



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA DE 1956 A 1976 ACERCA DE LAS CONDUCTAS PSICOLOGICAS QUE OBSERVAN LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA PRESENTA MARIA LUISA EUGENIA VARGAS GUZMAN
ASESORES: DR. FRANCISCO ROJAS BUSTILLO DR. JULIAN MAC GREGOR
MEXICO, D. F. 1978



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

038.08
UNAM.83
1978



COMO HOMENAJE POSTUMO A LA MEMORIA
DE MI QUERIDO MAESTRO DR. FRANCISCO
ROJAS BUSTILLO, LE DEDICO EL PRESENT
TE TRABAJO DE INVESTIGACION BIBLIO-
GRAFICA, QUE GRACIAS A SU VALIOSA -
ASESORIA Y AYUDA ME FUE POSIBLE CONCL
UIRLO. POR SU DECESO INFORTUNADO
Y REPENTINO, NO FUE POSIBLE QUE LE
OTORGARA SU VISTO BUENO FINAL. CON
SERVARE DE EL SUS SABIAS ENSEÑANZAS
SU RECUERDO Y ETERNA GRATITUD.

A MI DIRECTOR DE TESIS
DR. JULIAN MAC GREGOR
MI GRATITUD Y AFECTO POR
SU EFICIENTE ASESORIA EN
EL DESARROLLO DE ESTE
TRABAJO

A LA FACULTAD DE
PSICOLOGIA
POR LAS ENSEÑANZAS
RECIBIDAS

A MIS MAESTROS
POR EL ENTUSIASMO
QUE MUESTRAN DURANTE
EL DESARROLLO DE SUS
CATEDRAS

Con todo respeto y agradecimiento al --
Honorable Jurado por las orientaciones -
y recomendaciones que se sirvieron ha--
cer en la presente tesis.

DR. JULIAN MAC GREGOR

LIC. OCTAVIO DE LA FUENTE

LIC. ANNEMARIE BRUGMANN

LIC. BEATRIZ GLOWINSKY

LIC. ROSA MARIA CORDOVA

Especial reconocimiento a la maestra -
licenciada Annemarie Brugmann por las
observaciones que hizo a esta tesis.

CON PROFUNDO AGRADECIMIENTO

A LAS SIGUIENTES PERSONAS:

PSICOLOGA: GRABIELA AIZPURO VIEZCA

PSICOLOGA: CECILIA GUERRERO OCHOA

PROFESORA: SOCORRO GONZALEZ DE LA LLAVE
DE SANCHEZ

SECRETARIA: MARGARITA VELAZQUEZ DE GALICIA

POR SU COLABORACION EN

LA REALIZACION DE ESTA TESIS.

A MI MADRE

SRA. ELVIRA GUZMAN DE VARGAS

EN HONOR A SU RECUERDO

CON INMENSO CARIÑO Y GRATITUD

A MI PADRE

SR. ALFONSO VARGAS ESPINOSA

CON RESPETO Y CARIÑO

POR SU AYUDA Y CONFIANZA

A MI ESPOSO E HIJA

DR. RICARDO VALDIVIESO CALDERON

MARIA EUGENIA VALDIVIESO VARGAS

CON AMOR Y RECONOCIMIENTO

AL APOYO QUE ME HAN

BRINDADO PARA SUPERARME

I N D I C E

CONTENIDOS	PAGINAS
Introducción.....	1-2
Aspectos fundamentales sobre la anatomía del útero.....	3-4
Colocación de los órganos genito-urinaris femeninos en el cuerpo humano (Esquema Número 1).....	5
Organos reproductores femeninos del cuerpo humano (Esquema Número 2).....	6
Aspectos fundamentales sobre la fisiología del útero.....	7-9
Principales funciones del útero (Cuadro Número 1)	10
Consideraciones evolutivas sobre la histerec-tomía.....	11-14
Funciones de las hormonas hipofisarias y sexuales ováricas.....	15-18
Neuroendocrinología clínica.....	19-20
Conceptos generales sobre desarrollo psicosexual	21-22
Algunos aspectos psicológicos de la etapa bioló-gica de la mujer.....	23-33
Material de estudio.....	34
Número de artículos publicados según países (Cuadro Número 2).....	35
Criterio de inclusión del material.....	35

CONTENIDOS	PAGINAS
Criterio de exclusión del material.....	36
Método de estudio.....	36
Resultados obtenidos:	
Hollender.....	37-38
Pasini.....	39
Barker.....	40
Douglas.....	41-42
Hampton.....	43
Flores.....	44-45
Zervos.....	46
Polivy.....	47
Lindenman. Drellich.....	48
Kroger.....	49
Wolf.....	50
Datos clínicos más frecuentemente encontrados (Cuadro Número 3).....	51
Principales funciones encontradas que se le atribuyen al útero (Cuadro Número 4).....	52
Factores condicionantes encontrados como posi- ble causa de los trastornos psicológicos (Cuadro Número 5).....	53
Conclusiones.....	54-62
Comentarios.....	63-61
Recomendaciones.....	68-70
Bibliografía.....	71-74

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

El motivo principal por el cual se hizo este trabajo es para saber hasta donde sea posible, cuáles son aquellas alteraciones psicológicas que se presentan en las mujeres después de una histerectomía.

La información con que se cuenta actualmente en nuestro medio sobre este tema, prácticamente es pobre, de ahí - la trascendencia de que realizara una revisión bibliográfica sobre este tópico.

Las alteraciones psicológicas que se encuentren durante esta revisión bibliográfica probablemente serán diversas, originadas por factores ambientales y orgánicos - que inciden en diferente forma sobre la conducta de las mujeres, tales como: nivel sociocultural y la edad de - la paciente, entre otros.

Considero importante hacer una elemental revisión sobre algunos temas, tales como:

- 1.- Anatomía y fisiología del útero.
- 2.- Definición de histerectomía, tipos e indicaciones.
- 3.- Funciones de las hormonas hipofisiarias y sexuales ováricas.
- 4.- Neuroendocrinología clínica.
- 5.- Conceptos generales sobre el desarrollo psicosexual.
- 6.- Aspectos psicológicos de la mujer.

Todo esto, con el propósito de conformar el marco teórico conceptual en torno al nexo entre la histerectomía y las conductas expresadas por las pacientes en el postoperatorio mediato y tardío.

El presente trabajo probablemente cuenta con algunas omisiones y errores, pero mi intención es contribuir aunque sea en forma somera, al estudio de las alteraciones psicológicas que se presentan en las mujeres después de una histerectomía. En la medida que logre este propósito me sentiré altamente satisfecha.

1. ASPECTOS FUNDAMENTALES SOBRE LA ANATOMIA Y FISIOLÓGIA DEL UTERO.

1.1 Desde el punto de vista anatómico¹ podemos afirmar que el Aparato Genital Femenino consta de dos grupos de órganos, a saber: uno externo constituido por la vulva y la vagina y otro interno conformado por el útero, las trompas y los ovarios.

1.1.1 Para fines del presente estudio nos referiremos exclusivamente a la descripción elemental del útero.

1.1.2 El útero es un órgano hueco de gruesas paredes musculares, situado en la pelvis entre la vejiga por delante y el recto por detrás.

1.1.3 Es piriforme y mide alrededor de ocho a nueve centímetros de longitud y unos cuatro centímetros de espesor.

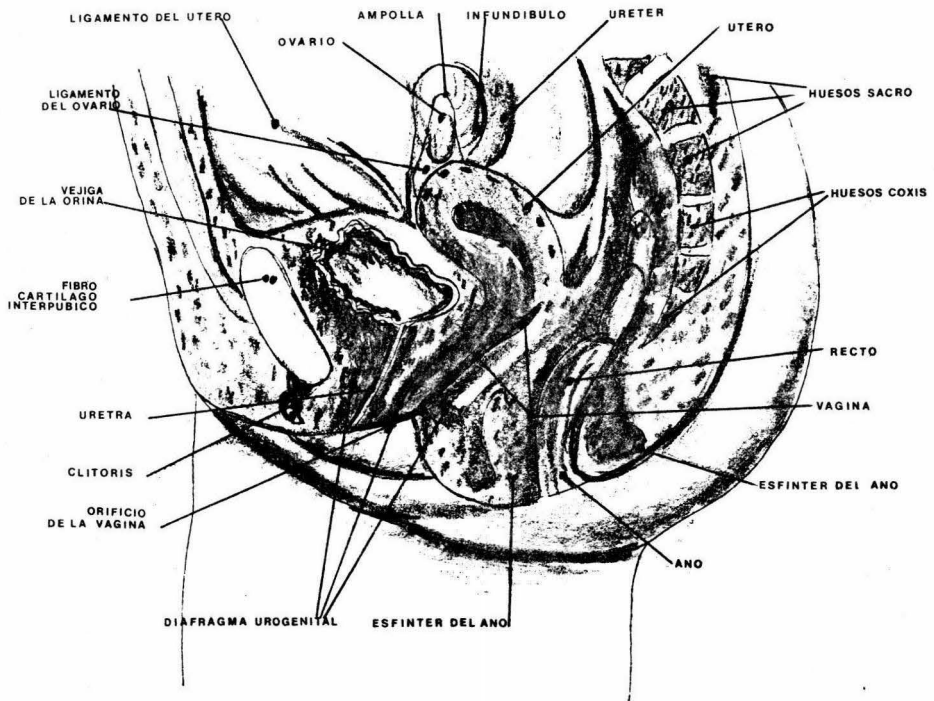
1.1.4 Puede dividirse en dos porciones: en cuerpo y cuello. La parte superior del cuerpo uterino se denomina fondo.

1.1.5 El cuello del útero a su vez tiene dos orificios: uno interno que separa al - cuello del cuerpo y otro externo que consiste en una pequeña abertura de - forma redondeada o como hendidura transversal.

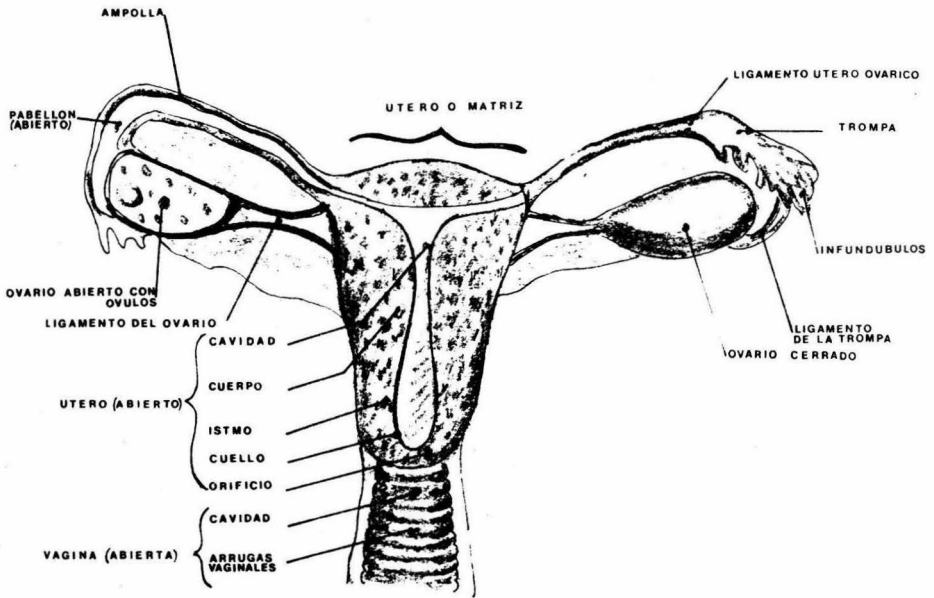
1.1.6 Entre el espacio que conforma el orificio interno y el orificio externo cervical, se encuentra el llamado canal cervical.

Ver los esquemas correspondientes.

COLOCACION DE LOS ORGANOS GENITO-URINARIOS FEMENINOS EN EL CUERPO HUMANO



ORGANOS REPRODUCTORES FEMENINOS DEL CUERPO HUMANO



1.2 Desde el punto de vista fisiológico².

El útero se encuentra en íntima relación con el cuerpo amarillo, los ovarios, el ciclo menstrual, el embarazo y el mecanismo de trabajo de parto.

1.2.1 El cuerpo amarillo ejerce una acción endócrina durante cada ciclo menstrual y su principal función se lleva a cabo durante el embarazo, al mantener la producción de progesterona y preparar así al útero para recibir y anidar al óvulo fecundado.

1.2.2 Los ovarios tienen múltiples funciones, en relación al útero forma el cuerpo amarillo al producirse el rompimiento del folículo, y posteriormente origina la progesterona, mediante la cual se sostiene el óvulo fecundado durante las primeras semanas de la gestación mientras se desarrolla la placenta.

- 1.2.3 El ciclo menstrual se caracteriza por un escurrimiento vaginal de sangre - que se presenta con un ritmo de cada veintiocho o treinta días, en cantidad aproximada de veinte a doscientos centímetros cúbicos. Esta sangre pro--viene de la descamación del endome---trio que es la capa interna que cubre al útero y se ocasiona cuando no se - presenta el embarazo.
- 1.2.4 El embarazo se presenta como resulta--do de la fecundación del óvulo por el espermatozoide, que tiene lugar en el tercio externo de la trompa uterina, posteriormente desciende para implan--tarse en el cuerpo uterino, el cual - va creciendo paulatinamente, fundamen--talmente a base de hipertrofia de todas las capas uterinas, donde permanece - aproximadamente cuarenta semanas.
- 1.2.5 La función del útero es básica durante

el mecanismo de trabajo de parto, en vista de que el producto es expulsado del útero mediante la contracción del cuerpo uterino, que va dilatando paulatinamente el cuello uterino hasta producirse el nacimiento del nuevo ser, posteriormente continúa contrayéndose hasta ocasionar el alumbramiento o expulsión de la placenta, finalmente se contrae para cohibir el sangrado uterino y en los días subsiguientes va eliminando los loquios uterinos o desechos conocidos como "entortos".

PRINCIPALES FUNCIONES DEL UTERO

CUADRO NUM. 1

CICLO MENSTRUAL

ANIDAR OVULO FECUNDADO

EMBARAZO

EXPULSAR PRODUCTO Y PLACENTA

ELIMINAR LOQUIOS UTERINOS

NO TIENE FUNCION SEXUAL

2. CONSIDERACIONES EVOLUTIVAS SOBRE LA HISTERECTOMIA

2.1 La histerectomía³ indiscutiblemente es un procedimiento válido que consiste en la extirpación del útero, puede ser total o subtotal si se deja el cuello del útero, se practica en los siguientes casos clínicos:

- a) Ruptura uterina.
- b) Pólipos múltiples en cavidad uterina.
- c) Meomas gigantes de útero.
- d) Cáncer cérvicouterino avanzado.

2.2 Riva³, afirma que el médico está obligado tanto física como moralmente a preservar hasta donde sea posible la integridad de la estructura uterina para su menstruación, procreación y funciones fisiológicas.

2.3 En general, el criterio que prevalece en México desde el punto de vista ginecológico y obstétrico en cuanto a la histerectomía es el con--

servador, por la importancia que tiene para la mujer en su función reproductora, por el contrario, en otros países y muy especialmente en Estados Unidos de América, la histerectomía se practica cada vez con más frecuencia teniendo como único objeto la esterilización, en nuestro medio no se efectúa como método para esterilizar dada la agresividad del procedimiento y por la tendencia a conservar el útero, cuyas funciones son de enorme interés psicológico para las pacientes.

- 2.4 La histerectomía vaginal⁴ es la vía de elección aunque es menos accesible que la abdominal, causa un choque operatorio de menor importancia, resulta menos nociva y en general emplea menor tiempo en la operación.
- 2.5 Desde el punto de vista histórico es una de las técnicas más antiguas de extirpación del útero.
- 2.6 En 1507 en la ciudad de Bologna, correspondió a

Berengarius practicar la primera histerectomía vaginal.

- 2.7 La principal indicación de esta técnica operatoria es el prolapso uterino. El éxito de la vía escogida depende del diagnóstico correcto y de la contraindicación precisa.
- 2.8 La técnica de la histerectomía vaginal fue descrita por vez primera en Chicago por Cristian Fenger en 1882.
- 2.9 En la actualidad⁴ tanto la histerectomía vaginal como la abdominal, tienen una indicación precisa dentro de la terapéutica quirúrgica ginecológica, ambas no se contraponen sino por el contrario, se complementan.
- 2.10 En todo caso⁴, lo fundamental es el criterio juicioso con que debe valorarse cada problema en particular, para así justificar la mejor técnica quirúrgica a emplear, basada en un estudio preoperatorio completo del cual se derivarán mejores resultados.

2.11 El Dr. Delfino Gallo⁵ considera que esta cirugía perjudica a la enferma psicológicamente sólo en la proporción de su ignorancia, su daño es mínimo si sabe con toda claridad que únicamente pierde capacidad reproductiva, quedando absolutamente normal en todos los otros aspectos.

2.12 En la paciente múltipara, así como en la perimenopáusica bien informada, su reacción en la posthisterectomía es nula o casi inexistente.

3. FUNCIONES DE LAS HORMONAS HIPOFISIARIAS Y SEXUALES OVARICAS ⁶.

- 3.1 La interrelación de factores hormonales producen la sucesión de cambios histológicos en el ovario y el útero y que varían de acuerdo a las diferentes etapas evolutivas de la mujer.
- 3.2 En forma breve describiremos algunos aspectos generales en relación a las hormonas, para que se tenga una mejor comprensión sobre ellas.
- 3.3 La hormona es una sustancia química elaborada por una glándula endócrina que regula alguna función corporal o participa en su regulación. Se dividen en locales cuando actúan en las células adyacentes al órgano que las secreta, y generales aquellas que actúan en todas las células y otras solamente en células específicas.
- 3.4 La hipófisis está situada debajo de la base del cerebro, consta de dos partes completamente distintas; la hipófisis posterior o neurohipófisis y la hipófisis anterior o adenohipófisis.

3.5 Para fines del presente trabajo analizaremos las hormonas secretadas por la adenohipófisis y de éstas específicamente a las hormonas llamadas gonadotrópicas, porque regulan las funciones de las glándulas sexuales, a saber:

3.5.1 Hormona estimulante del folículo.

Provoca en los ovarios el crecimiento y maduración de los folículos.

3.5.2 Hormona Luteinizante.

Su función estriba en producir secreción de estrógeno por los folículos de Graaf e inducir la ovulación. Al ser expulsado el óvulo pasa a las trompas de Falloppio donde puede ser fecundado por el espermatozoide y posteriormente descender al útero para anidarse y formar al nuevo ser.

Las funciones de la hormona Estrógeno son las siguientes:

- a) Estimula el desarrollo del endometrio y de la túnica muscular del útero.

- b) Es causante de la contractilidad rítmica normal que presenta la musculatura uterina.
- c) De ella depende la aparición y el desarrollo gradual de los caracteres sexuales secundarios en la pubertad, tales como el desarrollo de las mamas y el contorno redondeado del cuerpo femenino.
- d) Es causante de ciertas fases del ciclo histológico característico de las glándulas mamarias, produciendo un efecto proliferativo o de crecimiento sobre los conductos galactóforos.

3.5.3 Hormona Luteotrópica.

Hace que las células de los folículos rotos secreten la hormona Progesterona y mantener el Cuerpo Amarillo, que es necesario para preparar la superficie uterina para la implantación del óvulo fecundado.

Entre otros las funciones de la Progesterona que desde hace mucho tiempo se sabe, es que inhibe la evolución y la maduración folicular.

4. NEUROENDOCRINOLOGIA CLINICA ⁹ .

- 4.1 Las hormonas pueden causar alteraciones sobre el comportamiento del individuo, tanto las deficiencias como los excesos de diversas hormonas pueden alterar la función mental y nerviosa.
- 4.2 Las tendencias agresivas del hombre y las maneras complacientes de la mujer dependen en gran parte de sus hormonas sexuales respectivas. Así por ejemplo se ha observado a menudo en las mujeres una intensificación de la líbido y agresividad cuando reciben grandes dosis de andrógenos, por al contrario de un modo semejante puede producirse una conducta más pasiva en el hombre cuando se le administran estrógenos o cuando se les castra.
- 4.3 La secreción disminuida de la Gonadotropina se manifiesta en la mujer por trastornos en el ciclo menstrual, tal como oligorrea o amenorrea y asociados por lo común con una líbido disminuida y menos vello pubiano.

- 4.4 En general las principales alteraciones que se presentan son: irregularidades menstruales, hemorragia uterina disfuncional, pubertad precoz, etc.
- 4.5 Por lo tanto, no hay que olvidar que el útero no interviene como hemos visto en la producción de hormonas sexuales, por ello al practicarse - la histerectomía, es decir al extirparse el útero, lo único que le ocasionará a la mujer es - que ya no podrá embarazarse y tampoco tendrá - menstruación.

5. CONCEPTOS GENERALES SOBRE DESARROLLO PSICOSEXUAL ¹⁰.
- 5.1 Ya desde 1932 Pavlov emitió la opinión de que el más importante problema que se plantea el médico, es la integración de lo físico con lo psicológico, de lo objetivo a lo subjetivo.
- 5.2 Es frecuente encontrar patologías que obedecen a trastornos de un desequilibrio emocional o a una alteración de la dinámica psicosexual.
- 5.3 La actitud de todo médico ante una entidad nosológica debe concretarse a examinar el estado de la mente y del cuerpo de su paciente, ya que existe entre ambos una íntima interacción e interdependencia.
- 5.4 Es importante conocer el desarrollo psicosexual de la mujer, ya que en las perturbaciones de este desarrollo radica la etiología de gran parte de su patología no orgánica.
- 5.5 Kroger afirma que la comprensión del proceso de maduración psíquica y sexual sólo puede entenderse mediante el conocimiento de los prin-

cipios psicoanalíticos.

- 5.6 Son conocidas las grandes controversias que han despertado las teorías freudianas, sin embargo el gran mérito del ilustre vienés fue el de haber iniciado las investigaciones al respecto, y sus trabajos aunque discutidos, tienen aún importante vigencia y constituyen la base para quien desea ahondar en el estudio de la mente humana.
- 5.7 Para Freud, en cada una de las etapas del desarrollo psicosexual pueden existir fijaciones o regresiones en determinado período que se traducen en un tipo de conducta dada; esto no comprende a todo el conjunto de la personalidad que puede madurar en forma normal en varios aspectos, sino que en algunos de éstos se traduce en trastornos de conducta no siempre previsibles y con repercusiones funcionales.

6. ALGUNOS ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA ETAPA BIOLOGICA DE LA MUJER¹¹.

6.1 Flanders Dunbar hace las siguientes consideraciones:

6.1.1 No es válido considerar a los cambios climáticos hormonales como consecuencia de las psicosis evolutivas.

6.1.2 Estudios cuidadosos han demostrado que las mujeres que presentan alteraciones menopáusicas tenían como antecedentes:

6.1.2.1 Trastornos nerviosos

6.1.2.2 Pobre ajuste sexual

6.1.2.3 Carácter rígido

6.1.2.4 Un campo de interés limitado

6.1.2.5 Temor a envejecer

6.1.3 Como consecuencia de lo anterior, estas mujeres se sienten inútiles y asumen actitudes hipocondriacas. Por el contrario, esto no se presenta en aquellas mujeres que tienen intereses múltiples y enfocan su atención, ingenio y creativi-

dad a otros terrenos.

6.2 Helene Deutsch externa los siguientes conceptos:

6.2.1 Las reacciones psicósomáticas que presentan las mujeres durante el climaterio son semejantes a las de la menarquia, tales como:

6.2.1.1 Estado psicológico de dudas y vacilaciones.

6.2.1.2 Temor al futuro.

6.2.1.3 Intensificación y rechazo de su sexualidad.

6.2.1.4 Oscilación entre deseos de aislarse y una gran actividad sexual.

6.2.2 La crisis psicológica que acompaña al climaterio es algo inevitable. Sus características e intensidad de presentación están determinadas por la estructura psicológica que va adquiriendo la mujer durante los diferentes estadios de su época biológica, donde los éxitos, fracasos y conflictos juegan un papel predominante.

6.3 Therese Benedek manifiesta los siguientes puntos de vista:

6.3.1 Está en desacuerdo con Helene Deutsch - cuando afirma que el climaterio priva a - la mujer de todo aquello que recibió en - su pubertad.

6.3.2 Sostiene que la mujer adulta que logró la maternidad bien realizada y una adecuada satisfacción sexual, llega al climaterio sin experimentar trastornos psicológicos. Además, le permite dar a sus relaciones afectivas un carácter más sereno y con nuevas energías de vinculación con su - ambiente social.

6.3.3 Sobre la mujer neurótica que sufre por la consecuencia de no haber logrado el fin - de su sexo, puede ser presa de angustia frente al temor de envejecer y a la inminente pérdida de sus atractivos sexuales.

6.3.4 La reacción de cada mujer frente a la menopausia, está determinada por:

6.3.4.1 Su historia individual.

6.3.4.2 La reacción que toma el grupo social al que pertenece.

6.4 Margaret Mead dice entre otras cosas:

6.4.1 La reacción frente a la menopausia es más intensa en la mujer que no realizó su maternidad.

6.4.2 Cuanto más rechaza conscientemente la maternidad, más la necesita inconscientemente por sentirse culpable e incapaz.

6.4.3 Mientras la mujer no llega a la menopausia, conscientemente o inconscientemente se forma durante cada ciclo menstrual, la fantasía de gestar un hijo.

6.5 Mary Langer sostiene lo siguiente:

6.5.1 Por la frecuente reacción negativa de las mujeres ante la menopausia, al darse cuenta que ya no pueden satisfacer directamente sus instintos procreativos, deben sublimarse en forma adecuada en otras actividades.

- 6.5.2 Actualmente el acto sexual es separado de la procreación, la mujer puede decidir - cuando quiera tener sus hijos y además - los puede mantener. Esto se va complementando por la inseminación artificial que permite la procreación sin el acto sexual. Todo esto trae aparejado consecuencias - psicológicas y sociales de alcance imprevisible.
- 6.5.3 Actualmente la mujer empieza a comprender que la finalidad de su vida no es sólo casarse y tener hijos, sino que debe buscar otros contenidos a su existencia para darle nuevo valor a su vida.
- 6.5.4 La mujer moderna ha adquirido más libertad sexual y social, por lo que ya no sufre - tanto de cuadros neuróticos de histeria, sentimientos de culpa, etc.
- 6.6 La menstruación puede significar una manifestación placentera e inherente a la feminidad. Sim-

boliza para la mujer su juventud, su fecundidad, su capacidad de regeneración continua y cada vez la promesa de una nueva maternidad.

- 6.7 La menarquia y las primeras menstruaciones significan para la mujer una situación trascendental - para su vida futura, ya que si durante esta etapa no sufre ningún trauma, representa casi una garantía para su salud psicológica en su edad adulta.
- 6.8 Si la menarquia y las primeras menstruaciones son conflictivas durante las primeras etapas de su - presentación en la mujer, estas mismas situaciones podrían reproducirse durante su vida procreativa. Algunas veces se manifestarán en el plan - psicológico, otras en el plan somático y otras, en ambos planes.
- 6.9 La niña sin situaciones de conflicto en su medio ambiente familiar, aceptará con placer y orgullo su menarquia pese a cierto sentimiento de extrañeza y ansiedad, porque para ella significa el - inicio de su madurez juvenil y la promesa de su

futura maternidad.

- 6.10 La niña con problemas neuróticos en cambio rechazará la menarquia porque se sentirá despreciada como mujer, ya que lo interpretará como un castigo, como consecuencia de un daño a su propia persona.
- 6.11 La reacción de la mujer ante la desfloración dependerá de su madurez o inestabilidad emocional, la cual estará motivada en gran parte por la forma en que se haya desarrollado su infancia, tales como:
- 6.11.1 Situaciones conflictivas.
 - 6.11.2 De angustia.
 - 6.11.3 De agresividad.
- Que se hayan manifestado en su ambiente social.
- 6.12 Cuando existen temor y angustia hacia la desfloración, se presenta un rechazo al coito, aunque la pareja se haya elegido libremente y por amor, presentándose en esta forma la frigidez, la cual no es un obstáculo para la realización biológica de la maternidad.

- 6.13 E. Bergler considera que es frígida toda mujer que no puede alcanzar el orgasmo durante el coito.
- 6.14 Los trastornos que presentan durante el embarazo, tales como vómito, náuseas, constipación, antojos, pueden ser de causa múltiple, entre los que se encuentran los conflictos psicológicos, pero siempre significa rechazo del niño por factores de índole social, económico, afectivo, etc.
- 6.15 En el fondo el deseo de la mujer de dar a luz un hijo, proviene de su necesidad psicológica de desarrollar todas sus capacidades latentes, aunque existen otras situaciones, a saber:
- 6.15.1 Anhelar un hijo para revivir su propia infancia y darle precisamente lo que ella no tuvo.
- 6.15.2 Por rivalidad con las demás mujeres.
- 6.15.3 Por retener al marido.
- 6.15.4 Por necesidad de status, etc.
- 6.16 Las diversas formas de eludir el embarazo son:
- 6.16.1 Fobia a la desfloración.
- 6.16.2 Vaginismo.

6.16.3 Frigidez.

6.16.4 Trastornos hormonales.

6.16.5 Espasmo de las trompas, etc.

6.17 Al parto se le considera como un proceso sumamente doloroso por el cual el Gineco-Obstetra trata a toda costa de evitar el dolor y de esta forma, despoja a la mujer de toda participación consciente y activa en la experiencia únida de dar a luz un nuevo ser.

6.18 La pasividad¹² que caracteriza esencialmente a la mujer es un rasgo o un destino que le imponen sus educadores y la sociedad. Para la mujer el mundo al cual pertenece está prácticamente cerrado por todos lados, limitada y dominada por el universo masculino.

6.19 El temor de la niña se atribuye a varias situaciones, como son:

6.19.1 El embarazo

6.19.2 El parto

6.19.3 A las críticas de la gente casada

6.19.4 A las malas costumbres

6.19.5 El miedo al sexo masculino

6.20 Durante la pubertad se presenta una crisis en la niña, es cuando se hacen aparente sus características sexuales externas e internas. Su cuerpo infantil se convierte en cuerpo de mujer y ella siente perder su individualidad al ser captada por los otros sujetos como una cosa, tiene miedo a mostrar su cuerpo y adivina una dependencia que le destina al hombre, al hijo y al hogar.

6.21 Ninguna educación puede impedir que la niña adquiera conciencia de su cuerpo y sueña acerca de su destino y su actitud es de constante rechazo.

6.22 Aproximadamente a los 16 años una mujer ya ha atravesado por una serie de experiencias, tales como: pubertad, menstruación, despertar de la sexualidad, primeras excitaciones eróticas, repulsiones, algunas experiencias, etc., toda esa situación la enclaustra en su corazón, manteniendo

cuidadosamente todos sus secretos:

- 6.23 En la maternidad la mujer realiza integralmente su destino fisiológico, considera que es su vocación natural puesto que todo su organismo se encuentra orientado hacia la continuidad de la especie.
- 6.24 La mujer recibe el embarazo y la maternidad, según el esposo se sienta orgulloso o enfadado, con alegría o de mal humor, si el hijo es deseado o no, con el fin de consolidar el matrimonio, etc.
- 6.25 La mujer tiene asimismo la satisfacción de sentirse interesante como un deseo profundo desde la adolescencia y durante el embarazo tiene la oportunidad de racionalizar una serie de actos que de otro modo parecerían ante los demás absurdos. Es una forma de exteriorizar todas sus situaciones conflictivas reprimidas.

MATERIAL DE ESTUDIO

Se empleó para el presente estudio el Index Medicus de la Biblioteca del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, efectuándose una investigación bibliográfica, a fin de localizar las citas bibliográficas existentes, sobre los trabajos publicados en relación a las alteraciones emocionales que presentan las pacientes posterior a una histerectomía vaginal o abdominal.

La revisión comprendió dos décadas, de 1956 a 1976, encontrándose solamente once referencias bibliográficas con la siguiente distribución.

(Cuadro Número 2)

NUMERO DE ARTICULOS PUBLICADOS SEGUN PAISES

(Cuadro Número 2)

PAIS	NUMERO	PORCENTAJE
UNION AMERICANA	8	73 %
FRANCIA	2	18 %
MEXICO	1	9 %
TOTAL	11	100 %

CRITERIO DE INCLUSION DEL MATERIAL

Se consideró válido para el estudio los siguientes puntos de vista:

1. Que cualquiera de las bibliotecas del Distrito Federal contara con los artículos.
2. Que el idioma original escrito del artículo fuera Inglés, Francés y Español.
3. Que el artículo versara específicamente sobre el problema por investigar en el estudio bibliográfico.

CRITERIO DE EXCLUSION DEL MATERIAL

Estuvo sujeto a un solo criterio, la no existencia de los artículos publicados en las diferentes bibliotecas y hemerotecas del Distrito Federal.

El estudio se basó únicamente en ocho artículos, de los once existentes en nuestro medio, que representa un setenta y tres por ciento del total de las citas bibliográficas encontradas; cifra que considero representativa para la presente investigación bibliográfica dada por la complejidad del problema y por los escasos trabajos de investigación que se han desarrollado y publicado hasta la fecha, con estos fines.

METODO DE ESTUDIO

Se utilizó el método de investigación científica. Se partió del problema "Desconocimiento de las alteraciones emocionales que presentan las pacientes posterior a la histerectomía vaginal o abdominal". Se planteó la hipótesis de que mediante una investigación biblio-

gráfica acerca del citado problema, es factible determinar las principales alteraciones emocionales que se presentan en las pacientes posthisterectomizadas, y asimismo, poder estimar algunas consideraciones sobre sus posibles causas.

En cada uno de los artículos se procedió a una traducción y a una lectura y reflexión crítica. Una vez que se tubo el conjunto de los artículos ya traducidos, se procedió a un análisis crítico de los mismos a fin de poder hacer un informe de resultados lo más objetivo posible y de mayor utilidad práctica.

RESULTADOS OBTENIDOS

Hollender¹³ (1958), estudió a doscientas tres pacientes que ingresaron en el Hospital Psiquiátrico de Syracuse, encontrando los siguientes datos importantes:

1. El cuatro punto nueve por ciento, o sea nueve pacientes presentaron alteraciones emocionales, siendo el principal factor desencadenante la histerec-tomía.

2. La admisión de las pacientes al hospital ocurrió en entre las cinco semanas y dos meses posteriores a la operación.
3. En siete pacientes (3.9%), se presentaron síntomas compatibles con cuadros de depresión y en dos pa-- cientes (1%), se observaron síntomas compatibles a brotes esquizofrénicos.
4. Fue marcada y constante la creencia de que la ex-- tracción del útero significaba el fin de la vida - sexual, por la función que le atribuyen en la rela ción sexual. El útero representa asimismo para - ellas su imagen personal.
5. El autor señala la importancia de la preparación previa de las pacientes, para que así tengan una adecuada reintegración en su hogar y sociedad, ha- ciendo incapie en las relaciones con el esposo y con sus hijos.

Pasini¹⁴, estudió en 1966 a todas las pacientes hospi-

talizadas durante un año en la Clínica de Psiquiatría de Lausanne, encontrando los siguientes datos importantes:

1. De las ochocientas tres pacientes admitidas, cuarenta y dos tenían antecedentes de histerectomía, o sea, el cinco punto dos por ciento.
2. Los síntomas fundamentalmente encontrados y distribuidos porcentualmente, fueron los siguientes:

2.1	Actividad sexual modificada	50%
2.2	Trastornos neurovegetativos	30%
2.3	Fenómenos hipocondríacos	20%
3. Para la mayor parte de las pacientes la matriz tenía un valor simbólico afectivo intenso, representaba la capacidad reproductiva.
4. Otro grupo muy importante de pacientes le daban al útero una función sexual, algunas, una función de excreción y otras, funciones de regulación en las actividades de su vida.
5. El autor considera que cuando menos en la mitad de

las pacientes que presentaron alteraciones de la conducta, se pudieron haber evitado por medio de una adecuada preparación de las pacientes en el preoperatorio, sugiriendo para ello, lo siguiente:

- 5.1 Explicar a las pacientes sobre la estructura elemental de su anatomía y fisiología ge
nital.
- 5.2 Especificarles detalladamente sobre el tipo de intervención quirúrgica que se les pr
acticará y sus posibles consecuencias.
- 5.3 Aclararles la función que cumplen en la vi
da.

Barker¹⁵ (1968), reporta de una casuística de setecien
tas veintinueve mujeres a las cuales se les había pr
acticado histerectomía en el período comprendido del pri
mero de enero de 1960 al treinta y uno de diciembre de
1964, encontrando los siguientes datos:

1. El siete por ciento (7%) de las pacientes fueron referidas a un psiquiatra en un período comprendido hasta los cuatro años y medio posterior a la operación. Esto quiere decir que pueden presentarse alteraciones emocionales tardías.
2. El cincuenta y seis por ciento (56%) de estas pacientes tenían historia psiquiátrica previa a la histerectomía.
3. El treinta y cinco por ciento (35%) de las pacientes tenían el antecedente de separación conyugal o divorcio antes de efectuarse la histerectomía.
4. El síntoma predominante encontrado por Barker fue la depresión.

Douglas¹⁶ (1971), encontró los siguientes datos de interés:

1. La mayoría de los Gineco-Obstetras ignoran los problemas emocionales que presentan las pacientes después de la histerectomía.
2. Un gran porcentaje de mujeres que se encontraban entre la tercera y cuarta década de la vida, le -

atribuían al útero una gran importancia por ser el órgano que engendra los hijos.

3. Otras mujeres consideraban al útero particularmente una función sexual, como controlador de los ovarios, que influye en el tamaño de los senos, en el peso, así como en la distribución del pelo.
4. El presente autor hace referencia de un estudio efectuado en Checoslovaquia en trescientas cuarenta mujeres a las cuales se les había practicado histerectomía, con los siguientes hallazgos:
 - 4.1 La actividad sexual se redujo en un veinte por ciento entre la cuarta y sexta semana y en el ochenta por ciento de las pacientes a partir de las doce semanas.
 - 4.2 En relación al orgasmo:
 - 4.2.1 Una tercera parte (33%) mencionó que su satisfacción sexual fue mejorada.
 - 4.2.2 Una quinta parte (20%) afirmó que su satisfacción sexual fue reducida.

4.2.3 Aproximadamente la mitad de las pacien
tes consignaron que su satisfacción se
xual fue igual antes y después de la -
operación.

5. Considera como medida importante la preparación pre-
via de las pacientes.
6. Que la orientación psicológica y psiquiátrica de las
pacientes están en relación con la concepción que pa
ra ellas tenga el útero.

Hampton¹⁷, efectuó el estudio comparativo entre las alte-
raciones de conducta que se presentan en las pacientes -
posterior a la histerectomía con las que se les practica
ligamento tubario definitivo de tipo electivo, concluyen
do lo siguiente:

1. Los efectos psicológicos encontrados en ambos gru-
pos no fueron estadísticamente significativos.
2. Los síntomas más frecuentemente encontrados fueron:
depresión, sentimientos de culpa, desajuste sexual,

pérdida de autoestima y el deseo de querer tener más hijos y cuya edad fluctuó entre los 22 y 41 años.

El número de hijos varió entre 0 a 7.

3. De cincuenta y seis pacientes sometidas a histerec-tomía, solamente en dos de ellas se precipitó una - crisis emocional aguda.
4. La falta de una información previa adecuada a las pacientes fue general.

Flores¹⁸, se planteó la hipótesis "que los trastornos psicosexuales presentados posterior a la histerectomía son originados por falta de una información sexual duran-te el preoperatorio".

De ciento cuarenta pacientes escogidas al azar, entre el número total de histerectomía practicadas durante el pe-ríodo comprendido de los años 1967 a 1972, encontrando - los siguientes datos:

1. El setenta y nueve punto cuatro por ciento (79.4%) de las pacientes histerectomizadas no tuvieron alte-

raciones psicosexuales.

2. Un diecisiete punto dos por ciento (17.2%) de las pacientes presentaron discretas o moderadas alteraciones emocionales.
3. Solamente un tres punto cinco por ciento (3.5%) de las pacientes presentaron alteraciones francas, tales como: nerviosismo y bochornos, fundamentalmente.
4. El autor considera que la preparación psicológica de las pacientes es tan importante como la orgánica, que deben ser ajustadas a las condiciones culturales y ánimicas de cada paciente.
5. Durante la información previa se debe hacer énfasis sobre la función del útero, recalcando su nula participación en el acto sexual.
6. Es frecuente que tanto las pacientes como sus esposos las conceptúan como "vacías", "huecas" e incapaces de cumplir sexualmente, de ahí la importancia de que la educación se haga a la pareja.

Zervos¹⁹, realizó su estudio en ochenta pacientes premenopáusicas histerectomizadas, encontrando lo siguiente:

1. El treinta y tres por ciento de las pacientes, o sea veintisiete de ellas desarrollaron disturbios psicológicos, a saber:
 - 1.1 Desórdenes neurovegetativos tales como: insomnio, debilidad, anorexia, debilidad muscular, depresión ligera.
 - 1.2 Trastornos psicosomáticos severos como son: anorexia psicógena y obesidad.
2. Hace las siguientes recomendaciones generales:
 - 2.1 Tener siempre presente que se pueden desarrollar trastornos psicosomáticos después de una histerectomía.
 - 2.2 Efectuar sistemáticamente un estudio exhaustivo de las pacientes que presenten trastornos emocionales, para saber sus causas.
 - 2.3 Indicar el tratamiento adecuado, de acuerdo al tipo de paciente e intensidad del trastorno -

psicosomático encontrado.

Polivy²⁰, estudió a cien pacientes posthisterectomizadas, encontrando los siguientes datos trascendentales:

1. Prácticamente adecuado ajuste sexual, ya que solamente seis mujeres (6%) refirieron sentirse mutiladas.
2. Existen algunas situaciones que pueden considerarse como predisponentes, tales como:
 - 2.1 Antecedentes psiquiátricos previos, es decir mujeres con historia de depresión, neurosis, psicosis.
 - 2.2 Pacientes operadas innecesariamente.
 - 2.3 Inadecuada preparación de las pacientes en el preoperatorio.
 - 2.4 Mitos infundados a la operación y miedos atribuibles a la misma.
 - 2.5 Funciones que se le atribuyen al útero, cuya pérdida para muchas mujeres representa un daño a su personalidad, por ser el símbolo de -

su feminidad.

3. El autor considera que la mujer trata de encontrar la identidad de su feminidad a través de la integridad de sus órganos reproductores, en su capacidad de procrear, y en sus relaciones sexuales.

Polivy hace mención sobre los trabajos realizados por otros investigadores, siendo los más importantes, los estudios realizados por:

1. Lindeman²¹, reporta como efectos psicológicos posterior a la histerectomía los siguientes síntomas clínicos:
 - 1.1 Inquietud
 - 1.2 Insomnio
 - 1.3 Preocupación
 - 1.4 Depresión
2. Drellich²², estudió a veintitres pacientes a las cuales se les practicó histerectomía por padecimientos neoplásicos, encontrando resultados muy -

variados, tales como:

- 2.1 Temor por la pérdida de la procreación.
 - 2.2 Satisfacción por liberarse de los anticonceptivos.
 - 2.3 Angustia por la pérdida de la menstruación.
3. Kroger²³, del total de pacientes a las cuales estudió, encontró que un cuarenta por ciento de las pacientes histerectomizadas, que presentaron alteraciones de conducta tenían historia previa de:
- 3.1 Histeria
 - 3.2 Depresión
 - 3.3 Ansiedad

El autor hace las siguientes recomendaciones generales:

- a) Hacer un estudio previo de las pacientes a fin de determinar sus conductas emocionales.
- b) Tratar de aclarar cuáles son sus sentimientos en cuanto a la posible pérdida del útero.

c) Cómo ha reaccionado en otras operaciones.

Wolf²⁴, al estudiar las reacciones emocionales que presentan las pacientes posthisterectomizadas, encontró los siguientes datos de interés:

1. La extracción del útero significaba para ellas la pérdida de la feminidad.
2. Las alteraciones de conducta fueron en mayor proporción en las pacientes de bajas condiciones socioeconómicas.
3. Falta de información previa adecuada a las pacientes.

Hace como recomendación general, que a las pacientes se les debe orientar en el sentido de que la operación no les afectará en su feminidad.

A continuación se presentan tres cuadros donde se resumen los datos principales encontrados por los diferentes autores estudiados, a fin de resaltar los datos más importantes.

DATOS CLINICOS MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS

(Cuadro Número 3)

AÑO	AUTOR	PAIS	SINTOMAS
1958	Hollender	U.S.A.	Insomnio, debilidad, anorexia, depresión ligera.
1966	Pasini	FRANCIA	Trastornos neurovegetativos, perturbaciones de la actividad sexual, depresión, ansiedad, trastornos de comportamiento, manifestaciones psicóticas.
1968	Barker	U.S.A.	Depresión, otros no especificados.
1971	Douglas	U.S.A.	Depresión, disminución de la actividad sexual, alteración en el orgasmo.
1971	Hampton	U.S.A.	Depresión, pérdida de autoestima, sentimiento de culpa.
1972	Zervos	U.S.A.	Insomnio, debilidad, anorexia, depresión ligera.
1974	Flores	MEXICO	Bochornos, nerviosismo.
1974	Polivy	U.S.A.	Sensación de mutilación.

PRINCIPALES FUNCIONES ENCONTRADASQUE SE LE ATRIBUYEN AL UTERO

(Cuadro Número 4)

<u>AUTOR</u>	<u>FUNCIONES</u>
BARKER	SEXUAL
DOUGLAS	SEXUAL, CONTROL DEL OVARIO, TAMAÑO DEL SENO.
HAMPTON	SEXUAL
FLORES	SEXUAL
ZERVOS	SEXUAL
HOLLENDER	SEXUAL. IMAGEN PERSONAL
POLIVY	REPRODUCCION SEXUAL FEMENI- NA
PASINI	REPRODUCTORA, SEXUAL, EXCRECION, DE REGULACION.

FACTORES CONDICIONANTES ENCONTRADOS COMO POSIBLECAUSA DE LOS TRASTORNOS PSICOLOGICOS

(Cuadro Número 5)

<u>AUTOR</u>	<u>FACTORES</u>
BARKER	HISTORIA PSIQUIATRICA PREVIA.
DOUGLAS	IGNORANCIA DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES POR LA MAYORIA DE LOS GINECOLOGOS.
HAMPTON	FALTA DE INFORMACION PREVIA A LAS PACIENTES.
FLORES	FALTA DE PREPARACION EMOCIONAL A LAS PACIENTES.
ZERVOS	FALTA DE INFORMACION PREVIA A LAS PACIENTES.
HOLLENDER	FALTA DE INFORMACION PREVIA A LAS PACIENTES.
POLIVY	INADECUADA PREPARACION DE LAS PACIENTES, MIEDOS Y MITOS INFUNDADOS A LA OPERACION.
PASINI	FALTA DE ORIENTACION PREVIA A LAS PACIENTES.

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

Podemos citar como datos sobresalientes del presente trabajo una serie de consideraciones que más de alguna vez pueden resultar contradictorios, pero que ponen de manifiesto lo complejo y la multicausalidad de los factores que inciden en las alteraciones emocionales en las pacientes posthisterectomizadas.

A continuación se describen las diferentes situaciones encontradas que en forma directa o indirecta la determinan:

1. Antecedentes de intervenciones pélvicas sin presencia de cuadros psiquiátricos atribuibles a la operación.
2. Padecimientos psiquiátricos en los que se le atribuye a la operación pélvica como desencadenante de la misma.
3. Relación entre el número de hijos y los trastornos

emocionales concomitantes a la operación.

4. Presencia de alteraciones emocionales previos que son exacerbados.
5. Mayor propensión al desarrollo de cuadros psiquiátricos en mujeres premenopáusicas y sin hijos.
6. Frecuencia mayor de presentación de los cuadros psiquiátricos a las diez semanas posterior a la operación.
7. Sentimientos de culpa al perder la capacidad de procrear hijos.
8. Trastornos en la función sexual, tales como: pérdida del apetito sexual, imposibilidad mental de realizar el acto sexual, relaciones sexuales dolorosas.
9. Rechazo del esposo, en ocasiones abandono, ya que las considera "huecas", "vacías".
10. El útero se considera en general como el símbolo de

la feminidad.

11. La función prioritaria de tipo sexual que se le atribuye al útero, para la mayoría de las pacientes fue considerado como el centro del acto sexual.
12. Los síntomas predominantemente encontrados fueron: depresión y ansiedad.
13. Las enfermedades encontradas fueron: neurosis y psicosis.
14. Falta de significancia estadística entre la aparición de síntomas psiquiátricos y las operaciones pélvicas (histerectomía).
15. Manifestación de frustración ante la imposibilidad de poder procrear hijos.
16. En las mujeres de bajo nivel sociocultural se presentó mayor incidencia de alteraciones psiquiátricas, atribuibles a la histerectomía.

17. Las alteraciones psiquiátricas predominaron en las pacientes de 44 años de edad como promedio.
18. La mayor frecuencia de trastornos se encontraron en las pacientes que tenían antecedentes psiquiátricos o habían sido abandonadas por el esposo.
19. Se evidenció una falta de experiencia por parte de los médicos en la atención de pacientes con problemas emocionales.
20. Un porcentaje considerable de pacientes le atribuyeron al útero una función de excreción, ya que las libera del "veneno", refiriéndose al sangrado menstrual.
21. Al útero le asignaban también funciones en relación al ovario y a los senos.
22. Los trastornos psicológicos encontrados no fueron estadísticamente significativos en cuanto a: la raza, religión, número de hijos, educación, etc.

23. Falta de convencimiento pleno a las pacientes sobre la utilidad de la operación para su salud.
24. La mayoría de las pacientes aceptaron la intervención quirúrgica por presiones del estado crítico de salud y no por convencimiento.
25. La necesidad de estudios psicológicos previos a las pacientes candidatas a la histerectomía.
26. Falta de una amplia y clara información a las pacientes sobre el tipo de intervención quirúrgica a la que serán sometidas y la no repercusión con sus funciones sexuales.
27. La trascendencia de determinar con anterioridad el perfil psicosexual de cada una de las pacientes candidatas a la histerectomía.
28. Tener presente que las alteraciones emocionales atribuibles a la operación, pueden presentarse también tardíamente, o sea cuatro años después de la -

operación atribuibles a la histerectomía.

29. La personalidad de las pacientes es fundamental para la presentación o no de las alteraciones emocionales posthisterectomía.
30. El manejo psicológico y terapéutico debe ser individualizado para cada caso en particular.
31. Es indiscutible al parecer que la información preoperatoria es definitiva sobre los resultados finales de la histerectomía.
32. Se considera importante aplicar orientación a toda paciente sometida a una histerectomía.
33. En muchas ocasiones la orientación debe hacerse a la pareja, a fin de que las relaciones conyugales se establezcan en forma adecuada.
34. Se debe tener en mente que toda intervención quirúrgica, potencialmente puede desencadenar alteraciones psicósomáticas.

35. Para algunas mujeres la histerectomía significa liberarse del uso de anticonceptivos.
36. Otras pacientes referían temores de envejecimiento prematuro.
37. Probablemente las experiencias traumáticas vividas con anterioridad, favorecen la aparición de síntomas psiquiátricos.
38. Un número importante de pacientes revelaron tener una inmadurez psicológica.
39. Para otras pacientes la histerectomía les ocasionó un uso indiscriminado de sustancias hormonales a fin de conservar su feminidad.
40. Muchas pacientes tenían un prejuicio acerca de la intervención quirúrgica, tabúes.
41. La mayoría de las pacientes consideran la integridad de su feminidad a través de la conservación de sus órganos reproductores.

Como podemos constatar, los resultados obtenidos por los diferentes autores han sido de lo más variado, y todo ello lo podemos concretizar en los siguientes puntos:

1. El problema que nos ocupa resulta ser de gran complejidad, saber cuales son las alteraciones psicológicas que se presentan en las mujeres después de una histerectomía.
2. Existe en la literatura de nuestro medio poca información sobre el tema.
3. Se evidenció una auténtica falta de comunicación conyugal.
4. El complejo de superioridad del hombre se hizo aparente en varias ocasiones, así como el papel sumiso de la mujer.
5. El porcentaje de pacientes que cada autor reporta con alteraciones emocionales no es significativo, por lo tanto concluyo que la histerectomía no es causa directa de alteraciones emocionales o de conducta.
6. Falta real de equipos humanos multi e interdiscipli

narios de trabajo, a fin de realizar estudios y atenciones integrales a los pacientes.

7. Poco aprovechamiento que se hace de los psicólogos clínicos para el estudio y tratamiento de las pacientes con trastornos emocionales ocasionados por la histerectomía.
8. Los autores de los artículos reportan que sus estudios fueron realizados en hospitales psiquiátricos y hospitales de gineco-obstetricia, colaborando psiquiatras, ginecoobstetras, médicos generales y trabajadoras sociales.

C O M E N T A R I O S

En base a la serie de datos obtenidos después del estudio y análisis de cada uno de los diferentes artículos investigados, podemos contar con una amplia y veraz información que nos permite emitir algunos juicios de valor acerca de los propios trabajos revisados, pero fundamentalmente sobre las conductas psicológicas observadas en las diferentes pacientes posterior a la histerectomía vaginal o abdominal; para tal fin se ha desglosado de la siguiente manera:

1. EN RELACION A LOS ARTICULOS

- 1.1 Criterios metodológicos no bien definidos en cuanto al planteamiento a investigar.
- 1.2 Falta de precisión en las hipótesis de trabajo planteadas en los diferentes artículos.
- 1.3 En general, faltó especificar las variables o condicionantes específicas a estudiar.
- 1.4 Las condicionantes o variables que surgieron

durante el desarrollo de la investigación no fueron contrastadas.

- 1.5 Los autores reportan promedios de edad que van de los 30 a 45 años o se refieren a la premenopausia como si esta ocurriera en una edad determinada.
- 1.6 En general los resultados obtenidos no fueron sujetos a un tratamiento estadístico para ver su significancia, confiabilidad y validez.
- 1.7 Los resultados obtenidos fueron inconstantes, variables y muchas veces contradictorios entre un trabajo y otro.

2. EN CUANTO A LAS PACIENTES

- 2.1 Mostraron en su mayoría un desconocimiento elemental sobre la estructura y funciones de su aparato genital.
- 2.2 La cosificación de la mujer por parte del esposo todavía prevalece en forma importante.
- 2.3 Existen prejuicios acerca de la intervención -

quirúrgica, que la consideran como mutiladora y que conlleva a la pérdida de la feminidad.

- 2.4 La mujer le atribuye una función prioritaria al útero.
- 2.5 No existe una adecuada comunicación conyugal y la confianza al médico cuando existe, es precaria.

3. EN CUANTO A LOS MEDICOS

- 3.1 Inadecuada relación médico-paciente, falta de empatía para con sus pacientes.
- 3.2 Desconocimiento de los trastornos emocionales que las pacientes pueden presentar como consecuencia de una intervención quirúrgica.
- 3.3 Falta de experiencia en el manejo de pacientes con trastornos emocionales.
- 3.4 Necesidad de que el médico pueda:
 - 3.4.1 Evaluar y analizar las quejas y el intento de relacionarlas con la operación.
 - 3.4.2 Proporcionar información veraz a la paciente con respecto a la vida y salud -

de su cuerpo.

3.4.3 Proveer vigor moral y estimulación del in
terés, conjuntamente con la medicación de vida.

3.5 Debe tener presente que el estudio integral de las pacientes es imprescindible, esto es, valorarlo desde el punto de vista orgánico, psicológico y social.

3.6 Debe tener presente que está atendiendo a un sujeto y no a un objeto, por lo tanto tiene sentimientos, emociones y angustias.

3.7 El tratamiento de cada paciente debe ser individualizado para cada caso en particular.

3.8 Tener presente que la aparición de los trastornos emocionales son más frecuentes para algunos grupos vulnerables, tales como premenopáusicas, infértiles, solteras y viudas.

3.9 Tener en mente las condiciones socioculturales de sus pacientes, así como las condiciones del medio ambiente en el que habita.

3.10 El control de las pacientes debe prolongarse por el tiempo que sea necesario.

4. EN RELACION A LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA ENCONTRADAS EN LAS PACIENTES

4.1 Los síntomas psiquiátricos observados en su mayoría fueron manifestaciones leves o moderadas, tales como: nerviosismo, ansiedad, angustia.

4.2 Los cuadros psiquiátricos severos, tales como: depresión, psicosis, brotes esquizofrénicos, en general existían los antecedentes previos de la enfermedad, por lo tanto no pueden ser atribuibles únicamente a la operación.

4.3 Las alteraciones emocionales que presentaron las pacientes en general son controladas con psicotrópicos específicos.

4.4 En términos generales, las repercusiones que las alteraciones emocionales pueden ocasionar en el seno familiar de estas pacientes, al parecer son poco trascendentales, a no ser la de los cuadros agudos, que fueron excepcionales.

R E C O M E N D A C I O N E S

A fin de prevenir males mayores, ejercer acciones oportunas y asimismo conservar el estado de salud mental de las pacientes posterior a la histerectomía vaginal o abdominal, es válido, útil y de gran interés tomar a consideración los siguientes conceptos generales:

1. Toda histerectomía por sí sola es susceptible de ocasionar trastornos emocionales de diversa índole, que puede ir de lo simple a lo complejo, independientemente del estado psiquiátrico previo de las pacientes.
2. Se debe proporcionar una amplia, clara, adecuada y oportuna información a toda paciente candidata a una histerectomía, explicándole acerca de su anatomía, fisiología, tipo de operación a que será sometida, de la no participación del útero en las relaciones sexuales, etc.

3. Realizar siempre un estudio psicológico a todas aquellas pacientes que serán sometidas a una histerectomía electiva y una posterior a las que sean operadas de emergencia, a fin de conocer el grado de su desarrollo psicosexual y madurez emocional, a fin de poderles proporcionar el apoyo y ayuda adecuados a su personalidad y propia ideosincrasia.
4. Necesidad urgente de que se divulgue entre la población general, aspectos elementales sobre educación sexual y sobre la naturaleza y constitución de los órganos reproductores.
5. Crear conciencia en las mujeres sobre el papel social que deben desarrollar en su familia, sociedad y comunidad, y que no solamente deben realizar su función biológica.
6. Explicarles en forma clara a las pacientes que las relaciones sexuales estriban en la mente y en su vagina, por lo tanto, la extirpación del útero, cuando

está plenamente justificada desde el punto de vista médico, debe llevarse a cabo y no debe ocasionar por lo tanto, ninguna repercusión emocional.

7. Procurar establecer una adecuada comunicación y relaciones con su esposo, familia y sociedad con que vive.

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

1. EDMUND, R. NOVAK. "ANATOMIA" . TRATADO DE GINECOLOGIA. SEXTA EDICION. PAGS. 6-15 INTERAMERICANA, 1964.
2. BERNARDO A. HOUSSAY. "OVARIO, CUERPO AMARILLO, MENSTRUACION, GESTACION, PARTO". FISIOLOGIA HUMANA. PAGS. 840, 853-8, 843, 857, 884. TERCERA EDICION. EL ATENEO, 1960.
3. TRINIDAD, J.R. "CESAREA HISTERECTOMIA E HISTERECTOMIA EN EL PUERPERIO". MONOGRAFIAS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. 84: 199-215. MEX., 1969.
4. ISLAS, C.R. "HISTERECTOMIA VAGINAL". MONOGRAFIAS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. 85: 163-178. MEX., 1973-1974.
5. GALLO, D. "IMPLICACIONES PSICOLOGICAS RELACIONADAS CON LA HISTERECTOMIA. GINEC. OBSTET. MEX., 26: 437, 1969.
6. NOVAK, J. "HISTERECTOMIA". TRATADO DE GINECOLOGIA. SEXTA EDICION. PAGS. 43-51, 1964.

7. NOVAK, J. "FISIOLOGIA Y ENDOCRINOLOGIA DE LA MENS-
TRUACION". TRATADO DE GINECOLOGIA. SEXTA EDI-
CION. PAGES. 59-60, 1964.
8. ARTHUR, C.G. "INTRODUCCION A LA ENDOCRINOLOGIA,
HORMONAS HIPOFISIARIAS. FISIOLOGIA HUMANA.
PAGES. 438-439, 1960.
9. WILLIAMS, R.H. "NEUROENDOCRINOLOGIA CLINICA". TRA-
TADO DE ENDOCRINOLOGIA. CAP. XIV PAGES. 678-
682, 1963.
10. PLACENCIA, M.N. "ENFERMEDADES GINECOLOGICAS DE ORI-
GEN PSICOSOMATICO". MONOGRAFIAS DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA. 85: 319-331. MEX. 1973-1974.
11. LANGER, M. "MATERNIDAD Y SEXO". CUARTA EDICION.
EDITORIAL PAIDOS. PAGES. 13-225, 1976.
12. BEAUVOIR, S.E. "LA INFANCIA, LA JOVEN, LA INICIA--
CION SEXUAL, LA MADRE, EL SEGUNDO SEXO. TOMO
II. EDITORIAL SIGLO XX. PAGES. 13-152, 261,
308, 1975.
13. HOLLENDER, M.H. "A STUDY OF PATIENTS ADMITED TO A
PSYCHIATRIC HOSPITAL AFTER PELVIC OPERATIONS".
AMER J. OBSTET. GYNEC. 79: 498-503. MAR. 60.

14. PASINI, M.W. "PSYCHODINAMICS OF HYSTERECTOMY". BULL
FED. SOC. GYNECOL OBSTET LANG FR. 22: 281-5. JUN-
AUG. 70.
15. BARKER, M.G. "PSYCHIATRIC ILLNESS AFTER HYSTERECTOMY".
BRIT. MED. J. 2: 91-95 13 APR. 1968.
16. DOUGLAS, G.N. "EMOTIONAL PROBLEMS ASSOCIATED WITH
HYSTERECTOMY". J. AM. OSTEOPATH ASSOC. 70: 1345-
6, AUG. 71.
17. HAMPTON, P.T. "HYSTERECTOMY AND TUBAL LIGATION: A
COMPARISON OF THE PSYCHOLOGICAL AFTERMATH". AM.J.
OBSTET. 119: 949-52. AUG. 74.
18. FLORES, C.O. et. al. "PSYCHOSEXUAL AND CLINICAL EVA-
LUATION OF PATIENTS FOLLOWING HYSTERECTOMY".
GINECOL OBSTET. MEX. 38 (227): 171-6, SEP. 75.
19. ZERVOS, S.K. et al. "PSYCHOSOMATIC DISTURBANCES
FOLLOWING HYSTERECTOMY PERFORMED AT A PREMENOPAUSAL
AGE". INT SURG 57: 802-4, OCT. 72.
20. POLIVY, J. "PSYCHOLOGICAL REACTION TO HYSTERECTOMY:
A CRITICAL REVIEW". AM. J. OBSTET. GYNECOL. FEB.
74 (23 REF.).

21. LINDEMANN, E. AM. J. PSYCHIATRY, 98: 132, 1941.
22. DRELLICH, M.G., BIEBER, I. AND SUTHERLAND, A.M.:
CANCER 9: 1120, 1956.
23. KROGER, W.S. CONSULTANT, OCTOBER, PAG. 25, 1963.
24. WOLF, S.R. POSTGRAD MED 47: 165, 1970.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

165
PSI



DISEÑO DE PLANES DE ESTUDIOS:

UN PROGRAMA DE TRABAJO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTAN:

NORMA PATRICIA GARRIDO GARCIA
GABRIELA RODRIGUEZ RAMIREZ

25033.08

2/NAME

1978

84

EJ. 2