUALES SE ASOCIAN CON UN AMPLIO CUADRO DE SÍNTOMAS FÍSICOS DESAGRADABLES COMO: (4)

DEPRESIÓN .....	63%
IRRITABILIDAD.....	69%
AMBAS.....	45%

COPPEN Y KASSEL (1963), EN UN ESTUDIO DE 465 MUJERES,-- DESCUBRIERON QUE LA DEPRESIÓN Y LA IRRITABILIDAD, ERAN EN-- GENERAL, MAYORES ANTES DE LA MENSTRUACIÓN, QUE EN EL CURSO DE LA MISMA. PARA ELLOS LA GRAVEDAD DE LAS ALTERACIONES PREMENSTRUALES SE RELACIONA CON EL NEUROTICISMO GENERAL. ES POSIBLE QUE LAS MUJERES NEURÓTICAS REACCIONEN CON MÁS FUERZA ANTE EL PROCESO MENSTRUAL Y LAS ALTERACIONES EMOCIONALES -- PROPIAS DEL CICLO. POR OTRA PARTE ESTOS ESTUDIOS FUERON COMPARADOS CON LOS DE OTROS AUTORES SACANDOSE EN CONCLUSIÓN -- QUE ESTAS ALTERACIONES EMOCIONALES SON LAS MISMAS Ó SIMILARES EN MUJERES NEURÓTICAS, PSICÓTICAS O NORMALES, PERO LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS O EL SIGNIFICADO QUE PUEDAN TENER PARA LA MUJER AFECTADA POR ELLOS, QUIZÁ VARÍE DE ACUERDO -- CON LA PATOLOGÍA PSICOLÓGICA. (5)

VARIOS ESTUDIOS MÁS HAN DEMOSTRADO QUE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y DE HOSTILIDAD DESCIENDE TRANSITORIAMENTE DURANTE LA OVULACIÓN, QUE CORRESPONDE A LA MITAD DEL CICLO. EN EL CURSO DE LA FASE ESTROGÉNICA DE LA OVULACIÓN, LAS MUJERES ESTUDIADAS SE CARACTERIZAN POR TENER POCOS SENTIMIENTOS NEGATIVOS Y UNA ALTA ESTIMACIÓN DE SÍ MISMAS, EN CAMBIO DURANTE EL PERÍODO PREMENSTRUAL CON NIVELES BAJOS DE ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA SE MOSTRARON SIGNIFICATIVAMENTE ANSIOSAS, HOSTILES Y DEPRIMIDAS, SENTIMIENTOS DE INDEFENSIÓN ASÍ COMO AN

SIAS DE SER AMADA.

DALTON PROBÓ QUE UNA GRAN PROPORCIÓN DE MUJERES QUE SE SUICIDAN O SE COMPLICAN EN ACTOS CRIMINALES DE VIOLENCIA, LO HACEN DURANTE LOS CUATRO DÍAS QUE PRECEDEN A LA MENSTRUACIÓN Y LOS CUATRO DÍAS MENSTRUALES DEL CICLO. EL 45% DE LAS OBRERAS QUE FALTAN A SU TRABAJO ADUCIENDO ENFERMEDAD, EL 46% --- ATENDIDAS EN CONSULTA PSIQUIÁTRICA, EL 49% QUE SON ADMITIDAS POR PROBLEMAS AGUDOS DE TIPO MÉDICO QUIRÚRGICO, EL 52% DE--- ATENCIÓN DE URGENCIAS POR ACCIDENTES, EL 49% DE LAS QUE CO-- METEN CRÍMENES, SE ENCUENTRAN EN FASE PREMENSTRUAL O MENS--- TRUAL DEL CICLO (6).

OTRO GRUPO DE PSIQUIATRA PSICOANALISTAS HAN REPORTADO - SUS EXPERIENCIAS CON MUJERES NEURÓTICAS QUE SE ENCUENTRAN BA JO TRATAMIENTO, ENCONTRANDO QUE LOS EFECTOS DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES FISIOLÓGICAS SOBRE LOS ESTADOS PSICOLÓGICOS ERAN EVIDENTES. EXISTEN CORRELACIONES CONSISTENTES ENTRE LAS FASES HORMONALES DEL CICLO MENSTRUAL Y EL CONTENIDO PSICODINÁMICO DE LA SESIÓN DE TERAPIA. LAS TENDENCIAS PASIVO-RECEPTIVAS Y UNA CIERTA SENSACIÓN DE BIENESTAR, SE CORRELACIONAN CON LA PRODUCCIÓN DE PROGESTERONA, MIENTRAS QUE LA PRODUCCIÓN DE ESTRÓGENOS SE CORRELACIONABA CON UNA ENERGÍA HETEROSEXUAL ACTIVA. EN SÍNTESIS SE SACARON LAS CONCLUSIONES:

1) EXISTE RELACIÓN ENTRE CADA VARIACIÓN HORMONAL EN EL CICLO MENSTRUAL Y LAS MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS DEL IMPULSO SEXUAL, Y

2) EXISTE UN CICLO EMOCIONAL, QUE SE RELACIONA CON EL CICLO HORMONAL.

LOS CICLOS ENDOCRINO Y EMOCIONAL, TOMADOS EN CONJUNTO, CONSTITUYEN EL CICLO SEXUAL DE LA MUJER.

MENOPAUSIA, -

## MENOPAUSIA.-

LA MENOR PRODUCCIÓN DE HORMONAS SEXUALES DURANTE EL CLIMATERIO SUELE ACOMPAÑARSE DE ALTERACIONES SOMÁTICAS Y PSICOLÓGICAS. EL CLIMATERIO SE RELACIONA CON LA INVOLUCIÓN O REGRESIÓN DE LOS OVARIOS E INCLUYE LA MENOPAUSIA O CESE DE LA MENSTRUACIÓN. LA REGRESIÓN OVÁRICA CONSTITUYE EL CAMBIO FUNDAMENTAL Y COMO RESULTADO DE ELLO SE PRODUCE LA DISMINUCIÓN SIGNIFICATIVA DE LA SECRECIÓN DE ESTRÓGENOS, DECLINACIÓN Y CESE DE LA MENSTRUACIÓN, Y LA ATROFIA DE ALGUNOS TEJIDOS QUE NORMALMENTE SE MANTIENEN EN VIRTUD DE LOS ESTRÓGENOS, COMO LOS GENITALES EXTERNOS Y LOS SENOS.

EL CLIMATERIO PUEDE PROVOCAR SÍNTOMAS SOMÁTICOS TALES COMO RUBOR FACIAL O BOCHORNOS Y DOLORS EN LOS PECHOS; SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS COMO IRRITABILIDAD, CRISIS DE LLANTO, DEPRESIÓN, CONFUSIÓN E INCAPACIDAD PARA CONCENTRARSE Y SÍNTOMAS ESCENCIALMENTE PSICOSOMÁTICOS, COMO DOLORS DE CABEZA, MAREOS Y PALPITACIONES CARDIÁCAS. LAS MUJERES PUEDEN VOLVERSE INTOLERANTES, ANSIOSAS HIPOCONDRIÁCAS, DEPRIMIDAS. EXISTE ALTO GRADO DE VARIABILIDAD INDIVIDUAL EN LA SINTOMATOLOGÍA PROPIA DE ESTA ÉPOCA, AUNQUE TODAS LAS MUJERES PARECEN EXPERIMENTAR ALGUNOS DE ESTOS SÍNTOMAS EN MAYOR O MENOR GRADO. HAY UNA VARIABILIDAD DE 50 A 65% .

GRENBATT (1955) HA SUGERIDO QUE EL SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO LLEGA A SENSIBILIZARSE A LOS ESTRÓGENOS Y DEPENDE DE ELLOS PARA SU EQUILIBRIO. LA BRUSCA DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES ESTROGÉNICOS ALTERA ESTE EQUILIBRIO, ALTERACIÓN QUE SE REFLEJA EN LOS DISTINTOS SISTEMAS CORPORALES QUE SE ENCUENTRAN BAJO EL CONTROL DEL SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO. A JUZGAR POR LA AMPLITUD DE LAS DOLENCIAS MENOPÁUSICAS, SON TODOS LOS SISTEMAS CORPORALES LOS QUE PARECEN AFECTADOS: EL VASO MOTOR, EL CARDIOVASCULAR METABÓLICO, SENSORIO, DIGESTIVO, ESQUELÉTICO, MUSCULAR, GLANDULAR, Y EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN GENERAL.

LOS PARTIDARIOS DE LA TEORÍA DE LA DEFICIENCIA ESTROGÉNICA CONSIDERAN QUE TAMBIÉN ESTÁ AFECTADO EL HIPOTÁLAMO Y QUE-- LA DISFUNCIÓN HIPOTÁLAMO-SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EXPLICARÍA LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DE IRRITABILIDAD, DEPRESIÓN, ANSIEDAD, Y CONFUSIÓN.

LOS DATOS RELACIONADOS CON EL CICLO MENSTRUAL Y LA MENOPAUSIA LLEVAN, EN PRINCIPIO, A LA CONCLUSIÓN DE QUE LA PRESENCIA DE ALTOS NIVELES DE ESTRÓGENOS TIENE CORRELACIÓN CON OTROS IGUALMENTE ALTOS NIVELES DE ACTITUDES POSITIVAS-- Y DE QUE, POR EL CONTRARIO, LOS BAJOS NIVELES ESTROGÉNICOS Y DE PROGESTERONA CORRELACIONAN, SIGNIFICATIVAMENTE CON EMOCIONES NEGATIVAS. ÉSTOS ESTUDIOS PSICODINÁMICOS CONSISTEN-- SOBRE TODO EN SIMPLES OBSERVACIONES Y RESEÑAS DE CORRELACIONES, PERO AL MENOS EXISTE ALGO, ÉL QUE NO DISPONGÁMOS DE INVESTIGACIONES SOBRE LOS EFECTOS EMOCIONALES DE LAS HORMONAS SEXUALES NO IMPLICA QUE TALES CAMBIOS NO OCURRAN. (2).

LA MENOPAUSIA SE PRESENTA ENTRE LOS 45 Y 50 AÑOS DE EDAD Y LA ACTITUD DE LA MUJER HACIA ESTA DECLINACIÓN GRADUAL DE SU CAPACIDAD REPRODUCTORA HACE RESURGIR MUCHOS TEMORES-- PRIMITIVOS (7). ÉSTOS TEMORES SON INTENSIFICADOS POR SU PREOCUPACIÓN DE QUE SERÁ MENOS ATRACTIVA PARA SU MARIDO Ó COMO-- MUJER, DE QUE SERÁ INCAPAZ DE PARTICIPACIÓN O PLACER SEXUAL, QUE LA MENOPAUSIA ES UN PERÍODO DE CAMBIOS Y SÍNTOMAS PERTURBADORES, DE QUE SERÁ ABANDONADA Y SERÁ VIEJA, SIN SIGNIFICADO EN LA VIDA, ÉSTAS ACTITUDES PUEDEN EXPRESARSE EN FORMA DE IRRITABILIDAD, HIPERSENSIBILIDAD, QUEJAS EXCESIVAS CON -- MULTIPLES SÍNTOMAS SOMÁTICOS. EL TRATAMIENTO ES AMPLIAMENTE-- DISCUTIDO YA QUE, DEBIDO A LA CORRIENTE ANTERIORMENTE EXPUESTO EN ESTE TRABAJO, SE INDICA TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN HORMONAL, ADEMÁS DE LA ADMINISTRACIÓN DE PSICOFÁRMACOS Y DIVERSOS TIPOS DE PSICOTERAPIA, TRATAMIENTO CON EL QUE MUCHOS AUTORES NO ESTÁN DE ACUERDO YA QUE NO LE DAN CRÉDITO A LAS TEO

RÍAS HORMONALES, COMO PRODUCTORAS DE LOS SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS.

## 2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

### 2.1 ASPECTOS PSICODINÁMICOS

FREUD Y ABRAHAM (8) HAN ENFATIZADO EL CONCEPTO DE QUE LA PSICOLOGÍA FEMENINA TIENE UNA FASE BIOLÓGICA. SUS IDEAS SE CENTRAN EN TORNO A LOS CONCEPTOS DE LA PÉRDIDA DEL PENE, EL DE LOS GENITALES FEMENINOS COMO HERIDA Y EL DEL HIJO COMO SUSTITUTO DEL PENE. AFIRMAN QUE APROXIMADAMENTE HACIA-- LOS TRES AÑOS DE EDAD, LAS NIÑAS ADQUIEREN CONCIENCIA DE -- LOS ÓRGANOS GENITALES RELEVANTES, PIENSAN QUE HAN SIDO CAS-- TRADAS PUNITIVAMENTE Y POR ELLO SE SIENTE INFERIORES A LOS NIÑOS. POR OTRA PARTE FENICHEL (9) HACE VER LA IMPORTANCIA DE LAS INFLUENCIAS AMBIENTALES EN LAS ACTITUDES DEL VARÓN-- Y LA MUJER Y SEÑALA LAS DIFERENCIAS CULTURALES ENTRE LO QUE ES FEMENINO Y MASCULINO. ÉLLAS SON GENERALMENTE MÁS DELICA-- DADAS EN SU ESTRUCTURA CORPORAL, SUS ACTIVIDADES FÍSICAS SE-- VEN LIMITADAS PERIÓDICAMENTE POR LA MENSTRUACIÓN Y SOBRE TO-- DO DURANTE LAS ÉPOCAS DEL EMBARAZO. TAMBIÉN PUEDE DECIRSE-- QUE EN ELLAS SON MÁS ACENTUADOS LOS CAMBIOS HORMONALES EN-- EL CLIMATERIO. TODO ESTO IMPLICA DIFERENCIAS ESTRUCTURALES, FISIOLÓGICAS Y BIOQUÍMICAS. BUENA PARTE DE LO QUE NOS DIFE-- RENCIA A LA MUJER DEL VARÓN NO ES CUESTIÓN DE FISIOLOGÍA -- SINO DE PSICOLOGÍA, ES DECIR DE LA ADAPTACIÓN AUTOPLÁSTICA-- A LAS NORMAS, CONCEPTOS, PREJUICIOS Y COSTUMBRES PREVALEN-- TES EN LA COMUNIDAD. EN LA MUJER DESDE NIÑA SE PREMIA LA--- DEPENDENCIA Y LA PASIVIDAD SE LES ESTIMULA AL CULTIVO DE LOS ATRACTIVOS FÍSICOS Y SE LES DISUADE CUALQUIER' INQUIETUD AL-- DESARROLLO DE INTERESES INTELECTUALES, CIENTÍFICOS, ETC. --- SIENDO ESTAS LAS CONDICIONES PREVALENTES EN NUESTRA CULTURA, ES DIFÍCIL DEMOSTRAR QUE AQUELLOS RAZGOS DE CARÁCTER QUE TRA-- DICIONALMENTE SE HAN CONSIDERADO COMO TÍPICAMENTE FEMENINOS,-- TALES COMO LA PASIVIDAD, EL MASOQUISMO, LA VANIDAD, LA CAREN-- CIA DE AUTONOMÍA Y EL CRITERIO PROPIO, EL MENOR DESARROLLO-- ÉTICO Y LA MENOR CRATIVIDAD, SEAN EL RESULTADO DE CONDICIONES



BIOLOGICAS DE INFERIORIDAD. SIN EMBARGO ES UN HECHO DE LA MAYOR IMPORTANCIA QUE EN NUESTRA CULTURA UN GRAN NÚMERO DE MUJERES SE SIENTEN INCONFORMES CON SU SEXO Y TIENEN ENVIDIA Y HOSTILIDAD HACIA EL VARÓN.

SEGÚN FREUD, EL TENER UN HIJO REPRESENTA PARA LA MUJER LA ÚNICA COMPENSACIÓN SATISFACTORIA DEL DESEO INFANTIL, --- SIEMPRE INSATISFECHO DE TENER UN PENE. NO CABE DUDA QUE TENER HIJOS PARA LA MUJER REPRESENTA EL CUMPLIMIENTO DE UNA-- FUNCIÓN BIOLÓGICA Y PSICOLÓGICA QUE EN CONDICIONES NORMALES Y DE SEGURIDAD LA COMPENSA CON CRECES DE SUS LIMITACIONES.- TENER HIJOS NO ES SIN EMBARGO UNA NECESIDAD IMPERIOSA, LA-- INFERTILIDAD ES TOLERADA SIN CONSECUENCIAS GRAVES CUANDO LA MUJER ES CAPAZ DE SUBLINAR SU MATERNIDAD Y DE SUSTITUÍRLA-- POR OTRAS FORMAS DE CREATIVIDAD A UN NIVEL PSICOLÓGICO.

FREUD INTERPRETA CUALQUIER ESFUERZO QUE HICIERA UNA -- MUJER PARA PARTICIPAR EN EL MUNDO REAL COMO UN DESEO DE COMPENSAR SU CARENCIA DE MIEMBRO VIRIL, EL ÓRGANO DEL "PODER Y LA CREATIVIDAD".

ERIK ERIKSON (10) EXPONE QUE LA PSICOLOGÍA PSICOANALÍTICA DE LA MUJER ESTÁ RECONSTRUÍDA FUNDAMENTALMENTE SOBRE - LA BASE DE PACIENTES FEMENINOS QUE SE ENCUENTRAN NECESARIAMENTE EN PUGNA CON SUS CONDICIONES DE MUJER Y CON LA PERMANENTE DESIGUALDAD A LA QUE ESTA PARECE CONDENARLES, POR LO QUE NO LO ENCUENTRA APROPIADO PARA TODO EL GÉNERO FEMENINO, EXPLICA: "DEBO DECIR QUE ESTA ENVIDIA EXISTE Y QUE SE AGRAVA EN ALGUNAS CULTURAS; PERO SU EXPLICACIÓN EN TÉRMINOS MAS CULINOS Ó EL SUGERIR QUE DEBA SOPORTARSE CON FATALISMO Y -- COMPENSARSE CON UN GOCE REDOBLADO DE LOS ATRIBUTOS FEMENINOS NO HA AYUDADO A LAS MUJERES A ENCONTRAR SU LUGAR EN EL MUNDO MODERNO. PORQUE HA HECHO DE LA CONDICIÓN FEMENINA UNA NEUROSIS DE COMPENSACIÓN OMNIPOTENTE, MARCADA POR UNA REITERADA

INSISTENCIA DE RESTITUCIÓN".

EL PROBLEMA NO CONSISTE TANTO EN DETERMINAR SI EXISTE LA ENVIDIA DEL PENE QUE EXISTE, COMO EL LLEGAR A ESTABLECER SI ELLO REPRESENTA UN FACTOR IMPORTANTE PARA EL BASTOCONJUNTO DE LAS MUJERES NORMALES.

BOSSELMAN HA SEÑALADO QUE EN LOS ESTUDIOS DE PSICUIATRÍA EL TEMA DE LA ENVIDIA DEL PENE, NO ES, NI MUCHO MENOS, UN HALLAZGO TAN CONSTANTE EN LAS MUJERES COMO LO ES LA ANSIEDAD DE CASTRACIÓN EN LOS HOMBRES.

ALGUNOS DE LOS NEONALISTAS, ESPECIALMENTE HORNEY -- (1924) Y THOMPSON (1961), CONCIBEN LA ENVIDIA FÁLICA COMO EL CLAMOR ULTRAJADO DE LA MUJER, CIUDADANA DE SEGUNDA CLASE, -- THOMPSON ESCRIBÍA "LE PARECE QUE CUANDO MANIFIESTA ESE DESEO, LA MUJER NO ESTÁ HACIENDO OTRA COSA QUE DEMANDAR, EN FORMA -- SIMBÓLICA, UNA CIERTA IGUALDAD CON EL HOMBRE". HORNEY PENSABA QUE EL PUNTO DE VISTA FALOCÉNTRICO DEL PSICOANÁLISIS CLÁSICO LLEVA INEVITABLEMENTE A LA CONCLUSIÓN DE QUE LA MITAD FEMENINA DE LA RAZA HUMANA SE ENCUENTRA DESCONTENTA CON SU SEXO Y-- QUE SOLO EN CIRCUNSTANCIAS FAVORABLES LOGRA SOBREPONERSE A ÉSTE SENTIMIENTO. ÉSTE CUADRO ES "DECIDIDAMENTE INSATISFACTORIO NO SOLAMENTE PARA EL NARCISISMO FEMENINO, SINO TAMBIÉN PARA LA CIENCIA BIOLÓGICA". EN VISTA DE QUE ÉSTE ES UN MUNDO DE HOMBRE A LA MUJER SE LE VALORA SEGÚN LOS PATRONES MASCULINOS. EN REALIDAD, "LA SOCIEDAD REFUERZA, DESPUÉS, ESTA MOTIVACIÓN A ASUMIR ROLES MASCULINOS, MEDIANTE LA SUBORDINACIÓN REAL DE LA MUJER". (2).

NUESTRA CULTURA ACENTÚA ESPECIALMENTE LAS FINALIDADES Y CONDUCTAS TRADICIONALMENTE MASCULINAS Y LA AUTOPERCEPCIÓN QUE DEPENDE DE LOS ÉXITOS OBTENIDOS EN EL MERCADO DEL TRABAJO. PERO HAY UNA DIFERENCIA ESCENCIAL ENTRE EL DESEO DE LA MASCULIDAD QUE SURGE DE UNA ENVIDIA POR FALTA DE FALO Y UNA AUTOPER-

CEPCIÓN QUE, JUNTO CON LA ACEPTACIÓN DE LA PROPIA FEMENEIDAD, DESEA OBTENER LAS ACTIVIDADES Y LOS ÉXITOS QUE LOGRAN LOS HOMBRES. EL HUIR NEURÓTICAMENTE DE LA CONDICIÓN DE LA MUJER, IMPLICA, EN LA MUJER ADULTA, UNA ENVIDIA FÁLICA, EN LA MUJER NORMAL, LA BÚSQUEDA DE ACTIVIDADES "MASCULINAS" NO INVOLUCRA LA MISMA IMPLICACIÓN. LA COMPETENCIA CON ÉXITO EN MATERIA DE ESTUDIOS Ó EMPLEOS CONSTITUYE DE POR SÍ UNA META CULTURAL DE TIPO GENERAL. NO TIENE POR QUÉ CONSTITUIR UNA AMENAZA PARA NUESTRA IDENTIDAD COMO MUJERES, A MENOS QUE EL Luchar o tener éxito sean merecedores de castigo.

EL ASIGNAR A LA MUJER UNA INFERIORIDAD GENITAL, CON EL CONSIGUIENTE SUPUESTO DE LA INFERIORIDAD GENERAL DE TODO EL SEXO, NO HA CONDUCIDO A TEORÍA VÁLIDA ALGUNA. CUANDO INDAGAMOS ACERCA DE LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS FENÓMENOS SOMÁTICOS DE LA MUJER. DEBEMOS INVESTIGAR LOS EFECTOS DE LA MENSTRUACIÓN. LAS CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS, EL EMBARAZO, LA LACTANCIA, EL PARTO Y LA MENOPAUSIA. SI QUEREMOS LLEGAR A COMPRENDER A LA MUJER, DEBEMOS EXPLORAR LAS NECESIDADES QUE DERIVAN DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO Y COMPRENDER QUE LAS ACTITUDES PERSONALES HACIA ESTAS FUNCIONES SON UN REFLEJO DE LAS EXIGENCIAS SOMÁTICAS Y DE LAS ACTITUDES CULTURALES.

### 3. ASPECTOS SOCIALES

#### 3.1 ROL SOCIAL.

EL PAPEL QUE JUEGAN LAS PREMISAS APRENDIDAS SOCIAL Y CULTURALMENTE EN LA CONDUCTA NORMAL Y PATOLÓGICA DE TODO SER HUMANO ES YA ALGO ESTABLECIDO DESDE MUCHO TIEMPO --- ATRAS Y TANTO EN EL CAMPO DE LA CLÍNICA COMO EN LA VIDA-COTIDEANA OBSERVADA EN COMPLEJOS PROCESOS SOCIALES, SU - INFLUENCIA ES OBSERVADA CONSTANTEMENTE (11).

UNA DE LAS DIFERENCIA IMPORTANTES ENTRE LA VIDA DE- LOS VARONES Y LA DE LAS MUJERES ES LA QUE SE DA EN LA -- CONTINUIDAD DE SUS RESPONSABILIDADES. A DIFERENCIA DE -- LAS RESPONSABILIDADES FUNDAMENTALES DE LOS HOMBRES DE TI- PO OCUPACIONAL, LAS DE LA MUJER AUMENTAN Y DISMINUYEN -- CON EL NACIMIENTO Y EL PROCESO DE MADURACIÓN DE LOS HIJOS. LA MAYOR PARTE DE LAS MUJERES NO COMPRENDEN LA PROFUNDI-- DAD DE ESTOS CAMBIOS, NI SE DAN CUENTA DE QUE CORREN PE-- LIGRO DE ENCONTRARSE, SIENDO AÚN RELATIVAMENTE MÁS JÓVE-- NES, SIN UN TRABAJO O UNA FINALIDAD QUE DÉ SENTIDO A SU-- VIDA. Y NI LAS ADOLESCENTES NI LOS PADRES PARECEN SER CON- CIENTES DE LO MUCHO QUE PUEDE INFLUIR EN SU FUTURO LA IM- PORTANCIA QUE SE DA AL AMOR DE UN HOMBRE Y AL CUIDADO DE LOS HIJOS COMO DEFINICIÓN PERSONAL Y FUNDAMENTO DE LA PRO- PIA ESTIMACIÓN, LIMITANDO LA REALIZACIÓN DE LA MUJER A -- LAS TAREAS TRADICIONALES Y A LAS NECESIDADES DE TIPO AFI- LIATIVO. PARA LA MUJER EL INTERÉS ACADÉMICO ES PARTE IM-- PORTANTE DE SU DESARROLLO PERO SOLO HASTA ANTES DE LA PU- BERTAD, YA QUE EN LA ADOLESCENCIA SE MODIFICAN LOS CRITE- RIOS CON QUE UNA MUJER SE VALORA A SÍ MISMA, AQUÍ YA NO - ES TAN IMPORTANTE EL DESARROLLO ACADÉMICO, DE UN MODO CON- PETITIVO EL SER ATRACTIVA SE HACE IMPORTANTE Y FUNDAMENTAL,

COMO MEDIDA DE AUTOEVALUACIÓN, EL ÉXITO ES UNA COMPETICIÓN PÚBLICA Y MOSTRAR LA PROPIA AGRESIVIDAD PUEDE SUPONER UNA AMENAZA PARA SU ÉXITO SOCIAL. LO SABE POR LAS RELACIONES-- DE SUS COMPAÑEROS, POR LAS ESPECTATIVAS DE SUS PADRES Y--- POR SU PROPIO CONCEPTO DE FEMINEIDAD (COMO CARACTERÍSTICA-- DE SU PERSONALIDAD, MÁS QUE COMO ATRIBUTO). EN FUNCIÓN DE-- SUS PROPIAS NECESIDADES, DE LA PROPIA ESTIMA, DE SU CONDUCC-- TA, LA CHICA COMIENZA A DEFINIRSE, PRINCIPALMENTE EN TÉRMI-- NOS DE LA GRATIFICACIÓN DE LAS MOTIVACIONES DE AFILIACIÓN, Y LAS NECESIDADES DE LOGRO PASAN A CUBRIR UN SEGUNDO TÉR-- MINO.

LAS ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS DE CLASE MEDIA SUELEN-- CASARSE POCO DESPUÉS DE ALCANZAR SU GRADUACIÓN, INCLUSO AN-- TES, AUN EN EL CASO DE QUE ESTÉN SUFICIENTEMENTE PREPARA-- DAS PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL. SI CONTINÚAN POSTERIOR-- MENTE SUS ESTUDIOS, SUELEN ESTAR YA CASADAS; SON AMAS DE -- CASA QUE OBTIENEN UN TÍTULO TRAS OTRO Y TOMAN ANTICONCEPTI-- VOS. QUIZÁ TRABAJEN COMPITIENDO EN EL ÁMBITO ACADÉMICO, PE-- RO SUS OBJETIVOS FUNDAMENTALES SERÍAN DE CARÁCTER FEMENINO TRADICIONALMENTE FEMENINO. CREARÁN UN HOGAR, SE ESFORZARÁN POR COMPLACER A SU MARIDO (TAMBIÉN SEXUALMENTE), COCINARÁN MUY BIEN Y TENDRÁN HIJOS. ÉSTAS MUJERES VIVIRÁN MÁS ANSIO-- SIENTE SU FEMINEIDAD, ESTABLECIDA CONFORME AL ROL TRADI-- CIONAL, TENDERÁN A ACATAR A SUS MARIDOS, CONFIRIENDOLES -- UNA FIGURA DE AUTORIDAD, AUNQUE EN REALIDAD NO POSEAN ESTA CARACTERÍSTICA. LA ÚNICA MANERA DE SENTIRSE A SÍ MISMA FE-- MENINA ES CUMPLIENDO A LA VEZ LOS ROLES DE ESPOSA, COMPAÑE-- RA Y MADRE, CUANDO SE HA CONSEGUIDO, PARECE TENDER A LA -- BÚSQUEDA DE UN SENTIMIENTO DE SÍ Y DE UNA CONFIANZA EN SÍ-- MISMA. (2) ÉSTO ES LO QUE SUCEDE EN LA CLASE MEDIA, PERO PO-- DRÍAMOS PREGUNTARNOS ¿QUÉ SUCEDE EN LA CLASE BAJA DE NUES-- TRAS MUJERES MEXICANAS?, LA SITUACIÓN AQUÍ ES UN POCO DIS-- TINTA, EL DR. DÍAZ-GUERRERO EN SU "LIBRO PSICOLOGÍA DEL ME-- XICANO", PLANTEA MUY BIEN LA EDUCACIÓN QUE NUESTRA GENTE--

RECIBE, EL ROL DE LA MUJER ESTÁ SUMAMENTE RESTRINGIDO, PUES DESDE PEQUEÑA SE LE ENSEÑA A DEPENDER, A SER SUMISA Y VER-- AL HOMBRE COMO UN ENTE SUPERIOR, DE PEQUEÑA ES ENVIADA A LA ESCUELA DONDE UNICAMENTE CURSARÁ LA PRIMARIA PARA REGRESAR-- AL HOGAR A AYUDAR A LA MADRE A ATENDER AL VARÓN (PADRE Y -- HERMANOS), YA QUE NO ES FEMENINO OBTENER CONOCIMIENTOS SUPE-- RIORES. ES CUIDADA CELOSAMENTE PARA CONVERTIRLA EN LA MUJER IDEAL DE UN HOMBRE DADO Y EN ESE MOMENTO SERÁ ALTAMENTE SOB-- REVALORADA; EXTASIS QUE SE REPETIRÁ CUANDO SUS HIJOS LA -- CONSIDEREN EL SER MÁS QUERIDO QUE EXISTE. PERO PASADA LA LU-- NA DE MIEL, PRONTO EL ESCLAVO PASA A SER REY NUEVAMENTE Y - LA MUJER ENTRA A LA MÁS DURA PRUEBA DE SU VIDA, EL SER COM-- PARADA CONSTANTEMENTE CON LA MADRE DEL MARIDO, TRATANDO DE-- SOBREVIVIR CONSTANTEMENTE AL ATAQUE DE ÉSTE, ASÍ LA MUJER-- PASA A SER LA ESPOSA QUE TIENE LA OBLIGACION DE DIRIGIR UNA CASA, MANTENIÉNDOLA LIMPIA, PROCREAR HIJOS A LOS CUALES TIE-- NE QUE SABER CUIDAR Y EDUCAR BAJO EL ESTRICTO RIGOR DEL HOM-- BRE, POR OTRA PARTE TIENE LA OBLIGACIÓN DE SATISFACER SE--- XUALMENTE A SU PAREJA, PERO CON SUS LIMITACIONES, YA QUE NO LE PERMITEN LIBRE EXPRESIÓN; LOS MARIDOS REPETIDAMENTE OPI-- NAN QUE LA SEXUALIDAD DEBE PRACTICARSE EN UNA FORMA CON LA-- ESPOSA Y EN OTRA CON LA AMANTE. LA EXPLICACIÓN MÁS COMÚN SE REFIERE AL TEMOR DE QUE LA ESPOSA PUDIESE LLEGAR A INTERE-- SARSE DEMASIADO EN EL SEXO SI ÉL LA INTRODUCIERA EN LAS SU-- TILEZAS DEL PLACER. QUEDANDO SU PAPEL CIRCUNSCRITO A ESPOSA AMA DE CASA Y MADRE, SIN MIRAS DE SUPERACIÓN O LOGROS PERSO-- NALES, SIENDO ESTOS SUS PARÁMETROS AUTOVALUATORIOS, (11).

LAS MUJERES NORMALES MANIFIESTAN, FUNDAMENTALMENTE, LA NECESIDAD DE DESEMPEÑAR TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES QUE DENO-- MINAMOS FEMENINAS, Y A ELLAS CONCEDEN PRIORIDAD. SE IDENTI-- FICAN ÉSTAS CON EL ROL SEXUAL QUE CORRESPONDE A LA MUJER Y - COMPRENDEN PRINCIPALMENTE EL BIENESTAR DE SUS RESPECTIVAS FA

MILITIAS, LA FORMACIÓN DE UN HOGAR, LA CRIANZA DE LOS HIJOS Y LA CONSERVACIÓN DE SUS PROPIOS ATRACTIVOS FEMENINOS. PERO EL PRESTIGIO CULTURAL QUE LAS ACTIVIDADES DE CARÁCTER-OCUPACIONAL, LA MUJER QUE ALCANZA ÉXITO EN ESTAS ACTIVIDADES PUEDE ESTABLECER UNA SEGUNDA PERCEPCIÓN DE SÍ MISMA - COMO ALGUIEN QUE HA LOGRADO DESARROLLAR SATISFACTORIAMENTE ESAS ACTIVIDADES DE REALIZACIÓN OCUPACIONAL. EL ÉXITO EN ROLES TRADICIONALMENTE "MASCULINOS" PUEDE CONSTITUIR -- UN FUERTE COMPONENTE SECUNDARIO DE AUTOIDENTIDAD Y UNA BASE PARA LA PROPIA EVALUACIÓN.

VOLVIENDO NUEVAMENTE A NUESTRO NIVEL SOCIAL BAJO, CON MUJERES QUE UNICAMENTE TIENEN EDUCACIÓN PRIMARIA. SU DESEMPEÑO LABORAL SE PUEDE DECIR QUE ES NULO A MENOS QUE SE TRATE DE UNA MUJER LA CUAL QUEDÓ VIUDA Y TIENE QUE MANTENER A SUS HIJOS, O BIEN QUE LA ABANDONÓ SU MARIDO, O EN ALGUNAS-OTRAS RARAS EXCEPCIONES EN QUE EL MARIDO LE PERMITE A LA MUJER QUE LE AYUDE EN LAS FUNCIONES ECONÓMICAS, DEBIDO A QUE EL INGRESO QUE PUEDE APORTAR ÉL ES INSUFICIENTE, TODO-ESTO NO MUY BIEN VISTO POR EL MEDIO QUE LES RODEA Y SIENDO PARA LA MUJER ESTA OCUPACIÓN MÁS QUE UN LOGRO PERSONAL, UNA CARGA QUE TIENE QUE LLEVAR, ADEMÁS DE SU HOGAR.

EN ESTADÍSTICAS DE LOS ESTADOS UNIDOS PUBLICADOS EN -- 1962, INDICABAN QUE CUANTO MAYOR ERA LA EDUCACIÓN DE LA MUJER, MAYORES SON SUS PROBABILIDADES DE ESTAR TRABAJANDO:

- 28% DE MUJERES CON EDUCACIÓN ELEMENTAL .
- 34% DE MUJERES QUE TENÍAN BACHILLERATO SUPERIOR
- 43% DE MUJERES CON CARRERAS UNIVERSITARIAS.

ELLO SERÁ TANTO MÁS REVELADOR SI SE TIENE EN CUENTA QUE LAS UNIVERSITARIAS SUELEN CASARSE CON HOMBRES DE MAYOR NIVEL EDUCACIONAL, Y QUE EN ELLOS JUEGAN UN PAPEL MENOS CRÍTICO LAS PRESIONES ECONÓMICAS, COMO DETERMINANTES DEL TRABAJO, A DIFE-

RENCIA DE LO QUE OCURRE CON LOS GRUPOS CON MENOR EDUCACIÓN (2).

### 3.2 MATERNIDAD

LA MATERNIDAD ES UN ROL QUE PRESENTA DIVERSAS FASES, - QUE PLANTEA VARIADAS EXIGENCIAS Y PROPORCIONA DISTINTAS SATISFACCIONES EN LAS DIFERENTES ÉPOCAS. LA BUENA MADRE DEBE RESPONDER A LAS CAMBIANTES NECESIDADES DE SUS HIJOS, DEJANDO QUE SE MARCHEN, PERMITIENDO SU DESARROLLO, FOMENTANDO SU INDEPENDENCIA. EN SUS PRIMEROS AÑOS, LA MATERNIDAD PROPORCIONA SENTIMIENTOS DE REALIZACIÓN, HABILIDAD Y COMPETENCIA. EN ESTOS AÑOS, LA DEPENDENCIA DE LOS HIJOS CONVIERTE EL PAPEL DE MADRE EN FUENTE DE SATISFACCIONES POR LOGROS-- CONSEGUIDOS, LAS RELACIONES QUE SE MANTIENEN Y POR EL CARÁCTER PROTECTOR DE ESE PAPEL (QUE TAMBIÉN ES UNA FUENTE DE PODER). DE UN MODO MÁS REAL, LAS MADRES SE ENTREGAN POR COMPLETO Y CONSTITUYEN A QUE SUS MARIDOS E HIJOS SE REALICEN EN TODAS SUS POSIBILIDADES. PERO LAS EXIGENCIAS DEL ROL VARÍAN, Y TAMBIÉN LAS SATISFACCIONES QUE PROPORCIONAN. EL HECHO DE QUE LAS ÚNICAS QUE MUESTRAN UNA MOTIVACIÓN DE LOGRO SEAN LAS MUJERES CON HIJOS MAYORES Y UNA EDUCACIÓN-- SUPERIOR, INDICA QUE Ó BIEN SON LAS MUJERES CON DICHA MOTIVACIÓN LAS QUE POR PRINCIPIO VAN A LA UNIVERSIDAD, O QUE LA EXPERIENCIA DE UNA EDUCACIÓN SUPERIOR LAS ESTIMULA A -- "POSTERIORI" A DESARROLLAR UN CONCEPTO DE SÍ MISMAS EN QUE SE INCLUYE LA REALIZACIÓN, O AMBAS COSAS A LA VEZ.

LA MATERNIDAD ES TAMBIÉN UN ROL AMBIVALENTE, COSA QUE ÚLTIMAMENTE SE INTENTA NEGAR EN NUESTRA CULTURA, PERO QUE, POR DESGRACIA, HACE QUE MUCHAS MADRES QUE SON CONCIENTES DE SUS SENTIMIENTOS HOSTILES Y AMBIVALENTES SE SIENTAN MUY CULPABLES. ELLO TIENDE A CREAR UN AMBIENTE FALSO EN LAS RELACIONES PATERNO-FILIALES, EN LAS QUE LA AGRESIÓN PATERNA ADOPTA-



FORMAS SUTILES, MANIFESTANDOSE SOBRE TODO EN ACTOS DE OMI-  
SIÓN.

LA MATERNIDAD CONSISTE EN EL ASPECTO MÁS EXIGENTE Y --  
GRATIFICANTE DEL ROL TRADICIONAL, TANTO QUE ALGUNAS MUJE--  
RES CONVIERTEN A ESTO EN UNA CARRERA, EMBARAZANDOSE CADA--  
VEZ QUE PUEDEN HASTA LA LLEGADA DE LA MENOPAUSIA. (12)

RETOMANDO LO QUE FREUD HABÍA ESCRITO DE LA MATERNIDAD  
ENFOCÁNDOLO DESDE EL PUNTO DE QUE PARA UNA MUJER TENER UN-  
HIJO REPRESENTA LA ÚNICA COMPENSACIÓN SATISFACTORIA DEL DE-  
SEO INFANTIL, SIEMPRE INSATISFECHO DE TENER UN PENE, COMPEN-  
SANDO EN CRECER SUS LIMITACIONES, HACIENDO POR OTRA PARTE -  
LA ACLARACIÓN DE QUE ESTA NECESIDAD NO ES IMPERIOSA, YA QUE  
LA INFERTILIDAD ES TOLERADA SI CONSECUENCIAS GRAVES, SIENDO-  
CAPAZ DE SUBLINAR SU MATERNIDAD Y SUSTITUÍRLA POR OTRA FOR-  
MA DE CREATIVIDAD A UN NIVEL PSICOLÓGICO.

EN BASE A LO ANTERIORMENTE MENCIONADO ESTE TRABAJO TRA-  
TA DE HACER UNA RECOPIACIÓN DE LOS CAMBIOS PSICOLÓGICOS QUE  
PRESENTA UNA MUJER AL SER SOMETIDA A HISTERECTOMÍA.

#### 4. HISTERECTOMIA

##### 4.1 ASPECTOS GINECOLOGICOS : INDICACIONES Y TIPOS

DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO LA REALIZACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA TIENE LAS SIGUIENTES INDICACIONES GENERALES:

GINECO - OBSTETRICAS  
ENFERMEDADES NEOPLASICAS Y MEDICAS

EL COMITÉ EJECUTIVO DEL COLEGIO AMERICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA HA ESTABLECIDO RECIENTEMENTE GUÍAS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA NECESIDAD DE CIRUGÍA GINECOLÓGICA DEL TIPO DE LA HISTERECTOMÍA. ÉSTOS CRITERIOS SON LOS SIGUIENTES:

- SITUACIONES URGENTES. POR EJEMPLO: SANGRADO ANORMAL, EL CUAL REQUIERE DE UNA MAYOR PRECISIÓN DIAGNÓSTICA O TRATAMIENTO DEFINITIVO;
- SITUACIONES DE EMERGENCIA. POR EJEMPLO: HEMORRAGIA ABDOMINAL
- SITUACIONES QUE REQUIEREN DE UNA INTERVENCIÓN FORZOSA. - POR EJEMPLO: LA PRESENCIA DE MALIGNIDAD.
- SITUACIONES EN LA QUE ES ACONSEJABLE, POR EJEMPLO: CASOS DE RELAJACIÓN PÉLVICA.
- SITUACIONES ELECTIVAS, POR EJEMPLO: PROCESOS PARA LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA INFERTILIDAD O BIEN PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ESTERILIZACIÓN DEFINITIVA (13).

##### HISTERECTOMIA TIPOS

- A) HISTERECTOMÍA SUBTOTAL; POCO ACONSEJABLE.
- B) HISTERECTOMÍA TOTAL; CON Ó SIN OOFORECTOMÍA UNI Ó BILATERAL.
  - 1.- ABDOMINAL
  - 2.- VAGINAL.
- C) HISTERECTOMÍA EXTENDIDA; (VACIAMIENTO GANGLIONAR) (1)

LA INCIDENCIA DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS HA IDO EN AUMENTO, EN 1970 ERAN 727 EN 100 000 Y PARA 1975 UN INCREMENTO DEL 21%. LOS RESULTADOS SUGIEREN QUE A MAYOR INFORMACIÓN CUIDADOSA DE LA OPERACIÓN, MAYOR ACEPTACIÓN Y DEMANDA DEL PÚBLICO. LAS EDADES DE LAS PACIENTES FLUCTÚAN ENTRE 20 Y MÁS DE 60 AÑOS:

DE 20 A 29 AÑOS	EL 11,4%
DE 30 A 39 AÑOS	EL 36,3%
DE 40 A 49 AÑOS	EL 28,0%
DE 50 A 59 AÑOS	EL 12,0%
DE 60 Y MÁS	EL 4,8% (14)

#### 4.2 HISTERECTOMÍA Y AUTOCONCEPTO FEMENINO

YA QUE LOS PROCESOS DE DESARROLLO, LAS FANTASÍAS DE LA FEMINEIDAD Y LAS EXPERIENCIAS DE LA VIDA DE CADA MUJER, FORMAN PARTE DE ESA PERCEPCIÓN INTERNA DEL AUTOCONCEPTO FEMENINO, SERÍA DE ESPERARSE QUE LA TASA PSICOLÓGICA DE LA HISTERECTOMÍA ES PERCIBIDA COMO UN GOLPE POR CASI TODAS LAS MUJERES (15).

LA VARIABILIDAD DE LAS REACCIONES ADVERSAS DE STRESS, PARTICULARMENTE EPISODIOS DEPRESIVOS O ENFERMEDAD MENTAL DE ORIGEN FAMILIAR, HISTORIA DE MÚLTIPLES COMPLICACIONES FÍSICAS, ESPECIALMENTE DOLOROS CRÓNICOS, NUMEROSAS HOSPITALIZACIONES POR CIRUGÍAS, EDAD Y TIEMPO DE LA HISTERECTOMÍA (DESPUÉS DE LOS 35 AÑOS), SI TENÍA HIJOS O DESEABA MÁS HIJOS, SATISFACCIÓN SEXUAL PREVIO A LA CIRUGÍA, ACTITUD NEGATIVA DEL MARIDO, Ó CUALQUIER OTRA PERSONA QUE SIGNIFIQUE EN LA VIDA DE LA PACIENTE, INESTABILIDAD MARITAL, DESAPROBACIÓN CULTURAL, RELIGIOSA Y LA FORMA EN QUE EL MÉDICO MANEJE LA SITUACIÓN Y SE LA EXPONGA. SI UNA MUJER EXPERIMENTA MUCHOS DE ESTOS FACTORES, YA SEA INTERNA O EXTERNAMENTE SE PUEDE CONSIDERAR COMO ALTAMENTE VULNERABLE DE PRESENTAR PSICOPATO-

LOGÍA, ENTRE LOS TRES PRIMEROS MESES Y LOS TRES AÑOS SUBSECUENTES A LA CIRUGÍA, Y DENTRO DE LA PSICOPATOLOGÍA MÁS FRECUENTE TENEMOS A LA DEPRESIÓN. LA HISTERECTOMÍA NO PRODUCE UNA PSICOPATOLOGÍA SIGNIFICATIVA EN UNA MUJER PSICOLÓGICAMENTE SANA Y MADURA. (13)

MUCHAS PACIENTES EXPERIMENTAN LA HISTERECTOMÍA DE UNA MANERA CALMADA Y ADAPTADA, Y EN REALIDAD SUS RECURSOS ÍNTIMOS PUEDEN SER TALES QUE NI SIQUERA ESTEN CONCIENTES DE QUE SUS MECANISMOS DE DEFENSA ESTÁN RELACIONADOS. OTRAS MUJERES NIEGAN TEMOR POR LA PÉRDIDA DE SUS ÓRGANOS REPRODUCTORES Y HAY ALGUNAS QUE PARECEN RECIBIR CON AGRADO LA OPERACIÓN; ÉSTOS SENTIMIENTOS PUEDEN OCULTAR OTRAS CREENCIAS MÁS SIGNIFICATIVAS (16).

TODO ESTO TAMBIÉN DEPENDE DEL ROL SOCIAL QUE TENGA LA PACIENTE YA QUE SE HA VISTO QUE EN LAS CLASES ALTAS EL ROL DE LA MATERNIDAD SE HA VISTO LIMITADO, LO QUE PROVOCA EN LA MUJER POCO CAMBIO DE TIPO EMOCIONAL. LOS SENTIMIENTOS DE DESFEMINIZACIÓN PARECEN SER MÁS FRECUENTES ENTRE LAS MUJERES DE CLASES SOCIOECONÓMICAS BAJAS; ESTAS MUJERES TIENDEN A PENSAR DE UNA MANERA MÁS CONCRETA, ES MÁS PROBABLE QUE ELLAS Y SUS ESPOSOS, PIENSEN QUE UNA MUJER ESTÁ AQUÍ PARA TENER HIJOS Y SI NO TIENE "MATRIZ" NO SE ES MUJER. CUANDO SE LES HA ENTREVISTADO A ESTOS ESPOSOS, SE MUESTRAN BASTANTE ANSIOSOS ANTE EL PROCEDIMIENTO, EL PENSAMIENTO QUE SURGE ES: "SI A MI ESPOSA LE HACEN LA HISTERECTOMÍA, YA NO TENDRÁ MATRIZ, SI UNA MUJER NO TIENE MATRIZ NO ES REALMENTE UNA MUJER, ENTONCES, SI EN REALIDAD NO ES UNA MUJER, ¿QUÉ SOY YO SI TENGO RELACIONES SEXUALES CON ELLA?. EL PROCEDIMIENTO PARECE PLANTEAR UNA AMENAZA A LA IDENTIDAD SEXUAL TANTO DEL HOMBRE COMO DE LA MUJER. (17) (18).

EL GRADO EN QUE DEPENDE LA MUJER DE SU ÚTERO COMO FUENTE SIGNIFICATIVA DE SU IDENTIFICACIÓN SEXUAL ESTÁ DETERMINADA EN

MAYOR PARTE POR DOS FACTORES: LA NORMALIDAD DE SU FUNCIÓN BIOLÓGICA, EL DESEO DE UN HIJO Y LAS RELACIONES ENTRE LA COMUNICACIÓN SEXUAL Y LA POSIBILIDAD DE EMBARAZARSE. (17) (18).

#### 4.3 HISTERECTOMIA. INFERENCIA CLINICAS

ANTES DE LA CIRUGÍA DEBE EMPRENDERSE UNA CUIDADOSA E VALUACIÓN DE LA PACIENTE Y TOMARSE PRECAUCIONES PARA MITIGAR LOS PROBLEMAS ULTERIORES. LA REACCIÓN PSICOLÓGICA-- DE UNA MUJER PARTICULAR ANTE LA HISTERECTOMÍA DEPENDE DE MUCHOS FACTORES: DE SU INVERSIÓN EMOCIONAL EN SU ÚTERO Y EN LAS FUNCIONES QUE ÉSTE SIMBOLIZA; DE LA GRATIFICACIÓN DE LOS INSTINTOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DURANTE LAS FASES DE MADURACIÓN Y DE LOS RECURSOS DISPONIBLES EN SU MEDIO AMBIENTE. LA INVERSIÓN PSÍQUICA EN UN ÓRGANO VARÍA-- ENORMEMENTE DE UNA MUJER A OTRA, Y EN ALGUNAS SE ENCUENTRA UNA EXCESIVA DEPENDENCIA EMOCIONAL, CON FRECUENCIA IRREAL-- O "MÁGICA" DE LAS FUNCIONES UTERINAS VERDADERAS O SIMBÓLICAS. TALES MUJERES POR LO GENERAL REACCIONAN MUY SEVERA--- MENTE ANTE LA HISTERECTOMÍA (19).

LAS OBSERVACIONES PSICOLÓGICAS DE MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA BAJO DIFERENTES CIRCUNSTANCIAS PUDEN SER DE UTILIDAD PARA EL MANEJO DE LA PACIENTE. (20) POR BREVEDAD HEMOS DIVIDIDO EN DOS GRUPOS LAS INDICACIONES PARA LA HISTERECTOMÍA.

##### NO ELECTIVA

EN ESTE GRUPO DE MUJERES, EL ÚTERO DEBE SER EXTIRPADO DEBIDO A UNA PATOLOGÍA DEMOSTRABLE POR EJEMPLO, CARCINOMA,-- QUE AMENAZA LA VIDA O LA SALUD. LOS FACTORES PSICOGÉNICOS - NO SON LA RAZÓN PRINCIPAL PARA TOMAR LA DECISIÓN DE EFECTUAR

LA HISTERECTOMÍA, LAS CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS SE LIMITAN A OCUPAR SE DE LOS PENSAMIENTOS Y LAS FANTASÍAS DE MODO QUE SE PREPARE A LA PACIENTE DE LA MEJOR MANERA POSIBLE PARA LA CIRUGÍA Y PARA LOS PROBLEMAS EMOCIONALES QUE PUEDEN SURGIR MÁS ADELANTE. INDEPENDIEMENTE DE LA RESPUESTA DE LA PACIENTE -- CUANDO SE LE INFORME QUE ES NECESARIO EFECTUAR LA HISTERECTOMÍA, LE CORRESPONDE AL MÉDICO TRATAR ALGUNOS DE LOS MITOS Y SUPERSTICIONES QUE SE ASOCIAN CON EL PROCEDIMIENTO. ÉSTO DEBERÁ HACERSE SIN IMPORTAR SI LA PACIENTE MUESTRA UNA IN-- QUIETUD FRANCA O UNA TRANQUILIDAD Y SEGURIDAD EN SÍ MISMA.

LO EXPRESEN Ó NO, LAS PACIENTES A MENUDO PIENSAN ACERCA DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE LA HISTERECTOMÍA:

1) MUCHAS PACIENTES CREEN QUE LA HISTERECTOMÍA MENGUARÁ SU DESEO SEXUAL Y DISMINUIRÁ Ó DARÁ FIN A SU VIDA SEXUAL ACTIVA. SE LES DEBE ASEGURAR QUE ES POCO PROBABLE QUE LA -- HISTERECTOMÍA PRODUZCA CUALQUIERA DE ESTOS EFECTOS. UN ESTU DIO DE LA VIDA SEXUAL POSTERIOR A UNA CIRUGÍA RADICAL O A LA RADIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER PÉLVICO HA DEMOSTRADO QUE LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES EN ESTE GRUPO TAMBIÉN PUEDEN LLEVAR UNA VIDA SEXUAL NORMAL DESPUÉS.

LA REMOCIÓN DEL ÚTERO YA SEA ABDOMINAL O VAGINALMENTE, NECESITA DE UNA TOTAL PERO TEMPORARIA RESTRICCIÓN DE LA AC TIVIDAD SEXUAL. DESPUÉS DE UN PERÍODO INICIAL DE APROXIMA DAMENTE SEIS SEMANAS, EL COITO PUEDE SER CAUTELOSAMENTE INI CIADO. EL ABDÓMEN PUEDE SER FACILMENTE LASTIMADO Y PUEDE SER NECESARIO UN TIEMPO DE TRES O CUATRO MESES ANTES DE QUE LA-- PRESIÓN NORMAL COITAL PUEDA SER DISFRUTADA MÁS QUE MERAMENTE TOLERADA. DEBIDO A UN TEMPORAL "RECOGIMIENTO", LA VAGINA PUE DE ENCONTRARSE EN UN PRINCIPIO ESTRECHA Y CORTA A PESAR DE-- QUE NO HAYA PÉRDIDA DE SU EPITELIO. UNA SEPSIS POSTOPERATO-- RIA PUEDE EXACERBAR ESTA TENDENCIA Y LLEVAR A UN DISCONFORT-

DESPUÉS DE QUE EL COITO HA SIDO YA REASUMIDO, ESTO ÚLTIMO DEBERÁ SER ADVERTIDO A LA PAREJA. POR OTRA PARTE LA HISTERECTOMÍA PUEDE PROVEER DE UNA MAYOR SATISFACCIÓN SEXUAL AL ERRADICAR, BÁSICAMENTE EL MIEDO AL EMBARAZO.

2) MUCHAS PACIENTES IGUALAN A LA HISTERECTOMÍA CON LA MENOPAUSIA. CON FRECUENCIA BASTARÁ UNA EXPLICACIÓN SENCILLA PARA DEMOSTRAR QUE LA HISTERECTOMÍA, SIN CONFORRECTOMÍA, NO PRODUCE LOS SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS DE LA MENOPAUSIA.

3) MUCHAS MUJERES DEPENDEN DE SUS MARIDOS PARA REFORZAR SU AUTOCONCEPTO DE FEMINIDAD. SI EL ESPOSO TIENE LASTIMAR A LA MUJER SE INICIA DEMASIADO PRONTO LAS RELACIONES SEXUALES O SI TIENE CIERTAS SUPERSTICIONES O MITOS PROPIOS NO EXPRESADOS QUE LO INQUIETEN, PUEDE ALEJARSE DE SU ESPOSA EN EL MOMENTO EN QUE ELLA MÁS NECESITE DE SU APOYO ACTIVO. SI EL MÉDICO BUSCA AL ESPOSO Y DISCUTE CON ÉSTE EL PROCESO DE LA CIRUGÍA Y LA CICATRIZACIÓN JUNTO CON LOS ASPECTOS DE LA SEXUALIDAD PODRÁN EVITARSE MUCHOS PESARES.

4) LA MAYOR PARTE DE LAS PACIENTES SE VUELVEN DEPENDIENTES DE SUS MÉDICOS EN DIFERENTES GRADOS. HAY ALGUNOS ASPECTOS DE LA HISTERECTOMÍA (ESTERILIZACIÓN, FIN DE LA MENSTRUACIÓN) QUE PUEDEN SER BASTANTE SIGNIFICATIVOS PARA LA MUJER PERO PARA LOS CUALES NO EXISTE NINGUNA RESPUESTA. ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, EL MÉDICO PUEDE DAR PSICOTERAPIA DE APOYO, SIN NECESIDAD DE UN PSIQUIATRA, CON OBJETO DE ASEGURAR A LA MUJER QUE LA PÉRDIDA DEL ÚTERO NO SIGNIFICA DESFEMINIZACIÓN.

### ELECTIVAS

EN ESTE GRUPO SE INCLUYEN LAS HISTERECTOMÍAS EFECTUADAS CON FINES DE ESTERILIZACIÓN SELECTIVA. LA FAMILIA DE LA MUJER YA ESTÁ COMPLETA Y SI TIENE MÁS DE 35 AÑOS DE EDAD EXISTIRÁ LA TENTACIÓN DE EFECTUAR LA ESTERILIZACIÓN POR HISTERECTOMÍA

Y ELIMINAR ASÍ UN ÓRGANO "INÚTIL" QUE PODRÍA SER, EN EL FUTURO, UN SITIO CACERÍGENO. LA ESTERILIZACIÓN ELECTIVA MEDIANTE LA HISTERECTOMÍA DEBE SER PONDERADA MUY CUIDADOSAMENTE. ES POSIBLE QUE LA MUJER HAYA PASADO SUS AÑOS DE -- FERTILIDAD Y EL CIRUJANO PUEDA SENTIR QUE LA MENSTRUACIÓN SÓLO REPRESENTA UNA MOLESTIA PARA ELLA; PERO LA IDENTIDAD PSICOSEXUAL DE LAS MUJERES NO FUNCIONA DE UNA MANERA TANSENCILLA. CON FRECUENCIA LO IMPORTANTE PARA ELLA ES EL CO<sup>NO</sup>CIMIENTO DE QUE AÚN PODRÁ TENER MÁS HIJOS. ASINISHO ELFIN DE LA MENSTRUACIÓN EN MUCHOS CASOS ELIMINA UN IMPOR-- TANTE RECORDATORIO DE JUVENTUD. BARGLOW Y COLABORADORES-- COMPARARON LA LIGADURA DE LAS TROMPAS Y LA HISTERECTOMÍA-- COMO MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN Y ENCONTRARON QUE LA LIGADURA DE LAS TROMPAS ERA SEGUIDA CON MAYOR FRECUENCIA DE - BUENOS RESULTADOS, AL DETERMINAR ÉSTOS MEDIANTE: INFORME-- CONVINCENTE POR PARTE DE LA PACIENTE DE ENCONTRARSE SATIS<sup>FE</sup> FECHA CON LA OPERACIÓN, LA AUSENCIA DE PROGRESIÓN EN LOS-- SÍNTOMAS FÍSICOS Y/O PSICOLÓGICOS PREEXISTENTES Y CIERTA-- MEJORÍA EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES, SEXUALES Ó SO-- CIALES. EN ESTE MISMO SENTIDO HAMPTON Y TARNASKY (21) (22) UTILIZANDO TÉCNICAS PSICOMÉTRICAS MÁS QUE ENTREVISTAS DI-- RECTAS TALES COMO LA ESCALA DE ZUNG, LA DE ROSEMBERG Y EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS FÍSICOS, TODAS DISEÑADAS PARA AUTO APLICACIÓN, MOSTRARON QUE NO EXISTIERON DIFERENCIAS ENTRE DOS GRUPOS DE PACIENTES, HISTERECTONIZADAS Y CON LIGADURA DE TROMPAS, CON FINES DE ESTERILIZACIÓN.

LA CATEGORÍA ELECTIVA TAMBIÉN INCLUYE A ALGUNOS PA-- CIENTES CON PATOLOGÍA ESCASA O NO DEMOSTRABLE QUE SE SOME<sup>TEN</sup> TEN A HISTERECTOMÍA DEBIDO PRINCIPALMENTE A MOLESTIAS SUBJ<sup>ETIVAS</sup> ETIVAS COMO SON EL DOLOR PÉLVICO PERSISTENTE CON ANORMA-- LIDADES CLÍNICAS MÍNIMAS O NULAS. LAS MOLESTIAS SUBJETIVAS SEVERAS PUEDEN DEBERSE A UNA LESIÓN OCULTA O ALGUNO DE DI--



VERSOS PROBLEMAS NEURÓTICOS, CONCIENTE O INCONCIENTEMENTE, MUCHAS MUJERES BUSCAN ESTE TIPO DE CIRUGÍA POR UNA GRAN - VARIEDAD DE RAZONES. ALGUNAS SE CONSIDERAN CULPABLES (GENERALMENTE DE UNA FECHORÍA SEXUAL REAL O IMAGINARIA) Y VEN A LA HISTERECTOMÍA COMO UN CASTIGO ADECUADO.

ROSEN(23) DESCRIBIÓ UNA SERIE DE PACIENTES CON ANORMALIDADES ORGÁNICAS MÍNIMAS QUE BUSCABAN LA HISTERECTOMÍA DEBIDO AL TEMOR A EMBARAZO Y POR DESEOS MANIFIESTOS DE NO --VERSE OBLIGADAS A SOMETERSE A MÁS ABORTOS AUTOPROVOCADOS. - KROGER (24) DESCRIBIÓ MUJERES INESTABLES QUE REBEN DE BUENA GANA LA HISTERECTOMÍA COMO UNA LIBERACIÓN TEMPORAL DE - PROBLEMAS ARDUOS Y PARA SATISFACER MUCHAS NECESIDADES DE -DEPENDENCIA DURANTE LA CONVALESCENCIA. CUANDO LA HISTERECTOMÍA SE REALIZA DEBIDO A UNA DOLENCIA CUYA BASE REAL ES - LA PSICOLOGÍA SUBYACENTE ES POCO FACTIBLE QUE LA CONDICIÓN MEJORE Y ÉSTA INCLUSO PUEDE EMPEORAR.

EN EL CASO DE LA HISTERECTOMÍA ELECTIVA ES DE UTILIDAD REALIZAR UNA EVALUACIÓN CUIDADOSA DE LA PACIENTE, QUIZÁ CON INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA A FIN DE EVITAR TRASTORNAR EL EQUILIBRIO DE LA IDENTIDAD FEMENINA.

#### 4.4. PSICOPATOLOGIA

##### SÍNDROME POST-HISTERECTOMIA

DE UN ESTUDIO REALIZADO POR RICHARDS (25) EN 56 MUJERES A LAS QUE HABÍA REALIZADO HISTERECTOMÍA EN LOS PREVIOS CINCO AÑOS QUE SE COMPARÓ CON OTRAS 56 MUJERES POSTOPERADAS --POR OTRAS CAUSAS, APLICÁNDOLES UN CUESTIONARIO ESPECIALMENTE DISEÑADO, SUS RESULTADOS MUESTRAN QUE LA HISTERECTOMÍA SE ENCUENTRA SEGUIDA MÁS COMUNMENTE DE UNA VARIEDAD DE SÍNTOMAS QUE OTRAS OPERACIONES.

EL 70% DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS PRESENTARON DEPRESIÓN Y CASO UN IGUAL NÚMERO BOCHORNOS Y SÍNTOMAS URINARIOS, EXPERIMENTARON TAMBIÉN UNA EXTRAÑA FATIGABILIDAD, -- CERCA DE LA MITAD DE ESTAS PACIENTES TUVIERON CEFALEA, -- MAREOS É INSOMNIO.

EL AUTOR CONCLUYÓ QUE EN UNA AMPLIA PROPORCIÓN DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS SE PRESENTA DEPRESIÓN. SIN EMBARGO EXISTEN DOS POSIBLES OBJECIONES EN ESTA CONCLUSIÓN:

1) LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS FUERON COMPARADAS CON MUJERES QUIENES EN SU MAYOR PARTE NO HABÍAN SUFRIDO -- NINGUNA CIRUGÍA, POR TANTO LA DEPRESIÓN PODRÍA HABER SIDO LA CONSECUENCIA DE CUALQUIER OPERACIÓN Y NO DE LA HISTERECTOMÍA ESPECÍFICAMENTE.

2) UNA DEPRESIÓN MODERADA PUDO HABER SIDO MÁS FACILMENTE OBSERVADA EN LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS, QUIENES SE ENCONTRABAN BAJO UNA VIGILANCIA MÁS CUIDADOSA POR SU MÉDICO A DIFERENCIA DEL OTRO GRUPO QUIENES NO TENÍAN UNA RAZÓN ESPECIAL PARA VISITAR A SUS MÉDICOS. PARA EVITAR ESTO EL AUTOR VISITÓ A CADA UNA DE LAS MUJERES ESTUDIADAS.

DE LOS HALLAZGOS SE DESPRENDE SUS SIGUIENTES CONCLUSIONES: EXISTE UN SÍNDROME POST-HISTERECTOMÍA CUYO RECONOCIMIENTO PUEDE AYUDAR A RESOLVER EL "ROMPECABEZA" EXPERIMENTADO POR LAS PACIENTES Y SUS MÉDICOS, YA QUE LAS PACIENTES EN CUENTRAN UNA GRAN DIFICULTAD PARA DESCRIBIR SU MALESTAR, ESPECIALMENTE AQUELLOS SÍNTOMAS QUE SON DIVERSOS NO FACILMENTE ATRIBUIBLES A UN SISTEMA, EN CONSECUENCIA Y DEBIDO ESPECIALMENTE A QUE EL EXÁMEN FÍSICO NO RELEVA ALGUNAS ANORMALIDADES, SE TIENDE A LLAMAR A ESTOS SÍNTOMAS "NEURÓTICOS"

SOULS (20) REPORTÓ QUE EL 85 DE LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS Y OOFORECTOMIZADAS ANTES DE LA MENOPAUSIA EXPERI-

MENTAN BOCHORNOS. EN LA MUESTRA DEL AUTOR EL 51% DE LAS MUJERES HISTERECTOMIZADAS, MENORES DE 45 AÑOS, EN QUIENES SE PRESERVARON LOS OVARIOS, PRESENTARON BOCHORNOS. ESTO SUGIERE QUE LA REMOCIÓN DEL ÚTERO POR SÍ MISMO LLEVA A UN "DESBALANCE" ENDÓCRINO. EN LA EXPERIENCIA DEL AUTOR EL INSOMNIO, SÍNTOMA OCHO VECES MÁS FRECUENTE EN LAS HISTERECTOMIZADAS, RESPONDE MÁS RAPIDAMENTE A LA TERAPIA ESTROGÉNICA QUE A LAS DROGAS IMNÓTICAS. LA LÍBIDO FUE ALGUNAS VECES, PERO NO SIEMPRE MEJORADA CON ESTRÓGENOS ORALES, ALGUNAS PACIENTES REFIRIERON UNA DRAMÁTICA-MEJORÍA DE SU DEPRESIÓN CON LOS ESTRÓGENOS. ALGUNOS DE LOS SÍNTOMAS URINARIOS MEJORARON IGUALMENTE CON ESTE TRATAMIENTO.

AL PRINCIPIO DE LOS AÑOS CUARENTAS LINDEMANN INVESTIGÓ LAS SECUELAS PSIQUIÁTRICAS DE LAS OPERACIONES PÉLVICAS REALIZADAS EN MUJERES, ENCONTRÓ QUE COMPARADA CON COLESISTECTOMIZADAS, LAS PACIENTES ESTUDIADAS PRESENTABAN MÁS FRECUENTEMENTE DEPRESIÓN EN LA FORMA DE FATIGA, ALTERACIONES DEL SUEÑO Y PREOCUPACIÓN ASOCIADAS A PEN-SAMIENTOS DEPRESIVOS, DRELLICH, EN EL CURSO DE SU ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA, DISCUTIÓ EL EFECTO DE LA HISTERECTOMÍA; INTERROGANDO A 23 MUJERES PREMENOPÁUSICAS EN EL PRE Y POST OPERATORIO ENCONTRÓ QUE ANTES DE LA OPERACIÓN LAS PREOCUPACIONES -- MÁS IMPORTANTES SE CENTRABAN EN LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD REPRODUCTIVA, PÉRDIDA DE OTRAS FUNCIONES FEMENINAS, ASOCIADAS AL ÚTERO, DUDAS SOBRE SU FUTURA RESPUESTA --- SEXUAL, PÉRDIDA DEL ATRACTIVO Y POSIBLE DETERIORO EN SUS RELACIONES CONYUGALES. ÉSTE AUTOR OBSERVÓ QUE LAS MUJERES QUE MOSTRABAN PREOCUPACIÓN Y UNA LEVE DEPRESIÓN PREVIAS-- A LA HISTERECTOMÍA, PERO QUE ENFRENTABAN ÉSTA COMO UNA-- CURA PARA SUS SÍNTOMAS, TUVIERON POCOS Ó MORDADOS SÍNTO

MAS PSICOLÓGICOS POSTOPERATORIOS. EN ESTE SENTIDO UNA ACTITUD PREOPERATORIA SIN ANSIEDAD FUE CONSIDERADA COMO UN SIGNO DE ALARMA; LOS AUTORES ESPECULAN QUE ESTA ACTITUD-- ENMASCARA UNA ANSIEDAD IMPORTANTE, INHIBIENDOLA, LA CUAL IRRUMPE POSTERIORMENTE EN LA FORMA DE PÁNICO AGUDO. FINAL MENTE AQUELLAS MUJERES SIN UN PARTICULAR ESTADO DE PREOCUPACIÓN ACERCA DE LA PÉRDIDA DEL ÚTERO EVIDENCIARON UNA MODERADA DEPRESIÓN POSTOPERATORIA Y UN ESCASO SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS. DE ESTOS HALLAZGOS POSTOPERATORIOS LOS AUTORES CONCLUYEN QUE CUANDO LA NEGACIÓN EVIDENCIADA POR UNA FALTA DE PREOCUPACIÓN PREOPERATORIA, FRACASA EN EL POSTOPERATORIO EL IMPACTO DE LA TOMA DE CONCIENCIA ABRUPTA DE LOS TEMORES DE LOS PACIENTES, CAUSA UNA SERIA ALTERACIÓN-- DE SU AJUSTE. DE LOS ESTUDIOS DE ESTE AUTOR Y DE LOS DE-- JANIS, SE DESPRENDE QUE EL NIVEL DE ANSIEDAD PREOPERATORIA PUEDE SER UTILIZADO COMO UN FACTOR PREDICTIVO EN LA-- ACEPTACIÓN Y AJUSTE A LA HISTERECTOMÍA.

DRELLICH Y BEIDER, PLANTEAN QUE MUCHAS MUJERES "DEPOSITAN" EN EL ÚTERO Y SUS FUNCIONES ASPECTOS IMPORTANTES - DE SU FEMINEIDAD; SU PÉRDIDA ES VIVIDA CON UN SENTIMIENTO DE LESIÓN A ESTA FEMINEIDAD, REFLEJANDOSE EN LAS PREOCUPACIONES EXPRESADAS ACERCA DE UNA POSIBLE PÉRDIDA DEL --- ATRACTIVO, DESEO SEXUAL, HABILIDAD PARA RESPONDER SEXUALMENTE Y EVENTUALMENTE PÉRDIDA DEL INTERÉS EN SUS PAREJAS DEBIDO A ESTA "PERDIDA DE LA FEMINEIDAD" (24).

HENZER ESTUDIÓ 26 PACIENTES LOCALIZANDO SU INTERÉS-- EN LAS ACTITUDES DE ÉSTAS HACIA LAS FUNCIONES FEMENINAS, REACCIONES EN RELACIÓN A PÉRDIDAS Y REACCIONES HABITUALES ANTE SITUACIONES PRODUCTORAS DE ANSIEDAD; EN BASE A ESAS CATEGORÍAS ÉSTE AUTOR PLANTEA LA POSIBILIDAD DE PREDECIR LA REACCIÓN POSTOPERATORIA, BASÁNDOSE EN UN COMPLETO CONOCIMIENTO DE LOS DETERMINANTES MENCIONADOS. ESTUDIÓ LA --

CONDUCTA DE SUS PACIENTES DURANTE LA RECUPERACIÓN DE LA - - ANESTESIA AGRUPÁNDOLAS EN TRES CATEGORÍAS: LAS QUE SE RE - - CUPERARON "MUY BIEN", LAS QUE SE RECUPERARON "NO MUY BIEN, PERO NO MUY MAL" Y AQUELLAS CON UNA POBRE RECUPERACIÓN EX-- TERNANDO QUEJAS, MOSTRANDOSE POCO COOPERADORAS, DEMANDANTES Y CON ACTITUDES INFANTILES. ÉSTO ÚLTIMO ESTUVO CLARAMENTE-- RELACIONADO CON UN MANEJO ADECUADO DE LAS CATEGORÍAS MENCIO NADAS.

HOLLENDER EXAMINANDO LAS ADMISIONES FEMENINAS EN EL HOS PITAL PSIQUIÁTRICO DE SYRACUSA DESCUBRIÓ QUE LAS OPERACIONES PÉLVICAS FUERON UN FACTOR PRECIPITANTE EN EL 4.5 DE LAS ADMI SIONES.

EN UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE 267 HISTERECTOMIZADAS, MELODY DESCUBRIÓ EN 11 DE ELLAS QUE LOS MIEDOS PREOPERATO-- RIOS HABÍAN SIDO REEMPLAZADOS POR DEPRESIÓN; TODAS LAS MU JERES QUE HABÍAN EXPERIMENTADO AL MENOS UN EPISODIO DEPRESI VO EN LOS 5 AÑOS PREVIOS A LA OPERACIÓN, CONCLUYÓ POR TANTO QUE LOS PACIENTES TENÍAN UNA TENDENCIA PREVIA A REACCIONAR ANTE EL STRESS DON DEPRESIÓN. MÁS AÚN, MELODY ENCONTRÓ QUE LOS EPISODIOS DE DEPRESIÓN EN SU MUESTRA PARECÍAN HABER SI DI PRECIPITADOS POR UNA EXPERIENCIA SOCIAL TRAUMÁTICA EN - LA CUAL EL PACIENTE HABÍA SUFRIDO UN RECHAZO O DEVALUACIÓN POR PARTE DE UNA PERSONA SIGNIFICATIVA EN SU MEDIO AMBIEN TAL SOCIAL. LA HISTERECTOMÍA REPRESENTA PARA LA PACIENTE-- MÁS QUE PÉRDIDA DE UN ÓRGANO VALIOSO EN EL CONTACTO SOCIAL ACTUANDO ASÍ COMO UNA DISRRUPCIÓN SOCIAL DE SU PREVIO ESTI LO DE VIDA. CONCLUYE QUE LA HISTORIA DE DEPRESIONES PREVIAS ES UN FACTOR PREDICTIVO SIGNIFICATIVO PARA LAS MUJERES HIS TERECTOMIZADAS, SI LA OPERACIÓN ES INTERPRETADA POR ELLAS-- COMO UNA DISCONTINUIDAD TANTO SOCIAL COMO BIOLÓGICA (29).

KROGER HA REPORTADO ALTOS NIVELES DE HISTERECTOMÍAS---

INECESARIAS (EN ALGUNAS SERIES DEL 12, 40 Y HASTA 65%);--  
EXPONE QUE QUIZÁ LOS SÍNTOMAS POR LOS QUE SE REALIZARON--  
LAS OPERACIONES FUERON PRIMARIAMENTE NEURÓTICOS, HACIENDO  
QUE LAS PACIENTES FUERAN ESPECIALMENTE PROPENSAS A DESA--  
RROLLAR REACCIONES EMOCIONALES POSTOPERATORIAS. DESCRIBE--  
LO QUE ÉL PIENSA: SON "LAS TRES TÍPICAS CANDIDATAS PARA--  
DEPRESIONES POSTOPERATORIAS"; LA PRIMERA "LA ADICTA A LAS  
CIRUGÍAS, UNA NEURÓTICA HISTÉRICA, VETERANA DE CIRUGÍAS",  
CUYAS CARACTERÍSTICOS SÍNTOMAS SON INTENSOS, MAL DEFINI--  
DOS Y DOLORES MAL SISTEMATIZADOS, LA CUAL SE SOMETE A OPE--  
RACIÓN APARENTEMENTE DEBIDO A UNA "NECESIDAD" DE SUFRIMIEN--  
TO. EL SEGUNDO TIPO ES LA MUJER INDIFERENTE, SU INDIFEREN--  
CIA PARECE SER MERAMENTE UNA FACHADA DE UN RECHAZO INMADU--  
RO PARA PENSAR ACERCA DE LA OPERACIÓN ANTES DE QUE ÉSTA SU--  
CEDA, PERO QUE PUEDE SER SEGUIDA POR UNA RESPUESTA EMOCIO--  
NAL INFANTIL, INCONTROLADA A LAS MOLESTIAS PREOPERATORIAS.  
ÉL TERCER TIPO LO REPRESENTA LA MUJER SOBREANGUSTIADA --  
QUIEN SE PREOCUPA TODO, DESD EL SITIO Y TAMAÑO DE LA IN--  
CISIÓN HASTA EL TIPO DE LA ANESTESIA. ÉL AUTOR RECOMIENDA  
QUE PARA SITUAR ESTOS TRES TIPOS DE MUJERES "NEURÓTICAS"  
LOS MÉDICOS DEBEN INTERROGAR A SUS PACIENTES POTENCIALMEN--  
TE HISTERECTOMIZADAS ACERCA DE SUS SENTIMIENTOS EN RELACIÓN  
A UNA PROBABLE PÉRDIDA DEL ÚTERO, SUS ESPECTATIVAS SOBRE--  
EL RESULTADO DE LA OPERACIÓN Y SOBRE INTERVENCIONES QUIRÚR--  
GICAS EN EL PASADO, SITUACIONES DE CRISIS, LA MANERA EN --  
QUE REACCIONA A ELLAS. TAMBIÉN RECOMIENDA LA OBSERVACIÓN DE  
LA PACIENTE DURANTE LA RECUPERACIÓN DE LA ANESTESIA. (24).

DODDS Y COLABORADORES, REVISARON LA LITERATURA ACERCA  
DE LAS REACCIONES EMOCIONALES A LA HISTERECTOMÍA Y SUS IM--  
PRESIONES GENERALES A TRAVÉS DE LA ENTREVISTA CON PACIENTES  
HISTERECTOMIZADAS, HA DESARROLLADO LAS SIGUIENTES HIPÓTESIS:

1) DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA EL CONCEPTO DEL YO ES -

EL DE UN INDIVIDUO NO FEMENINO, MUTILADO; 2) ESTE DEROGATORIO AUTOCONCEPTO ES REFORZADO POR COMENTARIOS DESPRECIATIVOS DE CÓNYUGUES O FAMILIARES; 3) EL IMPULSO SEXUAL DISMINUYE LLEVANDO A UN INCREMENTO DE LOS CONFLICTOS DOMÉSTICOS; 4) LA ESTERILIDAD DEVIENE EN RAZÓN PARA UN DESCONTENTO, IMPIDIENDO LA OPORTUNIDAD PARA LA EXPRESIÓN DE INSTINTOS MATERNALES, GRATIFICANDO DESEOS MASOQUISTAS, 5) EL USO INDISCRIMINADO DE HORMONAS SIRVE PARA ACENTUAR LA DISTORSIÓN DEL AUTOCONCEPTO. PARA PROBAR SUS HIPÓTESIS LOS AUTORES ESTUDIARON A 100 PACIENTES, SOLO UNA NECESITÓ ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA DOS SEMANAS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN; 30% DENTRO DEL AÑO SIGUIENTE DE LA OPERACIÓN Y UN TOTAL DE 42% DENTRO DE LOS 5 AÑOS SIGUIENTES; DE ESTO LOS AUTORES CONCLUYEN QUE EL TRAUMA DE LA OPERACIÓN NO ES FACTOR PRECIPITANTE. EL TÍPICO PACIENTE DENTRO DE SU MUESTRA HABÍA SIDO PREPARADO ADECUADAMENTE PARA LA OPERACIÓN, COMPRENDIENDO LA NATURALEZA DE LA MISMA, NO RECIBIÓ HORMONAS POSTERIORMENTE QUE NO FUERAN ORDENADAS EXPRESAMENTE POR EL MÉDICO, NO EXTERNÓ QUEJAS ACERCA DE COMENTARIOS DESPRECIATIVOS POR PARTE DE SU ESPOSO Y FAMILIARES SIGNIFICATIVOS, NO PRESENTÓ PROBLEMAS SEXUALES QUE LOS QUE EXISTIESEN PREVIOS A LA OPERACIÓN, NO ESTABAN PARTICULARMENTE PREOCUPADAS SOBRE LA PÉRDIDA DE FERTILIDAD O MENSTRUACIÓN Y TENÍAN UN SANO AUTOCONCEPTO VIENDOSE A SÍ MISMAS COMO MUJERES SANAS, COMPLETAS Y NO COMO MUTILADAS. LOS TRAUMAS EMOCIONALES SEVEROS ASOCIADOS CON LA HISTERECTOMÍA FUERON EXPERIMENTADOS POR MUJERES "INFANTILES" EN SUS 20'S TEMPRANOS. LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO LLEVAN AL CONCEPTO DE QUE LA INTEGRIDAD CORPORAL ES EXPERIMENTADA MÁS A TRAVÉS DE LAS EXPERIENCIAS EXTERNAS QUE A CONSECUENCIA DE UN CONCEPTO DE INTEGRIDAD INTERNA, EN ÉSTE ÚLTIMO GRUPO DE PACIENTES.

EN UN INTERESANTE ESTUDIO DE KALTREIDER Y WALLACE (28),

EN EL QUE SE ESTUDIA LA RESPUESTA A LA HISTERECTOMÍA DENTRO DE UN CONCEPTO DE "SÍNDROME DE RESPUESTA AL STRESS", SE -- PLANTEA QUE LAS ALTERACIONES QUE SE PRESENTAN EN EL POSTOPERATORIO CAEN DENTRO DE UN ESQUEMA GENERAL EN EL CUAL UNA PERSONA FRENTE A UN EVENTO TRAUMÁTICO REACCIONA BLOQUEANDO PRIMARIAMENTE MUCHO DE SU SIGNIFICADO Y POSTERIORMENTE "DOSIFICANDO" LA EXPERIENCIA POR MEDIO DE CORTAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LOS ASPECTOS DOLOROSOS HASTA QUE EL CAMBIO EN SU STATUS VITAL ES ACEPTADO. A FALTA PARA COMPLETAR ESTE -- PROCESO ESTÁ DADA POR UN PROLONGADO Ó INTOLERABLEMENTE INTENSO PERIÓDO SINTOMÁTICO QUE SE DEFINE COMO SÍNDROME DE RESPUESTA AL STRESS. EN LA MUESTRA ESTUDIADA EL 61% DE 38 PACIENTES PRESENTÓ ESTE SÍNDROME GENERALMENTE DOMINADO POR UN EXPECTRO DEPRESIVO Y QUE ESTUVO EN RELACIÓN CON UN PERSISTENTE DESEO DE TENER MÁS HIJOS, DETERIORO EN EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL Y CAMBIOS EN EL AUTOCONCEPTO.

DEBIDO A QUE EN UN ALTO PORCENTAJE LA HISTERECTOMÍA VA -- SEGUIDA DE OOFORECTOMÍA, HAGO UNA SERIE DE CONSIDERACIONES -- ACERCA DEL EFECTO DE LA OOFORECTOMÍA EN ANIMALES CON UN SENTIDO DE TOMA DE PERSPECTIVA.

MICHAEL(27) INVESTIGANDO EL EFECTO DE LA VARIACIÓN HORMONAL EN LOS MONOS RHESUS HEMBRAS, ENCONTRÓ QUE LA OOFORECTOMÍA ABOLIÓ LOS CICLOS DE LA ACTIVIDAD SEXUAL, MISMOS QUE -- SE RESTAURARON DESPUÉS DE TERAPIAS SUSTITUTIVAS ESTROGÉNICAS. UN ESTUDIO MÁS DETALLADO EN ÉSTE MISMO SENTIDO INDICA QUE LA OOFORECTOMÍA PROVOCA DISMINUCIÓN EN LA RECEPTIVIDAD SEXUAL Y UN INCREMENTO DEFINIDO EN EL NÚMERO DE EPISODIOS AGRESIVOS INICIADOS POR EL MACHO. LA ADMINISTRACIÓN DE ESTRÓGENOS ABOLIÓ LA AGRESIÓN, INCREMENTÓ LOS INTENTOS DE MONTA INCREMENTÓ EL NÚMERO DE INVITACIONES SEXUALES POR LAS HEMBRAS Y DISMINUYÓ EL RECHAZO DE LOS MACHOS. INTERESANTEMENTE, CUANDO SE AGREGÓ PROGES



TERONA SE AUMENTÓ LA AGRESIÓN POR PARTE DE LAS HEMBRAS Y REAPARECIÓ LA DE LOS MACHOS AUNQUE A NIVELES MÁS BAJOS; - MÁS DISMINUYERON LOS INTENTOS DE MONTA POR LOS MACHOS Y EL RECHAZO DE LAS HEMBRAS RESULTÓ INCREMENTADO. ÉSO PARECE INDICAR UNA RELACIÓN POSITIVA ENTRE ESTRÓGENOS Y RECEPTIVIDAD Y ATRACCIÓN SEXUAL, MIENTRAS QUE LA PROGESTERONA REVIERTE LO ANTERIOR.

FORD Y REACH (27) HAN COMUNICADO QUE EN LOS MAMÍFEROS INFERIORES LA OOFORECTOMÍA RESULTA EN UNA ELIMINACIÓN PERMANENTE DE LA CONDUCTA SEXUAL. LAS HEMBRAS DEJAN DE POSEER -- ATRACCIÓN SEXUAL Y NUNCA EXHIBEN UNA CONDUCTA RECEPTIVA. EN EL CHIMPANCÉ ADULTO LA OOFORECTOMÍA ABOLE LOS CICLOS SEXUALES Y REDUCE MARCADAMENTE LA FRECUENCIA DEL COITO AUNQUE NO LA ELIMINA COMPLETAMENTE. EL CHIMPANCÉ OOFORECTOMIZADO PUEDE PERMITIR EL CONTACTO SEXUAL PARA EVITAR SER DAÑADA, FUNDAMENTÁNDOSE DE ESTA MANERA LA TEORÍA DE FORD Y BEACH, DE--- QUE LOS PRIMATES SUBHUMANOS NO SON COMPLETAMENTE DEPENDIENTES DE LAS HORMONAS SEXUALES EN SU CONDUCTA A SEMEJANZA DE LAS MUJERES. LA INYECCIÓN DE ESTRÓGENOS RESTAURA LA ATRACCIÓN Y RECEPTIVIDAD SEXUAL EN MAMÍFEROS INFERIORES, RESULTANDO LO MISMO EN PRIMATES AVALANDO LA TESIS DE MICHAEL.

SEUDOCIESIS.

LA SEUDOCIESIS FUE DESCRITA POR PRIMERA VEZ POR HIPÓCRATES EN EL AÑO 300 AC. Y CONSISTE EN UN "PSEUDOEMBARAZO QUE SE ACOMPAÑA DE LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS DEL EMBARAZO; ES COMPLETO DE LA MENSTRUACIÓN, NÁUSEA, AUMENTO DEL TAMAÑO DE LAS MAMAS, DISTENCIÓN ABDOMINAL Y DOLOR DE PARTO SIMULADOS. LA PACIENTE SOSPECHA Ó ESTÁ SEGURA DE ESTAR EMBARAZADA.

EN LA SEUDOCIESIS LOS SIGNOS OBJETIVOS DERIVAN DEL DESEO Y DEL TEMOR PATOLÓGICO DEL EMBARAZO. EN ESTE CASO SE PRESENTA COMO COMPLICACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LA HISTERECTOMÍA O - ESTERILIZACIÓN, EN UN ESFUERZO POR NEGAR LA PÉRDIDA DE LA CA

PACIDAD DE TENER HIJOS. (7) (33).

## 5. COMENTARIO

A TRAVÉS DE LA PRESENTE REVISIÓN ES POSIBLE OBSERVAR QUE, EN SU MAYORÍA, LOS DIVERSOS AUTORES COINCIDEN EN SEÑALAR QUE EL ÚTERO ES PARA LA MUJER UN ÓRGANO DE LA MAYOR SIGNIFICACIÓN PSICOLÓGICA Y QUE LA EXTRACCIÓN DE ÉSTE REPRESENTA PARA ELLA DEPENDIENDO DE SU ESTRATO SOCIOCULTURAL, UNA AGRESIÓN QUE REPERCUTE A NIVEL PSÍQUICO. ÉSTA REPERCUSIÓN ES VARIABLE COMO YA DIJE DE ACUERDO AL NIVEL SOCIOCULTURAL QUE LA MUJER TIENE, AQUÍ, ES IMPORTANTE HACER LA COMPARACIÓN QUE SE HA HECHO DE NUESTRA MUJER MEXICANA CON LA NORTEAMERICANA, DIFERENCIAS DADAS POR EL NIVEL EDUCACIONAL QUE TENEMOS YA QUE, A NOSOTROS SE NOS PREPARA COMO YA MENCIONÉ EN EL TRABAJO, ÚNICAMENTE A SER MADRE, AMAS DE CASA Y ATENDER AL HOMBRE COMO UN SER SUPERIOR POR LO QUE SE TIENE AL PAPEL REPRODUCTIVO EN ALTA ESTIMA, SINTIENDO AÚN MÁS LAS CONSECUENCIAS DE QUEDARSE SIN ESE INSTRUMENTO QUE NOS IDENTIFICA LLAMADO ÚTERO, PONIENDO EN CONFLICTIVA EL PAPEL QUE NOS QUEDA, LA IDENTIFICACIÓN FEMENINA, EL PAPEL SEXUAL, LA CAPACIDAD DE RESPUESTA ANTE LA ESTIMULACIÓN SEXUAL, LA ACEPTACIÓN Y VALORACIÓN POR LA PAREJA, TODO ESTO EXPRESADO PSICOPATOLÓGICAMENTE CON UN SÍNDROME DE DEPRESIÓN EN SU FORMA MENOS SERVERA, O BIEN ESTE SÍNDROME ACOMPAÑADO DE MANIFESTACIONES MÁS VARIADAS, LLAMADO POR ALGUNOS AUTORES COMO SÍNDROME POST-HISTERECTOMÍA Ó BIEN-- -- "SÍNDROME DE RESPUESTA AL STRESS". NUEVAMENTE VUELVO A REPETIR QUE LA SINTOMATOLOGÍA VARIARÁ DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN QUE LA PACIENTE TENGA PREVIAMENTE A LA INTERVENSIÓN, TANTO EN EL SENTIDO SEXUAL COMO TÉCNICO DE LA INTERVENCIÓN, PREPARACIÓN INMEDIATA A LA CIRUGÍA POR PARTE DEL MÉDICO TRATANTE, PERSONALIDAD PREVIA DE LA PACIENTE, TIPO DE RESPUESTA HABITUAL HACIA EL STRESS, APO-

YO DE LA PAREJA Y EDAD. PARÁMETROS QUE SE ME HACEN DE LA MAYOR IMPORTANCIA MENCIONAR, YA QUE ESTOS DEBERÍAN DE -- SER TOMADOS EN CUENTA POR EL MÉDICO GINECOOBTETRA QUE VA YA A REALIZAR LA OPERACIÓN, HACIENDO AQUÍ LA ACLARACIÓN DE LA IMPORTANCIA QUE TENDRÍA QUE ESTE ESPECIALISTA REVISARA A LA PACIENTE NO SOLO DESDE EL PUNTO DE VISTA TÉCNICO Y TERAPÉUTICO PARA LA ENFERMEDAD ORGÁNICA, SINO DE UNA MANERA MÁS INTEGRAL PREOCUPÁNDOSE, POR EL CONCEPTO-- QUE LA PACIENTE TIENE DE LA HISTERECTOMÍA, LOS SENTIMIENTOS QUE PROVOCAN LA CERCANÍA DE UN CIRUGÍA DE ESTAS PROPORCIONES, ACLARANDO SUS DUDAS Y PREOCUPACIONES, ASÍ TAMBIÉN COMO LAS DE SUS PAREJAS, PREPARÁNDOLAS PARA ESTE -- CAMBIO, QUITANDO PREJUICIOS QUE EL HOMBRE MEXICANO TIENE HACIA LA MUJER HISTERECTOMIZADA, PUDIENDO ASÍ DE ÉSTA MANERA PREVENIR O DISMINUIR LA PSICOPATOLOGÍA QUE SE PRESENTA POSTERIORMENTE A LA IQ. ACOMPAÑADA TAL VEZ POR LA TERAPIA ESTROGÉNICA ACOSTUMBRADA POR LOS GINECÓLOGOS.

MI INTENSIÓN ES SENSIBILIZAR A ÉSTOS MÉDICOS AL ESTUDIO Y LA PREVENCIÓN DE ÉSTE TIPO DE PSICOPATOLOGÍA POSTERIOR A LA HISTERECTOMÍA, TAN FRECUENTE EN NUESTRO MEDIO, SUGERIR EL INICIO DE ESTUDIOS CIENTÍFICO-ESTADÍSTICOS DE LAS REACCIONES POSTHISTERECTOMÍA, DE LOS CUALES HAY TAN POCOS EN NUESTRO PAÍS, HABIENDO UNA GRAN POBLACIÓN DE PACIENTES A QUIENES SE LES TIENE QUE PRACTICAR ESTA CIRUGÍA "TENIENDO UN BASTO MATERIAL PARA DICHO EFECTO .

## BIBLIOGRAFIA

- (1) V. CONILL, TRATADO DE GINECOLOGIA, EDITORIAL LABOR, S.A. 1957 PAGES. 18 Y 69-72.
- (2) JUDITH H. FARDOLICK, PSICOLOGIA DE LA MUJER, ALIANZA EDITORIAL, 1977
- (3) FRAJIK, R.T. (1931) " THE HORMONAL CAUSES OF PREMENSTRUAL TENSION" ARCH OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY 26: 1053
- (4) SUTHERLAND H. E I. STUART (1965) "A CRITICAL ANALYSIS OF THE PREMENSTRUAL SYNDROME" LANCET 1: 1180 - 1183.
- (5) COPPER A. AND K. KESSEL (1963) " MENSTRUACION AND PERSONALITY" BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY 109: 711-721
- (6) DALTON K (1956) "THE INFLUENCE OF MOTHERS MENSTRUATION ON HER CHILD" PROCEEDINGS OF THE ROYAL SOCIETY FOR MEDICINE 59: 1014.
- (7) FRIDMAN A. ED KAPLAN H. ED, COMPENDIO DE PSIQUIATRIA, EDITORIAL SALVAT EDITORES 1977.
- (8) DE LA FUENTE LUNIZ, RAFAEL . "TRASTORNOS GINECOLOGICOS" , PSICOLOGIA MEDICA FONDO DE LA CULTURA ECONOMICA, 1971.
- (9) FENICHEL O. (1945) THE PSYCHOSOMATIC THEORY OF THE NEUROSIS. NORTON: NUEVA YORK.
- (10) ERIKSON E.H. (1964) "INNER AND OUTER SPACE, REFLECTION ON WOMANHOOD" DAEDALUS 93 (2): 582-606
- (11) DIAZ GUERRERO (1967) ESTUDIOS DE PSICOLOGIA DEL MEXICANO, TRILLAS MEXICO, D.F.

- (12) MARIO LANGER (1978) "MATERNIDAD Y SEXO" EDITORIAL PAIDOS, BUENOS AIRES.
- (13) NANCY C.A. ROESKE, MD. "HYSTERECTOMY AND THE QUALITY OF A WOMAN'S LIFE", ARCH INTERN MED. VOL.139, FEB. 1979.
- (14) BRUNCE C. RICHARDS MD HYSTERECTOMY; FROM WOMEN TO WOMEN, AM. J. OBSTET GYNECOL, VOL. 131, No. 4 446-452
- (15) HOLLENDER, H.H. HYSTERECTOMY AND FEELINGS OF FEMINITY, MED. ASPECTS HUMAN SEXUALITY 3:6, 1969.
- (16) MULDOON, M.J. HYSTERECTOMY AND STERILISATION; CHANGES OF FEELING AND MIND, BRITISH MEDICAL JOURNAL 1977: 6089 PAGES. 715-716
- (17) SANFORD R. WOLF MD. REACCIONES EMOCIONALES ANTE LA HISTERECTOMIA, MED. POSTGRADU, VOL. 2 No. 8 AGOSTO 1974 PAGES. 42-48
- (18) FLORES CARRERAS Y COLS. MD. EVALUACION CLINICA Y PSICOSEXUAL DE LA PACIENTE HISTERECTOMIZADA, GINEC. OBSTET. MEX. VOL. 38 AÑO XXX, No. 227 SEPT. 1976 PAGES. 171-176.
- (19) A.G. AMIAS "D SEXUAL LIFE AFTER GYNECOLOGICAL OPERATIONS, BRITISH MEDICAL JOURNAL, 1975, 2 608-609.
- (20) WETZEL, R.D. REICH T. MCCLURE JR, J.H. AND WALD J.A. "PREMENSTRUAL AFFECTIVE SYNDROME AND AFFECTIVE DISORDER, BRITISH J. PSYCHIATRY 127: 219-221, 1975.
- (21) BARGLOW, P., GUNTHER, M.S. JOHNSON A. HYSTERECTOMY AND TUBAE LIGATION; A PSYCHIATRY COMPARISON. OBSTET, GYNEC. 25: 520, 1975.
- (22) HANTON, PH.D., TARANSKY, M.D. HYSTERECTOMY AND TUBAL LIGATION: A COMPARISON OF THE PSYCHOLOGICAL AFTERMATH, AM. J. OBSTET VOL.119 No. 7 949-952

- (23) TOSEN, H. THE HYSTERECTOMIZED PATIENT AND THE ABORTION PROBLEMS. THERAPEUTIC ABORTION, NEW YORK, JULIAN PRESS INC. 1954.
- (24) KROGER, W.S. HYSTERECTOMY PSYCHOSOMATIC FACTORS OF THE PREOPERATIVE AND POSTOPERATIVE ASPECTS AND MANAGEMENT. IN: KROGER W.S. (EDITOR) PSYCHOSOMATIC OBSTETRICS GYNECOLOGY AND ENDOCRINOLOGY SPRINGFIELD ILL. CHARLES THOMAS, PUBLISHER 1962.
- (25) D.H. RICHARDS M.D. APOST HYSTERECTOMY SYNDROME, THE LANCET, 1974, 2: 483-985
- (26) SCUELE, S.D.J. IAT. COLLEGE SURG, 1951, 16, 622
- (27) JANET POLIVY, PSYCHOLOGICAL REACTIONS TO HYSTERECTOMY A CRITICAL REVIEW, AM. J. OBSTET, GYNECOL, VOL. 118 O. 3, 417-425.
- (28) NANCY B. KALTREIDER, M.D. ANNE WALLACE, MA. AFIELD STUDY OF THE STRESS RESPONSE SYNDROME: JAMA VOL. 242 No. 14 : 1499-1503
- (29) WISTIN, R.M. MD "WHY 103 WOMEN ASKED FOR REVERSAL OF STERILIZATION" BRITISH MEDICAL JOURNAL 1977; 2: 305-307
- (30) DUCK, SEKHON, M.D. ETICAL PROBLEM OF HYSTERECTOMY IN MENTALLY RETARD GIRL, JOURNAL PEDIATRICS 87:58, 1975
- (31) A.G. AMIAS, SEXUAL LIFE AFTER GYNECOLOGY OPERATIONS, BRITISH MEDICAL JOURNAL, JUL. 1975, 608.
- (32) BUNKER, ET ALS, COST AND BENEFICS OF HYSTERECTOMY, NEW ENGLAND JOURNAL MED. 295, 264-268, 1976.
- (33) BARGLOW, P. PSEUDOCYCLIS AND PSYCHIATRIC SEQUELAE OF STERILIZATION ARCH GEN PSYCHIATRIC 11: 571-580 1964
- (34) SANTIAGO RAMIREZ, "EL MEXICANO, PSICOLOGIA DE SUS MOTIVACIONES" EDITORIAL GRIJALBO 1977.