

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**ESTUDIO DE DEPRESION PATOLOGICA
POST- HISTERETOMIA EN UN GRUPO DE PACIENTES
DE CLASE SOCIAL BAJA REALIZADO EN UN MEDIO
HOSPITALARIO**

TESIS

**QUE CON OPCION AL TITULO DE LICENCIADO
EN PSICOLOGIA**

PRESENTA

PALMIRA N. GUEVARA GONZALEZ

MONTERREY, N. L.

ABRIL DE 1980

T
RC537
G8
C. 1



1080070833

SI NO SE PUEDE AVANZAR VOLANDO,
BUENO ES PROGRESAR
COJEANDO

PUES ESTÁ ESCRITO QUE NO ES PECADO
EL COJEAR

RUCKERT

000335

T
RC537
98



I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
1.1 ASPECTOS HISTORICOS DE LA HISTERECTOMIA	4
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	
2.1 TEORIA SOBRE DEPRESION. DINAMICA Y DESARROLLO	8
2.2 INVESTIGACIONES ESPECIFICAS SOBRE DEPRESION EN HISTERECTOMIA . . . . .	.12
2.3 HIPOTESIS DE TRABAJO . . . . .	.19
CAPITULO III	
METODOLOGIA	
3.1 DISCUSION SOBRE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS . . . . .	.21
3.1.1 PRUEBA GUESTALTICA VISOMOTOR DE L. BENDER . . . . .	.22
3.1.2 PRUEBA DE LA FIGURA HUMANA DE K. MACHOVER . . . . .	.23
3.1.3 PRUEBA DE INTELIGENCIA DE BETA REVISADO . . . . .	.24
3.1.4 PRUEBA DE APERCEPCION TEMATICA DE MURRAY . . . . .	.28
3.1.5 PRUEBA DE PSICODIAGNOSTICO DE H. RORSCHACH . . . . .	.32
3.2 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS . . . . .	.36
3.2.1 SELECCION DE CASOS . . . . .	.36
3.2.2 CRITERIOS PARA DELIMITAR LA SELECCION DE LA MUESTRA . . . . .	.37
3.2.3 CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES . . . . .	.37
3.3 PROCESAMIENTO DE DATOS . . . . .	.39
3.3.1 RESULTADOS GENERALES GINECOLOGICOS . . . . .	.40

3.3.2 RESULTADOS GENERALES PSIQUIATRICOS	44
3.3.3 RESULTADOS GENERALES PSICOLOGICOS	50
3.3.4 RESULTADOS	55
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	66
BIBLIOGRAFIA	68

A la memoria de
mi madre:

Consuelo
quien no vió su fruto florecer

A la memoria de
mi abuelito:

Felipe

A mi abuelita:

Consuelo
quien con su cariño y compren
sión me apoyó siempre, estimu
lándome para seguir adelante.

A mis hermanas:

Guadalupe Sorina y Esperanza
del Carmen.

Con cariño:

Para mis maestros, compañeros
y amigos.

MI AGRADECIMIENTO

A mi maestra asesor Lic. Elsa Garza Eckerman por su tiempo y dedicación.

A la Unidad de Psiquiatría y Departamento de Psicología del Hospital Universitario "Dr. José E. González" en especial a la Lic. Ma. Ileana Pisanty Marin y Dr. Jorge Mascareñas Ruiz, quienes me brindaron oportunidad de participar en la realización de esta investigación.

Al Hospital Universitario "Dr. José E. González" Departamento de Ginecología, en particular a los doctores Mariano Ramos García, Jesús Castañeda Wong y -- Francisco Cervera Toscano por su ayuda y cooperación.

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

Un término como es la Histerectomía ha sido objeto de estudio de muchas personas de ciencia en cuanto al ámbito Ginecológico se refiere, pero ante un aspecto muy importante que no hay que descuidar como lo es el aspecto Psicológico y que en nuestra época ha sido de mucha polémica, se me presentó la oportunidad de participar en la realización de esta investigación en conjunto con residentes de Ginecología y Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" ya -- que vemos que tanto en la consulta Ginecológica como en la Psiquiátrica pacientes que sufren depresiones importantes atribuidas a la Histerectomía.

Sabemos que la Histerectomía es un problema que afecta a las mujeres y que no respeta clases sociales, edad, etc., es por eso que todo esto nos hizo pensar, si realmente la cirugía producía estos cuadros o si las pacientes ya los padecían.

Nuestro pueblo ha creado un cierto misticismo alrededor de la Histerectomía y sus consecuencias que indudablemente afectan a nuestras pacientes, quienes se ven envueltas en comentarios que hablan de "quedar huecas" o ser "menos mujer", -- por no tener su matriz, pensamos que deberíamos estudiar estas depresiones patológicas post-histerectomía de una manera más -- profunda a través de un estudio Psicológico, Psiquiátrico y Ginecológico que nos ayuden a detectar las pacientes que probablemente no puedan superar dicha depresión y así ofrecerles otro método de tratamiento auxiliar.

Podemos demostrar que la reacción a la operación depende de la personalidad individual, la identificación femenina, y el apoyo o agresión que recibe del medio (esposo, familia); por lo que la aceptación de una paciente a la necesidad de una Histerectomía, no garantiza que no aparezcan después reacciones emocionales.

Mi principal objetivo en la presente investigación a la cual he titulado "Estudio de depresión patológica post-histerectomía en un grupo de pacientes de clase social baja realizado en un medio hospitalario". Se enfoca a la demostración de mi hipótesis: si la depresión se produce debido a la histerectomía o si hay una personalidad premórbida que las afectará después de la cirugía, y por otro lado el de encontrar datos que en un futuro ayudarán a disminuir dicho cuadro.

En la primera parte de esta investigación se expone en una revisión los aspectos culturales e históricos que el útero tenía en los siglos antes y después de Cristo.

En la segunda parte se presenta la importancia del marco teórico así como investigaciones específicas sobre Depresión en Histerectomía y presentando mi Hipótesis de trabajo.

En la tercera parte de esta investigación se explica detalladamente la metodología que se utilizó para la realización de ésta, aclarándose los procedimientos de la misma. Al mismo tiempo se presentan los resultados generales tanto Ginecológicos, Psiquiátricos y Psicológicos.

Finalmente presento mis conclusiones después de haber hecho el análisis y evaluación de las treinta y dos pacientes.

La Bibliografía que revisé se dirige al tema de la investigación, se concentra al final ya que servirá de apoyo para los interesados en este tipo de trabajo.

CAPITULO I

1.1 ASPECTOS HISTORICOS DE LA HISTERECTOMIA.

En medicina, todas las especialidades se han desarrollado en forma gradual a medida que el conocimiento sobre cada campo se hace más extenso, cobran vida y surgen nuevas especialidades. En los primeros tiempos de la medicina, en los Estados Unidos, lo habitual era que una sola persona ejerciera la cátedra de Anatomía y cirugía, incluyendo en esta última la obstetricia y la Ginecología. Philip Syng Physick, considerado frecuentemente el padre de la cirugía norteamericana, desempeñó en los Estados Unidos la primera cátedra de esta materia, separada ya de la Anatomía. Ello tuvo lugar en la Universidad de Pensilvania en el año de 1805. La obstetricia fué separada de la cátedra de cirugía a comienzos del siglo XIX. Si bien en ese entonces se empezó a considerar la Ginecología como una especialidad, su separación de la cirugía general -- fué gradual. Y de hecho, actualmente, en la práctica la Ginecología aún no se ha desvinculado por completo de la cirugía general, pese a que en casi todas las escuelas de medicina es tá combinada con la obstetricia.

La historia de la Histerectomía y de los métodos propuestos para tratarla se remonta, desde antes de la época de la medicina Hipocrática, a una anotación en el papiro de Kahum de Egipto.

Este papiro, descubierto por Flinders Petrie en 1889 y descifrado por F.L. Griffith en 1893, representa claramente

el estado de los conocimientos médicos en Egipto alrededor de 2,000 años antes del nacimiento de Cristo. En él hay tres menciones al descenso de la matriz. El papiro de Ebers, descubierto en 1862 data por lo menos de 1550 antes de Cristo, y en este caso el prolapso uterino es la primera anomalía Ginecológica a que se alude ya que fué una de las enfermedades femeninas descritas por Cleopatra. quien recetó para tratarlo una solución astringente que se aplicaba por vía vaginal.

Cuando Eurifón, contemporáneo de Hipócrates, encabezaba la escuela de Medicina de Onido, aconsejó emplear la succión para tratar el prolapso uterino, ésta es la primera mención a que se tenga referencia del procedimiento.

Hipócrates sin embargo explicó el estado de succión en más detalle y fué el primero en atribuir problemas de esterilidad al extraer el útero. Consideró que eran factores etiológicos al presentarse el prolapso uterino los siguientes: mojarse los pies, ejercicio excesivo, fatiga y excesos sexuales, sobre todo en la mujer que había dado a luz recientemente.

Hipócrates describió la succión de la siguiente manera: después de atar a la paciente a una armazón semejante a escalera, se volvía de modo que la cabeza quedara hacia la parte inferior de la armazón. entonces le sacudía la armazón hacia arriba y hacia abajo, más o menos rápidamente durante tres o cinco minutos. Dado que la paciente estaba cabeza abajo, se suponía que los órganos relajados del aparato genital volverían a su posición normal por acción de la gravedad y de las sacudidas.

En la edad media Oribasio, Pablos de Egeina, el médico árabe de los siglos VIII y IX y las figuras médicas de la

época medieval de cuando en cuando mencionaban que había tenido éxito la extirpación del útero principalmente para comen--tar el hecho sorprendente de que no hubiera mortalidad.

La primera Histerectomía verdadera fué efectuada por J. Berengario de Capri en 1521, pero Berengario afirmó que su padre había extirpado un útero valiéndose de bisturí.

Cristóbal de Vega . en 1575 relata haber observado un útero prolapsado y gangrenoso en una mujer de 34 años de edad, la envió a un cirujano que extirpó el útero y la paciente sobrevivió 10 años.

Hacia la mitad del siglo XVII, Van Heer enumeró mu--chos informes antiguos de extirpación del útero, la mayor par--te hechos por charlatanes médicos.

Por otra parte en el tratado quirúrgico de C.G. Le --Clerc, publicado en 1664, se menciona un procedimiento tera--péutico ginecológico para la histerectomía. Sin embargo, aconsejaba el masaje y reposo y no la cirugía.

La histerectomía fué llevada a cabo satisfactoriamente años después de la ovariectomía y cuando ésta ya constituía una operación bastante frecuente y acompañada de cierto - éxito. En 1843, Charles Clay, de Manchester, extirpó un útero fibroso, hasta el decimosegundo día de la operación, la recuperación de la paciente fué satisfactoria pero falleció en la mañana del décimo quinto día.

La primera extirpación completamente favorable de un útero fibroso tuvo lugar diez años más tarde, en Massachusetts, en 1853. El Dr. Walter Burnham cirujano francés, mientras ope--raba se vió forzado por las circunstancias a extirpar el úte-

ro, sin que esa hubiese sido su intención. La mujer sobrevivió lo que alentó a Burnham y lo llevó a intentar otras histerectomías. No obstante, en sus 15 casos subsiguientes solo sobrevivieron tres. La opinión médica de aquel entonces expresada por el editor de London Medico-Chirurgical Review era la siguiente:

"Consideramos la extirpación del útero, sin inversión o protursión previas, como una de las operaciones más crueles e impracticables jamás proyectadas por la inteligencia o ejecutada por la mano del hombre" (1).

(1) Richard F. Mattingly, M.D. Operative Gynecology, 5a. Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia. Pág. 4

CAPITULO II

TEORIA SOBRE LA DEPRESION

2.1 - DINAMICA Y DESARROLLO -

La depresión se asocia a una actitud de abandono, de pesimismo, en la que se entrevé un tono de tristeza de tal forma que el deprimido es incapaz de enfrentarse a la realidad en la cual existe y de resolver sus problemas, viéndose afectadas las diversas facetas de su vida entre ellas la Fisiológica, emocional, cognoscitiva y social.

En el síndrome Depresivo, el paciente tratará de calmar sus sufrimientos para lo cual solicitará ayuda de los demás, pero si no se resuelve en esta fase, la depresión se hace crónica, el individuo renuncia a toda ayuda, quedando convencido de que los demás no pueden o no deseen ayudarle y sobreviene la autodestrucción.

Los primeros estudios realizados sobre la Depresión son debidos a Abraham y Freud. Freud en su Duelo y Melancolía nos dice que la melancolía se caracteriza por un estado de ánimo profundamente doloroso, cesación del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibiciones de las funciones y la disminución de amor propio, a diferencia del duelo en que no se presenta éste último.

En el duelo el dolor es por la pérdida del objeto amado, mientras que en la melancolía esta pérdida del objeto se

transforma en una pérdida de yo.

Se espera que el tiempo se encargue de aminorar esa tristeza y que el principio de realidad se imponga sobre la frustración y el individuo pueda superar la pérdida objetal, de tal manera que su vuelta a la realidad le impida caer en enfermedad y el yo no se vea coartado en sus funciones.

Freud nos habla respecto del duelo y la melancolía -- del origen de la inhibición; en sí, la inhibición se debe al trabajo del duelo, que viene a absorber la energía libidinal, explicándose entonces el por qué de la pérdida de interés del depresivo en la realidad.

La melancolía representa un estado de ánimo doloroso, con la pérdida del interés total del mundo exterior, la capacidad de amar y ser productivo, el autodesprecio, el autorreproche, la autoacusación; éstos últimos como consecuencia de la pérdida del amor propio; al igual que en la pena normal, existe un objeto que se ha perdido salvo que en la melancolía el individuo ignora lo que ha perdido con él; se ve obligado a externalizar su culpa haciéndose indigno y autocastigándose frecuentemente ante los demás, lo que equivaldría a una pérdida del yo. La persona que se ha identificado con ese objeto, tiene pues que reprocharse la pérdida de ese objeto.

Evidentemente que en una identificación de tal magnitud, las relaciones objetales son narcisistas, y hablamos de una inmadurez yóica, que a fin de cuentas esta inmadurez es la responsable de que aparezca la melancolía, y de las regresiones a niveles más primitivos.

A través de la experiencia clínica ha quedado demostrado que los autorreproches procedentes de un complejo de culpabilidad aparecen ya desde el principio de la enfermedad; haciéndose posible que estos autorreproches tomen un carácter exagerado, y desproporcional.

Naturalmente, el conflicto emerge en el sujeto, y es del sujeto, pero no hay que perder de vista dos problemas:

- 1.- La constitución de la persona del deprimido.
- 2.- La relación de la persona con la realidad, es decir, el modo como esta persona se conduce y se condujo en la realidad.

Se habla de constitución haciéndose mención que la persona está constituída de una forma en que hace posible "el estar en la realidad" de una manera constante.

La mayoría de los pacientes depresivos tienen como característica ser personas calmadas de ánimo sin embargo con ciertos escrúpulos. Es decir, con un superyó fuertemente arraigado. Según el Psicoanálisis estas personas han llegado a esta constitución debido a que poseen una fijación materna y un rechazo paterno, el niño por consiguiente es bueno para la madre y débil para el padre, manteniéndose entonces en un nivel de inmadurez que se refleja en el seno de la personalidad. En otras ocasiones se manifiesta ambivalencia que recae sobre uno de los padres, generalmente sobre la madre a la que al mismo tiempo que se le quiere se le rechaza. El factor constitutivo del depresivo es la ambigüedad ante el objeto, y su contradicción frente a la realidad.

En la relación de la persona con la realidad aquí so lo se es capaz de querer lo que ya se quiso antes, es decir, los primeros afectos recaen sobre sí mismo y posteriormente - sobre la madre. Por lo tanto, decimos que el niño quiere en - forma narcisista, quiere a "esa" persona en la medida en que le gratifica, y ama con la intención de que se le ame.

Lo cierto es que la realidad es un hecho que se impo- ne, el individuo depresivo no se encuentra totalmente fuera de ella, solo que se siente ajeno y extraño a ella; están en el mundo sin estar realmente.

Es por eso que se afirma que la persona que se encuentra en un estado narcisista es incapaz de una adecuada socia- lización, por lo tanto, su forma de permanecer a la realidad es débil.

Podemos concluir lo siguiente: De la misma forma que en el duelo normal, también en la depresión, la melancolía ha de ser tanto más honda cuanto menos se ha amado o cuanto más se ha odiado al objeto que se pierde, que suscita la depre- - sión misma, ya que lo que provoca la melancolía no es la pér- dida objetal sino el sentimiento de culpa por la misma.

Por otra parte, las funciones y estructura del cuerpo humano incluye los sentimientos, ideas y percepciones del yo en referencia a su propio cuerpo, la imagen corporal sería la imagen subjetiva individual de su propio cuerpo, si el cuerpo es parte de uno mismo lo que ocurra en él, ocurre dentro de - uno mismo, que significaría la pérdida o podría ser una defi- ciencia de impulsos y necesidades que han de satisfacerse, al perderse un objeto interno; hablando en términos económicos - habría una aflicción considerable, que necesita substituirse

por otro objeto; si se afecta la imagen corporal principalmente cuando la enfermedad afecta los órganos de la reproducción, traerá pérdida de las capacidades sexuales y disturbios en la identidad sexual, en este caso habría causas fisiológicas asociadas a manifestaciones psicológicas, la reacción que se esperaría a la pérdida de una parte del cuerpo sería culpa, depresión, vergüenza, desconcierto, en aprehensión acerca del futuro, impacto en la alteración corporal, en sus relaciones interpersonales y en su rendimiento ocupacional.

Esto afectaría más a las personas que tengan una personalidad premórbida por ejemplos: miedos, ataques físicos, etc.

En las relaciones sexuales esperaríamos encontrar: -- disminución en el interés y actividad sexual, disminución en la iniciativa sexual, pérdida de la armonía sexual, conducta mal adaptada y acting-out, por lo tanto, disminución en la capacidad de trabajo, la propia estima y depresión.

2.2 INVESTIGACIONES ESPECIFICAS SOBRE DEPRESION EN HISTERECTOMIA.

Para muchas mujeres y sus maridos, la Histerectomía aparenta una amenaza de identidad sexual. Se dice que uno de los problemas emocionales más comunes después de la Histerectomía es la Depresión.

El Dr. Wolf catedrático de la escuela de medicina en Baltimore, al referirse a la Histerectomía dice como la ruptura de "concepto yo femenino" debido a su papel en la menstruación, embarazo y nacimiento, el útero es central a estas per-

cepciones y actitudes en la vida social la función de engendrar y la imagen del cuerpo en la mujer, es usualmente referida como el "concepto yo femenino" o "la identidad femenina".

La depresión es uno de los síntomas psiquiátricos más frecuentes reportados después de operaciones de la pelvis, -- particularmente Histerectomías. Sin embargo, hay reportes donde las pacientes se describen a sí mismas como "desfeminizadas" después de la cirugía.

El Dr. Rosen describió la Histerectomía como una emoción equivalente al aborto.

Sangel, Seitlyn y Rayner colegas del Dr. Wolf, revisando las admisiones psiquiátricas después de la cirugía notaron que un mayor número de admisiones iban precedidas por cirugías ginecológicas en lugar de otros procedimientos quirúrgicos.

Hollender analizó los datos de admisiones femeninas al hospital psiquiátrico de Syracuse y encontró que la cirugía pélvica fué un factor precipitante en el 4.5% comparado con el 2.5% para las cirugías de todos los otros tipos.

Conforme pasa el desarrollo de procesos después de la cirugía, las fantasías de femineidad y experiencia de la vida de cada mujer, entran en la percepción del concepto yo femenino, pero puede esperarse que el efecto psicológico de la Histerectomía deba diferir entre mujeres. Hollender dice que la Histerectomía es percibida como un golpe en casi todas las mujeres.

La reacción de la mujer ante tal cirugía va a depender de la estructura de la personalidad individual, la experiencia femenina y como manejan la situación tanto el médico como la familia. Así mientras que la cirugía pueda experimentarse como un trauma, únicamente esas mujeres que tienen el concepto yo femenino muy pobre no pueden manejar el golpe o el soporte externo (familia y médico), por lo tanto, mostraron un síntoma psiquiátrico.

Por otra parte se ha visto que muchas pacientes experimentaron con calma y adaptabilidad la histerectomía y sus recursos internos pueden ser tales que no están conscientes que su mecanismo de defensa está actuando, es decir niegan lo que les produce la pérdida de sus órganos reproductivos.

En la experiencia del Dr. Wolf dice que los efectos de la histerectomía difieren grandemente dependiendo de la edad, experiencia marital, niños que tienen y la seguridad de identidad sexual de las pacientes individualmente.

Agrega que los sentimientos de desfeminización aparentemente son más frecuentes entre las mujeres de las clases socioeconómicas más bajas, ya que estas mujeres tienden a pensar más concretamente que las pacientes de clase media; estas mujeres y sus esposos (clase baja), tienden a pensar "que la mujer está aquí para tener niños" y "si no tienes útero no eres mujer".

El Dr. Wolf ha entrevistado esposos de mujeres que van a hacerse una histerectomía y muchos de estos hombres mostraron una gran ansiedad sobre el procedimiento. El pensamiento

to que emergió fué "si mi mujer, tiene una histerectomía ella no tiene útero, entonces no es mujer, entonces si ella no es mujer, qué soy yo? si tengo una relación sexual con ella?.

El procedimiento aparenta una amenaza para la identidad sexual tanto de la mujer como la del hombre.

Concluyendo dice que en muchas mujeres depende sus maridos para reforzar su concepto del yo femenino. Si el esposo se asusta de dañar a la mujer, empezando las relaciones sexuales antes de tiempo o si él tiene supersticiones o mitos de una cuenta que lo molestan, él podrá retirarse de su esposa cuando ella más lo necesita.

Si el médico busca al marido y discute el proceso de la cirugía y ayuda a curar los aspectos de la sexualidad, una gran cantidad de sufrimientos puede ser evitado.

Por otra parte el Dr. George Melody en sus investigaciones trata de ver las consecuencias que sufre la paciente histerectomizada no nada más desde el punto de vista individual sino grupal.

Y su tesis ofrecida dice "Una mujer es un ser biológico, social y cultural, y como tal, es dependiente de su salud en la aceptación como miembro signficante individual de un grupo social al que pertenece" (2), es decir su propia eva--

(2) Melody, George F., M.D., Depressive Reactions Following Histerectomy, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Feb. 1962, Vol. 83, N° 3 Pag. 410.

luación se determina en el último análisis de como percibe y simboliza su actitud, comportamiento, etc. del grupo del cual es miembro.

El dice que las relaciones humanas interaccionales -- son tan esenciales para la salud propia, en nuestro sentido -- común y el potencial de autosuficiencia son comprometedores -- para la mayor parte, por la amenaza percibida de desaprubo -- devaluación y pérdida de seguridad. Agrega que los principios de la ecología humana no son más convincentes demostrativamente que la observación clínica de cómo las interacciones sociales determinan el curso post-operatorio de mujeres después de la histerectomía.

En otras palabras. las reacciones depresivas que siguen a la histerectomía son precipitados en cada instante por un evento social traumático que la paciente percibió como un acto real, de amenaza o simbólico de desaprubo, o de rechazo.

La mujer que se deprime post-operatoriamente, se aisla de su círculo social en el cual, antes funcionaba a ésto. El Dr. Melody le llama (Discontinuidad social).

Por otra parte, si una persona significante en el grupo social de la mujer histerectomizada la define como "desex-sada", "mujer cáscara", "promiscua", etc., la mujer rechazada o devaluada puede eventualmente comportarse de tal manera que la evaluación originalmente falsa se vuelva cierta y, por lo tanto, el síndrome de depresión se ve envuelto.

Es como Thomas el decano de los sociólogos americanos lo manifiesta: "Si los hombres definen situaciones como reales, éstas serán reales en sus consecuencias" (3).

El Dr. Melody enfatiza en que una historia de depresión previa predice en forma significativa anticipándose a la reacción de la mujer propicia síntomas depresivos; si la experiencia de la histerectomía se percibe como una discontinuación social así como biológica; es decir los factores sociales y culturales, así como biológicos determinarán salud o enfermedad durante los meses siguientes a la operación.

Ya que la mujer es una criatura trivial, la aceptación, aprobación y el respaldo de los miembros significativos del grupo social del cual ella es miembro son factores críticos en la prevención de reacciones adversas a la histerectomía.

Patterson y Craig, del Instituto Psiquiátrico de Columbus se interesaron en las pacientes histerectomizadas ya que tenían un alto índice de admisión en el hospital psiquiátrico de pacientes con antecedentes de histerectomía y se vieron obligados a investigar los conceptos y comentarios acerca del significado emocional de la histerectomía.

Ellos encontraron que de 100 pacientes el 21% se sintieron diferentes, el 6% se sintió mutiladas, mientras que el 50% se sintieron bien y hasta mejor que antes y el 23% no vieron cambio. Con todo esto ellos piensan que la histerectomía es de poca significancia para el desarrollo de una enfermedad

(3) Melody, George F., M.D., Depressive Reactions Following Histerectomy, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Feb. 1962, Vol. 83, N° 3. Pág. 413.

mental ya que ellos tomaron demasiada importancia al preparar a las pacientes antes de operarlas para que tuvieran un entendimiento razonable de la operación.

Por otra parte el Dr. Defino Gallo profesor de la Universidad de Guadalajara concuerda con Patterson y Graig y dice que: 'La histerectomía perjudica psicológicamente a la enferma solo en proporción a su ignorancia; de saber con toda claridad que únicamente pierde capacidad reproductiva, pero queda absolutamente normal en todos los otros aspectos, su daño es mínimo, ya que la paciente bien informada y preparada acerca de la cirugía, su reacción es nula o casi inexistente", agrega que el trauma psicológico del propio ginecólogo constituye importante problema al no permitirle actuar racionalmente.

Un grupo de doctores del Hospital de Gineco-obstetricia del I.M.S.S. de Guadalajara, se interesaron en analizar los resultados obtenidos en la práctica de la histerectomía y encontraron que de 140 casos escogidos al azar que a su vez se obtuvo una muestra al azar de 20 pacientes con el fin de valorar condiciones relacionadas con el aspecto psicológico y se encontró que en seis la impresión predominante tanto para ellas como para sus esposos era de "vacías" o "huecas" y en última instancia de cumplir plenamente con su papel en el orden sexual.

Ellos afirman la gran importancia que es la preparación emocional como la orgánica al planearse una cirugía de este tipo ajustado a las condiciones culturales y emocionales de la paciente.

Concluyen que es poca la información que el médico -- concede en nuestro medio con respecto a este tema así como a la valoración integral de la paciente desde el punto de vista emocional.

2.3 HIPOTESIS DE TRABAJO

Anteriormente he mencionado las causas que motivaron la realización de esta investigación. por lo tanto me cuestioné la siguiente hipótesis:

"Las mujeres que son sometidas a Histerectomía electiva, sufren depresión reactiva, aparte de que pudieran presentar una personalidad premórbida que las afectará después de la operación .

Considerando que la población sujeta a estudio presenta características especiales como son: bajo nivel de educación, baja posición económica, una historia familiar peculiar, etc. Debido a estas causas anteriores, y por consiguiente, una personalidad individual que resulta de estos estilos de vida, me hizo pensar en que la personalidad premórbida se constituye en sí en un factor predisponente a la reacción después de la operación. No obstante, dicha operación en sí resulta un acontecimiento que para la paciente representa una pérdida importante y por lo tanto, desencadena una depresión reactiva.

Independientemente de la situación especial de esta población nuestra hipótesis es que la Histerectomía electiva des

encadena en la paciente una depresión reactiva, y se pretende llegar a su comprobación o bien a su rechazo.

CAPITULO III

METODOLOGIA

La pruebas psicológicas para esta investigación fueron seleccionadas de acuerdo a las características de nuestras pacientes, principalmente en la prueba de la inteligencia Beta revisado ya que su aplicación es para personas sin escolaridad, por lo que, fué escogida ya que la mayoría de nuestra muestra no la tienen.

Se seleccionaron cinco pruebas psicológicas que son las siguientes:

- Prueba de la Figura Humana de Karen Machover.
- Prueba Guestáltica Visomotora de Laurretta Bender.
- Prueba de Inteligencia Beta revisado.
- Prueba de Apercepción Temática de Murray.
- Prueba de Psicodiagnóstico de Hermann Rorschach.

Ya que cumplían todos los requisitos para investigar sobre Depresión.

La prueba de la Figura Humana de Karen Machover, tiene la finalidad de facilitar el rapport además de su fácil manejo y aplicación, al igual que la Prueba Guestáltica Visomotora de L. Bender.

La prueba de Psicodiagnóstico de Hermann Rorschach, -

fué seleccionada por su facilidad de investigar rasgos profundos de la personalidad en forma proyectiva proporcionando datos tanto cualitativos como cuantitativos.

La Prueba de Apercepción Temática de Murray fué elegida puesto que complementa con aspectos dinámicos de la personalidad lo encontrado en la Prueba de Rorschach y proporciona información inconsciente que ayuda a diagnosticar los rasgos de la personalidad.

3.1 DISCUSION SOBRE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS

A continuación hablaré en detalle de las pruebas Psicológicas que se le aplicaron a las pacientes de esta investigación.

3.1.1 PRUEBA GUESTALTICA VISOMOTOR DE L. BENDER

La Prueba Guestáltica Visomotor de Laretta Bender es una prueba estructurada no verbal en la cual se le presentan al examinado nueve dibujos impresos que él tiene que reproducir, mediante esta prueba se puede detectar organicidad, el nivel de maduración y además se puede hacer una interpretación dinámica. Se optó por la interpretación de tipo dinámico proyectivo, investigando solamente cuatro áreas que consideré -- pertinentes a esta investigación, que son las siguientes:

a).- Tipo de organización, que nos explica la forma - en que logra organizarse y planear las diferentes situaciones de la vida que le son desconocidas.

b).- La forma en que manejan su afecto ante situaciones estructuradas.

c).- El manejo de la agresión ante las mismas situaciones.

d).- La percepción de la imagen materna que ha logrado internalizar.

Se dió la siguiente consigna: "Le voy a presentar -- nueve tarjetas, cada una de ellas tiene un dibujo impreso, - usted las va a copiar una por una como las vea y pueda hacerlas".

3.1.2 PRUEBA DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER

La Prueba de la Figura Humana de Karen Machover, es - una prueba proyectiva estructurada que proporciona una concepción sólida y rica en contenido de la personalidad a través - de la realización de los dibujos de la imagen del cuerpo humano.

Su administración consiste en dar al sujeto un lápiz

y hojas de papel en blanco tamaño carta.

La consigna que se les dió a las pacientes de esta investigación fué la siguiente:

'Dibuje usted una figura humana. Como usted pueda y guste hacerla''.

Después de haber realizado el primer dibujo inmediatamente se les dijo que dibujaran a la figura del sexo opuesto de la que habían dibujado.

Se anotó cual figura dibujaron primero.

Esta prueba se aplicó con el objeto de buscar datos - principalmente de: identificación sexual y percepción de la - imagen corporal, que constituyen información muy valiosa acerca de la identidad del paciente.

3.1.3 PRUEBA DE INTELIGENCIA BETA REVISADO

La Prueba de Inteligencia Beta Revisado, es una prueba que mide cociente intelectual; es para personas entre los 16 y 59 años de edad, su aplicación puede ser colectiva o individual, para los propósitos de esta investigación se optó - por la aplicación individual.

El contenido de la prueba está formado por seis sub--pruebas que a continuación se presentan.

1.- LABERINTOS - CONSIGNA.- Dibuje el camino más corto de número a número, en la dirección de la flecha, sin cortar ninguna línea.

TIEMPO. 1 minuto 30 segundos.

VALORACION.- 1 punto por cada medio laberinto correcto, sin admitir correcciones.

MAXIMO DE PUNTOS.- 10.

MIDE.- La capacidad de planeación e iniciativa.

2.- CODIGOS GRAFICOS - CONSIGNA.- Ponga los números correspondientes debajo de cada dibujo.

TIEMPO.- 2 minutos.

VALORACION.- Cada tres números bien contestados 1 punto (se acredita un punto por los tres primeros números ya ubicados).

MAXIMO DE PUNTOS, 10.

MIDE.- Atención visual y velocidad de asociación, aprendizaje, coordinación visomotora.

3.- DIBUJOS EQUIVOCADOS - CONSIGNA.- Tache con una cruz el dibujo equivocado.

TIEMPO.- 3 minutos.

VALORACION.- 1 punto por cada dibujo correctamente tachado.

MAXIMO DE PUNTOS. 20.

MIDE.- Juicio práctico.

4.- COMPONER CUADROS - CONSIGNA.- Marcar en el cuadro, la forma como está compuesto con las figuras que están a su izquierda.

TIEMPO.- 4 minutos.

VALORACION.- 1 punto por cada cuadro marcado correctamente.

MAXIMO DE PUNTOS.- 18.

MIDE.- Abstracción o pensamiento lógico. Relación del todo y sus partes.

5.- DIBUJOS INCOMPLETOS - CONSIGNA.- Completar rápidamente los dibujos, con lo que les falta.

TIEMPO.- 2 minutos y 30 segundos.

VALORACION.- 1 punto por cada dibujo correctamente completo, sin pretender exactitud de trazo.

MAXIMO DE PUNTOS.- 20.

MIDE. Concentración y percepción visual.

6.- DISCRIMINACION VISUAL Y DE NUMEROS · CONSIGNA.-
Mire cada par de dibujos o de números y haga una cruz entre -
ellos cuando los dos no sean iguales.

TIEMPO.- 2 minutos.

VALORACION.- Restar el número de respuestas erróneas
al número de las respuestas correctas.

MAXIMO DE PUNTOS.- 25.

MIDE.- Atención. Rapidez en la percepción de figuras
y números.

El objetivo de la aplicación de esta prueba fué con el
fin de obtener el rango de cociente intelectual que varía de:

130 y más	- - -	muy superior
119 - 129	- - -	Superior
110 - 119	- - -	Normal brillante
90 - 109	- - -	Normal promedio
80 - 89	- - -	Normal lento
70 - 79	- - -	Fronterizo
60 y menos	- - -	Deficiente mental

Y al mismo tiempo aprecian el cociente intelectual y
el manejo del enfoque cognitivo de las pacientes.

3.1.4 PRUEBA DE APERCEPCION TEMATICA

La prueba de apercepción temática conocido como T/A/T., es una técnica para la investigación de la dinámica de la personalidad tal y como se manifiesta en las relaciones interpersonales y en la apercepción o interpretación significativa significativa del medio ambiente.

El T.A.T. que fué descrito originalmente por Christina D. Morgan y H.A. Murray en 1935 ha sufrido varias modificaciones, siendo la última publicada en el año de 1942.

Actualmente consta de 19 láminas con figuras y una lámina en blanco. Es considerada como una prueba proyectiva ya que las historias que los examinados realizan sobre cada una de las láminas se ven como proyecciones debido a que se provocan sensaciones y sentimientos, necesidades o impulsos de la persona por los materiales estímulos de las láminas.

De acuerdo con la hipótesis proyectiva el yo utiliza el mecanismo de proyección como una defensa contra fuerzas inaceptables de una manera inconsciente.

Entendiendo como Proyección: Adjudicar a otros los afectos y sentimientos que permanecen incoscientemente al servicio de la defensa y que no es aceptable para el yo. (4).

(4) Bellack, Leopold. El uso Clínico de las Pruebas Psicológicas del T.A.T., C.A.T. y S.A.T. Editorial El Manual Moderno, S.A., 1974. Pág. 21

Las láminas se han seleccionado ya que existen cuatro series de láminas: una para niños, una para niñas, otra para hombres mayores de catorce años y otra para mujeres mayores de catorce años.

Para los propósitos de esta investigación se seleccionaron y administraron 20 láminas impresas en el dorso con las siglas NM que son las correspondientes para mujeres y las láminas que solo van enumeradas, pero sin letra ya que consideré las más apropiadas para estimular en alguna forma a la paciente y poder obtener a manera de Proyección rasgos de tipo depresivo.

Se les dió la siguiente consigna: "Esta es una prueba para contar historias, tengo unas láminas que le voy a mostrar. para cada lámina quiero que haga una historia. Diga que ha pasado antes y que está pasando ahora, que está sintiendo y pensando la gente que está ahí y cómo terminará todo".

Se les tomó el tiempo de reacción y tiempo total para cada lámina.

Las láminas que seleccioné fueron las siguientes:

LAMINA 1.- Un niño contemplando un violín que está sobre una mesa.

LAMINA 2.- Vista campestre. En el primer plano está una joven con libros en la mano; en el fondo están un hombre trabajando en el campo y una mujer de edad que está observando.

LAMINA 3NM.- Una joven está de pie, cabizbaja; cubre su rostro con la mano derecha. Extiende su brazo izquierdo hacia adelante contra una puerta de madera.

LAMINA 4.- Una mujer está apretando los hombros de un hombre cuyo rostro y cuerpo se ven que se alejan, como si él intentara retirarse de ella.

LAMINA 5.- Una mujer de edad media que está de pie en el umbral de una puerta semiabierta, y mira hacia el interior de un cuarto.

LAMINA 6NM.- Una mujer sentada al borde de un sofá mira hacia atrás por sobre sus hombros, a un hombre de mayor edad con una pipa en su boca y quien parece dirigirse a ella.

LAMINA 7NM.- Una mujer mayor sentada en un sillón cerca de una niña a la que le está hablando o leyendo. La niña tiene una muñeca en su regazo y mira a lo lejos.

LAMINA 8NM.- Una joven sentada, apoyando su barba en la mano, y mira al espacio.

LAMINA 9NM.- Una joven con una revista y una bolsa en la mano mira por detrás de un árbol a otra joven con vestido de fiesta que corre a lo largo de una playa.

LAMINA 10.- La cabeza de una joven recargada en el hombro de un hombre.

LAMINA 11.- Un camino bordeando un profundo abismo entre altas montañas escarpadas. En el camino a distancia hay figuras oscuras. De un lado de la pared rocosa sale la cabeza y el gran cuello de un dragón.

LAMINA 12 F.- El retrato de una joven. Al fondo una anciana extraña con un chal en la cabeza, está haciendo muecas.

LAMINA 13 MF.- Un joven está de pie con la cabeza baja y oculta por su brazo. Detrás de él está la figura de una mujer acostada en la cama.

LAMINA 14.- La silueta de un hombre (o de una mujer) contra una ventana iluminada. El resto de la lámina es totalmente negro.

LAMINA 15.- Un hombre demacrado, con las manos apretadas, está de pie entre tumbas.

LAMINA 16.- Esta lámina es en blanco. (Aquí las instrucciones son de que primero imagine una escena para la lámina y luego relate una historia sobre ella).

LAMINA 17 MF.- Un puente sobre el agua. Una figura femenina se inclina sobre la barandilla. Al fondo hay edificios altos y pequeñas figuras de hombres.

LAMINA 18 MF.- Una mujer aprieta con sus manos la garganta de otra mujer a quien parece que está empujando por el barandal de una escalera.

LAMINA 19.- Una cabaña cubierta de nieve en el campo.

LAMINA 20.- La figura de un hombre (o de una mujer) iluminada por una luz mortecina en la plena noche, y apoyándose contra un poste de luz.

3.1.5 PRUEBA DE PSICODIAGNOSTICO DE HERMANN RORSCHACH

La prueba de Psicodiagnóstico de H. Rorschach que fué creada por éste mismo en 1921, consta de 10 láminas con diferentes manchas de tinta que sirven como material de estímulo inestructurado en el método de Psicodiagnóstico.

Es una prueba de percepción donde el sujeto dice lo que ve en cada lámina.

Las láminas se dividen en dos grupos:

Acromáticas: I, IV, V, VII.

Cromáticas: II, III, VIII, IX, X.

Podemos decir que cada lámina representa lo siguiente:

LAMINA I.- Por su forma y color negra, es fácil interpretable, para la mayoría de las personas tanto en conjunto - como en sus detalles, por lo que se dice que es una lámina y por ser la primera, se puede ver como reacciona la persona ante una situación nueva.

LAMINA II.- Su característica de ser negra y la primera en presentar color (rojo). Puede provocar movimiento. Por todo ésto se dice que puede movilizar vivencias y sentimientos infantiles y también provocar asociaciones sexuales.

LAMINA III.- Negra y roja. Es la que más fácilmente produce movimiento. Se dice que por el tipo de respuestas que se dan plantea con frecuencia los temas de la identificación sexual y del interés por las relaciones sociales.

LAMINA IV.- Negra. Se dice que es una de las láminas más difíciles de interpretar en conjunto que en sus detalles. Por su forma se ha visto que actúa con frecuencia como imagen paterna y símbolo del poder y de la autoridad.

LAMINA V.- Negra. Es una de las figuras de más fácil interpretación por la manera en que está representada, y que la mayoría de las personas ven como "murciélago", por lo que se dice que es la lámina del contacto con la realidad.

LAMINA VI.- Negra. Se dice que es una lámina donde -- despierta con facilidad ideas sexuales por su composición en general.

LAMINA VII.- Negra. Por su manera en cómo está representada, se ha visto que despierta fácilmente asociaciones maternas.

LAMINA VIII.- Multicolor. Se dice que es una lámina fácil interpretable de una manera detallista, y por ser la primera en presentar varios colores, se ha visto que se puede ver - cómo la persona se adapta de una manera afectiva.

LAMINA IX.- Multicolor.

LAMINA X.- Multicolor.

La administración del Rorschach consta de dos frases: La primera a la cual se le llama "administración propiamente dicha", consiste en presentar al sujeto cada lámina y obtener las respuestas de cada una de éstas; la segunda a la cual se le llama encuesta es donde se hacen todas las preguntas necesarias para averiguar cómo llega el sujeto a sus respuestas.

La consigna que se les dió a las pacientes fué la siguiente: "Le voy a presentar una serie de láminas, cada una de ellas tienen impresas unas manchas de tinta, usted me irá diciendo qué es lo que ve en cada una de ellas, voy a anotar todo lo que usted me diga y después haremos una encuesta para saber más sobre sus respuestas".

La prueba fué aplicada en una sola sesión tomándose el tiempo de reacción y el tiempo total para cada lámina.

Posteriormente ya aplicadas el total de las pruebas psicológicas, se procedió a la revisión de las mismas y tomando como referencia los signos de depresión esperados en cada prueba que a continuación se presentan.

MACHOVER DEPRESIVO

- énfasis en la cabeza
- énfasis en la boca
- pueden omitir los brazos
- dibujos muy pequeños
- secuencia de abajo hacia arriba
- borran
- énfasis en botones y bolsillos.

BENDER DEPRESIVO

- cohesión exagerada
- disminución en la curvatura
- tipo suave de rotación de 5 a 15° en dirección a las

- manecillas del reloj.
- estilo comprensivo en colocación del dibujo.
- reducción de tamaño en los dibujos.

BETA DEPRESIVO

- baja atención y memoria
- no capacidad de análisis y síntesis
- incoordinación.

RORSCHACH DEPRESIVO

- Pobreza en productividad
- pobreza en calidad
- número de respuestas abajo de 20
- F% arriba de 80
- F% entre 82-85
- M 1
- Suma de C no más de 1.5
- A% encima de 50
- P% encima de 30
- W no más de 4 ó 5
- Fallas o rechazos
- tiempos de reacción alargados
- frecuentes autocríticas
- críticas agresivas

T.A.T. DEPRESIVO

- historias sombrías
- expresiones monosilábicas
- automenosprecio
- restricción de actividad ideacional
- lentitud
- exclamaciones de desaliento
- fantasías ansiosas en las que el amor, la bondad, y la dicha saturan las historias.

3.2 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

La investigación se realizó de la siguiente manera.

3.2.1 SELECCION DE CASOS

- a).- Se eligieron 32 pacientes, de un total de 47, o sea el 68%.
- b).- Con edades de mayores de 25 y menores de 38 años de edad.
- c).- El muestreo fué al azar.

3.2.2 CRITERIOS PARA DELIMITAR LA SELECCION DE LA MUESTRA:

a).- Deberían ser pacientes candidatos a Histerectomía electiva, es decir, que no tenía que ser de urgencia la operación.

b).- Y que fueran pacientes del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

3.2.3 CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES

El tipo de pacientes con los que se trabajó provenían de un nivel socioeconómico bajo, con poca escolaridad, sin información acerca de lo que es una Histerectomía, así como su tipo de personalidad que eran pasivas, inseguras y con tendencia a la promiscuidad.

Esta investigación se realizó participando en forma interdisciplinaria los departamentos de Ginecología, Psiquiatría y el servicio de Psicología del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

Las pacientes fueron examinadas en la consulta de Ginecología haciéndoseles una historia clínica completa como lo eran los exámenes de laboratorio pre-operatorio (sangre, orina, etc.); uno o varios papanicolau según lo requerían.

Se investigó su origen, escolaridad, menarquia, su -- reacción a la misma y quién la preparó, sintomatología mens-- trual, inicio de la vida marital, número de hijos total, hi-- jos de otro matrimonio, número de hijos deseados y no desea-- dos, si estaban usando o no algún método de planificación fa-- miliar temporal o definitivo, frecuencia del coito y su reac-- ción a éste, así como la edad y escolaridad del esposo y si - éste tenía otras mujeres.

Posteriormente pasaron a una entrevista psiquiátrica que observaría principalmente los siguientes factores: reac-- ción a la cirugía, actitud del esposo, actitud de la paciente hacia el esposo y hacia sus hijos, conformidad con su situa-- ción económica, relaciones sexuales, diagnóstico de depresión y su tipo y canales sublimatorios; aplicándoseles además la - escala de Hamilton de depresión la cual se divide en seis di-- ferentes áreas: ansiedad-somatización, pérdida de peso, dis-- turbios cognitivos, variación diurna de la sintomatología, re-- tardo psicomotriz y trastornos del sueño.

Finalmente fueron sometidas a la aplicación de prue-- bas como lo son:

- Prueba de la Figura Humana de K. Machover.
- Prueba Gestáltica Visomotora de L. Bender.
- Prueba Beta Revisado.
- Prueba de Psicodiagnóstico de H. Rorschach.
- Prueba de Apercepción Temática de Murray.

También buscando datos como: Inteligencia, afectividad

autoconcepto, imagen materna, relaciones familiares e interpersonales, impulsividad, tipo de pensamiento, fantasías de castración, juicio, contacto con la realidad, aprendizaje y mecanismos de defensa. Realizándose ésto cuando menos cinco días antes de operarlas.

Debido a que el duelo normal tiene una duración de tres meses aproximadamente, se les volvió a hacer la entrevista psiquiátrica y aplicación de la escala Hamilton de depresión.

Las pruebas Psicológicas se les aplicaron a los seis meses después ya que es el mínimo tiempo requerido para una aplicación de pruebas nuevamente.

Se citaron a la consulta ginecológica a los 40 días después para ver las complicaciones tardías, el reinicio de su vida marital y síntomas predominantes, y después consulta libre para los meses subsecuentes.

Mientras duró la investigación de las 47 pacientes, 32 completaron la totalidad de las pruebas psicológicas y son las que se tomaron en cuenta para esta investigación.

3.3 PROCESAMIENTO DE DATOS

Para darnos una idea con el tipo de pacientes con las que trabajamos presento los resultados generales tanto ginecológicos, psiquiátricos y psicológicos.

3.3.1. RESULTADOS GENERALES GINECOLOGICOS

EDAD.- Nuestro trabajo fué realizado con mujeres jóvenes con edad máxima de 38 y mínima de 25. El promedio fué de 32.87 años.

ORIGEN.- 11 del estado de Nuevo León, 8 de San Luis - Potosí, 5 de Zacatecas, 3 de Tamaulipas y una paciente para cada uno de los estados de Coahuila, Durango, Guanajuato, Hidalgo y Estado de México, cabe aclarar que todas ellas nacieron en cada estado que se menciona pero tienen algunos años - viviendo en esta ciudad.

ESCOLARIDAD.- El número de años aprobados fué de 3.84 con un mínimo de 0 y un máximo de 12 años. Véase cuadro 1.

CUADRO N° 1

ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES

PROMEDIO = 3.84 años

AÑOS	PACIENTES
0 - 2	13 (8 analfabetas)
3 - 4	7
5 - 6	8
+ de 7	4 (1 con 12 años)

MENARQUIA.- La información y orientación sobre la menarquia la recibieron de las siguientes fuentes: 21 pacientes no recibieron ningún tipo de información; a 6 las preparó la madre; a 4 les dió información una amiga y una de ellas recibió información de una prima.

La reacción a la primera menstruación fué la siguiente: a 19 les dió vergüenza, 6 refirieron miedo, 4 relataron satisfacción y a 3 de ellas les fué indiferente. Véase cuadro 2.

CUADRO N° 2

REACCION PRIMERA MENSTRUACION

VERGUENZA	=	19 PACIENTES
MIEDO	=	6 PACIENTES
SATISFACCION	=	4 PACIENTES
INDIFERENCIA	=	3 PACIENTES

Los síntomas que presentaron durante los sangrados fué:

Dolor premenstrual en 15 pacientes.

Dolor transmenstrual en 9 pacientes.

Dolor pre y transmenstrual en 3 pacientes.

Dolor transmenstrual y postmenstrual en 1 paciente.

Asintomáticas 4 pacientes.

INICIO DE LA VIDA MARITAL.- El promedio de nuestras -
pacientes iniciaron la vida marital a los 17.62 años con una
edad mínima de 14 y una máxima de 28, una paciente era virgen,
de 31 pacientes casadas 24 lo fueron una sola vez y 7 lo fue-
ron en 2 ocasiones de éstas siete, seis tenían hijos de otro
matrimonio anterior.

FRECUENCIA DEL COITO.- 12 pacientes refirieron tener
coito cada tercer día, 5 lo tenían cada cuatro días, 5 una --
vez a la semana, 3 a diario, 2 cada quince días, 2 una vez al
mes y una cada cinco días, una paciente no tenía vida sexual
en los últimos siete años por estar separada y otra como se -
ha dicho anteriormente era virgen.

ORGASMO.- 13 pacientes refirieron tener orgasmo, 12 -
dijeron no tenerlo y 6 dijeron tenerlo en forma ocasional.

NUMERO DE EMBARAZOS.- 31 pacientes se embarazaron 190
veces con un promedio de 6.12, con un mínimo de 0 embarazos -
una paciente y un máximo de 12 embarazos una paciente, si se
excluye la paciente con 0 embarazos el promedio resultante es
de 6.33. De los 190 embarazos terminaron en abortos 20 con un
promedio de .64, un mínimo de 0 y un máximo de 4. De los 190
embarazos cuatro terminaron en cesárea las cuales fueron he--
chas a una misma paciente.

De los 167 partos que tuvieron nuestro grupo, 47 de -
ellos fueron hijos no deseados, referidos por 12 pacientes, -
11 pacientes dijeron estar satisfechas con el número de hijos
que tuvieron y 9 pacientes dijeron desear más hijos, la paci-
ente con esterilidad primaria dijo que desearía tener tres hi
jos y una mujer con 12 hijos dijo que desearía tener 12 hijos
más.

PLANIFICACION FAMILIAR.- 21 pacientes del grupo estudiado llevaron a cabo control de la natalidad.

11 pacientes utilizaron un solo método.

7 pacientes utilizaron dos métodos.

3 pacientes utilizaron cuatro métodos.

De todos los mencionados a seis se les practicó Salpingoclasia.

De las 12 pacientes con hijos no deseados nueve tienen control de la natalidad, tres no, cuatro tenían salpingoclasia y cinco usaron diferentes métodos.

De las que están satisfechas, ocho tienen control de la fertilidad, dos tienen Salpingoclasia y seis de ellas otros diferentes métodos.

De las nueve pacientes que deseaban más hijos, cuatro usaban métodos anticonceptivos y cinco no, ninguna de ellas tenía Salpingoclasia.

El promedio de edad del último parto de 30 pacientes fué de 29.03 años.

MARIDOS

La edad promedio de los maridos fué de 37.87 años.

Mínimo 30 máximo 47.

Escolaridad promedio 3.45 años mínimo y un máximo de

de 0 a 3 años 16 señoras, 10 son analfabetas
de 4 a 6 años 10 señoras.
de 7 a 11 años 3 señoras.
Una era soltera y en dos no se obtuvo el dato.

19 maridos tienen una sola esposa.
12 maridos tienen dos mujeres.
11 maridos tienen hijos de otra mujer.

OFICIOS DE LOS MARIDOS

Obreros	7
Albañiles	5
Campesinos	5
Choferes	2
Eventuales	2
Jornaleros	2
Comerciantes	2
Dibujantes	1
Pintores	1
Peluqueros	1
Músicos	1
Militares	1
Cargadores	1

3.3.2 RESULTADOS GENERALES PSIQUIATRICOS

A través de la entrevista Psiquiátrica se investii

garon las expectativas de las pacientes hacia la cirugía y sus consecuencias y se encontró principalmente miedo a "quedar huecas", a "perder algo valioso" o "ya no quedar igual", a "morir", a "que le afecte la mente" o "que se le produzca un cáncer", a que "pudiera dar problemas con el esposo"; todo esto en la entrevista previa, mientras que en la segunda, las respuestas más comunes fueron de "tristeza o coraje", "de tener un dolor intenso", "de sentirse mejor", "de no poder tener más hijos", "de sentir que el esposo las ve diferentes", "quedar hueca", "no quedar igual" o de "negación a la cirugía".

Se investigó si había problemas con el esposo, lo cual se encontró en 16 pacientes. De igual manera se vió la actitud de la esposa hacia el marido que fué de sometimiento en 22 de las 30 pacientes (se excluye una paciente soltera y otra separada).

Al buscar si había conformidad con su situación económica, 21 pacientes estaban conformes en la primera aplicación y 22 en la segunda, de éstas últimas, 3 estaban inconformes y 19 conformes antes de la operación.

Se investigaron las relaciones sexuales buscando capacidad orgástica, frecuencia del coito, deseos de otro hombre y si las pacientes buscaban al esposo. Se encontró que había orgasmo previamente a la cirugía en 21 pacientes y 10 pacientes eran anorgásmicas, después de la cirugía 16 pacientes tenían orgasmo y 14 eran anorgásmicas. De las 30 pacientes nueve buscaban al marido para tener una relación sexual en la primera aplicación y solo cinco tomaban la iniciativa en la segunda aplicación.

La frecuencia del coito fué de cada ocho días o menos en 16 pacientes, de nueve a 15 días en cinco pacientes, de 15 días a un mes en tres pacientes y más de 30 días en cuatro pa ci en tes, las otras dos no tenían relaciones sexuales y una -- era virgen. Deseos de otro hombre sólo se encontró en tres pa ci en tes. Se investigó el diagnóstico de depresión el cual fué en la primera aplicación de no depresión en 9 pacientes, rasgos depresivos en 3 pacientes, depresión reactiva en 11 pacien tes y síndrome depresivo en 9 pacientes.

Posthisterectomía se encontró que no había depresión en 11 pacientes, rasgos depresivos en una, depresión reactiva en dos y síndrome depresivo en 17 pacientes.

El potencial sublimatorio fué bueno en 18 pacientes, mas o menos bueno en 6 pacientes y malo en 8 de ellas.

Al examinar la escala Hamilton de depresión encontramos que en la primera aplicación había 10 pacientes con puntu ación alta (arriba de 18 puntos) que significa depresión impor tante, mientras que en la segunda aplicación a los seis meses fueron 13 pacientes, se procedió después a comparar estos datos con los resultados de la entrevista psiquiátrica donde 9 pacientes tenían diagnóstico de síndrome depresivo previo a la cirugía encontrándose que 6 de éstos coincidieron con puntu ación alta en la escala Hamilton; a través de la entrevista -- posthisterectomía encontramos que había 17 con síndro me depre sivo de las cuales coincidían 10 pacientes con la es cala Hamil ton alta. Véase cuadro 3.

CUADRO N° 3

DATOS PSIQUIATRICOS

Comparación de la escala Hamilton con la entrevista -
psiquiátrica.

	HAMILTON	ENTREVISTA
	(PUNTUACION)	(SINDROME DEPRESIVO)
1a. Aplicación	Alta 10 pacientes	Si 9 pacientes
	Baja 22 pacientes	No 23 pacientes

COINCIDIERON 6 PACIENTES CON PUNTUACION ALTA EN HAMILTON Y SINDROME DEPRESIVO.

2a. Aplicación	Alta 13 pacientes	Si 17 pacientes
	Baja 19 pacientes	No 15 pacientes

COINCIDIERON 10 PACIENTES CON PUNTUACION ALTA EN HAMILTON Y SINDROME DEPRESIVO.

Por otro lado se encontró que las 17 pacientes con sín-
drome depresivo posthisterectomía en la entrevista, 9 la tenía
previamente.

Al evaluar la escala Hamilton para depresión los hallazgos fueron los siguientes: (puntuación general).

1.- HUMOR DEPRIMIDO (se califica de 0-4) 31 puntos en la primera aplicación y 26 puntos en la segunda, por lo tanto mejoraron.

2.- TRABAJO Y ACTIVIDADES (0-4) 17 puntos en la primera y 24 puntos en la segunda, por lo tanto empeoraron.

3.- INHIBICION (0-4) 10 puntos en la primera y 9 en la segunda, por lo tanto mejoraron.

Estos items miden el retardo psicomotriz el cual no tuvo cambios importantes en general.

4.- SINTOMAS GENITALES (0-3) 37 puntos en la primera y 28 puntos en la segunda, por lo tanto mejoraron.

5.- ANSIEDAD PSIQUICA (0-4) 40 puntos en la primera y 43 en la segunda, por lo tanto empeoraron.

6.- TRABAJO Y ACTIVIDADES (0-4) 50 puntos en la primera y 60 puntos en la segunda, por lo tanto empeoraron.

7.- SINTOMAS SOMATICOS GASTROINTESTINALES (0-2) 19 puntos en la primera y 15 en la segunda, por lo tanto mejoraron.

8.- SINTOMAS SOMATICOS GENERALES (0-3) 49 puntos en la primera y 49 puntos en la segunda, por lo tanto quedaron igual.

9.- HIPOCONDRIA (0-4) 53 puntos en la primera y 47 puntos en la segunda, por lo tanto mejoraron.

10.- INSIGHT (0-2) 12 puntos en la primera y 17 puntos en la segunda, por lo tanto empeoraron.

Estos items miden ansiedad/somatización la cual en general empeoró aunque hay que hacer notar que la puntuación es alta desde la primera aplicación.

11.- IDEAS DE CULPABILIDAD (0-4) 17 puntos en la primera aplicación y 9 en la segunda aplicación, por lo tanto mejoraron.

12.- SUICIDIO (0-4) 34 puntos en la primera aplicación y 37 en la segunda aplicación, por lo tanto empeoraron.

13.- AGITACION (0-2) 5 puntos en la primera aplicación 6 puntos en la segunda aplicación, por lo tanto empeoraron.

14.- DESPERSONALIZACION (0-4) 19 puntos en la primera aplicación y 28 puntos en la segunda aplicación, por lo tanto empeoraron.

15.- SINTOMAS PARANOIDES (0-4) 22 puntos en la primera aplicación y 22 puntos en la segunda aplicación, por lo tanto empeoraron.

16.- SINTOMAS OBSESIVOS COMPULSIVOS (0-2) 22 puntos en la primera aplicación y 22 puntos en la segunda aplicación, por lo tanto quedaron igual.

Estos items miden disturbios cognitivos, los cuales en general se hicieron más evidentes después de la histerectomía.

17.- INSOMNIO PRECOZ (0-2) 14 puntos en la primera aplicación y 7 en la segunda aplicación, por lo tanto mejoraron.

18.- INSOMNIO MEDIO (0-2) 14 en la primera aplicación y 18 puntos en la segunda aplicación, por lo tanto empeoraron.

19.- INSOMNIO TARDIO (0-2) 9 en la primera aplicación y 7 en la segunda aplicación, por lo tanto mejoraron.

Estos items miden trastornos del sueño los que en general disminuyeron después de la histerectomía.

20.- PERDIDA DE PESO (0-2) 22 puntos en la primera aplicación y 15 en la segunda aplicación, por lo tanto mejoraron. (19 pacientes en la primera y 9 en la segunda tuvieron pérdida de peso).

21.- VARIACION DIURNA (0-2) 27 puntos en la primera aplicación y 20 en la segunda aplicación, por lo tanto mejoraron.

3.3.3 RESULTADOS GENERALES PSICOLOGICOS

En lo que respecta a su capacidad intelectual encontramos que la mayor parte de nuestra muestra tiene una inteligencia menor al normal promedio ya que solamente llegan al normal promedio en la primera aplicación 9 pacientes (28.12%) y en la segunda aplicación 11 pacientes (34.37%). Véase cuadro 4.

CUADRO N° 4

COEFICIENTE INTELECTUAL DE LAS PACIENTES

	ANTES	DESPUES
NORMAL BRILLANTE DE 110 A 119	0%	0%
NORMAL PROMEDIO DE 90 A 109 11pacien.	28.12%	34.37% 11 pacien.
NORMAL LENTO DE 80 A 89	21.87%	25 %
FRONTERIZO DE 70 A 79	21.87%	25 %
DEFICIENTE MENTAL DE 69 Ó MENOS	28.12%	15.62%

Reparando en el hecho de que aumentan en escala 9 pacientes y baja en escala solamente una paciente, podemos decir que este aumento se debió a la disminución de la tensión y la ansiedad producida ante situaciones nuevas y desconocidas (el examen, entrevista, cirugía, etc.) que ya manejaban en la segunda aplicación, trabajando así más tranquilamente y sin la ansiedad que representa una operación ya que por los resultados vemos que no influyó el aprendizaje de las pruebas sino el conocimiento de la situación de examen.

Por otra parte vemos que sus ambiciones son mucho mayores que sus potencialidades y capacidades para llevarlas a cabo, disminuyendo todavía más en la segunda aplicación estas potencialidades y capacidades.

También es importante el hecho de que el número de respuestas esperadas en la prueba Rorschach no se alcanzan, disminuendo en la segunda aplicación lo que significa una pobreza e incapacidad para responder a los diferentes estímulos que llegan a presentarse en la vida diaria.

El autoconcepto predominante en la primera aplicación era de personas primordialmente pasivas, depresivas, con sentimientos de soledad, inseguras, preocupadas, no pudiendo algunas definirse; el fenómeno que más llama la atención es que en la segunda aplicación desaparece el concepto de pasividad, aumentando los sentimientos de estar enfermas, depresivas so las, inseguras, preocupadas y el de no poderse definir.

Sus afectos son de tipo constreñido aunque logran responder a los estímulos afectivos y/o emocionales, estas res-puuestas no son efectivas puesto que en la primera aplicación tienden a la inhibición y en la segunda aplicación a la represión de los afectos. dificultándoseles su ajuste con el medio ambiente, apareciendo ansiedad libre y flotante que va en aumento, así como también sus necesidades básicas de afecto que llegan a aumentar.

Con respecto a su impulsividad vemos que tanto en la primera como en la segunda aplicación tienden a la gratificación, en la primera sin medir las consecuencias y en la segunda empieza a aparecer un poco más de control; en lo que res-puecta a su impulso agresivo vemos que predomina la agresión de tipo infantil, la negación de ésta y encubriéndola; todo ésto aumentando en la segunda aplicación.

En lo que se refiere a su identificación del rol sexual vemos que 17 pacientes (53.12%) tanto en la primera como en la segunda aplicación se encuentran bien identificadas; por otra parte 14 pacientes (43.75%) en la primera aplicación se identificaron con el sexo opuesto y existiendo una difusión en su identidad sexual solamente en una paciente (3.12%) que

posteriormente integra en el sexo opuesto siendo así que 15 pacientes (46.87%) en la segunda aplicación presentan dificultades en la identificación de su rol sexual.

Sus relaciones interpersonales son muy precarias, con muy poco interés en este tipo de relaciones disminuyendo posteriormente a la histerectomía, cuando éstas se presentan tien--den a evadirlas o a agredirlas aumentando este fenómeno en la posthisterectomía.

Por otro lado perciben a la figura materna primordialmente en forma agresiva, ambivalente, infantil, fálica y dependiente antes de la operación, aumentando en la segunda aplicación su ambivalencia, agresión, infantilismo y dependencia ante ésta y desapareciendo el concepto fálico.

Las relaciones familiares fueron consideradas en primera instancia como conflictivas, ausentes, distantes, ambivalentes aisladas y algunas no dan información familiar; en la se--gunda aplicación se observó que el aislamiento de la familia y el no dar información aumentan, siendo igualmente conflictiva en su vida familiar.

Las funciones autónomas del yo se encuentran de la si-guiente manera:

El contacto con la realidad se encuentra disminuído en fatizándose esta disminución en la segunda aplicación de igual forma el juicio que tiende a disminuir, presentando algunas --distorsiones de la percepción tanto en al primera como en la -segunda aplicación, las relaciones objetales aparecen en forma

parcial y superficial mejorando ligeramente en la segunda aplicación.

Los mecanismos de defensa utilizados principalmente en la primera aplicación fueron: aislamiento, negación, evasión, proyección y regresión, aumentando en la segunda aplicación la evasión y la regresión, disminuyendo ligeramente el aislamiento, negación y proyección. Véase cuadro 5.

CUADRO N° 5

MECANISMOS DE DEFENSA QUE UTILIZARON
LAS PACIENTES

PRIMERA APLICACION

SEGUNDA APLICACION

AISLAMIENTO

EVASION

NEGACION

REGRESION

EVASION

AISLAMIENTO

PROYECCION

NEGACION

REGRESION

PROYECCION

La forma de pensamiento fué estereotipada y concreta - aumentando éste último en la segunda aplicación.

En el contenido del pensamiento se encuentran ideas mágicas contenidos psicopáticos que tienden a disminuir en la segunda aplicación y aumentando contenidos paranoides y místicos.

3.3.4 RESULTADOS

Primeramente se compararon los datos psiquiátrica y psicológicamente en orden progresivo enfocándonos únicamente en los aspectos depresivos de la siguiente manera:

Pacientes sin depresión.

Pacientes con rasgos depresivos: aquéllas en que la depresión no dominaba su sintomatología o ésta era leve.

Pacientes con depresión reactiva: cuando la depresión fué de más o menos importancia producida por causas evidentes del medio ambiente. (Muertes familiares cercanas, enfermedades separaciones de la pareja, etc.).

Pacientes con síndrome depresivo: aquéllas en que la depresión dominaba la sintomatología y que ya estaba establecida.

Esta clasificación se usó como parámetro comparativo. examinándose al mismo tiempo los resultados de cada una de las pacientes tanto antes como después de la cirugía.

De las 32 pacientes encontramos lo siguiente: Ver cuadro 6.

Sin depresión antes de la cirugía en 9 pacientes (28.12%) y después de la cirugía 10 pacientes (31.25%).

Rasgos depresivos antes de la cirugía en 8 pacientes

(25%) y después de la cirugía en 4 pacientes (12.5%).

Depresión reactiva antes de la cirugía en 10 pacientes (31.25%) y después de la cirugía en 3 pacientes (9.37%).

Síndrome depresivo antes de la cirugía en 5 pacientes (15.62%) y después de la cirugía 15 pacientes (46.87%).

CUADRO N° 6

DIAGNOSTICO SOBRE DEPRESION ANTES Y DESPUES DE LA HISTERECTOMIA

TOTAL DE PACIENTES = 32

		ANTES	DESPUES	
NO DEPRESION	9 pacientes	28.12%	31.25%	10 pacientes
RASGOS DEPRESIVOS	8 pacientes	25 %	12.05%	4 pacientes
DEPRESION REACTIVA	10 pacientes	31.25%	9.37%	3 pacientes
SINDROME DEPRESIVO	5 pacientes	15.62%	46.87%	15 pacientes

Se procedió después a dividir las 32 pacientes en dos grupos uno de ellos al que llamaremos Grupo A con 15 pacientes (46.87%) que son las que empeoraron después de la histerectomía y el otro Grupo B con 17 pacientes (53.13%) que quedaron igual o mejoraron, dentro de este grupo las que quedaron igual después

de la cirugía fueron 9 pacientes (28.12%) y las que mejoraron fueron ocho pacientes (25%). En consecuencia se analizaron el Grupo A contra el Grupo B y se obtuvieron los siguientes resultados. Véase cuadro 7.

CUADRO N° 7

COMPARACION DE RESULTADOS ENTRE LOS GRUPOS A Y B

GRUPO A		GRUPO B	
NO DEPRESION	26.66% (4)	NO DEPRESION	29.41% (5)
	- - - - -		- - - - -
	<u>0% (0)</u>		<u>52.94% (9)</u>
RASGOS DEPRESIVOS	33.33% (5)	RASGOS DEPRESIVOS	11.76% (2)
	- - - - -		- - - - -
	<u>6.66% (1)</u>		<u>5.88% (1)</u>
SINDROME DEPRESIVO	26.66% (4)	SINDROME DEPRESIVO	11.76% (2)
	- - - - -		- - - - -
	<u>86.66% (13)</u>		<u>11.76% (2)</u>
		- - - - -	ANTES
		<u> </u>	DESPUES

Sin depresión, siguiendo la misma clasificación encontramos que dentro del Grupo A no había depresión previa en 4

pacientes (26.66%) y ninguna de estas pacientes presentó después de la cirugía. Mientras que del Grupo B, 5 pacientes (29.45%) no tenía depresión previa y 9 (52.94%) no la tuvieron posthisterec-tomía.

Rasgos depresivos, en el Grupo A previamente a la ciru-
gía 5 pacientes (33.33%) presentaron éstos y posteriormente una
paciente (6.66%) los evidenció. En el Grupo B, 2 pacientes - -
(11.76%) los presentaron previamente y posteriormente 5 pacien-
tes (29.41%).

Depresión reactiva, en el Grupo A previa a la cirugía 2
pacientes (13.33%) y posteriormente una paciente (6.66%), en el
Grupo B se encontró en 8 pacientes (47.05%) antes de la cirugía
y después en una paciente (5.88%).

Síndrome depresivo, en el Grupo A se encontró previo a
la histerectomía en 4 pacientes (26.66%) y posterior en 13 pa--
cientes (86.66%). En el Grupo B, previo a la operación se halló
en 2 pacientes (11.76%) y posterior en 2 nacientes (11.76%).

Al encontrar un número tan alto de pacientes a las que -
la cirugía definitivamente afectó de una manera negativa, proce-
dimos a buscar los datos previos que fueran significativos en el
Grupo A y no en el Grupo B.

Psiquiátricamente encontramos lo siguiente:

En 22 de las pacientes había sometimiento al esposo (una
de las 32 pacientes era soltera y la otra separada); de las 15 -
pacientes que empeoraron (Grupo A), 13 de ellas (86.66%) estaban

sometidas, mientras que del Grupo B que eran 17 pacientes y que se encontraban igual o mejor después de la histerectomía solo en 9 (52.94%) se halló éste dato. Probablemente tal sometimiento ayude a que las pacientes no puedan expresar libremente sus sentimientos ante sus esposos, creándose más fácilmente fantasías de castración. Véase cuadro 8.

Podemos agregar a éste dato la actitud del esposo, la cual fué negativa en 7 pacientes (46.66%) dentro del Grupo A. Esta actitud se manifestaba mediante insultos diciéndoles que "ya no es mas mujer", "que quedó como palo hueco", "que no sirve", "que está hueca", etc. Véase cuadro 8.

CUADRO N° 8

INTERACCION DE LA PAREJA

SOMETIMIENTO AL ESPOSO	GRUPO A	13 PACIENTES (86.66%)
	GRUPO B	9 PACIENTES (52.94%)
ACTITUD NEGATIVA DEL ESPOSO	GRUPO A	7 PACIENTES (46.66%)
	GRUPO B	2 PACIENTES (11.76%)

En cambio en el Grupo B, solo 2 pacientes (11.66%) sufrieron éste, tal vez las pacientes con trastornos serios viven

la histerectomía como una muerte parcial, aunada a su anulación para las funciones dedicadas a la perpetuación de la especie, o quizás no logren gozar plenamente su femineidad, llegando a tener fantasías de castración, las cuales se encontraron en 8 pacientes del Grupo A (53.33%) y en 5 del Grupo B (29.41%). Véase cuadro 9.

Este dato se correlacionó con el potencial sublimatorio, el cual se tomó como la capacidad de derivar placer en otras -- actividades, y fué pobre en 6 pacientes del Grupo A (40%), más o menos adecuado en 3 de ellas (20%) y bueno en 6 (40%).

Dentro del Grupo B, 2 (11.76%) tenían pobre potencial sublimatorio, más o menos adecuado 3 (17.64%) y bueno en 12 pacientes (70.58%).

Es necesario hacer notar esta diferencia, y si la correlacionamos con las fantasías de castración, encontramos que de las 8 pacientes del Grupo A que las presentaban, 5 (62.5%) tuvieron un pobre o regular potencial sublimatorio, mientras que en el Grupo B, de las 5 pacientes con fantasías de castración, solo en una (20%) se encontró un potencial sublimatorio regular, y en las otras 4 (80%) había buen potencial, y en ninguna de -- ellas (0%) fué pobre; lo cual nos dice que a pesar de sus fantasías de castración, al tener capacidad sublimatoria tales pacientes fueron capaces de superarlas. Véase cuadro 9.

CUADRO N° 9

	FANTASIAS DE CASTRACION	POTENCIAL SUBLIMATORIO	
GRUPO A	8 PACIENTES (53.33%)	BUENO	3 PACIENTES
		REGULAR O	
		POBRE	5 PACIENTES
GRUPO B	5 PACIENTES (29.41%)	BUENO	4 PACIENTES
		REGULAR	1 PACIENTE
		POBRE	NINGUNA

De las pacientes del Grupo A, 9 (60%) tuvieron ideas o pensamientos suicidas, mientras que en el Grupo B, solo 4 pacientes (23.52%) comentaron dichas ideas. Se exploraron también las pacientes con un potencial suicida más marcado o con intentos, lo cual se encontró en 6 pacientes (40%) del Grupo A, y en 3 (17.64%) del Grupo B. Este dato también es muy importante buscarlo por sus consecuencias posibles. Véase cuadro 10.

CUADRO N° 10

SUICIDIO

	GRUPO A	GRUPO B
IDEAS SUICIDAS	9 PACIENTES (60%)	4 PACIENTES (23.52%)
POTENCIAL ALTO O		
INTENTOS	6 PACIENTES (40%)	3 PACIENTES (17.64%)

Había síntomas de Despersonalización en 5 pacientes del Grupo A (33.32%), y dos del Grupo B (11.76%).

Síntomas paranoides fueron detectados en cinco pacientes del Grupo A (33.32%), y en 3 del Grupo B (17.64%).

En todos los demás datos obtenidos no había diferencia significativa entre los dos grupos, por lo que se omiten al no cubrir el propósito de encontrar datos previo a la cirugía que fueran básicos para contraindicarla.

Con respecto a los resultados basados en las pruebas psicológicas nos encontramos que en el Grupo A se observó que aparecen fantasías de castración que se llegan a cumplir tales como el deterioro, la asexualidad, sentimientos de inferioridad y debilidad. Llegando a tener ideas sexuales sobredeterminadas como preocupación por la sexualidad viendo el sexo amenazante y masculinizante, chocándose ante la maternidad y este choque les produce ansiedad, y aunque también aparecen preocupaciones sexuales en el Grupo B antes de la cirugía, éstas desaparecen posteriormente y aunque aumenta el sentimiento de castración no hay respuesta significativa de desvitalización y vacío puesto que existe y aumenta la preocupación por el deterioro desviando su atención casi exclusivamente a respuestas de penetración (de tipo sexual), siendo aparentemente una preocupación desencadenada más fuertemente después de una operación ginecológica. Es de llamar la atención que en las pacientes que empeoraron (Grupo A) su contacto con la realidad disminuye mucho más después de la cirugía siendo considerablemente más marcada esta diferencia que en el Grupo B.

Así mismo su juicio que es de tipo convencional, en las pacientes del Grupo A disminuye marcadamente en la segunda aplicación, no existiendo variación tanto en la primera como en la

segunda aplicación del Grupo B.

Por otra parte en el Grupo A se advierte un autoconcepto pasivo, triste y con sentimientos de soledad fuertemente arraigados en las pacientes lo que las lleva a sentirse imposibilitadas, inútiles, viejas, impotentes, que aunque desean tener más hijos se les difunde la figura y el concepto de maternidad, bajando así su autoestima y sintiéndose más enfermas. Y aunque en el Grupo B aparecen fenómenos tales como la pasividad, tristeza y congoja se llegan a superar con canales sublimatorios, que aunque deseen tener más hijos y/o no dar datos de autoconcepto éste es más amplio y flexible puesto que pueden desesperarse, sufrir, tener ansiedad, sentirse estériles, pero no dar datos de disminuir su autoestima, sino de poder canalizar estos sentimientos en favorecer a sus hijos, marido, etc.

En lo que respecta a su capacidad intelectual se vio que en el Grupo A en la primer aplicación, la mayor parte presentó un C.I. equivalente a Deficiente Mental, siendo así la media de 77 y aumentando en la segunda aplicación a una media de 82.

Por otro lado en el Grupo B se encontró que en la primera aplicación presentaron una media de 80 y en la segunda aplicación una media de C.I. de 84. (Equivalente en el diagnóstico a Normal Promedio).

Observamos que en el Grupo A (las que empeoraron) su C.I. es bajo en comparación con las del Grupo B (que mejoraron o quedaron igual).

El autoconcepto en el Grupo A en la primer aplicación era primordialmente de personas pasivas, deprimidad, abandonadas, inseguras con autoagresión con sentimientos de soledad; en la segunda aplicación se siguen sintiendo pasivas, deprimidas y apareciendo el fenómeno de sentirse enfermas, solas e inseguras.

En el Grupo B en la primera aplicación predominaba la pasividad. sintiéndose deprimidas solamente 3 pacientes; en la segunda aplicación se mantiene igual la pasividad, aumentando la depresión en 6 pacientes y apareciendo el sentimiento de soledad e inseguridad.

Por otra parte la percepción de la imagen materna para el Grupo A en la primera aplicación fué de agresiva, ambivalente, infantil, distorsionada; en la segunda aplicación sigue siendo ambivalente, infantil y agresiva.

Para el Grupo B la percepción de la imagen materna fué de infantil, ambivalente y dependiente todo ésto en la primera aplicación; en la segunda aplicación fué de agresiva, infantil, ambivalente y dependiente.

En cuanto a la percepción de sus relaciones familiares para el Grupo A en la primera aplicación fué de aisladas, ausentes, conflictivas, permaneciendo solamente en la segunda aplicación conflictivas y distantes.

En el Grupo B se encontró que la percepción de sus relaciones familiares fueron distantes, ausentes, conflictivas y ambivalentes en la primera aplicación; en la segunda aplicación fueron solamente distantes y conflictivas.

La forma de pensamiento que presentaron las del Grupo A en la primera aplicación fué principalmente concreto aumentando éste en la segunda aplicación.

En el contenido del pensamiento para este mismo Grupo se encontraron ideas mágicas, místicas y contenidos psicopáticos; en la segunda aplicación permanece su pensamiento concreto y presentando contenidos paranoides.

Para el Grupo B la forma de pensamiento fué concreto tanto en la primera como en la segunda aplicación apareciendo en sus contenidos ideas mágicas, místicas y paranoides.

Sus mecanismos de defensa que usaron para el Grupo A fueron: aislamiento, evasión y proyección en la primera y segunda aplicación.

En el grupo B utilizaron tanto en la primera como en la segunda aplicación aislamiento, negación, evasión y proyección.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Durante mi experiencia práctica que tuve con los 32 ca sos pude observar claramente que la mayoría de las pacientes - provienen de un nivel socio-económico bajo y que tomando en -- cuenta a la mujer como miembro de la sociedad y en particular a las de este nivel, me di cuenta que la información que tiene acerca de lo que es la sexualidad femenina y la Histerectomía, es muy pobre aunado a una personalidad pasiva, depresiva, con sentimientos de soledad, inseguras, preocupadas. Todo esto me ha permitido concluir y además de los resultados anteriormente expuestos y de acuerdo a mi hipótesis: 'Las mujeres que son sometidas a Histerectomía electiva sufren depresiones reactivas importantes o tienen una personalidad premórbida que las afectará después de la cirugía' : Se confirma en un 46.875% de la muestra que se vió afectada por la Histerectomía teniendo como resultado una depresión reactiva o síndrome depresivo, no así el 53.125% no tuvo cambios o mejoró.

Considerando de valor que lo expuesto anteriormente es significativo en las pacientes que llegan a depresión después de la cirugía por los resultados siguientes en nuestro estudio:

- 1.- Escolaridad.
- 2.- Inicio de la vida marital.
- 3.- Escolaridad del marido.
- 4.- El número de matrimonio y el tener hijos de otro matrimonio.
- 5.- Su conformidad o inconvención con el número de hi-

jos deseados.

No así toda paciente candidata a Histerectomía electiva debe ser estudiada no solamente desde el punto de vista orgánico, sino desde su esfera Bio-psico-social, llevando a cabo una entrevista psiquiátrica previa a la cirugía, la cual enfocará su atención a los siguientes parámetros: sometimiento al esposo, actitud del esposo, fantasías de castración, potencial sublimatorio, ideas o pensamientos suicidas, síntomas de despersonalización, paranoides y obsesivos-compulsivos, concepto de sí misma, contacto con la realidad y juicio; aunada a una serie de pruebas psicológicas, lo que normará la conducta a seguir. Dentro de esta rutina de exámenes se recomienda que el conyugue se entreviste tanto con el ginecólogo como con el psiquiátra, ya que la aversión de él a la Histerectomía repercute en las manifestaciones depresivas de la paciente. Además estamos concientes de que encontramos más que una depresión reactiva o síndrome depresivo, pero ese era nuestro principal objetivo y a él nos enfocamos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BELLAK, L., El uso clínico de las pruebas psicológicas del T.A.T., C.A.T. y S.A.T., Editorial El manual moderno, S.A., 1979.
- 2.- BENDER, L. Test Gestáltico Visomotor, Usos y Aplicaciones Clínicas, Colecc. Biblioteca de Psicometría y Psicodiagnóstico Buenos Aires, Ed. Paidós, 1967.
- 3.- EMGE Ludwig A. Dr., Durfee P.B., Prolapso de órganos pelvicos: Cuatro milenios de tratamiento, Clínicas de Norteamérica, Sep. 1966.
- 4.- FLORES Carreras Dr., MARTINEZ Casillas Dr., ALEMAN Vanegas Dr., MARTINEZ Orozco Dr., LEPE Arguayo Dr., SANCHEZ V.S.T.S., Evaluación clínica y psicosexual de la paciente histerectomizada, Ginec. Obstet. Mex. Vol. 38, año XXX N° 227, Sep. 1975.
- 5.- FREUD, Duelo y melancolía, obras completas, tomo II, 3a. Edic. Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1973.
- 6.- GALLO, D., Implicaciones psicológicas relacionadas con la histerectomía, Revista de Ginecología y Obstetricia, México, Vol. 26, año XXIV, Num. 156, Oct. 1969.
- 7.- HAMMER, F., Tests Proyectivos Gráficos, Colección de Psicometría y Psicodiagnóstico. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1978.
- 8.- JACOBSON, Depression, Comparative Studies of Normal Neurotic and Psychotic conditions. International Universities Press. Inc. N.Y. 1975.
- 9.- LANGER, Maternidad y Sexo. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1964, MATTINGLY, Richard. F., M.D. Operative Gynecology, 5a. Edition, J.B. Lippincott Company. Philadelphia Toronto.
- 10.- MELODY, George F., M.D. , Depressive reactions following histerectomy, American Journal of obstetrics and ginecology, Feb. 1962, Vol. 83, N° 3.
- 11.- PATTERSON, Ralph M., M.D., CRAIG James B., M.D., Misconceptions concerning the psychological effects of histerectomy, American Journal of obstetrics and gynecology. Feb. 1963, Vol. 85, N°1.

- 12.- SCHAFER R., The clinical application of psychological test ,
International Universities Press Inc. New York 1965.
- 13.- SCHAFER R., Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing,
theory and application, Grune Stratton, N.Y. 1966.
- 14.- Te LINDE W. Richard, MATTINGLY F.R., Ginecología operatoria
Editorial Bernades, Buenos Aires, Cuarta Edición.
- 15.- WOLF Standord R.M.D., Emotional reactions to hysterectomy,
postgraduate medicine, May. 1970.

000335

CLASIF.

FOLIO:

000335

LECTOR

VENCE

000335

