

ANDRO-GINECOLOGIA Y MEDICINA PSICOSOMATICA ASPECTOS DEL MEDICO GINECOLOGICO

DR. CARLOS D. GUERRERO *

NO es nada nuevo saber que la ginecología ofrece un amplio campo de estudio para el psico-analista, tanto así que una escuela psico-analista fué fundada tomando como base los aspectos sexológico en íntima relación con la ginecología y la andrología.

Si la relación sexual normal, entendiéndola como tal el acto del coito —entre el varón y la mujer—, va precedida, acompañada o seguida de toda una gama de condiciones y circunstancias emocionales tanto individuales, como familiares, sociales, nacionales y humanas; si dicha relación sexual debe ir gratificada por sensaciones físicas o psíquicas deseables o indeseables, de carácter fisiológico o patológico, tales sensaciones, presentes o ausentes, son capaces de modificar el psiquismo de la mujer o del hombre. Si para el logro de dicha relación sexual se requiere la participación del varón y de la hembra, será entonces fácil comprender por qué razón la andrología y la ginecología son fácilmente influenciadas por un padecimiento de carácter psico-somático.

Los ginecólogos tenemos gran oportunidad para abordar estos temas, pues bien conocido es que, desde este punto de vista sexológico-emocional, en términos generales, la mujer es más influenciada que el hombre. Por otro lado, los médicos que atendemos mujeres vamos aprendiendo mucho de la actividad sexual y comportamiento de los varones. Es decir, que el ginecólogo acaba haciendo andrología *a través de la mujer*.

La relación sexual fisiológica entre el hombre y mujer tiene como principio un hecho biológico, llamado en los animales “instinto o atracción sexual”, el cual está influenciado por la actividad hormonal masculina o femenina, y que lleva por finalidad ese otro hecho biológico llamado “instinto de reproducción”.

El acoplamiento sexual del animal es un acto instintivo y, por lo tanto, “muy normal”. En el género humano este acoplamiento sexual varía de acuerdo con los conceptos de la civilización en que se viva, dando lugar a conceptos y modificaciones sexológicas, de tal manera que el acto sexual deja de ser “normal” para convertirse paulatinamente en “sub-normal” o francamente “anormal”.

Esta desviación podría ser, en sí misma, la primera causa de una alteración psico-somática. Por ejemplo: el hombre y la mujer que requieren un matrimonio legítimo, una misma religión o una misma nacionalidad para fin de consumar el acto sexual. Otras muchas causas pueden también llevar

* F. A. C. S. Profesor del 3er. C. de Patología Quirúrgica.
Escuela de Medicina. Universidad Nacional de México.

a estados sexuales patológicos, como son los vicios sexuales: masoquismo, brutalidad,, homosexualidad, masturbación, etc.

Se comprende que estas alteraciones repercutirán, tanto en el hombre como en la mujer, primeramente en la propia esfera sexual (ginecología y andrología) desencadenando síntomas y procesos bien conocidos (impotencia, frigidez, dispareunia, eyaculación precoz, etc.). Pero también repercutirán fuera de la esfera sexual modificando el psiquismo, y a través del mismo con la creación de alteraciones somáticas a distancia, en cualquier otro órgano o sistema del cuerpo humano .

La mujer, desde niña, está particularmente hecha para reproducirse; toda la preparación fisiológica de su aparato genital es con ese propósito. El acto sexual es el medio para lograr ese fin. El varón, a su vez, está hecho, desde niño, para contribuir a dicha finalidad biológica.

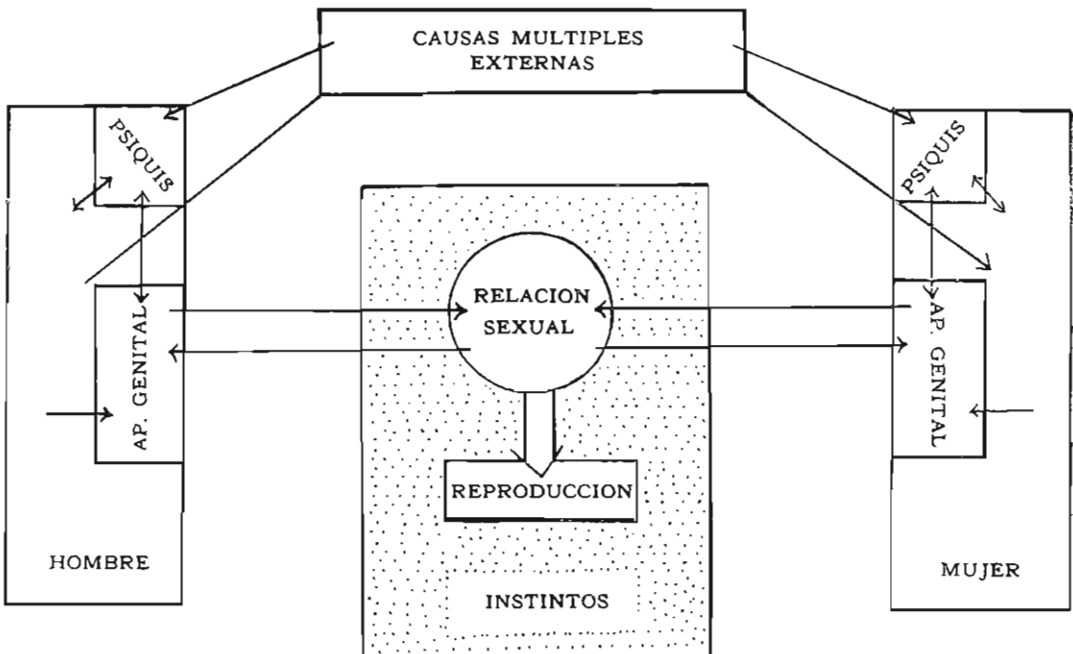
Algunas veces, durante la niñez se presentan circunstancias psíquicas, físicas o funcionales, capaces de modificar la aptitud del hombre y de la mujer para la finalidad de reproducción.

En estas condiciones, el niño o la niña pueden desarrollar un cuadro psico-somático con repercusión andrológica o ginecológica que habrá de manifestarse desde la niñez o en la edad adulta.

Hasta aquí me he referido exclusivamente a los aspectos sexológicos.

Pero también la actividad *no sexual* es capaz de producir modificaciones psíquicas y/o somáticas precisamente dentro de la esfera sexual, sea esta masculina o femenina.

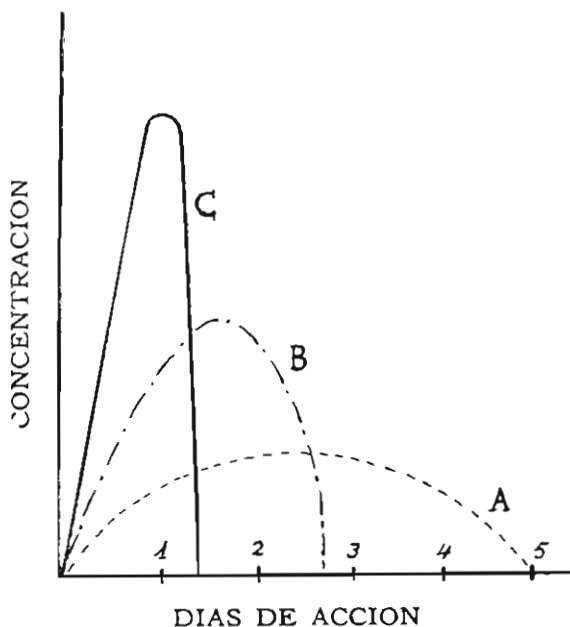
(Para ilustración de lo anteriormente expuesto véase el esquema).



En resumen: el acto sexual es biológico y como tal debe ejercerse. Todo lo que tiende a modificarlo dará lugar a una alteración "no biológica" capaz de producir padecimientos psico-somáticos, ya sean de la propia esfera genital o a distancia.

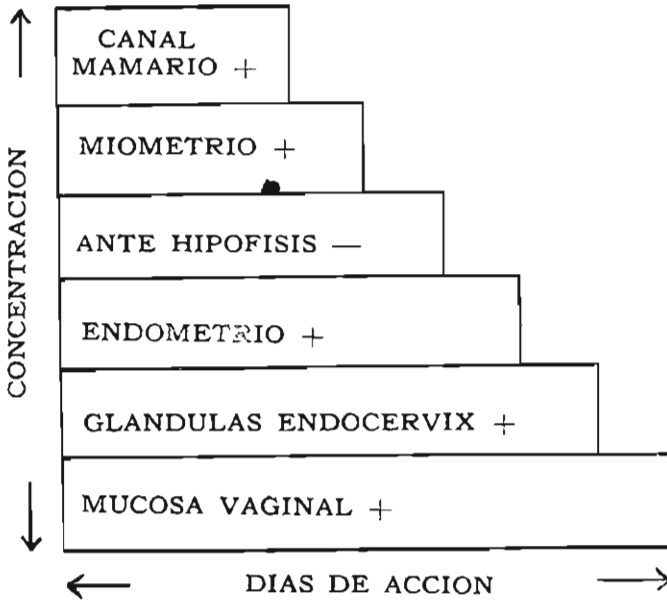
Que las alteraciones *no sexuales*, fisiológicas o patológicas, orgánicas o anímicas, son capaces de modificar la actividad sexual.

Que el acoplamiento sexual es modificable no exclusivamente por alteraciones orgánicas, de dentro o fuera de la esfera genital-sexual.



Esquema que muestra cómo una misma dosis de diferente preparado estrogénico alcanza concentraciones más altas que otro, debido a que es absorbido y eliminado más rápidamente. Se muestra en A, la curva de los estrógenos naturales B, de la foliculina sintética y C, de los estrógenos sintéticos.

Que no sólo y exclusivamente el organismo, en su esfera genital o no genital, es capaz de alterar el acto sexual o sus componentes preliminares (atracción, amor, conveniencia, necesidad) o sus componentes posteriores (orgasmo, reproducción), sino que el acoplamiento sexual es también modificable en función de otros muchos hechos extra orgánicos, por ejemplo: las condiciones y las relaciones conyugales (cultura, afinidad, idioma, matrimonio, amasiato, religión) que no necesitan estar, precisamente, estar ligadas al acto sexual. O sea, que todo aquello relacionado con la relación sexual, no sólo desde el punto de vista biológico, humano, orgánico y fisiológico, producirá alteraciones psico-somáticas. Igualmente, todo aquello que se relacione indirectamente con dicha actividad sexual desde un punto de vista más general,



Esquema que muestra la "receptividad" de un efector al estrógeno. Por ejemplo en primer lugar (abajo) está la mucosa vaginal, que requiere bajo nivel de foliculina y que además su respuesta se sostiene por varios días, a continuación se presentan otros efectos hasta llegar al que requiere mayor concentración en sangre (canal mamario) el cual además sostiene la acción transitoriamente. Los signos "positivo" significan acción de estimulación y el "negativo" una acción de inhibición.

como el conyugal, educacional, social cultural etc., podrá determinar alteraciones psico-somáticas.

Esta primera parte de la conferencia puede resumirse así:

Las manifestaciones psico-somáticas andro-ginecológicas pueden presentarse en virtud de los siguientes factores:

- A. Relacionados con aspectos puramente sexuales (coitos y sus modificaciones).

En la niñez o en la edad adulta.

- B. Relacionados con aspectos genitales no sexuales (embarazo, abortos, lactancia, etc.)
- C. Relacionados con aspectos orgánicos o genitales, ni sexuales.
- D. Relacionados con la pareja desde el punto de vista social.

La pareja en conjunto y cada cónyuge por separado.

Relacionados con la conducta masculina extra-conyugal, sexual o nó

Prematrimonial

Intramatrimonial

Relacionados con la conducta femenina extra-conyugal, sexual o nó

Prematrimonial

Intramatrimonial

- E. Relacionados con aspectos no conyugales de carácter general.

Segunda parte

LAS ALTERACIONES MAS FRECUENTES

Las alteraciones andrológicas y ginecológicas relacionadas con una génesis psico-somática son muchísimas y sería imposible enumerarlas todas ellas.

Para orientación del médico general recordaré los procesos más frecuentes.

GINECOLOGICOS y su equivalente:

ANDROLOGICOS

A. Procesos de posible origen psico-somático:

De la menstruación:

Amenorrea y retardo de la menarca
Reglas anticipadas
Reglas profusas
Menopausia precoz

Precodidad sexual
Masturbación contumaz
Priapismo

Sensaciones dolorosas o molestias:

Inflamaciones
Dolor de cintura
Crecimiento de vientre
Prurito vulvar
Dismenorrea
Sensación de prolapso o laxitud
Polaquiuria

Prurito Balanal
Dolores de epidídimo

Varicocele?

Enuresis

Modificación de secreción vaginal:

Leucorrea
Sensación de flujo pertinaz
"Mal olor" de secreción

Uretritis o
secreción uretral

Referentes al coito:

Falta del deseo sexual
Anestesia sexual
Homosexualidad
Vicios sexuales: sadismo
masoquismo
Coito doloroso
Repulsión hetero sexual
Sensación de quemadura o dolor

Impotencia coendi

Homosexualidad
Eyaculación precoz
Falta de orgasmo
Vicios sexuales
Repulsión hetero sexual

En relación con el embarazo:

Cambio de actitud psíquica.
Hábitos alimenticios alterados
Sialorrea y vómitos
Gestosis

Cambio de actitud psíquica
Padecimientos gastro
intestinales

Esterilidad psicógena

Dolores de parto

Agalactia

Aborto de repetición idiopático

B. Alteraciones ginecológicas y andrológicas capaces de originar modificaciones psíquicas con repercusiones psico-somáticas diversas.

Referentes al estado físico en lo general:

Insatisfacción con aspecto físico
(estatura, talla, belleza, fealdad,
obesidad, etc.)

Mismos factores y además falta
de fuerza física o agilidad.

Atrofia de los senos
Sudoración profusa
Halitosis
Casma

Crecimiento de los senos
Poco desarrollo peniano
Hipertrofia peniana
No estar circuncidado
Mal olor de pies

En relación con menstruación:

Irregularidades hormonales u
orgánicas

Ectopia testicular
Ausencia de eyeculación

Por padecimientos orgánicos genitales:

Atrofias congénitas
Malformaciones
Rasgadura perineal
Prolapso
Tumores ginecológicos
Infecciones comprobadas
Esterilidad orgánica

Atrofias
Malformaciones
Mutilaciones penianas
Hernia escrotal
Orquidectomías
Infecciones pasadas
Azoospermia

En relación con el embarazo:

El aborto de repetición espontáneo

El coito interruptus o
condomatus

El aborto provocado

La abstinencia?

La anticoncepción

Por simple psicosis con relación a ginecología o andrología:

Miedo a embarazo
a más hijos
a reacción del marido
a dolores de parto
a menopausia
a perder útero
a esterilidad
a frigidez

a embarazar
a la responsabilidad de ser
padre
a desflorarla
a infecciones venérea

a la salud del hijo (polio)
a cáncer ginecológico
a infección

Tercera parte

ORIENTACION CLINICA, DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA

Hace más de seis años, juntamente con los Drs. Alfonso Millán y Manuel Urrutia, tuvimos la oportunidad de abordar un tema semejante al actual durante la Primera Reunión Nacional de Ginecología (Monterrey, Junio 23, 1950) titulado: "La Medicina Psico-somática en Ginecología y Obstetricia".

De la último parte de aquel relato transcribo los siguientes párrafos:

"Como se ve, hemos presentado una simple enumeración de algunos de los trastornos ginecológicos y obstétricos que pueden provocar respuestas somáticas por un mecanismo psíquico".

"La enumeración y análisis de estas relaciones sería materialmente inagotable, porque cada caso representa un proceso particular a ese caso.

Es el objeto de este capítulo ofrecer una orientación muy esquemática tendiente a ilustrar al médico general en la conducta a seguir para llegar a un diagnóstico.

La conducta Clínico-Diagnóstica se basa en las siguientes premisas:

- 1.—Recordar la existencia de los trastornos psico-somáticos.
- 2.—Sospechar que en un caso dado existe tal clase de trastorno.
- 3.—Confirmar la ausencia de alguna otra causa orgánica que puede explicar el trastorno presente.
- 4.—Aplicar una explicación del trastorno por la razón psico-somática.
- 5.—Demostrar la verdad final con la prueba terapéutica.

1º Recordar la existencia de alteraciones patológicas de origen psico-somático y las cuales se presentan en dos sentidos:

A) Con origen ginecológico u obstétrico pero con manifestaciones funcionales o somáticas extragenitales.

Tales son los fenómenos, síntomas anormales funcionales, con o sin alteración física (orgánica) manifestables en cualquier parte del organismo pero originadas primitivamente en un proceso funcional u orgánico genital.

En resumen, son las *Ginecopatías ignoradas*.

Ejemplo: la mujer que sufre cefalea o jaqueca, cuyo origen es hormonal o aún la mujer que sufre insomnios o de los "nervios" como consecuencia de estar haciendo una anticoncepción.

Esta clase de enfermos consulta al psiquiatra o a cualquier otro es-

pecialista en primer término y será el ginecólogo quien en último término debe resolver el problema”.

“B) De origen *No* ginecológico u obstétrico pero con manifestación genital.

O sea casos en que el síntoma presente es de apariencia ginecológica, son en realidad las enfermas *Pseudo-ginecológicas*.

Ejemplo: La mujer que ve al ginecólogo por dispareunia (dolor al coito), y en la cual no se descubre ningún defecto orgánico genital. Flujo, “inflamaciones”, frigideces, trastornos menstruales; sin proceso orgánico ginecológico; todo de origen psico-somático.

2º y 3º Sospechar y confirmar después que se está frente a un caso cualquiera de estos tipos y para ello:

A) El Gineco-tecólogo *No* encuentra ninguna alteración orgánica (embarazo, tumor, infección, modificación anatómica) o *funcional* (hormonal-biopsia endometrial, pruebas de laboratorio; reacción de Friedmann en su caso—) que explique el cuadro clínico.

B) El Gineco-tecólogo, basado en los mismos elementos diagnósticos *si encuentra alteración orgánica o funcional*, en una enferma que le fué deferida por un especialista en otra disciplina médica.

4º Aplicar una explicación del trastorno por un mecanismo psicógeno:

Es decir, que en el gineco-tocólogo o el psiquiatra buscarán la explicación que pueda aplicarse al caso dado.

5º Lo acertado del diagnóstico se obtendrá solamente cuando se consiga una curación del caso, es decir, con una prueba terapéutica satisfactoria.

“Otras Sugestiones Terapéuticas”

Entre otras sugerencias para el diagnóstico y la terapéutica, conviene recordar lo siguiente:

Casi ninguna enferma piensa que sus trastornos sean de origen psíquico: es el ginecólogo el que debe pensar en ello. A veces cuesta trabajo hacer aceptar por la enferma el origen psicógeno de sus trastornos; conviene hablar de trastornos de naturaleza “nerviosa”. Debe desecharse definitivamente el calificativo de histéricos. La histeria está muy desprestigiada, es mal entendida por el vulgo y hasta por los propios médicos, es deprimente para la enferma. Tampoco hablar a la enferma de cáncer; el trauma psíquico que recibe no se justifica sino excepcionalmente.

Antes del diagnóstico de psicógeno, es indispensable establecer un diagnóstico somático preciso y amplio”.

“Son siempre sospechosos de origen psíquico, los siguientes trastornos: Vaginismo; Dispareunia en todas sus variantes; parestesias como Coxigodinia, Lumbalgias, Prurito Vulvar, sensación de prolapso y otras. También son sospechosos de ser del mismo origen, muchos trastornos del ritmo menstrual.

El enfoque psico-somático a todos los trastornos ginecológicos y obstétricos, si bien es costoso en tiempo y requiere método y paciencia, es siempre beneficioso e interesante. La Ginecología debe entenderse ahora como igual a la siguiente suma: Clínica, más Cirugía, más Roengenología, más Medicina Psico-somática.

La Psicoterapia Menor, al alcance de todo médico, consiste en la investigación —que ya por sí misma es psicoterapéutica en muchos casos— de los estados conflictuales; en la explicación sencilla de la importancia de esos conflictos y la necesidad de resolverlos, de acuerdo con las ideas y sentimientos de la enferma, es decir, respetando su personalidad en todos aspectos. La Psicoterapia Mayor, al alcance de los especialistas, comprende procedimientos y técnicas complejos y de larga duración. También emplean los psicoterapeutas técnicas especiales de exploración del inconsciente, pruebas mentales, interpretación de sueños; o procedimientos físico y biológicos, electricidad, insulina y hasta cirugía, la llamada Psico-cirugía, que consiste en diversas formas de interrumpir las asociaciones tálamo-corticales. (Labotomias, Leuco-tomias, etc.). El pronóstico de los trastornos de origen psíquico no es tan benigno como se tiende a suponer. Por el contrario, en muchos casos psicógenos el pronóstico es más serio, pues los hay en que pueden lograrse cambios de la personalidad, o del ambiente, por razones de las más variadas. Es señal de ligereza el pensar que por ser psíquicos, los trastornos son menos graves: no son ciertamente mortales; pero hacen sufrir a las enfermas, mucho más de lo que superficialmente pueden pensarse. Esto no autoriza tampoco a desanimar a la paciente con un pronóstico de incurabilidad o curación larga y difícil; sino a estimularla a que persista y sea constante en las prácticas psicoterápicas que se le aconsejen”.

En nuestra consulta privada tenemos establecidas al respecto las siguientes normas:

- a) Interrogar siempre con relación a la actividad sexual de la paciente y su marido.
- b) Tratar de establecer si dicha actividad es normal.
- c) En caso de anormalidad, tratar de descubrir la causa, sin insistir en ningún momento en hacer la Psicoterapia Mayor o el psico-análisis que consideramos está fuera de nuestro alcance por falta de preparación y tiempo.
- d) Abordar los problemas, cuando existan, que estén a nuestro alcance y territorio, con naturalidad y llaneza; pero con firmeza y convicción, primeramente a la mujer.
- e) En otras ocasiones, abordar los problemas únicamente con el marido.

- f) Finalmente, para ciertos casos, entrevistarse con el marido y la mujer para abordarles sus problemas en conjunto y buscarles la solución.

Con estas normas creemos que hemos podido "detectar" un gran número de problemas psico-somáticos relacionados con ginecología y andrología; hemos resuelto definitivamente varios de ellos; en algunos más logramos mejorías y, por último, en menor número de casos o bien hemos perdido a las enfermas o las hemos referido al psico-analista.

SUMMARY

It is well known that sexual alterations produce profound psychic changes which in turn can give origin to organic modifications. There are interrelationships among the organic, functional and anomic levels of the individual changes, in the sexual or non sexual spheres can influence those aspects of the subject or viceversa.

Gynecological and andrological changes as a cause of psychosomatic alterations are discussed.

The following types of processes are commented: 1° Gynecological disease producing extra-gynecological manifestations. Many of these patients remain unknown having gynecological maladies. 2° Patients with no gynecological disease and gynecological symptoms. Pseudo-gynecological patients. 3° Patients with gynecological disease and gynecological symptoms.