

Trastornos Psicosomáticos en Ginecología y Obstetricia

REVISION DEL TEMA

Dr. José A. Aramburo Restrepo

Planteamiento general

Doctor, no se por dónde empezar, son tantas las cosas que tengo para contarle!

Similar situación a la de mi paciente imaginaria se me plantea en el momento de tratar de analizar el tema que me propongo revisar. Los conflictos y reacciones humanas, ante un medio difícil y hostil, son tan variados y diversos que hacen que los trastornos psicosomáticos sean igualmente múltiples y de muy diferentes facetas. Cada cultura, cada época, cada raza, cada región, cada individuo, es una unidad distinta de las demás y por lo tanto de reacciones particulares. "El hombre normal, no tiene peculiaridades físicas ni mentales que lo diferencien de los demás, pero este hombre, no existe"

El ginecoobstetra debe afrontar frecuentemente y con preparación suficiente muchos trastornos psicosomáticos o funcionales, en ocasiones de origen sexual, que se le presentan a diario en el ejercicio de la especialidad.

Doctor, quiero que me preste atención y me comprenda! !

El médico durante su formación profesional académica y en el diario trajinar por los caminos de la patología, ha sido conducido especialmente por el campo

de las enfermedades orgánicas, que le crean una mentalidad de causa a efecto, de tipo directo, que le hacen olvidar o desconocer los trastornos psicosomáticos que no encuadran dentro de su plan: SINTOMAS + SIGNOS = DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD ORGANICA + TERAPEUTICA = CURACION Y HONORARIOS.

Cualquier situación diferente, que no encuadre dentro de esta lógica, pone a muchos médicos en situación difícil, los desorienta y los mortifica hasta el punto de buscar una salida rápida al calificar a su paciente con motes peyorativos: "esa paciente no tiene nada", "es una hipocondríaca", "es un síndrome de gadejo", etcétera, olvidando que los factores psíquicos, son, en un gran porcentaje de casos, la causa directa o preponderante de los síntomas somáticos y que sólo prestándoles la debida atención y comprensión puede hacer más completa y fructífera su misión, que continúa siendo, a pesar de los inmensos progresos de la medicina, lo que decía Ambrosio Paté: "CURAR A VECES, CONSOLAR SIEMPRE".

Seaman B. (1) nos dice: "El ginecólogo perfecto, si es que existe, es un hombre con mucha paciencia, juega sin prisas, lee y pregunta directamente, se informa en todos los campos que ya

hemos mencionado y en otros, pero utiliza sus conocimientos y su experiencia que tanto le costaron adquirir, sólo de cuando en cuando, y éste es el punto crucial del problema; la mayor parte de las pacientes que vienen a su consulta, no están enfermas".

En pacientes con cuadros psicossomáticos, la falta de comprensión y los tratamientos inadecuados, sólo producen desconcierto, mayor grado de enfermedad y sensación de abandono y frustración. López Ibor (2) comprueba esta idea: "La medicina moderna no sólo cura, sino que también produce enfermos. Cada día aparecen más trabajos sobre las enfermedades conocidas con el nombre de yatrógenas. El médico se convierte en agente yatrógeno, unas veces por insuficiencia de conocimientos y otras, las más, por insuficiencia de preparación psicológica".

El ginecoobstetra debe afrontar en su especialidad una gran gama de procesos patológicos de etiología muy diversa y a veces confusa, que con frecuencia debe resolver en el quirófano y por esta causa, crea en ocasiones, una mentalidad superintervencionista que agrega factores yatrógenos en pacientes psicossomáticas.

La superespecialización de la medicina, los complicados mecanismos patológicos, la sofisticación de medios diagnósticos, las imposiciones sociales, las informaciones erradas por todos los medios de comunicación, la agitada vida de las ciudades, la carencia de tiempo por parte del especialista y otros múltiples factores negativos, han creado una atmósfera carente de compenetración personal que ha deshumanizado las relaciones interpersonales y la comunicación médico-paciente, que hace aún más difícil la atención necesaria para los pacientes de trastornos psicossomáticos que, antes que nada, requieren tiempo, comprensión y calor humano.

"La medicina ha separado al ser humano enfermo en pequeños fragmentos y cada fragmento tiene su especialista. Cuando un especialista desde el momento de su carrera se consagra a una minúscula parte del cuerpo, su conocimiento del resto es tan rudimentario, que es incapaz de comprender bien, siquiera la parte en que se ha especializado". A. Carrel (3).

Todos estos factores mencionados y muchos otros, hacen que esta vaga, variedad y amplia patología, se convierta con frecuencia en "dolor de cabeza" y aumento de "tensión emocional" para muchos médicos.

Doctor, he consultado muchos especialistas y no he logrado solución a los problemas que me preocupan hace mucho tiempo! .

Tratando de revisar el tema que nos ocupa podemos elevar una queja similar. Los textos y revistas médicas abundan en conceptos y estudios sobre temas de patología orgánica, pero carecen, la mayoría de las veces, de planteamientos y normas sobre el estudio y manejo de la patología de orden funcional, lo que hace que los médicos no se ocupen de prepararse suficientemente para afrontar casos de esta índole y al contrario, hagan de este tipo de pacientes, personas indeseables en la consulta médica. La autocapacidad del médico y su preparación científica se ven terriblemente amenazadas por estos enfermos que ponen en tela de juicio la "omnipotente competencia" que algunos facultativos quieren aparentar y de la cual hacen vanagloria. El médico quiere síntomas y signos orgánicos que lo conduzcan rápidamente a un diagnóstico y terapéutica con drogas o procedimientos quirúrgicos y tiende a olvidarse o desconocer la problemática psíquica que desemboca en tratamientos prolongados o desconsoladores y de los cuales no quiere o no sabe ocuparse.

Las mismas facultades de medicina pasan por alto o brindan preparación muy somera a sus alumnos sobre estos aspectos, lo cual conduce a una deficiente orientación del médico en este campo de tanta importancia y de cada vez más frecuente ocurrencia.

Es pues necesario tomar conciencia que una buena preparación en la patología psicosomática es útil para todos aquellos que quieran brindar a sus pacientes las máximas probabilidades de mejoría o curación de sus enfermedades.

Doctor, traigo una lista para que no se me olvide nada! .

Buscaré una presentación ordenada en la revisión del tema, con el fin de dar un enfoque, lo más completo posible, del problema que nos ocupa, el cual tiende a ser encubierto por la patología orgánica.

Presentaré los siguientes apartes: definición e introducción, factores históricos y socioculturales, fisiopatología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento, conclusiones y bibliografía.

Definición e introducción

Enfermedad o síndrome psicosomático se refiere básicamente a todo trastorno de la salud, manifestado por síntomas orgánicos, pero causado o grandemente agravado por problemas psíquicos.

Comprende pues dos puntos de referencia indispensables, que no deben olvidarse nunca en el diagnóstico correcto de este tipo de pacientes. Primero: síntomas o signos de tipo orgánico no relacionables clínicamente con patología médica o con resultados positivos de laboratorio. Segundo: presencia evidente de componentes patológicos de orden psicoemocional o francamente psicopatológicos.

De acuerdo con los anteriores parámetros se puede entonces comprender fácilmente la gran preponderancia que en la práctica tienen los factores emocionales y psíquicos en la patología general, sobre todo, en el campo de la gineco-obstetricia, donde se reflejan con tanta frecuencia complejos mecanismos socioculturales, sexuales y de relaciones interpersonales, que continuamente presionan a las pacientes que sin una preparación adecuada y muchas veces con inmadurez manifiesta, están enfrentadas a un medio carente de la suficiente educación, para el establecimiento de unas relaciones humanas, justas y amparadas en normas igualitarias y de respeto mutuo. Es indudablemente la mujer la que con mayor frecuencia presenta fenómenos ambivalentes en nuestra época, en la cual, por un lado se le educa en el hogar con consideraciones y una delicadeza especial, inherente a su sexo, y luego, se le lanza a combatir brazo a brazo con el hombre en una competencia absurda de valores y derechos, estimulada por algunas mujeres que han tomado la bandera de la llamada "liberación femenina" como un arma defensiva y ofensiva en contra del sexo masculino que consideran, casi siempre, como enemigo y opresor gratuito. El "machismo" es la fortaleza que hay que derrumbar a toda costa y aparece como fantasma espectral que debe interponerse en contra de unas relaciones equilibradas entre los sexos. Estas "liberadoras" no comprenden que al menoscabar la personalidad masculina están perdiendo, ellas mismas, gran parte de la compensación natural y fisiológica que les puede brindar el hombre como complemento necesario de protección, respaldo y cariño que la mujer necesita. A. Carrel (3) nos plantea esta idea cuando escribe: "Las leyes fisiológicas son tan inexorables como el mundo sideral. No pueden ser sustituidas por los deseos humanos. Estamos obligados a aceptarlas tal como son. Las mujeres deberán desarrollar sus aptitudes de acuerdo con

su naturaleza propia, sin tratar de imitar a los machos. Su papel en el progreso de la civilización es mucho mayor que el del hombre. No deberían abandonar sus funciones específicas".

La frecuencia de trastornos psicodinámicos es muy alta. En pacientes estudiadas tomando como parámetro exclusivamente la sospecha de influencia psíquica como factor etiológico en síndromes de apariencia orgánica, se comprobó que 60% tenían trastornos psíquicos leves, 30% problemas de mayor consideración y sólo 10% eran psíquicamente normales.

Lo anterior nos demuestra categóricamente la gran importancia que para el ginecólogo tiene este tipo de patología, que además de su altísima frecuencia, sólo puede ser descubierta y manejada científicamente, si creamos una mentalidad abierta a este tipo de problemas y la buscamos insistentemente en nuestras pacientes con una alta dosis de paciencia y compenetración humana.

La empatía necesaria en unas buenas relaciones médico-paciente sólo se logra, si, abandonando un poco el cientificismo postizo, nos preparamos conscientemente para brindar a nuestras pacientes un mayor cúmulo de conocimientos y medidas terapéuticas de efectividad comprobada y el indispensable calor humano en nuestras relaciones profesionales.

Factores históricos y socioculturales

En ningún campo médico existen tantos factores históricos y socioculturales maléficis como en el que corresponde a la ginecoobstetricia, en relación con los trastornos psicodinámicos. Son múltiples las fantasías, los errores, los encantamientos, los tabúes o las simples creencias populares que tienen influencia patológica en la psique de las pacientes, que se haría casi interminable, la relación

con la patología psicodinámica dentro de la especialidad. Las ideas culturales, religiosas o sociales forman un mare magnum casi indescifrable de presiones y creencias absurdas y antifisiológicas, de las cuales es muy difícil librarse y que continuamente crean conflictos emocionales y psíquicos que fácilmente terminan por minar la salud orgánica de la mujer.

La menstruación, el embarazo, la sexualidad, las enfermedades venéreas, son temas de razonamiento y conceptos pseudocientíficos o populares, estimulados por publicaciones irresponsables y desorientadoras que inducen a ideas falsas y perturbadoras.

Desde la Biblia se nos habla en diversos capítulos del embarazo y la menstruación como sinónimos de castigo y vergüenza. En el Génesis, Capítulo III-16 se lee: "Indolore paris filios" (parirás en el dolor); El Levítico, Capítulo XV, impone normas y castigos similares para el que padece gonorrea y para la mujer durante el período menstrual o cuando sufre "flujo continuado de sangre". "Esta es la ley del que padece gonorrea y del que se mancha uniéndose con mujer". "Y de la mujer que se separa en sus períodos menstruales, o que padece flujo continuado de sangre, y del hombre que durmiere con ella", Levit. XV-32-33.

"La mujer que padece la incomodidad ordinaria del mes, estará separada por siete días". "Cualquiera que la tocare quedará inmundo hasta la tarde". "Aquello sobre que durmiere o se sentare en los días de su separación, quedará inmundo". "Quien tocare su lecho, lavarás sus vestidos y el mismo después de lavarse en agua quedará inmundo hasta la tarde", Levit, XV-19-20-21-22.

"La mujer que padece flujo de sangre muchos días fuera del curso ordinario, o aquella que después de pasado el

período mensual prosigue con el flujo, mientras que dura esta enfermedad quedará inmunda como si estuviera en el tiempo del menstruo. Levit. XV-25.

"Si la sangre para y deja de fluir, contará siete días después de su purificación". "Y al octavo día ofrecerá por sí al sacerdote dos tórtolas o dos pichones a la entrada del tabernáculo del testimonio". "De las cuales el sacerdote sacrificará una por el pecado, y otra en holocausto y hará oración por ella delante del Señor para purificarla de su inmundicia". Levit. XV-27-28-29-30.

"Si alguno se juntare con mujer durante el flujo menstrual y descubriese en ella lo que el pudor debía haber ocultado, y ella misma mostrare su inmundicia, ambos serán exterminados de su pueblo". Levit. XX-18.

Hipócrates (460-377 A.C.) dio el nombre a la histeria que etimológicamente quiere decir "Delirio del Utero".

Aristóteles (384-322 A.C.) dice: "Los ojos de una mujer en período menstrual tienen el brillo de un espejo y la persona que se mire de cerca en ellos puede ser hechizada".

Platón (428-347 A.C.) pone en boca de Zalmoxis (esclavo de Pitágoras): "No debe emprenderse la cura de los ojos sin la cabeza, ni la cabeza sin el cuerpo, tampoco tratarse el cuerpo sin el alma; y que si muchas enfermedades se resisten a los esfuerzos de los médicos helenos, procede de que desconocen el todo, del que por el contrario debe tenerse el mayor cuidado; porque yendo mal el todo es imposible que la parte vaya bien".

Galeno (131-201) habla también de la histeria y lanza la teoría que se debe a la ingurgitación del útero por el flujo menstrual.

Plinio El Viejo (23-79), da una lista de los daños que causa el contacto con una mujer menstruosa: "Se malogran las cosechas, mueren los retoños, se marchitan las flores, se desprenden los frutos, se empañan los espejos, se embotan las navajas, se enmohece el hierro, languidecen las abejas, abortan las yeguas, etc.".

En la edad media la menstruación continúa considerándose como signo de castigo e inferioridad en la mujer y se relacionaba con la maldad de la serpiente del Paraíso. Durante los períodos menstruales la mujer no debía asistir a la iglesia ni recibir la comunión.

A través de toda la historia, incluso hasta nuestros días, el folclor popular ha conservado muestras irrefutables de numerosos prejuicios y errores sobre la menstruación, el embarazo o los órganos sexuales, especialmente femeninos. El matrimonio es sinónimo de himeneo y el culto al himen o himenolatría como símbolo de virginidad y pureza se considera indispensable para una relación perdurable o matrimonial. El pueblo continúa refiriendo sus síntomas con expresiones como éstas: "Estoy enferma", refiriéndose a la menstruación. "Se me sube la matriz a la garganta y me ahoga". "La falta de menstruación me hace subir la sangre a la cabeza y me intoxica el organismo". Hay creencia muy generalizada que la sangre menstrual y el vello púbico, administrado en pocimas, tienen poder de "enyerbamiento".

El mismo humor popular describe la maldición del paraíso comentando que Dios dijo: "Adán, ganarás el pan con el sudor de tu frente y tú, mujer, pagarás tus cuentas por pequeñas cuotas mensuales".

En países tan civilizados como Francia (5) perduran algunas supersticiones sobre la menstruación. En algunos establecimientos donde se trabaja con flores,

no se permiten mujeres menstruantes; en algunos expendios se teme que la mujer durante la menstruación contamine las carnes; en refinerías de azúcar se tiene la creencia que ennegrece el producto. En Saigón, no se permite a la mujer trabajar en la industria del opio, por la creencia que las hojas que estuvieran en contacto con ella durante la menstruación se volverían amargas.

A la pareja ortodoxa judía, según la ley de Niddah (5) le está prohibido el contacto sexual en presencia de flujo menstrual y siete días después de su terminación.

La religión católica continúa predicando que los contactos sexuales sólo son aceptables dentro del matrimonio católico, indisoluble, y que el coito debe limitarse casi exclusivamente como medio de procreación. La masturbación, las relaciones sexuales no coitales, el uso de anticonceptivos artificiales y otras técnicas sexuales, son miradas con reserva y aún con expresa prohibición.

Las tendencias actuales dentro del medio cultural inducen permanentemente al sexo. El cine, la televisión, el teatro, las reuniones sociales, las conversaciones en grupo, el humor, las revistas, la pornografía y casi todas las relaciones humanas, incluyen el sexo, que cada día es una motivación más poderosa, mientras, por otro lado, el lastre de los tabúes o prejuicios y la mala educación sexual, tratan de formar una barrera impenetrable a estos estímulos que crean una situación traumática y ambivalente, que conduce, especialmente en la juventud, a verdaderos estados patológicos o a la formación de normas erradas que impiden una personalidad sana y equilibrada.

Las nuevas generaciones parecen resolver estos conflictos de una manera propia y tampoco muy saludable. Quieren

convertir el placer sexual en derecho casi obligatorio de toda persona humana dentro de límites demasiado amplios y algunas veces antinaturales, tratan de encontrar gratificaciones momentáneas sin responsabilidad ni compromiso alguno, que también conducen a conflictos, psíquicos al no encontrar en estas expresiones la idea que se les ha creado al respecto y el verdadero valor fisiológico del sexo, que, antes que nada, requiere una compenetración muy completa, que sólo se logra dentro de los límites de "pareja", integrada, afectiva y psíquicamente.

Aún la promiscuidad como expresión de rebeldía juvenil ha sido sublimada por algunos movimientos extremos (Hippie) que quisieron hacer de las "comunas" un espectáculo sexual que bajo el influjo de alucinógenos se convirtiera en símbolo de liberación de las nuevas generaciones.

El tiempo y la naturaleza humana se han encargado de hacerlos fracasar, pero continúan buscando, aún dentro de la homosexualidad libre y abierta, la aproximación en las relaciones interpersonales, que una educación sexual fisiológica y bien orientada no les han proporcionado.

El sexo parece comprometer a los jóvenes de nuestros días, dentro de relaciones homo y heterosexuales sin una verdadera compenetración franca y honrada que les proporcione la perdurabilidad y la gratificación verdaderas que son necesarias para la sublimación del amor.

La impulsividad agresiva y el "lanzamiento" parecen superar hoy las normas de candidez y pureza, a veces supuesta, de generaciones anteriores y que también conducían a conflictos emocionales.

La Doctora Mary Anna Friederich (7) analizando las motivaciones para el coito, nos dice: "dado que todos somos producto de nuestro pasado y como niños desvalidos dependemos de nuestros padres que pueden tener muchos conflictos y problemas, gran número de personas son incapaces de llegar a una relación madura con dedicación a otro ser humano. En consecuencia, el coito puede utilizarse para expresar toda suerte de conflictos, necesidades y preocupaciones individuales, en lugar de ser una relación afectuosa y placentera entre dos personas".

"Lo óptimo es que el juego sexual y el coito entrañen el dar y el recibir mutuo, de placer, por dos personas adultas, interesadas y maduras, de sexo opuesto, quienes consideran que es una expresión importante de la relación".

Entre los motivos no sexuales para el coito la misma autora enumera las siguientes causas: "Coito para liberar la tensión y la ansiedad, coito efectuado principalmente para embarazarse o tener un hijo, coito como prueba de identidad, coito como prueba de valía propia, coito como defensa contra sentimientos homosexuales, coito como escape de la soledad y la aflicción, coito como demostración de poder sobre otra persona, coito como expresión de ira y destructividad, coito como medio para obtener amor infantil".

En el campo de la ginecoobstetricia, más que en ninguno otro, todos estos factores socioculturales y educacionales influyen enormemente para producir desequilibrios psíquicos que conducen a enfermedades de tipo psicossomático. Las revistas femeninas, la prensa, la radio, la televisión, sobre todo en los programas dirigidos a las mujeres, tienden a crear confusión al estimular a la mujer en su papel feminista, tratando de hacer prevalecer conceptos empíricos o equivocados que colocan a las mujeres en posición

contradictoria aún con las recomendaciones médicas. Incluso algunos médicos, como lo manifiesta Correa (8), a semejanza de sus colegas del siglo XIX, afirman que "la menstruación, el embarazo y la menopausia hacen que las mujeres no sean idóneas para ocupar puestos de prestigio, que el matrimonio y la procreación son "saludables" para las mujeres y que cuando ellas no se adaptan al estereotipo femenino, entran en una situación patológica". ¿Quién no ha oído en su consulta que determinado médico ha recomendado a su paciente el matrimonio o el coito como solución fantástica contra determinados síntomas ginecológicos?

Debemos comprender cómo tan variados y complejos factores hacen que los trastornos de orden orgánico, causados por conflictos psíquicos, sean de tan diversos matices y complicada etiología. El corazón, por ser tradicionalmente representante simbólico del amor, y los órganos genitales por la mistificación y oscurantismo a que han sido sometidos a través de la historia de la humanidad, son indudablemente los órganos que con mayor frecuencia reciben la localización orgánica de la problemática mental que el paciente oculta subconscientemente y, por lo tanto, es el ginecoobstetra uno de los especialistas que debe estar siempre convenientemente preparado para diagnosticar y tratar correctamente este tipo de patología.

Fisiopatología

La fisiopatología de los trastornos psicossomáticos se debe plantear a través de las inter-relaciones que tienen lugar a nivel de la corteza cerebral como órgano receptor de impulsos emocionales o sensitivos que desencadenan respuestas eferentes, que a su vez, producen reacciones de estímulo o freno a secreciones endocrinas o del sistema nervioso autónomo. Los impulsos emocionales, de

stress psíquico o simplemente sensitivos (táctiles, visuales, olfativos, auditivos), producen estímulos en la respectiva zona de la corteza cerebral, la cual responde, produciendo su influencia por vía del hipotálamo a la hipófisis, y ésta a su vez, a las demás glándulas endocrinas, o por vía del sistema nervioso simpático o parasimpático, produciendo las respuestas vasomotoras o las sensaciones dolorosas.

Cada día dentro del progreso de la ciencia médica, los centros nerviosos de la corteza cerebral toman un papel más importante en el origen de muchos trastornos funcionales u orgánicos que antes no podían explicarse suficientemente.

Son innumerables los ejemplos que podrían citarse. La aparición, cada vez más temprana, de la menarquia, tiene que ver con la maduración psíquica de la corteza cerebral. En animales, la coneja ovula simplemente como respuesta a estímulos táctiles del macho. La amenorrea y la atrofia de tipo menopáusico de los órganos genitales femeninos y la azoospermia y atrofia testicular en los masculinos, observada y comprobada en los campos de concentración, son casos extremos del poder que el stress ejerce en el organismo humano. Las "feromonas", como reacción sexual y conductal a través de estímulos olfatorios, es motivo de interesantes estudios en animales. En el humano, reacciones sensoriales olfatorias han sido descritas. El poder de los perfumes y aromas han sido tradicionales en toda la historia de la humanidad.

Los reflejos condicionados de Pavlov, proporcionan explicaciones científicas de reacciones centrales diferentes, de acuerdo con experiencias sensoriales vividas anteriormente, y nos hacen comprender mecanismos de defensa, creados por estímulos sensoriales o psíquicos apren-

didos previamente. Todos estos mecanismos fisiológicos conducen en un momento dado a dificultades de adaptación que posteriormente pueden manifestarse en diferentes formas sintomáticas.

¿Quién no ha revivido momentos felices o situaciones de conflicto, ya completamente olvidadas o superadas, inducidos por notas musicales o una canción determinada?

Según Green (9), el 50 a 80% de los casos de incontinencia urinaria por "disfunción del detrusor" o "neurogénicas", son de tipo psicossomático o funcional. La hiperirritabilidad del detrusor en estas mujeres, cuyo mecanismo anatómico de sostén es generalmente normal, suele ser manifestación de un estado de ansiedad subyacente, fácilmente identificable y a menudo de larga duración que a veces se remonta a la infancia.

Estudios psiquiátricos (10) en mujeres con retención urinaria, muestran psicopatología más incapacitante y grave que la observada en pacientes con incontinencia urinaria.

Menninger (11), observa que la micción puede expresar a veces sentimientos erótico o agresivos de la personalidad y que en algunos casos quizá, tenga un significado sexual o masturbatorio. La regresión al placer infantil de la micción y sentimientos regresivos de tipo sexual, incluyendo tabúes por los genitales y consideraciones de la micción como acto erótico sensual, pueden desencadenar síntomas urinarios de tipo psicossomático. Los impulsos agresivos de ira u hostilidad reprimidos en forma crónica, pueden adoptar la forma de síntomas corporales de diversa repercusión orgánica, sobre todo de tipo urinario o pélvico.

Debemos recordar la interpretación de la enuresis nocturna como entidad psicológica y su mejoría con drogas psicotro-

pas o como síntoma psicossomático precoz durante la formación de la personalidad.

Los síntomas sexuales en la mujer como dispareunia, vaginismo, anorgasmia, etcétera, son frecuentemente causados únicamente por problemática psíquica o inadaptación sexual de tipo funcional.

La incapacidad que generan los síntomas psicossomáticos sirve con frecuencia para evitar, en determinadas circunstancias, la responsabilidad de tipo social, laboral o familiar, que la paciente quiere subconscientemente eludir, por incapacidad psíquica para afrontarla, o como medio infantil para obtener ganancias en atenciones o gratificaciones, de las cuales carecería si desaparecieran los síntomas.

Levinson (12) afirma que los trastornos del campo psicossocial se expresan en enfermedad y síntomas verdaderos, aunque tengan origen psíquico, y añade: "La perspectiva psicossocial no se refiere a fenómenos esotéricos, comprensibles únicamente por el psicoanalista; trata de la vida global, de la vida del paciente, desde el punto de vista del sentido común". "Hay que abrir la mente a los hechos diarios, corrientes de la vida del paciente, reconocer que también puede ser una persona que trata de resolver un matrimonio desdichado, dificultades de la paternidad, tropiezos económicos o dificultades internas ininterrumpidas de la índole de ansiedad o depresión. Todos los problemas que pueden leerse en los diarios, guerras, cambios de vecindario, exigencias ocupacionales, inflación, rebelión de los adolescentes, responsabilidad de otros, valores morales cambiantes, son fuente rica de conflictos que pueden generar síntomas somáticos o motivar que comience o se agrave la enfermedad orgánica".

Sintomatología

La sintomatología de los trastornos psicossomáticos es generalmente muy variada, relatada por las pacientes en forma imprecisa y vaga, en la cual se mezclan, sin relación clínica aparente, múltiples quejas sobre diferentes órganos y sistemas. Siempre existen los síntomas psíquicos o emocionales que desencadenan los trastornos o agravan los estados patológicos. La evolución de la enfermedad es, la mayoría de las veces, de tipo crónico, lo que constituye una característica de estos síndromes. Las recaídas son la norma y generalmente son causadas por problemas de índole familiar, laboral o de simple inadaptación al medio ambiente.

Las pacientes describen sus quejas con detalle insistente y con ansiedad francamente aparente al clínico observador. Quieren demostrar a toda costa su exagerado mal estado de salud para lograr atención y cuidado especial por parte del médico.

Con mucha frecuencia las pacientes se presentan al consultorio con "lista" de sus padecimientos para "no olvidar" nada. Si no lo hacen, se muestran imprecisas y se introducen diciendo: "son tantos mis males, que no sé por dónde empezar"; o bien, "cuando vengo al médico se me olvidan todos mis síntomas". En ocasiones repiten los mismos datos o agregan "se me pasaba por alto lo más importante".

La mayoría de las veces, estas pacientes han sido tratadas repetidamente por diferentes médicos y especialistas, han consultado adivinos, yerbateros, homeópatas, les han practicado los más diversos exámenes complementarios, han recibido múltiples medicamentos o han sido sometidas a diversas intervenciones quirúrgicas, sobre todo, amigdalectomía, apendicectomía, operaciones "de los ovarios", etc., etc. Se muestran desconfiadas, se

quejan del poco efecto benéfico logrado, con tratamientos anteriores, tratan de ocultar sus síntomas psicológicos por temor a ser tratadas como enfermas mentales o recibir, una vez más, respuestas despectivas o poco consoladoras: "usted no tiene nada", "son sólo nervios", etc.

La problemática psíquica debe ser investigada siempre con tacto y comprensión para lograr signos positivos que siempre deben existir en este tipo de trastornos y, sin los cuales, no podremos clasificar o comprender el cuadro clínico.

Con un poco de técnica y paciencia, descubriremos rápidamente el componente psíquico-patológico que se manifiesta con uno o varios de los siguientes síntomas: pérdida de interés por la vida, ansiedad o tensión permanente, crisis de llanto, insomnio, trastornos de la memoria, ideas de autodestrucción, falta de concentración, dependencia marcada de los demás, inadaptación al trabajo, al matrimonio o al medio social, tendencia a culpar a los demás de sus propios problemas, historia de crisis conversivas u otros problemas psicopatológicos más graves.

Entre los síntomas somáticos más frecuentes podemos mencionar: fatigabilidad, astenia, adinamia, sudoración, temblores, parestias, mareos, cefalea generalmente occipital ("dolor de cerebro"), acúfenos, visión borrosa, opresión precordial, dolor torácico ("en el corazón"), crisis de diarrea, taquicardia, disfagia, dolor abdominal de diversas localizaciones, vómito especialmente posprandial, constipación, etc., etc.

En el campo ginecológico son frecuentes los siguientes síntomas: dolor pélvico ("dolor en los ovarios"), amenorrea, poli o hipermenorrea, dismenorrea, tensión premenstrual, prurito o picadas vaginales, frigidez, dispareunia, vaginismo, masturbación compulsiva, mastodi-

nia, disuria, polaquiuria, incontinencia urinaria, hiperemesis gravídica, aborto habitual, infecundidad, pseudociesis, cancerofobia, etc., etc.

Todos estos síntomas se presentan intermitentemente y se entrelazan unos con otros sin posible concatenación clínico-patológica. Desde el interrogatorio el médico debe sospechar el origen, psicosomático de la entidad, pero debe cuidarse mucho y descartar toda entidad orgánica antes de lanzar una opinión definitiva.

Stone y Judd (13) describen los, hallazgos psiquiátricos de 18 pacientes estudiadas por incontinencia urinaria sin anomalías físicas comprobables. En todas había problemas situacionales de importancia, en 17 de ellas existía depresión crónica y en 10 sintomatología funcional de otros órganos y sistemas.

Diagnóstico

Para llegar a un diagnóstico cierto de síndrome psicosomático es necesario considerar los dos factores fundamentales que lo caracterizan: a) padecimiento somático, y b) trastornos psíquicos como causa fundamental y desencadenante de la enfermedad.

Para llegar a cubrir las anteriores condiciones, es indispensable una historia clínica muy completa, incluyendo datos generales del paciente, antecedentes patológicos, anamnesis muy cuidadosa, exámen clínico exhaustivo y estudios complementarios hasta la saciedad, para poder excluir a plena satisfacción posible lesión orgánica, que algunas veces, sólo es agravada por las reacciones psíquicas.

El médico debe dar a la paciente la suficiente libertad y confianza para expresar libremente los motivos de consulta y sus preocupaciones que generalmente son múltiples, poco concretas y

desorientadoras desde el punto de vista de patología orgánica. Una vez la paciente haya relatado toda su sintomatología el interrogatorio debe ser orientado hacia la aclaración y posible relación clínica-orgánica que ella pueda implicar.

La anamnesis se completa sobre antecedentes, evolución y posible periodicidad de la enfermedad, tratamientos recibidos, exámenes practicados, etc., etc.

El examen físico, deberá ser tan completo como sea posible, tratando de encontrar signos clínicos positivos de tipo orgánico. El médico puede lograr orientación diagnóstica durante el examen al comprobar que muchos signos cambian de localización e intensidad en diferentes momentos y a veces desaparecen cuando la paciente se distrae o tranquiliza. Con frecuencia, queda la impresión en el examinador que la paciente quiere exagerar sus signos dolorosos y que los hallazgos no concuerdan con los síntomas y, por lo tanto, desorientan. En este momento se debe retornar un poco sobre el interrogatorio de la paciente, sobre todo en cuanto a factores psíquicos que la paciente no ha considerado de importancia, o quiere ocultar deliberadamente, con el fin de obligar al facultativo a encontrar la enfermedad que otros no han diagnosticado y en la cual pretende ella encubrir infantilmente su problemática psíquica o sus responsabilidades familiares o de trabajo. Debe investigarse satisfacción personal, laboral, matrimonial, sociocultural, posibles conflictos sexuales, tensión, ansiedad, depresión inmotivada o verdaderos síndromes psicopáticos, como serían histeria de conversión, depresiones neuróticas, psicosis, etc.

Este interrogatorio no debe ser demasiado profundo o insistente, sino corto y concreto, sin presionar a la paciente sobre temas de los cuales no quiere hablar, pero dejando anotaciones para volver posteriormente sobre estos puntos.

Con la mente siempre puesta en enfermedad orgánica, el especialista debe solicitar los exámenes de laboratorio y complementarios que considere convenientes para buscar un diagnóstico que satisfaga plenamente.

A la paciente debe dársele la seguridad de que se le presta la máxima atención posible y la importancia y el cuidado que ella está solicitando, con lo cual, se logra la empatía y la perseverancia necesarias para posteriores investigaciones y para la terapéutica adecuada en sesiones complementarias que se realizarán a intervalos regulares de acuerdo con cada caso particular y según el diagnóstico presuntivo.

El médico debe estar alerta para afrontar aquellas pacientes que padecen lo que algunos autores llaman "depresión risueña", o "depresión sonriente", entidad de tipo crónico, en la cual la paciente aprende a dominar sus reacciones emocionales, sobretodo en ocasiones importantes como sería la visita al médico y durante las cuales aparentan alegría y jovialidad, que si se orientan convenientemente, suelen cambiar al extremo opuesto con crisis de llanto.

Algunos síndromes específicos merecen mención especial, entre ellos, el "Síndrome de congestión pélvica o de Sedillot" y el "Síndrome de Munchhausen o Quirurgicomanía". El primero consiste, básicamente, en la congestión de los órganos pélvicos por ansiedad crónica que causaría vasodilatación permanente y supervascularización, causando dolor pélvico, dispareunia, incompatibilidades sexuales y otros síntomas. Se mencionan principalmente los conflictos sexuales, especialmente la anorgasmia, como causa de este cuadro clínico.

El "Síndrome de Munchhausen" se relaciona con pacientes que están buscando insistentemente operaciones qui-

rúrgicas, con el fin de encontrar la atención, el cariño y la comprensión, por parte de sus seres queridos, que han perdido por diversas circunstancias, o para encubrir la incapacidad de afrontar las responsabilidades familiares o sociales. En la literatura médica se cuenta el caso de un paciente operado 15 veces y de otro con 50 radiografías, 16 cistoscopias, 6 dilataciones de uretra y 12 operaciones quirúrgicas.

Tratamiento

Una vez se tiene un diagnóstico definitivo a través de varias entrevistas y exámenes complementarios, es necesario iniciar la terapia, que debe basarse en las siguientes normas: 1) óptimas relaciones médico-paciente; 2) disponibilidad de tiempo y paciencia (oír mucho y hablar poco); 3) evitar juicios precipitados; 4) eludir discusiones con la paciente; 5) dar explicaciones sencillas sobre posibles causas; 6) demostrar optimismo y seguridad en la terapia, sin vanaglorias; 7) sugerir cambios en conducta sexual, situacional o interpersonal; 8) desechar tratamientos innecesarios de tipo médico y mucho más de tipo quirúrgico; 9) tener siempre presente que los síntomas psíquicos pueden enmascarar cuadros orgánicos; 10) solicitar ayuda psiquiátrica especializada en forma oportuna, en los casos que lo requieran.

El médico debe planear el manejo de sus pacientes psicósomáticas, buscando activamente los mecanismos que le permitan comprender, de una manera amplia, la problemática psíquica de su paciente, entablando unas óptimas relaciones médico-paciente. Levinson (12) nos ilustra al respecto, diciendo: "El desafío esencial para el médico, cuya educación y experiencia clínica quizá se hayan enfocado casi exclusivamente en las complicaciones biológicas de cuerpo humano, es que debe adquirir capacidad para "ver" las manifestaciones corrientes

bajo una nueva luz. El facultativo que considera las manifestaciones del paciente exclusivamente en términos de anomalías anatómicas, funcionales o bioquímicas, carece del "equipo receptor" necesario para identificar la ansiedad, la depresión, los trastornos del carácter y las reacciones de la personalidad a diversas tensiones de la vida". "Se requiere estudio y experiencia para adquirir receptividad a los fenómenos psicosociales".

Se deben convenir entrevistas a intervalos periódicos y de corta duración, con el fin de escuchar la problemática psicoemocional de la paciente. La verbalización de los conflictos, es por sí sola, de gran valor terapéutico. El sólo hecho de comunicar los problemas es, para la paciente, oportunidad valiosa para aclarar sus propios conceptos y sacarla del aislamiento opresivo a que está sometida en forma voluntaria o por causa de sus familiares más próximos.

El médico debe estar siempre dispuesto a escuchar pacientemente, tratando de captar también los "mensajes no verbales" que la paciente exterioriza durante la entrevista. Las manos, la cara, la posición, la calidad de la voz, los gestos y otras manifestaciones físicas pueden ser ricos en mensajes, que el médico debe aprender a interpretar convenientemente. Incluso, los temas sobre los cuales la paciente no quiere hablar, pueden ser indicios importantes para una orientación terapéutica.

El terapeuta debe tener suficiente disponibilidad de tiempo para "oír mucho y hablar poco". No se trata de emitir juicios, entablar discusiones o imponer los propios criterios, sino de brindar tranquilidad y sugerencias prácticas que permitan a la paciente, por sus propios medios o mecanismos psicológicos de defensa, pasar o superar los obstáculos o problemas que le están causando su estado patológico.

El interés que el médico demuestre y la sola "presión del silencio" brindan la oportunidad de expresión libre que sirve de catarsis y es de gran beneficio psicológico.

La paciente deprimida crónica tiene la tendencia a olvidar conscientemente el origen y evolución de su problemática psíquica que la conduce a una actitud de resignación, basada en la renuncia a satisfacer cualquier objetivo placentero, escudada en su supuesta invalidez física o quebrantos de salud, que terminan por minar su personalidad hasta el punto de perder todo interés por la vida y toda ambición personal, que fácilmente la conducen al suicidio.

El médico debe estar preparado para afrontar y orientar esta situación, que cuando es francamente manifiesta, cae en el campo del psiquiatra.

Durante la terapia, el médico debe evitar a toda costa que sus propios criterios o reacciones emotivas salgan a flote al tratar de valorar las situaciones planteadas por la paciente. Hay que abandonar un poco la idea de "posesión absoluta de la verdad", que algunos galenos creen tener, y escuchar interesadamente, tratando de comprender al máximo y aceptando las conductas ajenas. Se deben dar sugerencias pero nunca imposiciones. La paciente debe crear sus propios criterios y fortalecer su personalidad. Deben señalarse los puntos de controversia sólo como posibilidades que la paciente puede aceptar o rechazar, "creo que ha sido un error", "me parece que hubo equivocación", "considero que tal o cual fórmula podría probarse para solucionar determinada situación", etc., etc.. La Doctora Gray (14) escribe al respecto: "Si se logra que las pacientes se sientan menos desamparadas, tendrán menos miedo y sentirán menos necesidad de considerar al doctor como alguien todopoderoso".

Las explicaciones deben ser siempre sencillas, fácilmente comprensibles y basadas más en un verdadero calor humano que en un cientificismo innecesario y contraproducente. "El médico debe aprender a reconocer, de una vez para siempre, que el medicamento más eficaz es el médico mismo" (López Ibor (2)). Lo principal en estos casos es ganar la confianza de la paciente para poder ayudarla y orientarla a recuperar su confianza y optimismo. No se deben imponer criterios, pontificar, hacer sermones o consolar, pues tampoco, se trata de sesiones psicoanalíticas, que estarían muy lejos de la capacidad y objetivos propuestos; es necesario, sí, brindar comprensión, escuchar pacientemente y ofrecer una terapia de apoyo psicológico y humano que es lo que la paciente requiere y solicita. Una conversación inteligente, a intervalos regulares, que dé a la paciente la seguridad de ser tomada en serio, realizada por un médico que demuestra optimismo, sencillez y seguridad, es suficiente terapia en la mayoría de las ocasiones.

La paciente de trastornos psicossomáticos está tan enferma como cualquiera otra paciente orgánica y a veces más; por lo tanto, tiene absoluto derecho a una atención adecuada y oportuna por parte de su "médico de cabecera", y el médico tiene obligación de brindársela en forma eficiente y calificada.

Siendo tan frecuentes los problemas sexuales en las pacientes con trastornos psicossomáticos, es un punto que no debe olvidarse nunca en el tratamiento de estas pacientes. El médico debe estar suficientemente preparado sobre fisiología y disfunciones sexuales. El vaginismo, la anorgasmia, la frigidez, la dispareunia, la homosexualidad, la intersexualidad y la misma infertilidad, son con frecuencia la causa primigenia de los trastornos funcionales. La investigación sistemática de posibles disfunciones sexuales no puede faltar en las sesiones

terapéuticas. ¿Hay satisfacción en las relaciones sexuales? ¿Qué agrada o desagrada más a la paciente en sus relaciones? ¿Cómo se expresan sus sentimientos en la vida sexual? ¿Hay quejas acerca del compañero sexual o de él contra ella? ¿Infidelidad, real o imaginaria? ¿Sentimientos de culpa? ¿Prejuicios religiosos, sociales o educacionales? Estos u otros interrogantes pueden brindar a la paciente la oportunidad de sacar a flote multitud de conflictos que la mayoría de las veces sólo son producto de una nula, escasa o deficiente educación sexual, que en nuestro medio continúa siendo muy precaria o inexistente.

En el campo sexual el médico tiene un papel importantísimo como educador y orientador, con sólo conocer y difundir la fisiología de los impulsos, mecanismos y respuestas sexuales.

Las sugerencias médicas sobre posibles cambios en el comportamiento sexual, familiar o situacional, puede ser salvadora para muchas pacientes.

Gray y Meginnis (14) nos colocan en posición adecuada cuando nos dicen: "al asumir la mujer mayor responsabilidad por aprender lo referente a su organismo, su propio cuidado y asistencia, reconocerá cada vez más, que los médicos son seres humanos y no dioses y de este modo, aminorará la necesidad de que el ginecólogo se comporte como un ser infalible y sapiente".

Otro aspecto importante en la terapia es el relacionado con la obligación penitencia de EVITAR TRATAMIENTOS INNECESARIOS DE TIPO MEDICO O QUIRURGICO.

El médico, por su agobiadora tarea con frecuencia recargada de trabajo, por su propio comportamiento psicológico y por la misma formación médica, con frecuencia está impulsado a emprender tratamientos rápidos, a buscar en medi-

caciones sintomáticas o en intervenciones quirúrgicas precipitadas, el camino para la curación de sus pacientes, lo cual constituye quizás la mayor falla en el manejo de los problemas psicósomáticos. Estos errores sólo logran crear en las pacientes un círculo vicioso, enfermedad, cuidados especiales o cirugía, en el cual, ocultan o tratan de ocultar, sus verdaderos problemas psicoemocionales. En ocasiones hay mejorías espectaculares con tratamientos médicos o quirúrgicos de tipo paliativo o innecesarios, pero rápidamente aparece la recaída o la localización en otros órganos o sistemas. Las pacientes en las cuales se tratan sus síntomas psicósomáticos con medios físicos, cualquiera que ellos sean, se aferran a tal idea con el objeto de reforzar la creencia errónea de que se hallan enfermas de un órgano y depositan en el médico y en el tratamiento los sentimientos de culpabilidad inconsciente que la fantasía les ha creado y estimulado. A veces estos tratamientos les brindan gratificación masoquista que empeora la situación al brindarles la oportunidad de aparecer ante sus familiares más cercanos, como personas que sufren intensamente y a quienes no se ha comprendido o cuidado en forma oportuna o suficiente.

Debemos mencionar también como algunas pacientes son sometidas en ocasiones a tratamiento quirúrgico o de otro tipo, sin indicaciones muy convincentes, que hacen pensar en que el facultativo busca más unos jugosos honorarios que la salud de su paciente.

Hay que estar siempre alerta para evitar el caso opuesto, o sea, considerar como psicósomático un cuadro de tipo orgánico, lamentable error diagnóstico de consecuencias imprevisibles. Los síntomas psíquicos en un momento dado pueden predominar y enmascarar un cuadro orgánico; una paciente con síndrome psicósomático crónico puede en cualquier momento presentar un cuadro

orgánico que queda encubierto bajo la etiqueta de funcional que le ha sido impuesta. Hay una tendencia generalizada entre los médicos que lleva a minusvalorar los síntomas orgánicos de las pacientes psicosomáticas y a olvidarse de los trastornos psicoemocionales que toda enfermedad orgánica trae necesariamente consigo.

Todas estas consideraciones terapéuticas mencionadas hasta el momento, están al alcance del "ginecólogo de cabecera" y es él, el más indicado para tratar convenientemente a la mayoría de las pacientes con problemas psicosomáticos. El tratamiento psicoterápico puede, ser reforzado con medicamentos ansiolíticos, antidepressivos o en combinación, según el caso, siempre en dosis moderadas y como coadyuvante, y no como base única y exclusiva. Con estas medidas se logra mejoría o control de la mayoría de los casos, pero debe tenerse en cuenta que estas pacientes requieren apoyo terapéutico frecuente para lograr efectos persistentes, pues las recaídas son la norma y no la excepción.

Queda un grupo de pacientes en las cuales es indispensable un tratamiento psiquiátrico especializado: son aquellas que presentan agravación progresiva de sus síntomas psíquicos o las que desde un principio tienen características francamente psicopáticas. El ginecólogo debe reconocer estos casos y vencer la resistencia que con frecuencia presentan las pacientes para acudir a la consulta psiquiátrica, sobre todo, cuando hay predominio de síntomas orgánicos que la paciente usa como mecanismos de defensa para ocultar una problemática psíquica más complicada. La paciente suele decir entonces, "yo no estoy loca", "estoy enferma y por lo tanto no quiero ir al psiquiatra", "mi problema no son los nervios, son mis dolores".

Las siguientes situaciones pueden dar una orientación sobre las pacientes que requieren tratamiento psiquiátrico:

- a) Pacientes con trastornos patentes del pensamiento o cuadros extraños, emocionales, de conducta o comportamiento.
- b) Pacientes que hacen amenazas abiertas o encubiertas de daño corporal a ellas mismas o a otros y manifiestan sentimientos de inutilidad total o falta de motivación absoluta por la vida.
- c) Pacientes que mejoran temporalmente pero tienen agravaciones de sus síntomas psíquicos, o recaídas muy frecuentes.
- d) Pacientes que se tornan dependientes de su médico y lo acosan con exigencias excepcionales o imposibles.
- e) Pacientes que a pesar del tratamiento manifiestan insistentemente idea de incompreensión o culpan al médico de confabulación con los familiares más próximos para acusarlas injustamente.
- f) Pacientes que presentan cambios bruscos en los hábitos sexuales acompañados de ideas extrañas o aberrantes acerca del sexo o los órganos sexuales, indicio del comienzo de un estado maníaco o esquizofrénico.
- g) Pacientes con graves traumas psíquicos de la infancia, como violación o seducción por parte de padres, maestros o familiares.
- h) Pacientes con fantasías o acusaciones infundadas sobre conductas aberrantes propias o de sus allegados.
- i) Pacientes con conductas compulsivas, como masturbación, lesbianismo, etc., con sentimientos de culpa.
- j) Pacientes con síndromes depresivos intensos postparto o postquirúrgicos que no responden rápidamente a tratamientos moderados

PSICHOSOMATIC DISORDERS IN BOTH GINECOLOGY AND OBSTETRICS

Conclusions:

We must turn back to Socrates and to the beginning of human history and humbly recognize that, notwithstanding the important developments achieved by men, we continue repeating some mistakes and still do not understand the human beings.

"DO NOT LET ANYBODY CONVINCE YOU TO CURE HIM UNTIL HE HAS GIVEN YOU HIS SOUL TO BE HEALED, BECAUSE THE BIGGEST MISTAKE IN OUR DAYS IN TREATING THE HUMAN BODY IS THAT PHYSCIANUS USUALLY SEPARATE THE SOUL FROM THE BODY".

Conclusión

Podemos volver con Sócrates al comienzo de la historia de la humanidad y reconocer, humildemente, que a pesar de los inmensos progresos que el hombre ha logrado continuamos repitiendo algunos errores y aún no comprendemos al hombre.

"NO DEJES QUE NADIE TE CONVENZA DE QUE LE CURES HASTA QUE NO TE HAYA DADO SU ALMA PARA SER CURADA, PORQUE ESTE ES EL GRAN ERROR DE NUESTROS DIAS EN EL TRATAMIENTO DEL CUERPO HUMANO, QUE LOS MEDICOS SEPARAN EL ALMA DEL CUERPO".

Bibliografía

- SEAMAN B. "Free and female". Greenwich, Con, Fawcett Crest, 1972.
- J.J. LOPEZ IBOR "Acta Psicossomática No. 1". Documenta Geigy.
- ALEXIS CARREL "La incógnita del hombre". Editorial Diana. México, 1953.
- PLATON. "Diálogos". Bolsilibros Bédout, 1978.
- AARON L. RUTLEDGE "El equilibrio de la pareja". Ediciones Marymar, 1975.
- NATHAN KASE "Inducción de la ovulación con Citrato de Clomifeno". Clin. Obst. y Ginec. Sept. 1973. Pág. 185.
- MARY ANNA FRIEDERICH "Motivación para el coito". Clin. Obst. y Ginec. Sept. 1970. Pág. 691.
- COREA G. "The Hidden Malpractice". New York, William Morrow. 1977.
- GREEN T.H. Jr. "Urinary stress incontinence, differential diagnosis, pathophysiology and management". Am. J. Obst. Gynec. 122-368, 1975.
- CHARLES B. STONE y GEORGE E. JUDD. "Aspectos psicógenos de la incontinencia urinaria en la mujer". Clin. Obst. y Ginec. Vol. 3 1978. Pág. 847.
- MENNINGER K.A. "Some Observations on the psychological factors in urination and genitourinary affections". Psychoanal. Rev. 28-117, 1941.
- DANIEL LEVINSON "Reconocimiento de factores psicosociales". Clin. Obst. y Ginec. Sept. 1970. Pág. 756.
- MARY JANE GRAY "Servicios ginecológicos ambulatorios, Necesidades especiales y perspectivas de la paciente que envejece". Clin. Obst. y Ginec. Marzo 1977. Pág. 169.
- MARY JANE GRAY Y SHARON MEGINIMIS "El ginecólogo y la mujer de nuestra época". Clin. Obst. y Ginec. Vol. 1, 1978. Pág. 187.