

MESAS REDONDAS ACADEMICAS

EL ENFOQUE HUMANISTA EN LA GINECOLOGIA ACTUAL *

I INTRODUCCION

EFRAÍN VÁZQUEZ ‡

El pensamiento médico se considera con justicia como uno de los indicios más fieles del ambiente cultural de la época y lugar en que se desenvuelve. Puede asegurarse con toda propiedad que su enfoque sirve como termómetro que revela el estado anímico, la ideología general prevalente en un momento dado y la imagen que el hombre tiene de sí mismo y del ambiente que lo rodea. Refleja, igualmente, las inquietudes sobre el futuro individual y colectivo que preocupan a los hombres de pensamiento y sirven como guía a aquellos encargados de la acción.

* Mesa redonda presentada en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina celebrada el 23 de mayo de 1973.

‡ Académico numerario. Hospital Español de México.

Librada la medicina del dogmatismo tradicionalista, la disección del cuerpo humano, abierta con el bisturí de Vesalio, pasó por el microscopio de Virchow y sus generaciones cercanas y ha profundizado hasta los niveles moleculares con los Szent-Györgi, Watson y Crick, Ochoa, Pauling, Jacob, Monod y tantos otros de nuestros días, presentándonos cada vez un panorama más complejo y fascinante de la trama orgánica que sirve de sustrato anatómico a la complicada fenomenología que es la vida humana. En concordancia con la época relativa, la ideología médica vislumbró con la Ilustración una explicación racional de su problemática, y con el racionalismo del siglo XIX, llevado hasta el primer tercio del actual, se creyó tener al alcance de la mano un contexto mecanicista complejo pero inteligible y por

ende, fácilmente manejable a voluntad, de acuerdo con los principios del ciego determinismo bioquímico y biológico.

Vivimos en nuestros días una nueva crisis de valores del pensamiento y se palpa en el ambiente una profunda desilusión del hombre respecto a los beneficios reales de la revolución industrial, respecto a las supuestas ventajas del dominio de las fuerzas naturales, que permite usarlas tanto para el bien de la humanidad como para fines totalmente aviesos, e incluso se pone en duda si los avances de la civilización tecnológica y tecnocrática son realmente benéficos o sólo quimeras prohibidas que, al contacto con la realidad, se vuelven contra sus creadores.

Desilusionada también la medicina en general de las promesas incumplidas del enfoque mecanicista de la vida y de los tropiezos que le ha traído la cortedad de miras que representa, está orientándose en los últimos lustros hacia un concepto más integral del hombre y de sus problemas relativos a la restauración,

conservación y mejoría de la salud, entendida no ya como ausencia de enfermedad, sino como equilibrio dinámico y constante entre el yo orgánico, el yo psíquico, el nosotros social y el ambiente multidimensional que lo rodea. La ginecología, específicamente en contacto con un aspecto tan trascendental de la salud individual y de la especie como es la reproducción, está cambiando también sus horizontes y ampliándolos desde la mera resolución quirúrgica, frecuentemente mutilante, que prevalecía a principios del siglo, pasando por la solución quimioterapéutica de las infecciones y por la manipulación de los trastornos endocrinos por medio de hormonas, y se está orientando en el momento actual, sin perder los beneficios previos, hacia una concepción que, al igual que la medicina general, tiende a comprender los problemas de la mujer en un marco flexible, que incluya todas las facetas que complementan el concepto humanista integral que hoy se piensa que debe ser el que prevalezca.

II PECULIARIDADES DE LA CONSULTA GINECOLOGICA DESDE EL PUNTO DE VISTA PSIQUIATRICO

CAROLINA BABER DE ARUFFO *

Es este un tema de tal extensión y engloba aspectos tan diversos que me limitaré a tocar solamente uno de ellos, que en mi experiencia como psiquiatra que se dedica al estudio de los problemas psicopatológicos en enfermas ginecoobstétricas, reviste particular importancia.

* Hospital Español de México.

Tengo la certeza, por otros compartida, de que la relación interpersonal del médico con sus pacientes es el eje en torno del cual ha de organizarse la práctica de la medicina clínica.

Esta afirmación es particularmente válida en el área de la ginecología y la obstetricia, áreas en las cuales se pide

a menudo que el médico intervenga como profesional en problemas de relación intrafamiliar y de trascendencia social.

En efecto, la comprensión de esta relación médico-enferma y su manejo por parte del primero, determina en grado importante la buena marcha de su trabajo cotidiano, tanto en el hospital como en el consultorio. Se trata de una relación recíproca, una interacción dinámica, en la cual el médico, la enferma y su enfermedad forman una unidad indisoluble.

Aunque las relaciones que el ginecólogo establece con sus pacientes son altamente individualizadas, se pueden situar entre dos polos:

El médico que adopta una posición estrictamente técnica; que se relaciona con la mujer como objeto de indagación científica, y que trata a la enfermedad o al órgano enfermo, sin englobarlo en la totalidad de la persona que sufre. La relación médico-paciente es en este caso despersonalizada; ni la personalidad del médico, ni la de la enferma se ven involucradas; la actitud del médico es estereotipada y a ella ha de ajustarse la enferma.

En el polo opuesto la enferma es vista como una persona que sufre y el médico se vincula con ella a un nivel más personal y humano. Esta relación es, desde el primer momento, más significativa, más matizada y más cercana a lo que es el núcleo de la personalidad del médico y de la mujer; implica actitudes más flexibles y adaptables a las características de cada situación, y cada caso particular implica también mayor compromiso y participación por parte del médico.

Ciertamente, el modelo de relación médico-paciente estrictamente técnico, puede ser suficiente y aun conveniente en situaciones en las cuales lo único que la

enferma espera del médico es una acción profesional limitada e inmediata, un diagnóstico y una prescripción. Pero ocurre que este modelo de relación que se expresa en una actitud cortés, objetiva y despegada, es ineficaz en situaciones en las cuales los síntomas y las preocupaciones de la mujer encierran elementos y consecuencias psicológicas importantes.

Se trata de problemas como la dismenorrea, la frigidez, la esterilidad, las algias pélvico-lumbares y los cambios biopsicológicos del climaterio, en los cuales el componente psicológico es prominente y el contacto entre el médico y la enferma ha de ser prolongado o repetido. En estos casos, un modelo humano de relación es indispensable y una actitud puramente técnica es del todo ineficaz.

Quiero llamar la atención sobre el proceso de interacción recíproca que se establece cuando la relación con la paciente es a nivel humano. Freud examinó esta relación en todos sus elementos y resaltó sus componentes infantiles e irracionales, a lo cual llamó transferencia.

La transferencia es el rostro médico de la corriente afectiva que se establece en toda relación humana que no sea trivial. Su examen nos permite comprender mejor la influencia del médico en sus enfermas. Cuando tiene un carácter positivo se traduce por una actitud de aceptación, confianza y dependencia por parte de la mujer, pero cuando es de carácter negativo, la enferma se aleja, desconfía y se resiste a cooperar con el médico.

En la práctica de la ginecoobstetricia, la relación entre el médico y sus enfermas adquiere particular intensidad y especiales resonancias y contenidos. Esto se explica, por un lado, por el carácter íntimo de los problemas que se consultan y la natura-

leza de las maniobras y contactos físicos que están implicados en el examen y tratamiento y, por el otro, por el simbolismo que las enfermedades ginecológicas tienen en el inconsciente de la paciente.

Se trata de una relación que en un grado mayor que en otras ramas de la medicina, tiende a suscitar una dependencia y una entrega intensas por parte de la mujer. Esto, cuando la transferencia es positiva, se expresa por la actitud proselitista de la paciente, que toma como tarea propia la de incrementar el prestigio y la clientela de "su médico"; y cuando la transferencia es negativa, en los celos, el despecho y tantos otros elementos irracionales y vengativos que mueven a algunas enfermas a desacreditar al profesional.

Es frecuente que la poderosa carga afectiva convierta al médico, en la fantasía de la mujer, en una omnipotente figura paterna, hecho que, en no pocas ocasiones, es una defensa contra la erotización de la relación. Cuando esta circunstancia no es debidamente advertida y manejada por el ginecólogo, puede ser causa de situaciones equívocas.

La transferencia tiene su contrapartida en los sentimientos y reacciones que suscitan en el médico la personalidad y la conducta de sus enfermas, sus temores, inseguridades, necesidades y deseos.

Si este intercambio afectivo, que es la relación médico-paciente, es reconocido y manejado como un instrumento al servicio de la enferma, las posibilidades que tiene el médico de influir favorablemente en ella se acrecientan, pero si el médico no tiene advertencia de sus vicisitudes, sus implicaciones y sus riesgos, es causa de fracasos.

Un aspecto de este "tener advertencia" consiste en la capacidad, por parte del

médico, de percibir el impacto de su propia personalidad, su estilo, sus actitudes profesionales, sobre mujeres cuyas personalidades varían considerablemente.

Desafortunadamente hay médicos que no se percatan del poder de sus palabras, de su habilidad para inducir tranquilidad y confianza, del impacto de su arrogancia, su paternalismo, su maternalismo, o sus actitudes inadvertidamente seductoras, sobre la sensibilidad de las pacientes que los consultan.

Para percatarse de este impacto, el médico debe ser capaz de identificar los rasgos predominantes en el carácter de la mujer y tener la sensibilidad necesaria para responder a sus necesidades, dentro del marco de la conducta profesional.

El ginecólogo, más que ningún especialista con excepción del psiquiatra, necesita desarrollar esa particular sensibilidad, que le permita inferir, a partir de sutiles mensajes no verbales, las corrientes subterráneas de afectos, fantasías y sentimientos que matizan las reacciones de sus enfermas.

No hay por qué pensar que esta sensibilidad especial sea algo que tenga que dejarse a la intuición o al talento natural del ginecólogo. La experiencia del psicoanálisis ha comprobado que se trata de un componente de la relación médico-paciente, que puede, y debe, ser objeto de observación, enseñanza e investigación científicas.

Quiero hacer hincapié en un punto más, relacionado con todo lo anterior, y es el hecho de que los órganos, cada órgano, tiene resonancias afectivas y un valor simbólico que van mucho más allá de su fisiología.

En la psicología femenina, los atributos de la feminidad encierran una carga de

sentimientos, fantasías y expectativas muy elevada. La imagen corporal, la capacidad de atracción y procreación, son fuentes poderosas de seguridad. De ahí que la pérdida de los atractivos femeninos y del poder reproductor, aun cuando sea consecuencia del proceso natural de la vida, modifican profundamente la imagen que la mujer tiene de sí misma y

puede ocasionar miedos irracionales, inducir angustia y depresión.

Para concluir, la dimensión psicológica en la práctica de la ginecología requiere por parte del médico, además de la comprensión profunda de la relación con sus pacientes, de su voluntad y capacidad para aprovechar su personalidad como instrumento de estudio y tratamiento.

III LA ACTITUD DE LA ADOLESCENTE POR TEMOR, IGNORANCIA O MALA INFORMACION ANTE LA CONSULTA GINECOLOGICA

JAVIER SOBERÓN-ACEVEDO *

El tema que vamos a considerar plantea problemas desde un principio, ya que no existen términos adecuados o límites precisos para determinar lo que es la adolescencia; así vemos que gentes como Marshall la definen como "el periodo en el cual el organismo se hace sexualmente maduro y está caracterizado por cambios constitucionales, dentro de los cuales el sexo se diferencia ampliamente". En cambio, otros la definen en forma más simplista, como "el proceso de crecimiento", o "el periodo entre la pubertad y la madurez", o bien como "el periodo entre los 12 y los 17 años".

Esperando que en un futuro no distante exista algún acuerdo basado en fenómenos biológicos, que puedan definir mejor esta etapa de la vida, debemos considerar que la adolescente no sólo madura física-

mente, sino también sufre una modificación psicológica. Durante esta época, la mujer tiene que enfrentarse con muchos problemas, conflictos, malos entendimientos y fantasías, y es hasta recientemente que algunos investigadores han dedicado esfuerzos considerables para intentar descubrir las personalidades y motivaciones que sufren.

De acuerdo con esto, las principales características psicológicas de la adolescente pueden sintetizarse en la forma siguiente:

1. Hay una rebelión contra y con alejamiento de su familia, particularmente de sus padres y sus valores.
2. Hay una intensa preocupación con su nuevo cuerpo, que tiene para ella un significado importante.
3. Su propio grupo de curiosidades son de vital importancia en su desarrollo. La libre elección de sus curiosidades refleja la imagen del individuo adolescente.

* Académico numerario. Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social.

4. Las urgencias sexuales o los sentimientos se hacen intensos y ganan considerable expresión en fantasías y en la masturbación temprana.

5. Hay un aumento en la función emocional e intelectual. En este tiempo, ellas necesitan establecer su propia identidad y descubrir qué clase de persona están siendo, y cuidadosamente buscan un modelo en los adultos.

Ahora bien, hasta hace no muchos años pocas adolescentes eran vistas por el ginecólogo; pero es indudable que en la actualidad las madres llevan a sus hijas cada vez más frecuentemente con el especialista para el tratamiento de sus desórdenes genitales. Cuando estas jóvenes requieren consultar con el médico generalmente están desorientadas, o al menos lo está la madre, acerca de la elección del tipo de médico, ya que consideran que son demasiado grandes para el pediatra y demasiado jóvenes para el ginecólogo. Como resultado, frecuentemente sus problemas permanecen sin resolver hasta el momento del matrimonio.

No hay duda de que existe reticencia para llevar a cabo exámenes pélvicos; quizá el principal obstáculo sea la tendencia anormal de los padres a impedir la observación de los genitales de sus hijas, pensando en su virginidad como algo sagrado, que nunca debe ser manejado antes del matrimonio. Esta profunda filosofía social ha sido arrastrada a través de los siglos de la existencia humana; puede ser reconocida a través del Talmud y del Nuevo Testamento, es parte de la enseñanza budista y mahometana y es especialmente notoria en los países latinoamericanos.

Las madres están firmemente convencidas de que sus hijas deberán ser virge-

nes, pero, desafortunadamente, la mayor parte de ellas carecen de conceptos sobre la anatomía femenina y lo que es realmente la virginidad, de tal modo que muchas de las madres y las hijas no conocen la localización y características del himen. Pero no solamente es responsabilidad de la madre, sino que, aun el médico mismo continúa apoyando esta inviolabilidad de la vagina y lo manifiesta por el rechazo que muestra para hacer el examen de las adolescentes.

Se ha hecho énfasis sobre las implicaciones psicosexuales que puede determinar el examen pélvico en la adolescente; sin embargo, cuando éste es hecho en forma adecuada, se puede asegurar que no provocará ningún detrimento en su futura vida sexual. Inclusive existen autores que afirman que es útil llevar a cabo este tipo de exámenes durante la adolescencia para facilitar un ajuste adecuado y, aún más, señalan que todas las jóvenes deberían tener algún tipo de examen de sus genitales en el momento de la menarca, continuándolos cada dos años hasta la madurez. De esta forma, ellos piensan, la niña tendrá menos temor y menos perturbaciones mostrará a la exposición de los genitales.

No insisten necesariamente en un examen pélvico, digital o instrumental, pero sí consideran que al menos debe hacerse un examen externo de los genitales y un examen rectal.

Antes de que un clínico intente hacer el examen pélvico de una adolescente, debe hacerse consciente de los muchos temores, ansiedades y fantasías, que estas jóvenes pacientes pueden tener. Durante esta época de la vida la madurez de la niña toma su lugar en la sociedad. El rápido desarrollo de los senos, del vello

pubiano y axilar, así como la menarca, conducen al despertar del instinto sexual y a la esperanza de alcanzar la madurez femenina. La mujer adolescente debe enfrentarse a una serie de problemas a los cuales la mayor parte de las veces está dando una falsa respuesta. La menstruación misma crea una multitud de fantasías que pueden persistir al través de la vida adulta. Es también la época de su vida en que aparece el acné y ella se hace menos atractiva, precisamente cuando la popularidad significa mucho; sus condiciones escolares y la planeación para el futuro crean conflictos adicionales.

En su inocencia, la joven puede haber participado en incidentes homosexuales o heterosexuales, sin haber tenido ningún conocimiento real del significado de tales eventos. Ella puede masturbarse y tener sentimientos delictuosos en relación con sus genitales y especialmente acerca de la exposición de ellos al examen físico.

El médico sabe que el examen pélvico es diferente de otros tipos de exploración física, como pueden serlo el observar la garganta, palpar el abdomen, escuchar el corazón y otros. Debe también tener pleno conocimiento de que la niña puede fantasear, imaginando que el médico la está atacando y haciéndole daño en alguna forma. Así mismo debe tener comprensión hacia la adolescente acerca de los sentimientos de culpa sobre sus nuevos impulsos sexuales.

Es necesario un entendimiento adecuado de la paciente por parte del médico. De otra forma, prácticamente sería imposible examinar a una mujer aprehensiva, cuyos muslos estén firmemente adducidos y quien no esté dispuesta a que un hombre extraño vea y palpe sus órganos genitales.

La elaboración de una historia clínica útil de la adolescente puede ser muy simple o muy frustrante para el médico. Si la paciente es reticente, poco observante, hostil, tímida, aun la paciencia y la perseverancia pueden fallar para obtener una información adecuada. Usualmente una actitud amistosa del ginecólogo puede determinar que la paciente discuta más ampliamente sus problemas.

El grado en que la paciente es inhibida refleja su madurez emocional. Generalmente la muchacha que viene a consulta tan sólo por insistencia materna, es poco comunicativa; si va acompañada por su madre negará la historia dada por ella; además, frecuentemente minimiza los síntomas que su progenitora piensa que son importantes; en resumen, fácilmente se encuentran indicios de disturbios emocionales entre la madre y la hija.

De nuestras experiencias con la vida y con las pacientes, cada uno de nosotros se ha creado una serie de ideas, un armazón de referencias, una manera de pensar, tratar y comprender a aquellas personas con las cuales entramos en contacto. Estas suposiciones son las que hemos encontrado adecuadas para valorar y tratar diversos tipos de personas y enfermas. Cuando elegimos las suposiciones adecuadas, los signos que presenta la persona considerada resultan claros y manifiestos, y tendemos a actuar y dar consejos que corresponden a las necesidades del paciente particular. Por desgracia para muchos de nosotros, el conjunto de ideas preconcebidas que entran en juego cuando la paciente es una adolescente, no es tan claro como con una niña o una mujer adulta.

No cabe duda que la educación de la juventud podrá ayudar a hacer desapare-

cer muchos de los conflictos emocionales, pero esto seguramente tomará varios años de aprendizaje, aunque mucho puede

hacerse ahora en lo que toca a padres y médicos, si se les hace conscientes de las necesidades y deseos del adolescente.

IV EDUCACION SEXUAL ELEMENTAL DE LA MUJER EN LA EPOCA PERIMATRIMONIAL

ENRIQUE GUTIÉRREZ-MURILLO *

Un porcentaje grande de las mujeres adultas que concurren al consultorio del ginecólogo manifiestan que al llegar al matrimonio tenían una gran inexperiencia y, en algunas ocasiones, una total ignorancia acerca de la vida sexual matrimonial. Esta falta de información la sufren no solamente quienes no han tenido oportunidad de recibir educación superior, sino incluso varias médicas han demostrado no poder aplicar a su persona los conocimientos que con soltura solían exponer acerca de la anatomía, la fisiología y la patología femeninas.

Por otro lado, todos los médicos sabemos que los adultos, hombres y mujeres, no sabrían decir qué porcentaje de ellos tienen entre sus antecedentes el haber sufrido en la infancia o en la adolescencia agresiones psíquicas que puedan dar lugar, tiempo más tarde, a la aparición de una neurosis, y que frecuentemente la situación se equilibra, lo que permite una cierta normalidad; ésta, en el fondo, no es más que un equilibrio inestable, susceptible de perderse con la aparición de un nuevo choque. La iniciación del matrimonio puede ser fuente de tensiones, de

choques, y otros problemas capaces de desencadenar una neurosis latente. La noche de bodas para muchas mujeres no deja de ser una experiencia profundamente traumática, cuando se conjugan la ignorancia de la mujer con la inexperiencia del varón.

Con estas premisas como antecedentes, salta a la vista la importancia que la educación sexual tiene para la mujer que va a contraer matrimonio en fecha próxima. El ginecólogo deberá enfrentarse con esta tarea de información y formación, no sólo de la mujer, sino de la pareja próxima al enlace.

¿Sobre qué temas debe girar esta enseñanza? Sobre aquéllos cuyo desconocimiento puede ocasionar el fracaso del matrimonio y aquéllos que normalmente inquietan a la mujer.

Es necesario puntualizar a la pareja que pretende contraer matrimonio la diferencia capital entre enamorarse y amar. El enamoramiento es una atracción en la que juegan, de manera importante, los sentidos y la atracción sexual; en cambio, en el amor existen además de eso otros elementos tanto o más importantes que ellos. Tales son, por ejemplo, la amistad que trae aparejada la igualdad, la ternu-

* Académico numerario. Hospital Español de México.

ra que consigue intimar con el otro y la sensualidad que consagra el cuerpo como elemento de amor.

De la concurrencia de estos tres elementos nace la madurez sexual. Del crecimiento armónico de ellos debe originarse esa madurez que hace que el otro deje de ser *un objeto sexual* para convertirse en *fin sexual*.

Es conveniente recordar a la pareja que la persona humana tiene una sexualidad que aparece desde la infancia en forma rudimentaria y que se va perfeccionando a medida que progresa en el tiempo mediante la educación.

En esta sexualidad humana se describen las siguientes etapas: la infantil, que es una etapa confusa, no precisa; la de masturbación, aquélla en la que el sujeto descubre el placer a solas; la de homosexualidad, en la que el individuo descubre el placer con otro; la del queridísimo, en la que el sujeto descubre el placer con una persona del otro sexo, y por último la etapa del amor pleno, en que se descubre el placer de la unión personal. Es lógico pensar que entre más maduras sean las personas las posibilidades de alcanzar el amor pleno serán mayores. Es frecuente, sin embargo, que alguno de los integrantes de la pareja haya quedado detenido en alguna de las etapas anteriores y eso constituya un motivo importante de fracaso matrimonial.

Las mujeres que van a casarse, a pesar de que un porcentaje alto de ellas practican eso que los sajones denominan *petting*, que está integrado por toda clase de contactos físicos: besos profundos, manipulaciones en senos y genitales externos, y la unión de los genitales sin llegar a la penetración, pero alcanzando frecuentemente el orgasmo, no es raro

que ignoren el mecanismo íntimo de las relaciones sexuales. En la consulta pre-nupcial la mujer frecuentemente se muestra inquieta sobre la desfloración; tiene la idea de que la hemorragia de la primera relación sexual debe presentarse necesariamente y cuando esto no sucede, no obstante que el marido no haga ninguna reclamación, es motivo de inquietud y de preocupación intensa que enturbia la noche de bodas. Nosotros acostumbramos hacer a la pareja la explicación cuando la piden, y frecuentemente buscamos la manera de hacerlo por propia iniciativa, de las razones anatómicas para que dicho sangrado en ocasiones no se presente. Otro motivo de inquietud de la que va a casarse es la duda de si será perfecta desde el punto de vista anatomofuncional, si tiene alguna malformación o alguna deficiencia funcional que le impida cumplir con la vida matrimonial y embarazarse; la exploración clínica cuidadosa logra tranquilizarla suficientemente.

Hay que hacer hincapié en que la armonía sexual y la obtención del goce sexual no son automáticos; esto es, que no se consiguen desde las primeras relaciones, sino que se precisa un tiempo variable para suprimir inhibiciones y alcanzar un coito satisfactorio.

El médico sabe que en nuestro medio la experiencia sexual del hombre a punto de casarse frecuentemente deja mucho que desear. Que hay muchos hombres, incluso profesionistas, que ignoran la técnica del coito y no se diga del aspecto psicológico que permite aproximarse a la mujer con delicadeza pero con seguridad, lo que lo ayudaría a encaminarse sin tropiezos en su vida matrimonial.

Un porcentaje grande de los jóvenes que se casan en nuestra sociedad llegan

con experiencia conseguida con prostitutas o con mujeres casadas, pero fáciles. Esta experiencia en lugar de ser beneficiosa para el matrimonio que se inicia, da lugar a problemas serios, difíciles de superar: la esposa no se comporta como la prostituta y eso le deja al hombre un cierto desencanto y, por otra parte, a la esposa que ha sido tratada como prostituta le produce un resentimiento que a veces empaña la vida sexual del matrimonio de por vida. Cuando la experiencia sexual se ha adquirido con mujeres fáciles, puede dejar en el marido un sentimiento de inseguridad que trastorna su vida matrimonial.

Hay que insistir con los esposos que cuando el matrimonio ha sido consumado, debe proseguirse a partir de entonces la educación del sexo, esto es, los cónyuges deben saber, de manera clara, que la consumación del matrimonio es el punto de partida y no creer que han alcanzado la meta.

El varón debe saber que el erotismo de la mujer es muy distinto al suyo, que la mujer vive en un tono afectivo elevado con exacerbaciones que siguen un ritmo dictado por las secreciones ováricas. Debe estar enterado, por tanto, de que la variabilidad de carácter durante el ciclo mens-

trual es fisiológica; este conocimiento aumentará la comprensión y la paz del hogar.

El varón, al contrario, posee un nivel afectivo uniforme, que sufre agudización violenta del erotismo, lo que lo obliga a conseguir la posesión de su mujer cuando ésta no está dispuesta todavía, y que la posesión en estas circunstancias es fuente de resentimientos, a veces profundos, por lo que el cultivo de la paciencia sexual es importantísima, paciencia sexual que le permite mimarla, excitarla y conseguir la entrega sin prisas ni brusquedades.

La pareja debe saber que el orgasmo de la mujer es lento en su presentación, que las zonas erógenas pueden variar de mujer a mujer y que deben ser excitadas con el propósito de prepararla para la entrega; el marido debe tener presente que el apresuramiento sexual es un pecado que la mujer raramente perdona. "La vida matrimonial es un quehacer, no es algo estático y porque es quehacer y no algo rutinario, por eso llega a satisfacer" (López Ibor).

Estos puntos constituyen el meollo de la educación sexual perimatrimonial, y alrededor de esto girará la acción del médico, adaptándola a cada caso según la información, la cultura o la madurez psíquica de los consultantes.

V LA ESTERILIDAD E INFERTILIDAD COMO CAUSA Y EFECTO DE PROBLEMAS PSICOSOMATICOS

ALFONSO ALVAREZ-BRAVO *

Se acepta en la actualidad que la esterilidad femenina psicósomática puede originarse en conflictos emocionales y que, así mismo, la ansiedad o la angustia por no haber logrado concebir puede crear un problema psíquico. Ginecólogos y psiquiatras encuentran a menudo trastornos emocionales como causa, efecto, o ambas cosas a la vez, en mujeres físicamente sanas que no han logrado concebir.

No obstante las numerosas investigaciones recientes, el factor psicógeno de infertilidad es aún muy discutido, tanto porque no hay acuerdo acerca de los mecanismos productores, cuanto porque los aspectos clínicos son a veces contradictorios. En efecto, se ven tanto pacientes cuyo intenso deseo de embarazarse inhibe su fertilidad, como otras que piden ser estudiadas para resolver su problema de esterilidad, cuando en el fondo su temor al embarazo inhibe su fertilidad. Igualmente, hay pacientes que se embarazan, en quienes la hipercontractilidad del miometrio, de origen emocional, conduce al aborto.

Muy probablemente la esterilidad y la infertilidad psicogénicas son el resultado final de la formación cultural del sujeto o de un fondo de ansiedad neurótica, evocados por diversas situaciones particulares que comentaremos después.

En efecto, el ser humano no es sólo una unidad orgánica biológica, sino que

también es historia y cultura. De acuerdo con sus diferencias culturales, las mujeres tienen diferentes expresiones de feminidad, tanto en cuanto a la realización femenina de tipo genital como de la realización femenina de tipo maternal.

Ramírez¹ analiza los trabajos de Mead y Kardiner sobre la conducta sexual y procreativa en las culturas primitivas de Samoa y de las Islas Marquesas, respectivamente, encontrando que de acuerdo con las demandas que les hace su propia cultura, en las mujeres *Arapesh* de Samoa el embarazo es recibido con gusto y la fecundidad es alta, mientras que en las mujeres de las Islas Marquesas la maternidad es considerada como no deseable y la esterilidad es frecuente. En nuestra cultura, las clases proletarias y rurales tienen una conducta procreativa semejante a la *Arapesh* y, en cambio, las clases media, superior y alta de las zonas urbanas tendrían alguna similitud con lo que sucede en las Islas Marquesas y que es propio de la cultura occidental actual en las zonas fuertemente industrializadas.

Los psicoanalistas dicen encontrar, en forma casi sistemática, que la mujer con esterilidad o infertilidad psicogénica tuvo una madre que por diversas circunstancias la rechazó, le dio poco afecto y, por ese motivo, la niña desarrolló sentimientos hostiles hacia su madre, ulteriormente reprimidos por un sentimiento de culpa. En ese dilema, hostilidad y culpa, y dependiendo del montante de la pulsión agresiva, podrá tener tendencia a negar

* Académico numerario. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Hospital Español de México.

su maternidad ante el temor de que sus hijos le paguen con la misma moneda, ante la ansiedad de una reacción de sus hijos similar a la que ella tuvo para con su madre.

Langer² considera que la esterilidad después de anticoncepción prolongada es con frecuencia psíquica, y que los motivos psicológicos que condicionan dicha esterilidad son similares a los que indujeron al uso prolongado de anticonceptivos.

En nuestra cultura urbana actual, las crecientes dificultades económicas y los problemas y vicisitudes de la vida moderna hacen poco deseables los hijos y es más frecuente el rechazo de lo que era antes. En estas motivaciones, sin embargo, es preciso tener en cuenta el factor cuantitativo y evaluar el montante de maldad o de desamor en cada caso específico. Además, hay que tener en cuenta los mecanismos etiopatogénicos concretos que tienen lugar en cada caso particular y que brevemente se resumen.

Inhibiciones corticales; conscientes o subconscientes, que pueden alterar la producción de los liberadores hipotalámicos que actúan sobre la secreción de gonadotropinas. Este mecanismo proviene quizá más frecuentemente del mundo subconsciente. Gloor³ ha llamado la atención sobre la enorme importancia que tienen el sistema límbico y el mundo emocional en la supresión de la ovulación. De este tipo es probablemente la anovulación llamada "geográfica", que es frecuente observar en mujeres que cambian su país de residencia. Las alteraciones en la ecología (internados, muchachas al servicio doméstico, guerra, prisión) conducen al mismo resultado.

En este mismo grupo de inhibición cortical deben considerarse los problemas

matrimoniales y, más frecuentemente, las diferencias entre los esposos en cuanto a su actitud hacia el sexo, las diferencias de interés en la procreación, las fricciones matrimoniales por diferencias de educación, religión, etc.

Frigidez y esterilidad. En mujeres que son al mismo tiempo frías y estériles, se ha atribuido su esterilidad a la frigidez, la cual, a su vez, es de origen psíquico. El tema es sumamente polémico y hay serias diferencias de opinión. Así, por ejemplo, Greenhill⁴ no acepta la relación entre frigidez y esterilidad; en cambio Kostic y Mladenovic,⁵ y Botella y col.,⁶ encuentran correlación estadística significativa entre estos dos factores.

Temor al embarazo. El conflicto entre el deseo procreativo y el temor al embarazo puede hacer reaccionar a las pacientes con sentimientos ambivalentes. Se dice que cada mujer vive su ciclo menstrual de acuerdo con su particular historia personal y que los psicoanalistas pueden detectar la ovulación al través de los sueños o cambios de humor de las pacientes. El temor al embarazo hace a la mujer frígida o rechazante en la época fecunda, a diferencia de la mujer normal, y la lleva a racionalizar cualquier fútil motivo con tal de evitar el peligro de un coito fecundante.

Factor psicogénico secundario. Se sabe que 30 por ciento de las parejas normales conciben en un mes, 60 por ciento en dos meses y 90 por ciento en un año. Hay mujeres de este último grupo psicológicamente predisuestas, que al no haber logrado el embarazo en corto plazo, desarrollan esterilidad psicogénica de tipo anovulatorio o tubario. La adopción de un niño en estos casos va seguida frecuentemente de embarazo, como el autor lo ha

comprobado en diversas ocasiones y como ha sido comunicado por diversos autores.^{7, 8}

Alteraciones orgánicas de origen psíquico. Los trabajos de Stieve,⁹ citados por Botella y col., demostraron en necropsias de hombres y mujeres muertos en bombardeos aéreos, bajo terror, o en personas ajusticiadas en cámaras de gas, la presencia de grandes alteraciones en el ciclo ovárico y uterino y en la histología de los órganos genitales. Sin discutir las condiciones en que se realizaron estos experimentos, no cabe duda que permiten demostrar que la angustia y el terror intensos influyen de modo decisivo sobre la reproducción humana.

Estudios recientes permiten suponer, por otra parte, que la tensión emocional, a través de su influencia sobre el hipotálamo y la producción del factor liberador de hormona luteinizante, pueden dejar alteraciones funcionales y orgánicas más o menos permanentes, como los ovarios poliquísticos, manifestados como síndrome de Stein-Leventhal.¹⁰

Se ha dicho también que el desequilibrio emocional puede alterar las propiedades químicas y físicas específicas de las secreciones del aparato genital y Taylor¹¹ ha sugerido que la esterilidad puede estar asociada a la hiperemia y congestión de los anexos debida, en gran parte, a estímulos inadecuados, conscientes o inconscientes. Estas especulaciones son atractivas, pero faltan aún datos objetivos que permitan demostrarlas.

Cualquiera que sea el mecanismo que obre sobre la constitución psicósomática particular de cada individuo, tendrá manifestaciones clínicas, así mismo individuales, que conducen a diferentes tipos de esterilidad psicogénica. Los que más fre-

cuentemente encuentra el esterilólogo son los siguientes:

Anovulación e insuficiencia luteínica. La experiencia clínica de ginecólogos, psicoanalistas y psiquiatras durante los últimos 20 años, ha acumulado pruebas suficientes de que la esterilidad ovárica de origen psicogénico es una realidad.

Winzeler¹² ha publicado una casuística muy expresiva de amenorreas anovulatorias de origen psicogénico. Piotrowsky¹³ encontró desequilibrio emocional en más de 60 por ciento de pacientes con ciclos anovulatorios. Heiman¹⁴ e Iragashi y col.¹⁵ han correlacionado la exploración psicométrica de parejas estériles con medidas de la eliminación de gonadotropinas, encontrando normal la excreción de hormona estimulante del folículo (FSH) en la orina. Matsumoto y col.¹⁶ demostraron más tarde la ausencia de hormona luteinizante (LH) y el aumento de 17-cetosteroides, y piensan que posiblemente el *stress* actúa sobre la pituitaria por vía hipotalámica, dando lugar simultáneamente a estimulación de la secreción de corticotrofina (ACTH) y a disminución de hormona liberadora de LH (LHRH) que inhibe la ovulación a través de ausencia de LH. Botella y col.⁶ consideran que este mismo mecanismo neuropsíquico, en menor proporción, sería responsable de los casos de insuficiencia luteínica psicogénica.

Espasmo tubario. Repetidamente se ha sugerido que el espasmo del músculo liso de la conjunción tubo-uterina, sea transitorio o persistente, es de origen emocional. Stallworthy¹⁷ considera que el conducto genital femenino es la porción más "histérica" de la anatomía femenina y que el espasmo tubario por irritabilidad uterina es causa frecuente de oclusión tubaria.

Nosotros hemos tenido la oportunidad de comprobar claramente el origen psicogénico de oclusiones tubarias funcionales por espasmo, que se presentan cuando se recuerda a la paciente su conflicto emocional y que desaparecen bajo sedación o bloqueo paracervical.

Alteración del espermotransporte. Michel-Wolfroff¹⁸ ha negado el factor cervical de origen neurogénico. En cambio, Egli y Newton¹⁹ han puesto en claro el mecanismo neurogénico de la fecundación a través de un reflejo de punto de partida vaginal durante el coito que estimula la producción de ocitocina y la atracción de los espermatozoides hacia el fondo del útero y quizá hasta la trompa, por un mecanismo de contracción uterina ligado al orgasmo. Quizá este mecanismo sea válido para explicar la esterilidad de algunas mujeres frías que se embarazan después de psicoterapia, como señalaron, hace ya más de 40 años, Calverton y Schmalhausen.²⁰

Defectos de implantación y aborto habitual. A partir de Stallworthy¹⁷ se ha considerado que la inestabilidad emocional puede ser motivo de que estímulos pequeños provoquen respuestas exageradas de irritabilidad uterina, y que las pacientes con tensión emocional aborten cuando están sujetas a un *stress* que excede su tolerancia. Por otra parte, Botella⁶ cita los trabajos de Polishuck y de Toth y col., quienes creen que la inestabilidad emocional puede interferir con la implantación del huevo al través de vasospasmo o por hipercontractilidad del miometrio. Esta hipótesis, sin embargo, no ha sido confirmada.

En resumen puede concluirse que, si bien el factor emocional como causa o efecto de la esterilidad o la infertilidad

es indudable, es difícil precisar los casos en que estos trastornos son de origen psíquico. El diagnóstico de causa psicogénica debe basarse en la ausencia de factores causales después de un estudio exhaustivo de la pareja en cuestión, en que la mujer haya sido estudiada inclusive por medios endoscópicos. Descartados los factores anatómicos y funcionales el ginecólogo, al través de la historia clínica de su paciente, debe formarse una idea de la posibilidad de que existan factores psicogénicos y seleccionar cuidadosamente las pacientes que puede tratar él y las que debe enviar al psiquiatra, a fin de que éste haga un estudio adecuado de su personalidad con particular atención hacia las áreas de conflicto emocional que se descubran.

Tratamiento

Todos los ginecólogos hemos visto pacientes que se embarazan durante el periodo de exploración de su esterilidad, o bien, después de que se les ha asegurado que su aparato genital es normal. Según la experiencia del autor, 35 por ciento de las pacientes que acuden al ginecólogo se embarazan cualquiera que sea la terapéutica empleada, espontáneamente o en respuesta a la sugestión. También se ha pensado que muchos de los embarazos que se observan después de la insuflación tubaria o la histerosalpingografía, no obstante que no se haya demostrado obstrucción tubaria, pueden explicarse por el efecto psíquico de estos métodos de exploración. Vollmer²¹ demostró hace ya 30 años que, en casos de espasmo psicogénico, es frecuente obtener embarazos aconsejando el coito bajo sedación. El autor ha tenido dos casos de este tipo.

El ginecólogo, adecuadamente orientado, puede hacer psicoterapia superficial efectiva en algunas de sus pacientes con esterilidad o infertilidad psicogénicas. En los casos de anovulación o de insuficiencia lútea, que se acompañan de deficiencia de LHRH debe usar además tratamiento con clomifén.

En todo caso, sin embargo, el ginecólogo debe distinguir los casos en que por sus antecedentes, su personalidad o la complejidad de las fuentes de trastorno emocional, la paciente deba ser tratada por un psiquiatra o un psicoanalista.

REFERENCIAS

1. Ramírez, S.: *Embarazo, perturbación emocional y expresión ginecológica*. En: *Complicaciones médicas durante el embarazo*. México, Asoc. Mex. Ginec. Obstet. 1972, p. 399.
2. Langer, M.: *Maternidad y sexo*. Buenos Aires, Editorial Nova, 1971.
3. Gloor, R.S.: *Hypobalamic-hypophyseal interrelationships*. Springfield, Charles C. Thomas, 1956, p. 74.
4. Greenhill, J.P.: *Emotional factors in infertility*. *Obstet. Gynec.* 7:602, 1956.
5. Kostic, P. y Mladenovic, D.: *Psychological factors in infertility*. *Int. J. Fertil.* 5:417, 1960.
6. Botella Llusia, J.; Caballero Gordo, A.; Clavero Núñez, J.A. y Vilar Domínguez, E.:

- Esterilidad e infertilidad humanas*. 2a. ed. Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1971.
7. Kroger, W.S. y Freed, S.C.: *Psychosomatic gynecology*. Glance, The Free Press, 1956, p. 282.
 8. Josselyn, I.M.: *Some psychological aspects of adoption*. En: *Psychosomatic obstetrics, gynecology and endocrinology*. Springfield, Charles C Thomas, 1962, p. 638.
 9. Stevie, H.: Citado en ⁶.
 10. Nesbit, R.E.L.; Hollander, M.; Fisher, S. y Sosofsky, H.J.: *Psychologic correlates of the polycystic ovary syndrome and organic infertility*. *Fertil. Steril.* 19:778, 1968.
 11. Taylor, H.C.: *Vascular congestion and hyperemia*. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 57:637, 1949.
 12. Winzler, H.: Cit. en ⁶.
 13. Piotrowsky, Z.A.: *Psychosomatic sterility*. *Fertil. Steril.* 13:11, 1962.
 14. Heiman, M.: *Reproduction: Emotions and the hypothalamic pituitary junction*. *Fertil. Steril.* 10:162, 1959.
 15. Iragashi, M.; Thoma, K.; Osawa, M. y Matsumoto, S.C.: *Pathogenesis of psychogenic amenorrhoea and anovulation*. *Int. J. Fertil.* 10:311, 1965.
 16. Matsumoto, S.; Iragashi, M. y Nagoya, Y.: *Environmental anovulatory cycles*. *Int. J. Fertil.* 13:15, 1968.
 17. Stallworthy, J.: *Facts and phantasy in study of female infertility*. *J. Obstet. Gynaecol. Brit. Commonw.* 55:171, 1948.
 18. Michel-Wolfroth, H.: *Gynécologie psychosomatique*. París, Masson & Cie. 1963, p. 120.
 19. Egli, G.E. y Newton, M.: *The transport of carbon particles in the human female reproductive tract*. *Fertil. Steril.* 12:151, 1961.
 20. Calverton, V.F. y Schmalhausen, S.D.: *Sex in civilization*. Nueva York, Macaulay, 1929.
 21. Vollmer, A.M.: *Problems of early infant care*. Nueva York, Josiah Macy Jr. Foundation, 1948, p. 74.

VI ALGUNOS ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS DE LA MUJER CLIMATÉRICA

EFRÁIN VÁZQUEZ *

Reconocida ampliamente por los ginecólogos y por la mayor parte de los médicos

* Académico numerario. Hospital Español de México.

en general, la diferenciación semántica entre menopausia (fecha del cese definitivo del ciclo menstrual) y climaterio (definido elegantemente por Michel-

Wolfromm¹ como "un largo periodo de inestabilidad humoral que la mujer debe atravesar antes de adquirir una forma nueva de serenidad), hay aún, sin embargo, gran confusión de términos, pobre identificación de síntomas e insuficiente explicación fisiopatológica de su causa y, por lo tanto, se da lugar a la más variada gama de proposiciones terapéuticas que hacen aún hoy día un cuadro abigarrado que, por lo confuso, disgusta al médico organicista, quien acaba por desdeñar a los síntomas y a quien los padece, o da pie a interpretaciones cercanas a la fantasía por parte de quien sólo toma en cuenta los aspectos anímicos sin detenerse suficientemente en la base anatómica y bioquímica del problema.

Según el ambiente en que se trabaje y la orientación específica de quien primero ve a las pacientes en la época del climaterio (40 a 50 años de edad en términos generales) varía la estimación de la proporción de mujeres que padecen trastornos del climaterio, considerando que éste por sí mismo es una época fisiológica de transición que no debe ser causa de síntomas ni alteraciones. Así, entre ginecólogos se estima que 30 por ciento de la población femenina sufre trastornos más o menos importantes, mientras que algunos psicólogos y psicoterapeutas estiman esa proporción en cerca del 100 por ciento.¹

Es evidente, y así se acepta por todos, que el aspecto más aparente del climaterio es la declinación progresiva de la función ovárica que hace que la mujer pierda primero su capacidad reproductiva y luego, paulatinamente, los rasgos somáticos de la femineidad dependientes de los estrógenos. Pero es burdamente insuficiente y peligrosamente restrictivo el atribuir en

su integridad todos los síntomas y signos del climaterio a la pérdida de la función estrogénica que, con ser muy importante, no guarda relación directa con los síntomas; ni su reposición exclusiva, por balanceada que se la quiera suponer, garantiza ni logra la restitución del equilibrio somático y anímico de la paciente.

Los síntomas claramente orgánicos, como los trastornos menstruales por exceso o deficiencia en el sangrado uterino, los que derivan de la deficiencia metabólica por falta del efecto anabólico de los estrógenos, o los originados en el desequilibrio vasomotor del hipotálamo y quizá de los vasos periféricos,²⁻⁴ son sentidos por una persona determinada por un historial individual induplicable, que interpreta esos síntomas con un tamiz afectivo variable y los expresa a través de un filtro cultural que les da un tono distinto para cada quien. Si bien todas las pacientes climatéricas tienen deficiencia estrogénica manifestada en la atrofia del aparato genital y en la frecuente osteoporosis senil, algunas la toleran sin grandes problemas y otras exageran los síntomas en forma incomparable, deformándolos a veces por sus prejuicios y sus temores.

Por su parte, los síntomas meramente psiconeuróticos, como los estados depresivos, la angustia, la hipocondría y las fobias, si se estudian con el debido cuidado, pueden permitir concluir en la mayoría de las ocasiones que su presencia en la época del climaterio no es realmente de aparición nueva ni son privativos de ésta, sino que a veces repiten síntomas que se presentaron en la pubertad con sus cambios también profundos en la psicología y fisiología orgánica, o en relación al ciclo menstrual o los embarazos. En el climaterio simplemente se hacen más osten-

sibles o se agravan francamente, con frecuencia por información inadecuada o mal entendida.⁵⁻⁷

Otras veces son ocasión de la que toma ventaja aquella con una personalidad pasivo-dependiente para llamar la atención o buscar el apoyo que profundamente necesita y por su edad cronológica no recibe ya. Los temores de perder el atractivo físico y la valía familiar y social, una vez cesada la capacidad reproductiva, son frecuentemente somatizados por la histérica en forma conversiva hacia una colitis espasmódica, cistitis recidivantes, jaquecas intratables o precordialgias alarman-tes. La obsesivo-compulsiva exagera el temor a la infidelidad conyugal o al abandono, sobre todo si ha sido estéril en su matrimonio o si no ha recibido la gratificación adecuada de una sexualidad sana en lo mental y plena en lo físico; toma frecuentemente actitudes agresivas contra el medio familiar o social, derivándolas en algunos casos hacia actos hostiles directos contra el cónyuge, los hijos o quien resulte más vulnerable en su medio ambiente inmediato, llegando otras veces a buscar la gratificación sexual en tardías y desdichadas aventuras que, sobre no satisfacerla, le complican más su problemática con el sentimiento de culpa. En otras ocasiones se pone en juego el mecanismo de sublimación y dedican sus impulsos a obras sociales y caritativas que, con ser de relativa utilidad para quienes reciben sus beneficios, son en realidad la máscara de la frustración para quien las ejecuta, ya que, en la mayoría de las ocasiones, se siente insuficientemente satisfecha de lo logrado y, a la vez, se siente profundamente decepcionada a causa de la ingratitud de su pequeño mundo.

Resulta por todo lo anterior que es aceptable el aforismo de Gilbert-Dreyfus de que "cada mujer pasa la menopausia a su manera", o como lo pone en términos más duros Michel-Wolffromm, "cada mujer tiene la menopausia que se merece" (que habría que corregir sustituyendo menopausia por climaterio).

Pero la medicina integral que hoy nos proponemos ejercer debe tomar en cuenta que no está aún completo el cuadro del climaterio, pues no es sólo la suma de la deficiencia de estrógenos que han venido considerando clásicamente el ginecólogo-endocrinólogo y el internista por su parte, y algunos de los puntos del psiquiatra que acabamos de repasar muy parcialmente. Queda un punto muy importante, y quizá pronto surjan otros más: es el de la respuesta del órgano efector, hasta ahora ampliamente ignorado por casi todos. Las neuronas no responden ya en la misma forma ni establecen nuevas sinapsis para el aprendizaje pasada una cierta edad, la esclerosis vascular produce deficiencia de irrigación que no es fácil superar, los sistemas enzimáticos de los genitales, mamas, tejido grasoso, hígado, y otros ya no responden con la eficiencia adecuada a los estímulos que antes producían una respuesta predecible y las proteínas receptoras, tanto en la membrana celular como en los citoplasmas, las nucleoproteínas y las mitocondrias, pierden eficiencia de respuesta por un mecanismo múltiple, mucho más complejo que la simple disminución de los estrógenos circulantes.

Por otra parte, al mismo tiempo que lo anterior, suceden modificaciones del metabolismo que favorecen la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial y la esclerosis del tejido conjuntivo en gene-

Cuadro 1 Componentes del síndrome climatérico (sólo se mencionan los más representativos)

Subsíndrome vasomotor

Bochornos, sudación, enfriamiento de las extremidades, parestias, calambres.

Subsíndrome menstrual

Trasornos por exceso o por déficit en la frecuencia, duración o cantidad de la menstruación.

Subsíndrome metabólico

Osteoporosis, dolores radicales, cefalea occipital postural, atrofia de la dermis.

Subsíndrome psíquico

Depresión, irritabilidad, insomnio, cefalea tensional, angustia, fobias.

La ventaja de esta clasificación de los variados síntomas del climaterio radica en que sirve de fundamento a una terapéutica racional que corrija, por los medios adecuados, el o los subsíndromes que se encuentran presentes en la paciente individual, evitando así caer en esquemas rígidos, frecuentemente inadecuados y no rara vez contraindicados o innecesarios.

ral. Existe, independientemente de todo lo dicho en el aspecto mental, una involución natural de la personalidad que a veces puede ser muy difícil de distinguir de la depresión endógena.

Resulta, pues, que el climaterio es más complejo y abigarrado en la génesis y en el mecanismo de sus trastornos que en la

polifacética expresividad sintomatológica. Sin embargo, tomando en cuenta toda la multiplicidad de factores involucrados puede, hasta cierto punto, establecerse una jerarquía de valores en la apreciación del conjunto y darse prioridades a los síntomas, como lo han propuesto algunos autores en la literatura médica y como con algunas variantes hemos adoptado en el Servicio de Ginecología del Hospital Español (cuadro 1).

REFERENCIAS

1. Michel Wolfromm, H.: *Ginecología psicósomática*. Barcelona, Toray-Masson, S. A. 1965, p. 82.
2. Vázquez, E.: *La asociación estrógeno-progestágeno como tratamiento del síndrome climatérico*. Rev. Méd. Hosp. Español 15:163, 1965.
3. Vázquez, E. y Bruciaga, V.: *Experiencia ampliada con el uso de la "terapia secuencial" en el tratamiento de los trastornos del climaterio*. Rev. Méd. Hosp. Español 17:9, 1967.
4. Vázquez, E.; Casares, H. y Sereno, J.A.: *Resultados obtenidos en el tratamiento del síndrome climatérico con succinilestriol*. Ginec. Obstet. Méx. 30:1, 1971.
5. Weiss, E. y English, O.S.: *Psychosomatic medicine*. Filadelfia, W.B. Saunders & Co., 1949, p. 453.
6. Wengraf, F.: *Psychosomatic approach to gynecology and obstetrics*. Springfield, Charles C Thomas Pub., 1953, p. 122.
7. Bardwick, J.M.: *Psychology of women*. Nueva York, Harper & Row Pub., 1971, p. 37.

VII SENSIBILIDAD SEXUAL Y CIRUGIA GINECOLOGICA

LUIS CASTELAZO-AYALA *

De acuerdo con las diferentes culturas de la humanidad actual, se conocen cuáles son las principales referencias biopsico-

sociales que condicionan la sensibilidad y capacidad de respuesta de la mujer en la esfera sexual a diferentes edades. Tales son a grandes rasgos la educación y experiencias personales y ambientales reci-

* Académico titular. Subdirección General Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social.

das durante la infancia y la pubertad, la imagen que se forma de la feminidad a través de su familia, amigos y de la observación del medio que la rodea, la aparición de la menarca y desarrollo corporal en cuanto a caracteres sexuales secundarios, las experiencias sociales y sexuales prematrimoniales, la influencia de factores religiosos en su actitud hacia el sexo, la conducta sexual del esposo, las implicaciones emocionales, morales y socioeconómicas de la procreación, las modificaciones biológicas y psicológicas que rodean a la concepción, embarazo, parto y lactancia, la vida familiar como esposa y madre, la edad madura, las repercusiones emocionales del climaterio, la importancia que se dé a las actividades intelectuales y culturales en oposición a la tradicional consagración a la vida de hogar, la reactividad emocional de la senectud, etc. Las enfermedades agudas y crónicas, sobre todo si afectan algún aspecto de la anatomía o fisiología genitales, tienen una repercusión acentuada en la sensibilidad sexual, y la cirugía ginecológica —sobre todo la mutilante, pero también la reconstructiva— es un factor muy ligado al futuro sexual de la mujer y a sus implicaciones psicológicas, familiares y generales. Estos hechos son poco conocidos y frecuentemente menospreciados por el ginecoobstetra y más aún por el cirujano general que practica la cirugía pélvica.

Histerectomía

La histerectomía es sin duda la operación más temida y agresiva desde el punto de vista que analizamos.

Tradiciones de origen ancestral e instrucción deficiente en biología elemental de la reproducción, mantienen errores

gruesos de concepto en la mujer común acerca de su propio organismo. Es frecuente que la mujer haga depender del útero su propia feminidad, sus aspectos sexuales (atractividad, deseo sexual, sensibilidad, reactividad a los estímulos habituales, posibilidad de alcanzar el orgasmo y de proporcionar satisfacción al cónyuge, modificación de la frecuencia del coito, etc.), su buena relación conyugal y vida familiar, su capacidad para menstruar y experimentar otros fenómenos cíclicos, su procreación, su estabilidad emocional, su funcionamiento glandular, su vigor juvenil general, su vitalidad, etc. Todo ello dependiente de patrones educativos previos, de la edad de la mujer y de sus aspiraciones en la vida. Para muchas mujeres el útero es el "órgano central" de su biología y determina todo lo relacionado con la esencia de su "ser mujer".¹

"Todas las mujeres, dice Hollender, tienen dudas en algún grado acerca de su propia feminidad. Una compleja combinación de factores biológicos y psicosociales determina la naturaleza y magnitud de esas dudas. La mayoría de las mujeres desarrollan medios para mantener esas incertidumbres fuera de su propia visión y de la observación de los demás. Sólo ante un desafío como el divorcio o la histerectomía emergen sus dudas a la superficie. A mayor profundidad de las dudas originales corresponde un mayor conflicto".

La menstruación, por ser la única o la más importante expresión externa del ciclo genital femenino y por estar presente en la etapa de mayor manifestación de la mujer como tal, es tenida en muchos casos como símbolo de la feminidad,²⁻⁴ como fenómeno regulador de otras fun-

ciones, como parte de su ritmo de vida, como patrón de organización y como vía natural de "excreción" de productos indeseables o tóxicos. La imagen psicológica que proyecta su desaparición por la cirugía es seriamente mutilante de la feminidad, sobre todo en mujeres a quienes faltan cinco o más años para llegar a la menopausia.

La maduración biológica de la pubertad y la adolescencia —por la aparición de la menarca y los caracteres sexuales secundarios— tiene un gran significado sobre la feminidad. En nuestras culturas, la joven que no ha tenido su menstruación antes de los 15 años se considera menos femenina, y su reacción negativa se acentúa si ella oculta o disimula su carencia y, sobre todo, si tiene un escaso desarrollo de mamas y formas femeninas. La histerectomía reproduce fielmente esos sentimientos de ausencia de feminidad.

La pérdida de la función procreativa es de gran trascendencia,³⁻⁶ particularmente en mujeres jóvenes y en las que no han tenido el número de hijos al que aspiraban. Los hijos representan para muchas no sólo el fruto del amor conyugal y la integridad de la unidad familiar, sino un objetivo de amor en sí mismo altamente deseable, a veces el primordial motivo de sus aspiraciones. En no pocas ocasiones la supresión de la procreación impacta psicológicamente a la mujer, aun cuando sus deseos de tener hijos sean moderados o nulos; basta que ella se sienta mutilada en una función tan ligada a su feminidad para que su psiquismo resienta perturbaciones y se alteren en ella, y aun en su esposo, la vida sexual y familiar.¹ La reacción del esposo es de muy particular importancia y debe ser atendida por el ginecólogo, por lo

menos al mismo nivel que la de la mujer. Es nuestra impresión que el hombre ignora tanto o más que la mujer lo que representa el útero y su pérdida en el organismo femenino, y que las indeseables repercusiones de la histerectomía, cuando afectan la esfera sexual, lo son muy comúnmente por ignorancia e incompreensión del esposo. Esto es más notable cuando los patrones culturales de una sociedad confieren al esposo el papel de "dueño" o "amo" y a la mujer el de "servidora" o "instrumento" en el juego sexual.

La evolución de la vida conyugal post-histerectomía es muy diferente si la actitud del esposo es de desinterés o resignación o cuando, en cambio, se ocupa de contrarrestar las tendencias negativistas y depresivas de la esposa, haciéndola sentir atractiva, juvenil, vigorosa y con todas sus capacidades conservadas.

La liga convencional entre la capacidad reproductora y el deseo y la potencia sexuales existe por igual en el hombre y en la mujer. Uno de los mayores temores de la mujer mutilada en su función reproductiva es el temor al desinterés por parte del esposo, que puede llegar a la infidelidad, deserción, separación y divorcio.

La observación clínica es que las numerosas reacciones psicológicas adversas a la cirugía pélvica se deben al papel de los órganos reproductivos en la integración de la imagen personal. La histerectomía es percibida como un profundo asalto a la naturaleza femenina en la medida en que esta feminidad esté integrada por la capacidad sexual y la procreativa. Esto es verdad aun cuando la mujer nunca haya percibido satisfacciones sexuales ni haya procreado.

Para numerosos cónyuges, hombres y mujeres, la histerectomía es equivalente a una castración y piensan que de ella derivan, además de la falta de procreación y menstruación, los trastornos del climaterio (fenómenos vasomotores, desajustes emocionales) y aun síntomas somáticos y psíquicos de desfeminización, obesidad, senectud prematura y derrumbe general de la estructura psicobiológica de la mujer. Ello conduce a que las mujeres mal preparadas para la operación desde el punto de vista psicológico experimenten, aun años después de practicada ésta, debilidad general, sensación de fatigarse fácilmente, poca capacidad para realizar sus habituales ocupaciones domésticas, cambios en su patrón de orden y limpieza, puntos de vista negativos sobre la imagen de su cuerpo, inseguridad en sus propias capacidades, sensación de vulnerabilidad en áreas genitales y paragenitales, desinterés e irresponsabilidad en sus aportaciones sociales y de toda índole a la vida familiar, etc.³⁻⁶

Debe aceptarse, con Rubin, que si a la histerectomía se le despoja de prejuicios y conceptos erróneos, origina por sí misma pocos cambios anatómicos y fisiológicos que puedan afectar la satisfacción sexual. Diversos estudios han intentado evaluar objetivamente esos efectos.^{1, 3, 4, 6-8} Todos ellos concuerdan en que los resultados negativos sobre la función sexual (deseo, reactividad a estímulos, libido, frecuencia del coito, orgasmo) son más notables si la histerectomía se acompañó de ooforectomía (alrededor de 20 por ciento), que si se hizo conservando ovarios (alrededor de 10 por ciento). Los aspectos más comúnmente afectados son la pérdida de la libido y la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales.

Es importante señalar que en numerosos casos las funciones sexuales permanecen sin alteración y en otros más tienen un incremento. En estudios de Dodds y Patterson⁹ en 18 a 38 por ciento la sensibilidad erótica y la actividad sexual en general mejoraron, en tanto que en 40 a 62 por ciento permanecieron iguales y en 15 a 20 por ciento sufrieron un deterioro.

Dentro de los motivos que influyen para mejorar la relación sexual destaca, por una parte, el que la mujer y el esposo se sienten liberados de la enfermedad y riesgos que originaron la operación, que con ella se libran también de nuevos embarazos y pueden tener libre vida sexual sin artificios anticonceptivos y que con cierta frecuencia la histerectomía se acompaña de otros tiempos quirúrgicos que facilitan las sensaciones sexuales gratificantes, tales como la reestructuración plástica del canal vaginal y la supresión de masas o defectos pélvicos que con anterioridad producían dispareunia.

En nuestro medio los factores de evaluación se ven dificultados por diversos factores: *a)* Los patrones socioculturales que norman la interrelación sexual marido-mujer determinan una elevada proporción de mujeres frías que no comunican esta situación ni a su esposo ni al médico; *b)* la educación sexual es muy defectuosa en el hombre y en la mujer; *c)* el sexo es un tabú acerca del cual existen fuertes represiones e inhibiciones ambientales; *d)* aun en medios científicos y culturales bien desarrollados los problemas relacionados con el sexo no son bien aceptados. Los intentos de evaluación realizados desde hace seis años incluyen 724 mujeres histerectomizadas y nos permiten concluir que: 1) Las explicaciones previas que sobre el tema se tengan con

la mujer y con su esposo, tienen una extraordinaria influencia sobre los resultados ulteriores; hemos hecho de ellas un requisito obligatorio entre las medidas preoperatorias. 2) La relación conyugal en la esfera sexual no tuvo cambios definidos en 78.2 por ciento de los casos. Mejoró en 6.2 por ciento y sufrió deterioro en 15.6 por ciento. Debe mencionarse que 38.3 por ciento confesaron previamente su frigidez y sólo en casos aislados se observó mejoría importante de ésta, después de la intervención quirúrgica.

La actitud del médico hacia el problema sexual antes de la operación debe ser puesta de relieve, porque de ella dependen en gran parte los resultados ulteriores. Lo mismo puede decirse en relación con todo otro factor físico, psicológico y social, sobre el que tenga alguna repercusión la intervención.¹⁰ La enferma y su esposo deben recibir atención en sus reacciones previas, informándolos, tengan o no cierta cultura, de los cambios anatómicos y fisiológicos resultantes, de la función, valor e importancia de cada órgano extirpado, del sitio y tipo de cirugía, de la naturaleza misma de la enfermedad que amerita la operación, del tipo y riesgos de anestesia, del peligro de muerte y de los cambios en su sistema de vida y de trabajo. Todo ello procurando transmitir una imagen realista a la altura del nivel de conocimientos y de cultura de la pareja, y siempre con la intención de prestar a la mujer, un gran soporte psicológico, presentándole estímulos que le permitan adaptarse después a su nueva situación. Cualquier tiempo empleado en esta tarea es beneficioso y todo cirujano debe reservar para ello un tiempo suficiente durante la consulta, para corregir

malentendidos e impartir información y apoyo emocional.

Dentro de este cuadro de atención al problema, debe destacarse el interés expresado del médico por obtener una colaboración ambiental realista, particularmente del esposo, hijos, familiares y amigos, así como continuar con la mirada puesta en el problema durante mucho tiempo después de la operación, hasta lograr la completa readaptación de la paciente.

Ooforectomía

El efecto de esta operación ha sido también analizado por diversos autores y por nosotros mismos.^{3, 6-8} Es sabido que la excitabilidad sexual, el deseo de gratificación y la capacidad de acumularlo, no cesan con la menopausia natural, si la mujer era previamente normal desde el punto de vista de su reactividad sexual. Lo mismo ocurre con su capacidad de respuesta y su facilidad cuantitativa y cualitativa para alcanzar el orgasmo, que en ocasiones se ve incrementada en la postmenopausia. Estas reacciones están vinculadas en numerosos casos con la ausencia de riesgo de embarazo, la percepción subjetiva de plena madurez e impunidad para obtener el goce del placer en la intimidad de lo sexual y el anhelo de expresar las últimas etapas de la vida en que se tienen capacidades sexuales.

Los análisis realizados en mujeres sometidas a castración quirúrgica no muestran resultados uniformes. Algunas encuentran inhibiciones en la esfera sexual en una proporción mayor que en la menopausia natural,^{3, 4, 7, 8} en tanto que otras señalan no haber percibido cambios substanciales de conducta sexual después de la operación.^{3, 6, 11}

Aceptando que las hormonas esteroides que produce el ovario tienen influencia sobre la "sexualidad" de la mujer más bien en las etapas postpuberales y de adolescencia, sobre todo porque condicionan cambios anatómicos y fisiológicos que reafirman muy aparatosamente a la mujer su naturaleza femenina, ha de aceptarse que la "sexualidad" obedece cada vez más en edades ulteriores de la vida a referencias psicológicas que a estímulos hormonales. El deterioro sexual por la ooforectomía está relacionado con el conocimiento que la mujer tenga del papel que juegan los ovarios como glándulas características del organismo femenino y de la influencia de su pérdida no sólo en su sensibilidad sexual, sino en su capacidad de "ser mujer" integral y vigorosamente.

En nuestra experiencia, el útero reviste más significado como órgano de la feminidad que los ovarios, tal vez por el patrón cultural de nuestras pacientes. El médico hace menos esfuerzo para tratar de tranquilizar a una mujer cuando se trata de una ooforectomía que cuando se suprime el útero. El más importante obstáculo, además de la falta de procreación y de menstruación, cuyas repercusiones fueron señaladas, es la firme y muy común vinculación psicológica que existe en la mujer, y también en el hombre, entre la falta de funcionamiento ovárico y la sensación de declinación en la vitalidad e inicio de la senilidad. En muchas pacientes la repercusión sobre la esfera sexual pierde importancia cuando estiman que en su vida se ha abierto ya la puerta al sendero de la vejez. Esto ocurre aunque la mujer ignore que se le han quitado los ovarios o no perciba la trascendencia de la mutilación en el área procreativa,

porque asocia mentalmente la amenorrea postquirúrgica con los síntomas vasomotores del climaterio y deduce la inminencia de la aterradora vejez prematura.

Como en el caso de la histerectomía, el médico juega un papel fundamental en el impacto de la operación sobre los sentimientos de la mujer acerca de su feminidad, su sensibilidad sexual y su confianza en sí misma, así como en las repercusiones familiares y sociales. La preparación psicológica preoperatoria es de gran importancia e incluye, en la mayoría de los casos, explicaciones sobre la función ovárica y su ausencia, sobre el papel de las otras glándulas de secreción interna y en particular de las córticosuprarrenales por su producción estrogénica y androgénica, sobre las consecuencias de la mutilación en la vitalidad general y sobre las grandes posibilidades actuales de terapéutica sustitutiva.

Esterilización

Los reportes de la literatura en relación a las consecuencias emocionales y sexuales de la ligadura tubaria y la histerectomía como operaciones esterilizantes han sido sorprendentemente escasos.¹⁰

Los problemas de la histerectomía han sido analizados y en realidad es poco frecuente que se use sólo con fines de evitar el embarazo, ya que resulta un procedimiento demasiado agresivo en sí mismo y en sus repercusiones orgánicas y psicológicas. Cuando el útero se extirpa por alguna enfermedad que así lo requiere (excepto el cáncer) la paciente compensa los factores negativos si está en edad de procrear y ya no lo desea.

Es interesante destacar que la esterilización tubaria es buscada o admitida por

las pacientes para alivio de situaciones habitualmente conflictivas, tales como evitar en definitiva nuevos embarazos, eludir los problemas de otros procedimientos anticonceptivos y resolver aspectos diversos de índole socioeconómica.

Análisis estadísticos recopilados por Thompson y Baird,¹² Paniagua y col.¹³ y Norris,¹⁴ en grupos significativos de pacientes, muestran que las relaciones sexuales empeoraron con la operación (deseo, sensibilidad, capacidad de respuesta, orgasmo, frecuencia del coito) en 10 a 15 por ciento de los casos, mejoraron en 35 a 50 por ciento y permanecieron iguales en 25 a 40 por ciento. En el caso concreto del orgasmo la gran mayoría de las pacientes se mantuvo en el mismo estado que antes de la operación.

Como en muchas otras situaciones en medicina no es de creer que estos porcentajes deban influir en la resolución de cada caso. Un gran número de factores influyen con evidentes diferencias individuales, casi todas ellas ligadas a prejuicios o convicciones reales acerca de la procreación y de los medios para favorecerla o limitarla. Bástenos expresar nuestra convicción de que toda modificación que una mujer experimente con motivo de la esterilización tubaria es a través de mecanismos psicológicos y que las trompas no tienen ninguna relación con la sensibilidad sexual.

Cirugía vaginal

La importancia de la integridad anatómica y funcional de la vulva, el conducto vaginal y las estructuras músculo-aponeuroticas perivaginales en la vida sexual de la mujer es obvia, no sólo porque de ella depende en gran parte su propia satisfac-

ción, sino porque influye extraordinariamente en las sensaciones gratificantes del varón. El ginecólogo debe atender con esmero los aspectos sexuales cuando toma la decisión de practicar o no una operación vaginal y cuando planea la técnica y táctica quirúrgica de cada operación.

El "canal del parto" es el mismo, en sus tejidos blandos, que el "canal sexual", y han de tenerse presentes las brutales modificaciones anatómicas, distensiones, estiramientos, laceraciones ocultas y aparentes, que sufren los músculos, aponeurosis y demás tejidos blandos de la pelvis, durante el tránsito fetal en cada parto, para admitir la posibilidad de que la recuperación postparto no sea completa. Cuando uno o varios partos dejan gruesas alteraciones, la restauración quirúrgica queda fácilmente indicada durante el examen médico del ginecólogo, quien de inmediato percibe los trastornos consecutivos en la estática de los órganos pélvicos. Las alteraciones más peligrosas, desde el punto de vista sexual, son las dilaceraciones fasciales leves y las disociaciones poco marcadas de fibras musculares, sobre todo en ausencia de lesiones de la mucosa y de la piel; tales lesiones hacen perder tonicidad a las paredes del conducto vaginal, producen sensaciones de exceso de amplitud tanto en la mujer como en el varón y disminuyen la eficacia del sistema muscular que juega un papel activo en la fisiología del coito.

Estas deficiencias adquieren más importancia porque frecuentemente son mal percibidas o no identificadas por la mujer o por ambos o bien, por patrones de educación en numerosas culturas, no son motivo de conversación entre los cónyuges. El resultado es que la mujer no

menciona el problema en la consulta con el médico y si éste no tiene presente en el examen más que las alteraciones puramente somáticas de efectos anatómicos, como ocurre en la práctica ginecológica habitual, clasificará como leves las perturbaciones y pasará por alto sus consecuencias en el área sexual. Tal es el mecanismo en que se incuban numerosas insatisfacciones y disarmonías conyugales.¹⁵⁻¹⁹

Otro renglón en el que se observan errores médicos es la desatención a la vida sexual de la mujer cuando se practica cirugía vaginal reparadora o mutilante, indicada para tratar estados patológicos del aparato genital. Las operaciones que más comúnmente tienen repercusión en la sensibilidad sexual son las variantes plásticas de la colporrafia anterior, la colpoperineorrafia, la combinación de ambas y la histerectomía vaginal. Poco o nada influye la cirugía sobre el cérvix. Antes de realizar estas operaciones el médico debe abordar con la enferma, dentro de la mayor austeridad, pero abiertamente, la relación entre la operación y su vida sexual, las modalidades de su sensibilidad genital, el espesor y longitud aproximados del pene erecto de su esposo y el grado de satisfacción que él alcanza en sus relaciones. Aun ante las más recatadas mujeres el médico logrará una buena acogida al abordar el tema, si lo presenta con sus justificantes.

Las variedades plásticas de la colporrafia anterior tienen poca influencia sobre las relaciones sexuales posteriores. Se invoca que la pared anterior de la vagina es particularmente rica en corpúsculos erógenos, pero la realidad es que la operación aislada poco o nada perturba la sensibilidad y gratificación sexual si se

le compara con las existentes antes de la operación.¹⁵ Tampoco son frecuentes las molestias físicas en la reanudación de la actividad sexual.

La colpoperineoplastia posterior y todas sus variantes, por el contrario, tienen una alta incidencia de apareunia y dispareunia posteriores, que ha sido analizada por Francis,¹⁵ Jeffcoate,¹⁶ Simmons¹⁸ y por el autor, en grupos de pacientes estudiadas específicamente. Haciendo a un lado las pacientes que por edad o condiciones sociales no tenían relaciones desde antes de la operación, los primeros autores reportan dificultades en el coito en la mitad de los casos.

Esta proporción en nuestros casos (186) es algo menor, pero lo que destaca es una clara diferencia entre pacientes en las que no se tomó en cuenta el aspecto sexual y en las que sí fue considerado. Las dificultades postoperatorias para el coito ocurrieron en 61.2 y 18.6 por ciento, respectivamente. Los motivos habitualmente mencionados para la dispareunia y la apareunia son la estenosis del introito y del conducto vaginal, que están propiciadas por un criterio o técnica errónea por parte del cirujano, por la involución senil de las paredes vaginales o por fallas de los cónyuges al intentar el coito. Los principales factores preventivos o curativos en estos casos son la extensa práctica de la episiotomía media y su reparación correcta durante el parto, el conocimiento por parte del médico de la vida sexual de la paciente antes de la operación, una técnica quirúrgica anatómicamente correctora, pero que tenga en cuenta y se adapte a la actividad sexual posterior de la mujer. De primordial importancia es la atención médica postoperatoria; la paciente debe ser advertida de

que las primeras relaciones sexuales van a ser dolorosas y más o menos difíciles mecánicamente, y tanto ella como su esposo deben superar esos problemas con decisión y energía en la convicción de que en poco tiempo desaparecerán. Esas primeras relaciones deben iniciarse no antes de 4 a 6 semanas después de la operación, usando si es necesario algún lubricante adicional y en algunos casos terapéutica complementaria estrogénica o estrógeno-progestacional en forma cíclica durante un tiempo razonable.¹⁵⁻¹⁹

La práctica simultánea de plastias vaginales sobre la pared anterior y posterior tiene una mayor frecuencia de trastornos postoperatorios del coito,¹⁵ simplemente porque acentúan las condiciones patogénicas ya mencionadas. El abordaje del problema debe ser el mismo.

La histerectomía vaginal genera problemas sexuales cuyo planteamiento y resolución son la suma de lo señalado a propósito de las plastias vaginales que muy frecuentemente la acompañan con el significado de la supresión del útero. Cabe mencionar que este último hecho tiene menores repercusiones que en la histerectomía abdominal, sólo por la circunstancia de que la vía vaginal es más común en personas que ya no tienen interés en la actividad sexual.

Mastectomía

La supresión de la mama origina perturbaciones a la propia sensación de feminidad, en cierto sentido comparables a las de la histerectomía. La experiencia común muestra, sin embargo, que no son frecuentes los graves deterioros en la vida sexual de la mujer, cuando menos en el área psicológica o emocional. Esto puede

deberse a que las mamas son órganos de importancia más o menos secundaria, mucho más estimados en la vida moderna por su apariencia que por su función, a que el temor de la mujer al cáncer mamario domine la imagen psicológica de la operación y disminuya sus implicaciones sexuales y a que existen excelentes prótesis de fácil adquisición que son bien aceptadas en una sociedad que utiliza con gran frecuencia dispositivos artificiales en esa región anatómica, aunque esté íntegra, tan solo para mejorar la apariencia.

REFERENCIAS

1. Wolf, S.R.: *Emotional reactions to hysterectomy*. Postgrad. Med. 47:165, 1970.
2. Donovan, C.J.: *Psychosomatic aspects of obstetrics and gynecology*. Amer. J. Obstet. Gynecol. 75:72, 1958.
3. Drellich, M.G. y Bieber, I.: *The psychological importance of the uterus and its functions. Some psychoanalytic implications of hysterectomy*. J. Nerv. Ment. Dis. 126:322, 1958.
4. Drellich, M.G.; Bieber, I. y Sutherland, A.M.: *The psychological impact of cancer and cancer surgery. VI. Adaptation to hysterectomy*. Cancer 9:1120, 1956.
5. Bieber, I. y Drellich, M.G.: *The female castration complex*. J. Nerv. Ment. Dis. 129: 235, 1959.
6. Kroger, S.W.: *Psychosomatic obstetrics, gynecology and endocrinology*. Springfield, Charles C Thomas Publisher, 1962.
7. Decker, W.H. y Schwartzman, E.: *Sexual junction following treatment for carcinoma of the cervix*. Amer. J. Obstet. Gynecol. 83: 401, 1962.
8. McCall, A.S.; Keaty, E.C. y Thompson, J.D.: *Conservation of ovarian tissue in the treatment of carcinoma of the cervix with radical surgery*. Amer. J. Obstet. Gynecol. 75:590, 1958.
9. Patterson, R.M. y Craig, J.B.: *Missconceptions concerning the psychological effects of hysterectomy*. Amer. J. Obstet. Gynecol. 85:104, 1963.
10. Barglow, P.; Gunther, M.S.; Johnson, A. y Meltzer, H.J.: *Hysterectomy and tubal ligation. A psychiatric comparison*. Obstet. Gynec. 25:520, 1965.
11. Horn, B.; Gimes, R. y Konya, Z.: *Function of ovaries after extirpation of the uterus*. Zentralbl. Gynaekol. 86:801, 1964.

12. Thompson, B. y Baird, D.: *Follow-up of 186 sterilized women*. *Lancet* 1:1023, 1968.
13. Paniagua, M.E.; Tayback, M.; Janer, J.L. y Vázquez, J.L.: *Medical and psychological sequelae of surgical sterilization in women*. *Amer. J. Obstet. Gynecol.* 90:421, 1964.
14. Norris, A.S.: *An evaluation of the effects of tubal ligation: their implications for prediction*. *Amer. J. Obstet. Gynecol.* 90:431, 1964.
15. Francis, W.J.A. y Jeffcoate, T.N.A.: *Dispareunia following vaginal operations*. *J. Obstet. Gynaecol. Brit. Commonw.* 68:1, 1961.
16. Jeffcoate, T.N.A.: *Posterior colpoperineorrhaphy*. *Amer. J. Obstet. Gynecol.* 77:490, 1959.
17. Kinch, R.A.H.: *Sexual difficulties after 50: The gynecologist's view*. *Can. Med. Assoc. J.* 94:211, 1966.
18. Simmons, C.S.: *Dispareunia following re-*
- pair. The skin bridge and its prevention*. *J. Obstet. Gynaecol. Brit. Commonw.* 70:476, 1963.
19. Wengraf, F.: *Psychosomatic approach of gynecology and obstetrics*. Springfield, Charles C Thomas Publisher, 1953.
20. Lindeman, E.: *Observations on psychiatric sequelae to surgical operation in women*. *Amer. J. Psychiat.* 98:132, 1941.
21. Marcabh, S.: *Psychological implications of gynecological surgery*. *Int. Surg.* 48:524, 1967.
22. Solomon, E.M.: *The psychosomatic aspects of pre and postoperative care*. En: *Psychosomatic obstetrics, gynecology and endocrinology*. Kroger, S.W. (Ed.), Springfield Charles C Thomas Publisher, 1962.
23. Sutherland, A.M.: *Psychological impact of cancer and its therapy*. *Med. Clin. North Amer.* 40:705, 1956.

VIII RESUMEN

EFRAÍN VÁZQUEZ *

Se han presentado puntos de vista acerca de aspectos poco tratados referentes a la mujer climatérica como persona enferma y no sólo como maquinaria biológica alterada. Parece legítimo concluir que la insatisfacción ante una actitud mecanicista simplificante, frente al mundo que nos rodea, también ha llegado en los últimos años al ejercicio de la ginecología y que se está tratando de reintegrar a esta especialidad ese aspecto humanista global que, al igual que la medicina en general, parecía haber perdido ante el culto inconsciente por la tecnología pura. Intentamos ahora complementar todo el impresionante acervo de capacidades metodológicas materiales a nuestra disposición, con la biología molecular a la cabe-

za, con los aspectos psíquicos, culturales, ambientales, y de toda índole, que nos completen lo mejor posible el cuadro global de nuestra paciente femenina.

Tratamos de efectuar mejor el contacto inicial con un interrogatorio que no sea simplemente inquisitivo sino comunicación recíproca, que disipe los temores frecuentemente infundados, sobre todo en la época de consolidación de la personalidad. Ahora ya no sólo interrogamos la edad a la que contrajo matrimonio la enferma, sino profundizamos en su enfoque personal de la sexualidad, sobre la información que tenía al respecto, la existencia o no de experiencia previa, la gratificación o agresión percibida en esa actividad, las satisfacciones o frustraciones y actitud presente al respecto. No sólo nos interesa ya su historia obstétrica por

* Académico numerario. Hospital Español de México.

saber sus consecuencias mecánicas sobre el canal del parto para explicarnos prolapso o desgarros, sino queremos saber si está satisfecha o agobiada por el número de hijos y cómo enfoca su pasado, presente o futuro reproductivos; si tiene conocimientos, si desea pero teme, si practica pero en el fondo rechaza la anticoncepción y sus resultados. Si ha sido estéril, además de continuar los estudios tradicionales para la búsqueda de los factores orgánicos y funcionales pélvicos, nos interesa igualmente su actitud intelectual y emocional al respecto, pues se ha visto cómo ésta puede ser causa o efecto de problemas psicósomáticos. Tra-

tamos de comprender y ayudar a la mujer climatérica, cuyos síntomas han sido tan frecuentemente juzgados triviales o exagerados. Las operaciones previas no nos interesan sólo como posible distorsión mecánica de la anatomía de la pelvis sino como agresión a la integridad del ego y sus repercusiones en la esfera sexual y reproductiva. Y todo ello, integrado con las concepciones previas en lo que de aceptable tienen desde el punto de vista mecanicista, y con la mente abierta a los nuevos avances en cualquiera de los terrenos que permitan enfocar los problemas de la mujer con un criterio tanto biomédico como humanista integral.