PSICODIAGNOSTICO EN GINECOLOGIA

Doctor G. **López-Escobar** *

El médico como científico no puede prescindir de la condición humana del paciente. Como anota Tournier ([1]): "La anatomía y la fisiología estudian el cuerpo como una cosa y también para la psicología el alma es una cosa, un mecanismo. La economía estudia al hombre como un instrumento de producción y consumo, mientras que la sociología lo estudia como elemento de la sociedad. Es un peón en el tablero de ejedrez de la política, un engranaje en la industria, una máquina de aprender y en todo caso una fracción de la masa... Esta concepción unilateral del mundo y del hombre se suvirtió por completo con el despertar del sentido de la personalidad". Cuando el médico deja de considerar a su paciente como un objeto y se aparta de lo que él llama la "Medicina técnica" para poner en práctica la "Medicina humana", el ejercicio de la profesión se hace más interesante, y aunque el mecanismo de la enfermedad permanezca inalterado, comienza a darse cuenta de que las afecciones tienen un sentido en la vida del paciente. Ya no son acontecimientos impersonales, algo así como influencias externas indeseables sino que guardan estrecha relación con la personalidad, de la que muchas veces son su expresión.

La experiencia subjetiva de un individuo nos muestra diariamente ejemplos palpables de la forma en que la íntima relación entre psiquis y soma convierte un proceso puramente psicológico en la expresión tangible fisiológica de un proceso orgánico: El eritema de la vergüenza, la taquicardia de la ansiedad, la diarrea del miedo, la dispepsia de la furia, son bien conocidos. Sin embargo, existe una curiosa distorsión en el médico, que trata de desconocer el impacto de los factores psicológicos y emocionales en la fisiología de sus pacientes. El órgano o sistema de órganos con su fisiología, su patología alteradas hacen parte de una persona que es única en su historia y que reacciona dentro del esqueleto de su personalidad en términos relacionados con las experiencias vividas a través de su existencia ([2]). La medicina psicosomática, mejor que una especialidad, debe ser un compo-

---

* Profesor de Ginecología. Bogotá, D. E. (Colombia).

nente, un enfoque de todas las especialidades y que, como anota Rosenbaun ([3]), debe realizarse por cuatro características: 1ª El paciente y no el proceso de la enfermedad misma ocupa el foco principal de la atención del médico. 2ª Da campo a la consideración del papel contributorio o etiológico de la tensión emocional como uno de los sistemas en la génesis o precipitación de la enfermedad física, y por otra parte reconoce el papel de la enfermedad física como una experiencia vital profunda que es capaz de dejar secuelas psicológicamente, íntimamente unidas al problema clínico total que presenta el paciente. 3ª Trata de aplicar el moderno conocimiento psicodinámico a la función de la personalidad humana en el diagnóstico y la terapéutica. 4ª Reconoce la relación médico-paciente como un sistema de reacción interpersonal que influye el curso clínico del paciente con participación psicológica de ambos. Y subrayemos aquí de ambos, pues es este factor de la posición interna del médico y el desafío terapéutico que el paciente representa, el que agota y frustra a veces las necesidades narcisistas normales del médico y a menudo lo hace responder con actitudes poco amistosas, cuyo blanco es el paciente.

Esto no quiere decir que el enfoque psicosomático en ningún momento pueda ser un sustituto de los procedimientos médicos usuales, ni una excusa para un mal examen del paciente; al contrario, él aumenta la fuente de información en relación con la psicología de la conducta humana al tratar los problemas médicos. El no ofrece nada mágico u omnipotente para aliviar un difícil problema médico. La falla en reconocer este hecho obvio sólo lleva a frustraciones inevitables que interfieren seriamente con la relación médico-paciente.

Si lo anterior es cierto en medicina en general, en ginecología adquiere una importancia extrema. Con razón se ha dicho que el cerebro de mujer tiene forma de útero. Puesto que la mujer, escribe W. R. Cooke ([4]), es primordialmente un organismo reproductivo, la frustración de este conduce a aberraciones psicológicas y fisiológicas, en especial después de los 30 años. Biológicamente todo animal hembra está en competencia con la otra hembra. Esta competencia es tan marcada que la mujer, palabras de Cooke ([4]), "casi deriva habitualmente una satisfacción de hacer incómoda a otra mujer". En la mujer, al mezclarse la necesidad de reproducción de la especie, ley de la naturaleza, con el instinto materno acendrado por hormonas y la opuesta pregnofobia, se origina una inestable psicología, factor constante de conflictos emocionales. Hasta recientemente, escribe Dumbar en el prólogo al libro de *Ginecología psicosomática* de Kroger y Freed ([5]), el obstetra creía haber llenado su fin cuando anunciaba que madre y niño estaban bien; pero hoy el ginecólogo y obstetra no puede ya restringir honestamente su responsabilidad a este aspecto feliz y superficial. Hay problemas fisiológicos y psicológicos que van más allá. Si a esto se agrega que en nuestra cultura, el papel que hacen los factores sexuales en la vida personal

y social de la mujer involucra una distorción de actitudes originadas en la influencia de la tradición, la educación y la religión, comprenderemos por qué toda la ginecología está coloreada por un tinte de psicología, y cómo, a menudo, el tratamiento de los factores emocionales concomitantemente con las medidas médicas puede aumentar la efectividad de los resultados.

Por otra parte, así como ciertos microorganismos tienen afinidad por ciertos órganos, cierto tipo de emociones tiene predilección para trastornar la función de determinados aparatos. La ira reprimida influye sobre el aparato cardiovascular. Los conflictos concernientes al deseo sexual, masturbación, menstruación, etc., parecen tener influencia definitiva sobre los órganos reproductivos. Así, Morris y O'niel ([6]), el uno ginecólogo y el otro psiquiatra, al evaluar conjuntamente el componente síquico u orgánico de las pacientes que llegaban a la consulta del "University College Obstetric Hospital" de Londres durante un año (1952-1953), concluyen así: "Después de correlacionar nuestros resultados y de meditarlos profundamente, hemos llegado a la sorprendente conclusión de que la tensión emocional sobrepasa la malfunción física como causa de enfermedad en las mujeres que concurrieron a la consulta ginecológica". Lo que el ginecólogo ve generalmente no es el resultado de una repentina enfermedad, sino el producto de un trastorno emocional que ha evolucionado tan imperceptiblemente que nadie y menos el paciente se ha dado cuenta de él. Frecuentemente existe una disparidad entre la severidad de los síntomas y los escasos hallazgos pélvicos. La experiencia ha demostrado que factores psicogénicos deben ser buscados en el diagnóstico de multitud de entidades ginecológicas como: Trastornos menstruales, síndrome climatérico, prurito, dolor lumbar o pélvico, esterilidad, obesidad, amenorrea, frigidez, disfunciones urinarias, dispareunia, vaginismo, homosexualidad, aborto, embarazo fantasma, y aun en toxemias. El ginecólogo estará mejor equipado para diagnosticar estas manifestaciones físicas de dificultades emocionales establecidas mucho antes, si entiende los principios psicodinámicos anteriormente enunciados.

Diagnóstico

Tradicionalmente el diagnóstico es prerrequisito de la terapéutica, y aquí esto tiene mayor significado no sólo por las indicaciones terapéuticas que de él puedan surgir sino por la necesidad de adoptar una actitud realista a los logros posibles con el tratamiento. Pero, dice Meili ([7]): "El diagnóstico psicológico es un arte y como tal no aprendible; exige, sin embargo, un conjunto de "tests" y técnicas y conocimientos psicológicos". Su valor esencial está en la elaboración y sobre todo en la interpretación. A través de los años los psicólogos han elaborado un sinnúmero de "tests", y si la primera guerra mundial concedió un notable empuje a los "tests" de inteligencia, en cambio la segunda los concedió a los de la personalidad (López Ibor, 7). Estos *"tests"* psicométricos pueden ser usados por el médico co-

mo parte de una evaluación total del paciente y nunca como dato aislado, al igual que no se usa aisladamente un cuadro hemático, una radiografía o un examen de laboratorio cualquiera.

He aquí una lista de estos "tests" tomada de S. B. Wortis y F. Helpern ([8]). (cuadro 1).

CUADRO 1

"TESTS" PSICOLOGICO DE USO COMUN

I. "TESTS" DE INTELIGENCIA

A) *De grupo:*

Alfa del ejército revisado.
No verbal de Chicago.
Hemon Nelson.
Otis de rápida anotación.
Otis de administración propia.

B) *Individual:*

Wechsler Bellevue Escala de inteligencia, formas I y II.
Wechsler Escala de inteligencia Adulta.
Wechsler Escala de inteligencia para niños.
Stanford Binet revisado.
Gesell Escalas de Desarrollo.

II. "TESTS" DE DETERIORO INTELECTUAL

Babcock Levy.
Tests para afasia (Eisenson).
Goldstein-Scheerer de pensamiento abstracto y concreto.
Shipley Hartford.
Wechsler Escala de memoria.

III. "TESTS" DE PERSONALIDAD

A) *De administración propia:*

Bernreuter.
Cornell - Coxe.
Minnesota Multifásico.

B) *Proyectivos:*

De asociación de palabras.
De completar frases.
Bender Gestalt.
Apercepción infantil.
Apercepción temática.
Rorschach.
De pintar una figura.

IV. "TESTS" DE INTERESES VOCACIONALES Y ACTITUDES

Brainard Inventario de preferencia ocupacional.
Kuder Hoja de intereses.
Hoja de interés vocacional decisivo.

V. "TESTS" DE CAPACIDAD VOCACIONAL

De aptitud mecánica (Bennet, Seashore y Wesman).
De aptitudes de empleo (Thurstone, Minnesota).
De arte de Meier.
De medida de talento musical de Seashore.

VI. "TESTS" DE REALIZACION EDUCACIONAL

Metropolitano.
Stanford.
De escala (Jastak y Bijou.).

Pero estos "tests" son más del resorte del psicólogo. Para el ginecólogo práctico la base del psicodiagnóstico está en los datos recogidos a través del historial clínico. Debe él recordar, sin embargo, que aunque los exámenes ginecológicos, endocrinológicos, ortopédicos, etc., son necesarios para descartar un proceso orgánico, ellos no deben contribuír al error común de diagnosticar una neurosis por exclusión. Es importante obtener evidencia positiva de que existe un conflicto emocional. La queja principal, la anamnesis y el examen físico, le permitirán descubrir no sólo los hechos pertinentes, sino lo que es más importante, la actitud del paciente en relación con hechos y sus orígenes.

El primer paso en el diagnóstico es el desarrollo del papel dinámico de los componentes psicológicos en el cuadro clínico, esto es (cuadro 2): ¿presenta el paciente dificultades que provienen de secuencias psíquicas o somato-psíquicas o ambas y cómo actúan unas sobre otras? ([3]).

El segundo paso debe tener en consideración 4 aspectos:

A) *El estado real de los cambios funcionales o estructurales:* el ejemplo más llamativo nos lo da la paciente con hipertensión maligna que ha llegado a la descompensación renal. En ella es el grado de falla renal lo que limita el éxito final del tratamiento. Aunque el proceso hubiera sido originado por un "stress" emocional reversible en sus comienzos, con un diagnóstico y terapéutica adecuadas, cuando la falla renal ya se ha instalado no puede ser revertida. En cambio, en muchos casos de diabéticas jóvenes los frecuentes ataques acidóticos pueden ser más la reflexión de un desorden de la personalidad que de cambios endocrinos severos, y su disminución puede ser lograda disminuyendo el "stress" emocional tanto como con el régimen insulínico o dietético.

CUADRO 2

I. PRIMER PASO:

PRESENTA EL PACIENTE DIFICULTADES QUE PROVIENEN DE SECUENCIAS PSIQUICAS, SOMATO-PSIQUICAS O AMBAS Y COMO ACTUAN UNAS SOBRE OTRAS.

II. SEGUNDO PASO:

A) *Estado real de los cambios funcionales o estructurales.*

B) *Estado real del ambiente y su "stress".*

C) *Formulación psicológica de la personalidad del paciente y sus conflictos.*

D) *Relación médico-paciente.*

B) *El estado real del ambiente y su stress:* todo ser humano tiene cierta cantidad de ansiedad resultante del conflicto entre su conducta instintiva, el Id de los psicólogos, y los patrones de conducta impuestos por la sociedad que lo rodea y de la cual él necesita

su aprobación, el super-ego de los psicólogos. La representación esquemática de los mecanismos mentales involucrados en la ansiedad, tomada de Mc Laughlin ([9]) (figura 3), nos muestra las tres formas en que un individuo puede solucionar este conflicto. O luchar, o escaparse y dar la espalda, o someterse a una autoridad fuera de sí mismo. Los puntos principales por evaluar aquí son: la cantidad de tensión engendrada por frustraciones y deprivaciones ambientales. Las oportunidades ambientales para satisfacción directa o sustitutiva. Las oportunidades de conducta con un patrón de conducta adecuado y si la mejoría puede ser mayor motivo de nueva angustia. La incapacidad aguda o crónica de una mujer puede crear tensiones intrafamiliares intensas y a menudo el diagnóstico de la meta terapéutica depende de la posibilidad de modificar las actitudes del medio familiar o sus personas claves.

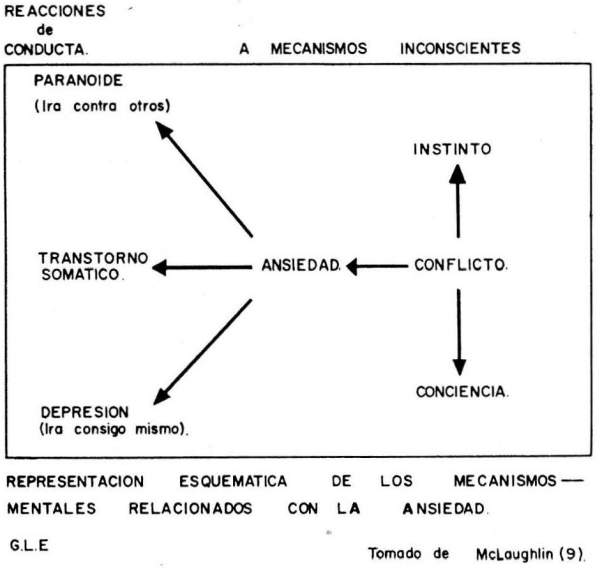
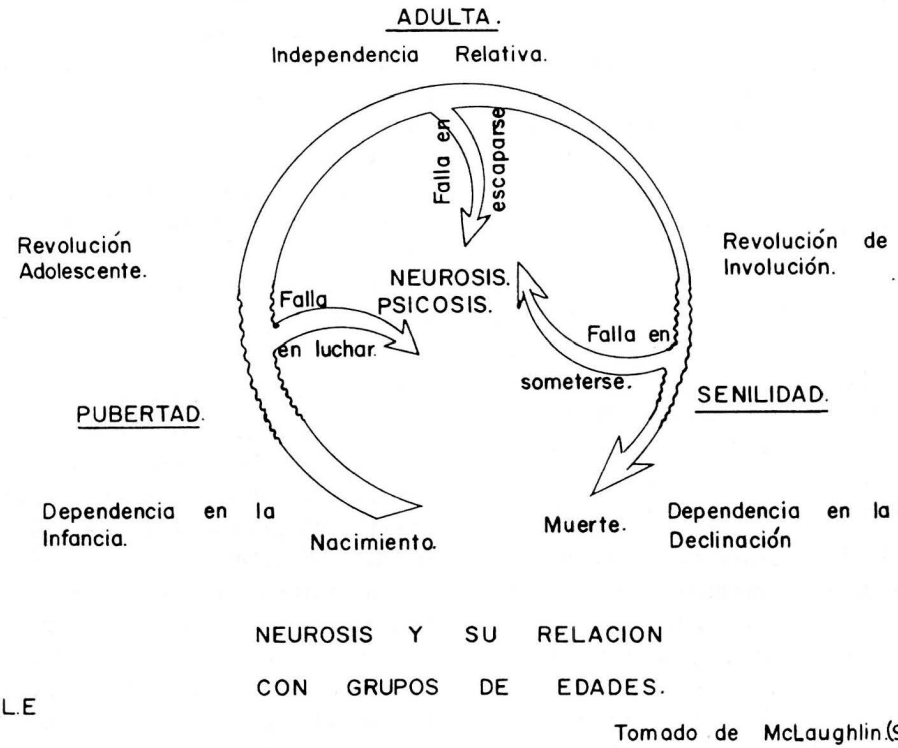


Figura 3

C) *La formulación psicológica de la personalidad del paciente y sus conflictos:* aquí es importante el diagnóstico de los factores emocionales precipitantes en relación con la madurez o inmadurez del nivel en que el conflicto psicológico tuvo lugar, pues cuando el conflicto pertenece a un nivel relativamente infantil del desarrollo psico-sexual, la meta terapéutica es más

limitada. La amenorreica o la estéril originada en un rechazo de deprivación de la temprana infancia, a menudo sólo permite una terapéutica supletoria a cambio de que, cuando las dificultades emocionales se centran en problemas más maduros reflejando un estado más avanzado del desarrollo de la personalidad, es frecuentemente posible una reorganización básica de la personalidad por psicoterapia intensa. De nuevo aquí otro esquema de Mc Laughlin ([9]) (figura 4), nos muestra los momentos más frecuentes de falla emocional: en la primera gran crisis de la vida, la revolución de la adolescencia, si los años formativos de la niña no la han preparado para emanciparse y enfrentarse a los conflictos emocionales del momento, puede fallar en su lucha con una conducta innaturalmente infantil y sexualmente regresiva. Freud reconoció en sus tempranas observaciones que durante los días próximos a la menstruación la mujer repite la constelación neurótica que estableció en la pubertad. La mujer debe tener una personalidad que



NEUROSIS Y SU RELACION CON GRUPOS DE EDADES.

G.L.E

Tomado de McLaughlin (9).

Figura 4

le permita ser pasivamente amada y cuidada de tal modo que pueda satisfacer sus necesidades emocionales sin protesta, gozando así del embarazo y la maternidad. Si su personalidad no le permite responder a sus necesidades fisiológicas, se verá forzada a combatirlas dentro de sí misma en cada uno de los ciclos sexuales. Estas son las mujeres que sufren el complejo sintomático de la tensión o la depresión pre-menstrual con tal intensidad que el cuadro puede transformarse en la expresión de una seria perturbación emocional ([10]). En la edad adulta el mecanismo crítico parece ser la habilidad de escaparse sin complejo de culpa de los constantes conflictos de responsabilidad. Cuando no, la incapacidad pélvica, la dismenorrea, los trastornos menstruales son frecuentes; la paciente recibe compasión y simpatía durante su enfermedad, y ella la libera, por lo menos temporalmente, del complejo de culpa de no enfrentarse a las responsabilidades que se ha impuesto. En el período de involución la falla de adaptación está relacionada con el mecanismo de sumisión. Como dice Mc Laughlin ([9]): "Llega un día en que la mujer cuarentona tiene que aceptar la idea de que las mujeres más jóvenes son más bellas, más fuertes y a menudo más virtuosas".

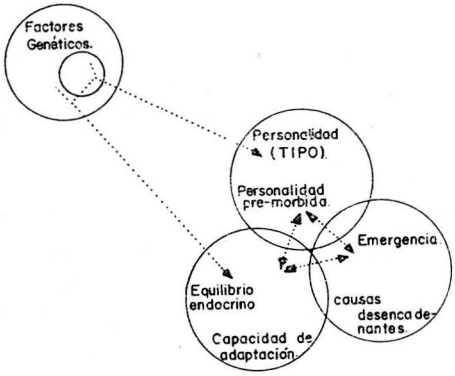
D) *La relación médico-paciente.* La sensibilidad del médico, su capacidad para conocer y manejar sus propios sentimientos en respuesta a los de la paciente y su libertad de ansiedad frente a las necesidades emocionales de la paciente, colorean siempre el diagnóstico y la orientación psicológica de una enferma. Mencionamos ya cómo enfermedades crónicas o difícilmente curables agotan al médico y frustran sus necesidades narcisitas normales haciéndolo reaccionar con una actitud hostil y estableciendo un círculo vicioso en el que médico y paciente son los perdedores.

Psicoendocrinología

En el psicodiagnóstico ginecológico es necesario tener en cuenta el enorme papel del hipotálamo y en general del árbol endocrino sobre las funciones sexuales. Frecuentemente se olvida que los órganos endocrinos son básicamente órganos terminales nerviosos ([5]). Con razón ha dicho el profesor Jiménez Díaz que encontraba "más justificada que la clásica asociación de neurología-psiquiátrica, la de endocrinología-psiquiátrica, porque al abordar lo espiritual del lado corporal, más importante talvez que la neuro-arquitectura es la bioquímica endocrina, que tan marcado sello estampa en la personalidad a través del temperamento" ([11]).

Desde un comienzo fue clásico en en endocrinología correlacionar diferentes estados psíquicos con la hipo o hiperfunción de una glándula. La agresividad del gallo contrasta con la pasividad del eunuco. La irascibilidad del hipertiroideo con la bonhomía del mixedematoso. La euforia del paciente sometido a corticoterapia, etc., son ejemplos sobresalientes. Sin embargo, la variedad de disturbios endocrinos que pueden existir en una misma enfermedad psiquiátrica y la forma dife-

rente como ante una misma situación de emergencia y un mismo cambio bioquímico, reaccionan diferentes pacientes, nos demuestra que no es exactamente el disturbio hormonal lo que determina el tipo de afección mental sino que, el patrón de la personalidad premórbida es decisivo. Selye, con su magistral teoría de adaptación, nos ha iluminado uno de los caminos de la interrelación psicoendocrinológica. El diagrama de Reiss ([12]) (figura 5) intenta esquematizar la relación que existe entre la personalidad, la situación de emergencia y el equilibrio endocrino. Un trastorno en el equilibrio endocrino concomitante con una situación de emergencia puede precipitar la aparición de fenómenos psicopatológicos en individuos con cierta personalidad esquizoide o depresiva. A cambio de que otros individuos, aun sufriendo endocrinopatías severas, pueden no presentar ningún desarreglo mental, o sólo lo hacen cuando se sobreagrega una situación de "tress", a la cual no pueden adaptarse. Los traumas psíquicos y las emociones pueden actuar sobre todo el árbol endocrino a través del complejo hipotálamo - hipofisario con sus diversas trofinas, hormonas resultantes y el mecanismo de reóstato ya conocido, que completa el círculo. No obstante, hay numerosos interrogantes: ¿por qué después de un trauma psíquico algunas mujeres hacen una amenorrea a cambio de que otras desarrollan estados hipertiroideos? Parecería, como sugiere Reiss ([12]), que el tipo de respuesta a emociones y traumas psíquicos estuviera determinado genéticamente.



INTERRELACION ENTRE PERSONALIDAD, EMERGENCIA Y EQUILIBRIO ENDOCRINO

G.L.E.

Tomado de Reiss (12)

Figura 5

Citemos otro ejemplo: en las fases iniciales del hipotiroidismo las reacciones generales disminuyen pero no en la misma medida que el índice de inteligencia, la paciente se da cuenta de que no es capaz de llenar su cometido o su trabajo en la forma que lo hacía antes, y esto tiene como consecuencia un nuevo factor de conflicto o angustia que junto con el disturbio hormonal puede llevar, de acuerdo con la personalidad preexistente, a fenómenos psicopatológicos. Así mismo el evento de la menstruación puede constituír con todos sus cambios metabólicos una repetida condición "stressante" que, personas predispuestas y con un disturbio tiroideo ligero, conducirán a fenómenos psicóticos recurrentes mensualmente, y nos explica en ocasiones la eficacia de una terapéutica de suplencia tiroidea muchas veces empírica. El recuerdo diagramático de esta patogénesis será una buena ayuda en el psicodiagnóstico endocrinológico al contribuír a la evaluación correcta del caso.

EL DOLOR, FENOMENO PSICOGENICO: a través de su existencia, el ser humano debe aprender a recibir el dolor. Esta percepción se desarrolla de impulsos originados en los receptores periféricos que hacen parte del sistema biológico nocioceptivo de defensa, pero ya desde la infancia, la asociación dolor-llanto-consuelo por la persona querida, la madre, constituye un importante determinante en las relaciones humanas. No es el dolor el que es placentero, es el anticipo del alivio y la reunión con la persona querida. Más luego se involucra con el castigo como medio de expiación, de perdón y de comunicación que lleva a la reunión con el ser amado y, especialmente, cuando hay sentimientos agresivos contra las personas queridas, el dolor puede proveer un medio psíquico de expiación que al aliviar la culpa origina placer en cierto modo. Posteriormente se asocia con sentimientos sexuales y en el clímax puede no sólo ser mutuamente infringido sino realmente gozado. Podemos concluír, pues con Engel ([13]) que: "Cuando examinamos la total gama de circunstancias desde el simple estímulo periférico hasta los complejos componentes psicológicos, tenemos que reconocer que el dolor en análisis final es un *fenómeno psíquico*. Una vez hecha la necesaria organización psíquica, el dolor no indispensablemente requiere el estímulo periférico, puede existir sin él; proyectándose fuera de la mente se siente como parte del cuerpo".

Así que terminemos insistiendo en la importancia que tiene en el psicodiagnóstico en ginecología el recordar estos componentes psicogénicos del dolor, y así como cuando nos encontramos frente a una entidad ginecológica dolorosa, muchas veces el estímulo original ha desaparecido ya y sólo queda la proyección mental del dolor sostenido por complejos sexuales, de culpa u otros. Ejemplo brillante lo constituye el descrito "Síndrome de ligaduras de trompas", en el que la mujer mantiene un estado doloroso pélvico sin causa orgánica aparente y únicamente estimulado por el subconsciente complejo de culpa.

BIBLIOGRAFIA

1. TOURNIER PAUL: **Le personnage et la personne.** Delachaux et Niestle, Neuenburg. 1955.

2. KAUFMAN M. RALPH: Psychoterapy in general practice. Indications and limitations. **The Med. clinics of N. Am.** May, 1958.

3. ROSENBAUM M. et REISER M. F.: Principles of management of psychosomatic disorders. **The Med. clinics of N. Am.** May, 1958.

4. COOKE W. R.: Differential psychology of the american woman. **Am. J. Obst. Gynec.** Ag. 457. April, 1945.

5. KROGER W. S. et FREED C. Ch.: **Psychosomatic ginecology.** The Free Press. Glencoe, Ill. 1956.

6. O'NEILL D.: Psychiatric disturbance of the menopause. **The Practiotioner** V. 182 Nº 1.091. P. 565. May, 1959.

7. MEILI R.: **Manual de diagnóstico sicológico.** Madrid, 1955.

8. WORTIS S. B. et HELPERN F.: Psychological tests and indications of their use. **The med. clinics of N. Am.** May, 1958.

9. MC LAUGHLIN B. E.: Principles of psychiatry applied to modern practice en Dewitt Petit M.: **Gynecologic diagnosis and treatment.** McGrew Hill Book Co. Inc. Ed. New York, 1962.

10. BENEDEK T. et RUBINSTEIN B. B.: **El ciclo sexual de la mujer.** Ed Nova. Buenos Aires, 1950.

11. MENG H.: **Endocrinología psicosomática.** Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1963.

12. REISS M.: **Psychoendocrinology.** Grumer Shatton. New York, 1958.

13. ENGEL G. L.: Psychogenic pain. **Med. Clin. of N. Am.** Noc., 1958.