

CONSECUENCIAS PSÍQUICAS DE LA HISTERECTOMÍA NO ONCOLÓGICA¹

M^a JOSÉ FERNÁNDEZ GUERRERO

Doctora en Psicología. Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
Miembro de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica y de la Asociación de Psicoanálisis Freudiano "Oskar Pfister".

Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca

RESUMEN

En este artículo queremos esbozar la cuestión de si la extirpación del útero por motivos benignos (en su mayoría por la presencia de miomas, dolor pélvico o hipermenorreas) repercute en algún sentido en el equilibrio psíquico de la paciente afecta. Así, plantearemos este tipo de intervención como ejemplo paradigmático de ansiedad quirúrgica donde, junto al impacto psicobiológico propio de toda cirugía, está presente la pérdida de un órgano que suele suponer el símbolo, por antonomasia, de lo femenino.

Como se indica en el título, no incluimos en este trabajo las histerectomías llevadas a cabo por motivos oncológicos ya que, en esta situación, las ansiedades movilizadas son diferentes, más intensas y con otras connotaciones, que convierten el hecho de perder el útero en un acontecimiento de índole más secundaria, que no menos importante.

No se trata de un trabajo empírico sino que utiliza como material una revisión bibliográfica y la información de pacientes y personas sometidas a este tipo de intervención quirúrgica. Llama la atención el escaso número de publicaciones dedicadas a este tema siendo, tras las operaciones de mama (sobre todo la mastectomía), las intervenciones que más impacto psíquico producen en las mujeres por su extraordinario valor simbólico, como veremos.

PALABRAS CLAVE: Histerectomía. Cirugía. Consecuencias. Psicopatología.

ABSTRACT:

In this work we want to outline the question of if the removal of the uterus for benign causes (most of them because fibroids, pelvic pain or hypermenorrhoea) has any impact in some sense in the patient's psychic adjustment. So, we will raise this type of intervention as paradigmatic example of surgical anxiety. Close to the

¹ Con todo mi cariño, respeto y admiración, dedico el presente artículo al Dr. D. Manuel J. Cabezas Delamare, número uno a nivel profesional y personal. Muchos ginecólogos y ginecólogas deberían aprender de su capacidad de empatía y calidad humana.

psychobiologic impact proper of any surgery, there is present the loss of an organ that often is the symbol of the feminine gender.

As we say in the title, we do not include in this work the hysterectomies done by oncologic causes. In this situation, the arisen anxieties are different, more intense and with other connotations. This turns the loss of the uterus into an more secondary than not less importantly event.

This is not an empirical work but there uses a bibliographical review and the information of patients submitted to this type of surgical intervention. It is surprising the few publications dedicated to this topic being, next to the breast operations (mastectomies top of all), the ones that more psychic impact generate in the women for its extraordinary symbolic value.

KEY WORDS: Hysterectomy. Surgery. Outcome. Psychopathology.

INTRODUCCIÓN

El paradigma de lo femenino puede situarse a dos niveles. Un nivel externo se ubica en el pecho, objeto de deseo y foco de atención de los hombres, lugar anatómico donde las mujeres depositan la mayor parte de su interés por considerarlo que es su parte más característica. No tenemos más que leer las estadísticas de las cirugías de aumento o reducción de mama, o las polémicas ofertas de ciertos lugares de ocio donde se “sortea” una intervención reductora, o las adolescentes que piden de regalo de cumpleaños una cirugía estética en los pechos.

Pero hay otra parte interna, no visible pero que se presupone, que está y que convierte a una mujer en lo que es. El útero, como elemento interior femenino, es el receptáculo del futuro bebé y es lo que, de una manera radical, nos diferencia del género masculino (a pesar de las noticias en prensa de un varón “embarazado”). Si no se es madre, esa posibilidad sigue existiendo aunque sea en la fantasía. No decimos, como se proclamaba antiguamente, que el fin predominante de toda mujer sea la procreación, pero es una posibilidad intrínsecamente nuestra. En este sentido, una cosa es no querer tener hijos y otra muy distinta es no poder por motivos orgánicos, lo cual podría, presumiblemente, ocasionar frustraciones y duelos que pueden repercutir en la estabilidad psíquica de la mujer.

Lo interno y lo externo van indisolublemente unidos, de la misma forma que lo físico y lo psíquico no son dos entidades separadas. De esta forma, aunque está demostrado que el mayor impacto psíquico se produce ante la necesidad de someterse a una mastectomía (por lo que supone a efectos de autoimagen, además de que, casi siempre, ésta obedece a la presencia de carcinomas), la extirpación del

elemento interno también supone un fuerte golpe a la autoimagen, autoestima y autovaloración de la mujer como tal. Si ésta no dice abiertamente que está histerectomizada nadie lo sabe, no es algo externo, evidente ni deformante. Pero ella sabe, siente, vive una carencia, un vacío que le hace replantearse cuestiones y que hace que surjan fantasmas más o menos basados en lo real, pero no por ello menos atemorizantes. “¿Sigo siendo igual de mujer?” “¿Soy medio mujer?” “¿Seguiré siendo deseable?” “¿Y mi vida sexual?”, son cuestiones que más o menos explícitamente asoman a la cabeza de una mujer histerectomizada.

De hecho, el Informe Salud y Género 2006 (1) hace hincapié en cómo actos quirúrgicos como la histerectomía o la mastectomía exigen una redefinición de la feminidad cuando ésta ha estado apoyada y simbolizada sólo en las posibilidades reproductivas, proceso que aparece como fuente de vulnerabilidad.

Otra cuestión no muy alejada de lo anterior es el tema de la menstruación, que supone la manifestación externa de la fertilidad (aunque biológicamente hablando esta afirmación no sea cierta al cien por cien). La regla es vivida de muy diversas maneras: como algo molesto, sucio, normal, sin trascendencia, doloroso (si existe dismenorrea), tranquilizador (cuando no se desea un embarazo)... Las mujeres sabemos que llegada cierta edad entramos en la premenopausia (alrededor de los 45-50 años), con los primeros síntomas y signos de alteraciones del ciclo; un poco más adelante nos vemos inmersas en la menopausia propiamente dicha y así, paso a paso, gradualmente, llegamos a la postmenopausia. Lo sabemos y durante muchos años vamos preparándonos emocionalmente para ese acontecimiento que podría enmarcarse en la definición de “crisis vital”, pero que es inevitable, natural y parte integrante de nuestro devenir. Antiguamente, cuando la media de supervivencia de una mujer era de 50 años y los partos suponían un grave riesgo para la madre (y el bebé), la menopausia era algo extraño que sólo ocurría en mujeres ancianas, equiparándola a vejez. Hoy día, con el gran aumento de la esperanza de vida, el hecho de que la menstruación desaparezca y de que las hormonas sexuales dejen de funcionar no supone sino un hito más de la vida femenina, quedando por delante muchos años de una vida plena y absolutamente satisfactoria.

Pero ¿y cuando se sabe, con fecha concreta, que vamos a dejar de menstruar? ¿y cuando, de pronto, en un intervalo de pocas horas, nos “convertimos” en mujeres postmenopáusicas (lo que ocurre cuando se produce la histerectomía con anexectomía, es decir, con la extirpación de los ovarios)? Muchas veces se produce algo así como “ni contigo ni sin ti”, es decir, “qué molesto era pero cuánto la echo de menos” o “qué rara estoy sin ella”.

Esto último es frecuente cuando ha habido una extirpación del útero pero se conservan los ovarios, en cuyo caso las hormonas siguen funcionando igual que antes de la intervención, se producen las molestias típicas de la menstruación pero no hay sangrado. Es como si se siguiera esperando algo que nunca va a volver a aparecer. No ha habido una menopausia quirúrgica, simplemente se ha eliminado la descamación y eliminación de las paredes del útero que aparecía cada mes, fiel a su cita. Aun hoy, con toda la información que llega a nuestras manos, algunas mujeres identifican falta de menstruación con menopausia, cuando lo único que se consigue es disminuir los beneficios destinados a las empresas de productos de higiene íntima femenina.

Como se expresa en el título de esta exposición, no vamos a tratar las histerectomías realizadas por razones oncológicas ya que, en esta situación, las ansiedades movilizadas son diferentes, más intensas y con otras connotaciones, que convierten el hecho de perder el útero en un acontecimiento de índole más secundaria, que no menos importante. Cáncer sigue sonando a sentencia de muerte: aún sabiendo (racionalmente) que es una enfermedad cada vez más curable, la importancia del diagnóstico precoz y que hay muchísimos tipos y grados, se piensa (emocionalmente) que la persona ha sido conducida a un lugar similar al corredor de la muerte: sólo le cabe esperar.

Por ello vamos a referirnos a las intervenciones realizadas por motivos benignos, esto es, histerectomías debidas a la presencia de miomas uterinos² (también llamados fibromas, leiomiomas o histeromiomas), dolor pélvico o sangrado excesivo (hipermenorrea).

EL ACTO QUIRÚRGICO Y SUS ANSIEDADES

Desde el punto de vista psíquico, la cirugía en general comprende tres momentos (2):

Periodo prequirúrgico: Abarca desde el anuncio de que es necesario realizar la intervención hasta el momento mismo de ser conducido al quirófano, periodo que puede ser de horas, días o meses. Cuanto más cerca está la persona del momento clave, más afloran distintos temores, siendo el instante de llegar al quirófano el de mayor estrés, ante la inminencia e inevitabilidad de lo que va a venir. Algunos de estos temores son:

- Relativos a la anestesia: corresponde a la llamada “ansiedad de la narcosis”, donde se manifiesta el miedo a que la anestesia sea excesiva y los “pase al otro lado”, a no despertar.

² Tumor benigno integrado por elementos musculares lisos.

- Que la anestesia sea escasa y se despierten en medio de la operación. Algunas personas manifiestan pánico a despertar con el tubo del respirador aún instalado.
- Antecedentes de anestесias que dejaron vivencias desagradables que temen que se repita, así como el que les ocurra situaciones traumáticas vividas por personas cercanas.
- Temor a la pérdida de control, a quedar expuesto y a merced de los demás por la inmovilidad que supone el acto quirúrgico.
- Ideas sobre las pérdidas o alteraciones corporales como resultado de la intervención. Miedo a la lesión corpórea y a la muerte.
- Miedo a que se descubra una neoplasia en la intervención.
- Miedo a posibles errores del cirujano.
- Preocupación por el dolor postoperatorio.
- Temor a lo desconocido.
- Miedo al alta por quedar desprotegido.

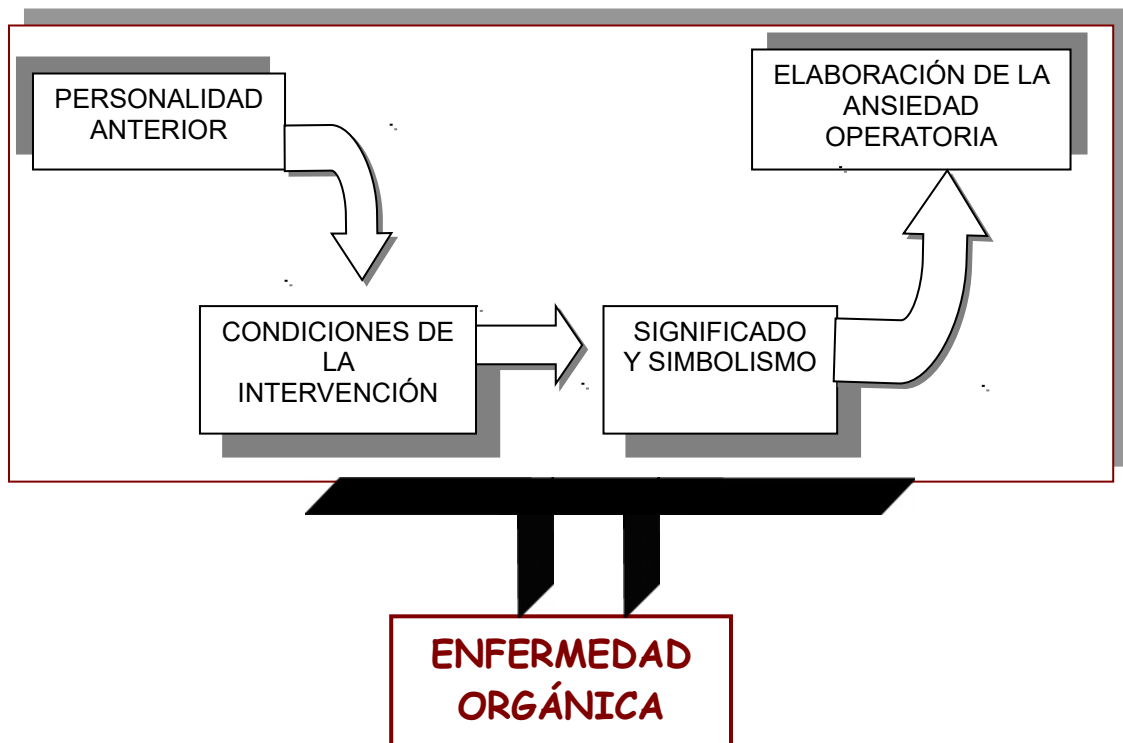
Acto quirúrgico: De por sí éste es un hecho traumático inevitable y paradójico, ya que para curar a un sujeto o mejorar su salud se le somete a una situación cruenta, correspondiendo al concepto de “trauma necesario”. Por un lado repara y cura, por otro arremete, invade y causa dolor.

Periodo postquirúrgico: Pueden producirse reacciones de hostilidad, ansiedad y actitudes regresivas ante el dolor y las molestias postoperatorias. El despertar de la anestesia (si ésta ha sido general) en la Unidad de Reanimación es un momento clave que puede señalar la pauta de la recuperación posterior, dependiendo si esta “vuelta al mundo” es angustiosa (como en casos de apnea al retirar el respirador) o no, si es paulatina, tranquila y, sobre todo, si el/la paciente se siente cuidado y acompañado emocionalmente por el personal que se ocupa de su recuperación. Hemos de tener en cuenta la sensación de miedo que puede surgir al despertar rodeado de máquinas, tubos, sonidos mecánicos... aunque también este mismo hecho puede producir una sensación de tranquilidad al sentirse cuidado y vigilado. Es el momento en el que la persona se pregunta (o pregunta en voz alta) qué ha pasado o si tal o cual órgano sigue en su sitio, es decir, cuando los temores más atrozantes se hacen manifiestos. Una vez transcurrido ese tiempo, normalmente ya de vuelta a la habitación, situaciones depresivas por haber sido invadido y herido el cuerpo se combinan con sensaciones de alivio por lo que se ha reparado y por haber pasado ya “el trago”.

No todas las personas reaccionan de la misma forma ante una misma cirugía, ya que cada paciente tiene una vivencia distinta, dependiendo ésta de diversas variables:

- Las características de personalidad.
- El significado que le confiera cada paciente al acontecimiento traumático.
- El momento evolutivo en el que se encuentre.
- La red de sostén sociofamiliar.
- La predictibilidad del hecho. Si es predecible o programado con antelación se facilita un mayor control, una puesta en marcha de defensas psíquicas y un “hacerse a la idea”. Si es una intervención con carácter de urgencia, sin posibilidad de preparación, se produce lo que ya, en 1942, la psicoanalista Helen Deutsch denominó “neurosis de susto” (3), conllevando todas las secuelas propias de un trastorno por estrés postraumático que puede complicar el proceso de recuperación. De hecho, según sus propias palabras *“cuanto más repentina sea la intervención y menos preparado esté el paciente, mayor es la posibilidad de que estas reacciones surjan en el periodo postoperatorio”* (Deutsch, 1942, p. 105. La traducción es nuestra).
- El modo cómo reciben, tanto el paciente como su familia, el anuncio de la necesidad de cirugía. Casi siempre es una noticia violenta ya que toda cirugía (por muy “menor” que sea) representa una amenaza para la integridad de la imagen corporal, además de un riesgo para la vida misma.
- El que el paciente tenga la posibilidad o no de decidir acerca de la intervención. Cuando se trata de una cirugía obligada y vital el paciente se enfrenta a temores de invalidez y muerte si no se somete a ella, pero la decisión no depende de él. Cuando es él mismo el que puede decidir si se lleva a cabo o no, o cuándo realizarla, la situación tampoco es muy reconfortante, ya que supone tomar una decisión sobre la propia integridad física. En este supuesto incluimos aquellas intervenciones sobre órganos lesionados pero cuya lesión es asintomática. Si la persona sufre malestar o síntomas que afectan su calidad de vida, la motivación para realizar el acto quirúrgico es alta. Si no es así, la decisión se torna más dura y difícil de tomar. Se plantea la cuestión en términos como “me encuentro perfectamente y voy a meterme en un quirófano a que me rajen”.
- La localización anatómica de la zona a operar. La cara, las manos, el abdomen inferior y los órganos genitales son zonas muy sensibles en relación con la identidad. No olvidemos que la pérdida de un órgano o función es algo que va más allá de la realidad objetiva (4).

Todo lo anteriormente dicho lo podemos resumir en el siguiente esquema, basado en la clásica pero aún vigente descripción de Martínez-Pina (5):



LA HISTERECTOMÍA COMO PROTOTIPO DE ANSIEDAD QUIRÚRGICA.

La histerectomía se considera la intervención quirúrgica más común dentro de las ginecológicas para la mujer en edad fértil, y el diagnóstico más frecuente es el de mioma uterino.

La primera histerectomía informada se realizó mediante un abordaje vaginal por Conrad Langenbeck en 1813. Charles Clay de Manchester en 1863 realizó la primera histerectomía abdominal, una operación subtotal (donde se conservó el cuello uterino). Estos abordajes permanecieron como las únicas dos opciones hasta la última parte del siglo XX. Harry Reich realizó en 1989 la primera histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. (6).

Todas las intervenciones reductoras desencadenan en la mujer un trastorno emocional cuya intensidad dependerá tanto de los factores relativos a la enfermedad y el órgano de que se trate, como de la repercusión que tenga la pérdida en su sentimiento de integridad personal y en sus dimensiones sexuales y reproductivas. Entre estas, la histerectomía es temida como una operación mutilante y ejerce un impacto mayor que el de cualquier otra intervención. El perder la capacidad reproductiva significa para la mujer más que la función misma, ya que representa también la pérdida de la feminidad, de lo femenino por excelencia. A menudo imagina

que el coito ya no será posible, teme la extinción de la libido y la pérdida de la capacidad de orgasmo. Como comentábamos al inicio de este artículo, muchas mujeres ignoran que la extirpación del útero, si quedan los ovarios, no origina trastornos hormonales, pero, incluso saber y aceptar intelectualmente este hecho no implica que se alivie el miedo a perder el útero.

La repercusión en la paciente va a ser muy variable pues el útero, como ya hemos comentado, está cargado de representaciones simbólicas: como órgano que transmite vida, como órgano reproductor que proporciona a las mujeres la posibilidad de tener hijos, como elemento diferenciador del varón, como núcleo de su identidad como mujer, como centro de su placer sexual... Con Marín (7), señalaremos distintos aspectos que conllevan la pérdida de dicho órgano:

- Supone o no una castración y sume a la mujer en una menopausia (si también se extirpan los ovarios³) para la que no se ha preparado, ya que no se ha producido en el momento normal de su devenir vital sino de una forma tajante y radical.
- Repercute de forma diferente si la mujer previamente ha tenido o no hijos. Si ha sido madre el impacto es menor ya que “su misión” ya ha sido cumplida. Si es nulípara, tenga o no pareja, haya sido o no voluntario, el duelo por lo no realizado siempre estará presente. Como nos canta Joaquín Sabina, “no hay nostalgia peor que añorar lo que jamás sucedió”.
- Si en la mujer existen antecedentes psiquiátricos previos, las repercusiones psicológicas serán mayores, como podremos ver en el apartado siguiente.
- Origina la desaparición de la menstruación, símbolo de la feminidad y la fertilidad.
- Ocasiona una reacción diferente en cada mujer en función también de la imagen que ella tenga de sí misma, de su feminidad e incluso de sus perspectivas de futuro.

El enorme valor simbólico de este órgano de no más de 6-8 cm de largo es patente incluso en el ámbito social: cuando entre los allegados de la paciente afecta de un problema uterino se comenta que debe ser histerectomizada, suele utilizarse la frase “la van a vaciar”. Una mujer histerectomizada supone no sólo para ella misma, sino, insistimos, para la sociedad, una mujer vacía ya que las pacientes (y su entorno) consideran el aparato genital la residencia de su identidad sexual y de su feminidad. ¿Por qué no está “vacuada” una persona a la que se le ha practicado una

³ Ovarectomía, anexectomía u ooforectomía.

colecistectomía⁴? Porque en la vesícula no reside ningún tipo de significado más allá del su función puramente biológica.

Pero esto es así incluso si se ha practicado una intervención quirúrgica conservadora. Siguen estando “vacías” aquellas que han sido sometidas a histerectomías sin anexectomía o las supracervicales⁵. Se consideran que SON mujeres histerectomizadas, en vez de ESTAR histerectomizadas. Estamos ante una intervención quirúrgica que, demasiado a menudo, se constituye en seña de identidad.

De este modo, tras la intervención puede aparecer un sentimiento de no poder ser una mujer como las demás, de estar incompleta, una sensación de tener un hueco, un miedo al vacío. Este miedo al vacío, en ocasiones, puede ser compartido por la pareja que, de ser así, vivirá el reinicio de las relaciones sexuales de forma angustiante. Durante un tiempo existe, consecuentemente, una perturbación de la imagen corporal, mayor si la histerectomía ha sido abdominal ya que la visión permanente de la cicatriz en el vientre recuerda una y otra vez que por ahí se ha extirpado algo crucial para la identidad genérica.

CONSECUENCIAS PSÍQUICAS

En su obra *Duelo y Melancolía* Freud (8) nos sugiere que el duelo es, por lo general, una reacción frente a la pérdida de un ser querido o de alguna abstracción como la patria, la libertad, determinados ideales o (incluimos nosotros) una parte del cuerpo. Caracteriza el duelo como una tarea psíquica que se manifiesta por la presencia de:

- Un sentimiento de dolor psíquico intenso.
- Una pérdida de interés por el mundo exterior que rodea al sujeto que ha sufrido la pérdida.
- Una pérdida de la capacidad de amar.
- Una inhibición de toda productividad que no tenga que ver o que gire alrededor de la memoria de la persona perdida.

Con ello, la labor de duelo requiere:

- Una gradual retirada de la libido de todos sus enlaces con ese objeto perdido, comprobando una y otra vez que el ser querido ya no existe.
- Esta tarea requiere tiempo y energía psíquica, lo que supone un esfuerzo, dedicación y compromiso emocional.

Todo esto nos parece obvio cuando hablamos del duelo por el fallecimiento o alejamiento de un ser querido, mayor cuanto más apego existiera. Pero, como

⁴ Extirpación de la vesícula biliar.

⁵ Extirpación del útero conservando el cuello uterino o cérvix.

indicábamos anteriormente, la pérdida de una parte del cuerpo también desencadena un duelo, un dolor tanto mayor cuanto más relevante sea la zona que ha desaparecido. La persona gradualmente, poco a poco, tiene que ir comprobando que esa parte ya no existe, que la pérdida es una realidad y que la tiene que ir aceptando lentamente, a costa del dolor emocional que produce el reconocimiento de que una parte de sí mismo ya no existe. Toda pérdida supone un duelo, y todo duelo un proceso de elaboración. Se han descrito casos de mujeres que no han tenido hijos y que nunca han tenido el llamado "instinto maternal" y que tras la intervención de extracción del útero inician un proceso de duelo por la maternidad no llevada a cabo: observan melancólicamente a todo bebé que pasa, sienten un enorme vacío ante la maternidad o embarazo de amigas o conocidas, muestran una especial atención selectiva hacia mujeres embarazadas...

En función de todo lo dicho hasta ahora cabe preguntarnos si el que una mujer sea histerectomizada repercute de una manera disfuncional en su equilibrio psíquico y, no vamos a negarlo, todas las perspectivas nos hablan de que la respuesta debería ser afirmativa.

Al iniciar este trabajo nos ha llamado la atención la escasez de información existente sobre las consecuencias psíquicas de la histerectomía realizada por causas benignas, siendo una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en el terreno de la ginecología. Entre los datos disponibles hemos hallado dos tendencias contrapuestas. Como indican Linenberger & Cohen (9) los primeros investigadores que pusieron interés en este asunto, como Lindemann (1941), Drellich & Bieber (1958) y Melody (1962), describieron consecuencias psíquicas claramente negativas, como depresión, ansiedad, pérdida del rendimiento e interés sexual, imagen corporal negativa y un estado intenso de duelo por el órgano extirpado, todo ello relacionado con la sensación de pérdida de la feminidad. En 1978, Richards acuñó el concepto de "síndrome post-histerectomía" para recalcar la depresión que siempre encontró presente en las mujeres tras la intervención. En esta misma línea y en el mismo año, Roeske (10) apuntó que la reacción psicopatológica más frecuente era la depresión, teniendo como factores de riesgo añadidos las características predisponentes de personalidad, historia de reacciones depresivas ante las situaciones estresantes y conflictos de pareja concomitantes. También señaló cómo cada mujer (como cada persona ante cualquier situación) tiene un patrón particular de reacción ante la misma intervención, siendo factor común la reorganización de su identidad de género, adquiriendo nuevas significaciones sus intereses vocacionales, profesionales y de relaciones íntimas.

No obstante, investigaciones realizadas a partir de los años 80-90 del pasado siglo muestran la tendencia contraria, indicando mejoría en el estado de ánimo y funcionamiento sexual, dolor pélvico, disuria, cansancio y calidad de vida, sobre todo teniendo en cuenta que la mayoría de las cirugías de útero se realizan para mejorar las condiciones vitales, no siendo por causas que amenazan la vida misma. Veamos algunos ejemplos.

Los hallazgos de Martin, Roberts & Clayton (11) no apoyaban la hipótesis tradicional de que la histerectomía es seguida de un aumento de síntomas psiquiátricos. De hecho, el grupo experimental utilizado por ellos mostró menos síntomas que antes de la operación. En la misma línea se pronunciaron Ryan, Dennerstein & Pepperell (12).

En 1982, Gath et al. (13) (14) acometieron una de las investigaciones que aún sirven de referencia en este campo, siendo replicada por ellos mismos en 1995 (15). Las conclusiones a las que llegaron indican que los niveles de morbilidad psiquiátrica eran significativamente más elevados antes de la operación que después, mostrando mejoría en el estado de ánimo y en el funcionamiento sexual y social. De esta forma, utilizando el instrumento de screening PSE (Present State Examination) de Wing et al., demostraron que las consecuencias psiquiátricas post-intervención estaban fuertemente asociadas con el estado mental, neuroticismo, historia psiquiátrica previa e historia psiquiátrica familiar previa, no hallando ninguna asociación entre la patología orgánica del útero, el procedimiento quirúrgico extractivo y psicopatología posterior.

Mackinger, Graf, Keck et al. (16) indican cómo el grupo de mujeres histerectomizadas con el que trabajaron reveló niveles significativamente más altos de quejas corporales, depresión, disminución del bienestar psicológico y falta de asertividad en situaciones sexuales que las no histerectomizadas, teniendo en cuenta que las pertenecientes a este grupo mostraron malestar psicológico premórbido.

Rannestad (17) mostró cómo la histerectomía no ocasiona ningún resultado psicológico adverso en mujeres pre-histerectomizadas sanas, siendo el mejor predictor de la psicopatología consecuente el estado psicológico previo a la intervención. Así, mujeres diagnosticadas de trastorno depresivo mayor antes de la intervención tenían una alta probabilidad de seguir con ese diagnóstico post-intervención o, incluso, con un empeoramiento de los síntomas. De esta manera la psicopatología prequirúrgica es predictora de la psicopatología post-quirúrgica.

En esta misma línea, Ewalds-Kvist, Hirvonen, Kvist et al. (18) abundan en la idea de que los síntomas post-histerectomía constituyen un continuum de los signos y síntomas presentes antes de la cirugía. Así señalan una serie de factores de riesgo para síntomas como la depresión, la ansiedad y la hostilidad:

- Las mujeres casadas sin hijos revelaban más síntomas depresivos después de la intervención.
- La ansiedad, dolores de espalda y la dispareunia presentes antes contribuían a la ansiedad posterior.
- La ansiedad pre-cirugía estaba relacionada con crisis vitales de las pacientes.
- La hostilidad pre y post cirugía se vinculaba con una pobre gratificación sexual.

Una de la últimas investigaciones (que sepamos), realizada por Yen, Chen, Long et al. (19) con 68 pacientes, indica las siguientes conclusiones: la depresión, ansiedad, imagen corporal y síntomas ginecológicos subjetivos mejoraron después de la histerectomía; sin embargo, empeoró el funcionamiento sexual. Los problemas emocionales previos y una pobre imagen corporal, funcionamiento sexual y un grado de estrés elevado un mes después de la intervención constituyen factores elevados de riesgo para que la paciente manifieste un trastorno depresivo mayor después de la histerectomía.

Como conclusión de los estudios expuestos podemos apuntar la idea de que, en realidad, la extirpación del útero por motivos no oncológicos no supone, en sí misma, una fuente de psicopatología sino, más bien al contrario, implica una mejoría en determinados indicadores de salud tanto física (obviamente) como psíquica. De la misma forma, abundamos en la idea de que lo que predice las alteraciones psicopatológicas posteriores a la intervención son los trastornos psiquiátricos previos. Así, el desarrollo de problemas psicológicos depende en mayor medida de la personalidad previa, actuando la intervención como desencadenante. También, la visión que la paciente tenga sobre la operación y sus consecuencias será un buen índice de su equilibrio posterior (20).

Brevemente vamos a hacer un comentario sobre una relación que, sin estar demostrada claramente desde el punto de vista biológico, se ha podido comprobar en varias mujeres sometidas a histerectomía. Esta relación nos habla de la mejoría (o cambio) en los síntomas del síndrome de intestino irritable (o colon irritable) tras la cirugía de útero. Aunque, aparentemente, la práctica ginecológica y la gastroenterológica son disciplinas separadas, con alguna frecuencia se solapan, observándose cómo no es infrecuente que mujeres que han de someterse a cirugía ginecológica, sobre todo histerectomías, informen de síndrome de colon irritable previo⁶. En 1992, Prior, Stanley, Smith & Read (21) llevaron a cabo una investigación acerca de esta correspondencia, indicando cómo en la muestra utilizada por ellos (205 mujeres), el 60% de ellas estaban libres de síntomas intestinales a los 6 meses de

⁶ Es interesante resaltar que un síntoma común a ambas afecciones es el dolor pélvico o la sensación de pesadez y de ocupación en la región pélvica inferior, lo cual puede constituir un punto de confluencia.

realizada la histerectomía, indicando el estudio que muchas mujeres con sintomatología gastrointestinal previa mejoran tras la extirpación del útero. Informes posteriores han coincidido en este punto, observándose la desaparición de los despeños diarreicos, el estado asintomático o, en algunos casos, el cambio a un estreñimiento esporádico. Las hipótesis biológicas que hablan de alteraciones en la sensibilidad rectal, en la motilidad rectosigmoidea o el daño en los nervios pélvicos durante la cirugía son meramente especulativas, no hallándose una explicación convincente a esta relación.

En otro orden de cosas, Linenberger & Cohen (9) nos muestran en su estudio prospectivo las fases en la recuperación de las mujeres histerectomizadas de su muestra, fases que podemos generalizar a la mayoría de las pacientes sometidas a este tipo de cirugía:

1) Autoobservación de la salud: Durante la semana posterior a la intervención, las pacientes están muy preocupadas por los síntomas físicos que están sintiendo. Algunas manifiestan dolores y molestias y, emocionalmente, hablan de que tienen días buenos y días malos, unido a la limitación en las actividades cotidianas. Al mismo tiempo, se plantean si han acertado en la decisión de someterse a la intervención o si, en realidad, no era tan necesaria. Una semana después muestran labilidad emocional, se sienten mal por la restricción necesaria en sus actividades cotidianas y laborales y siguen cuestionando su propia decisión de llevar a cabo la histerectomía. Necesitan apoyo y refuerzos externos que les aseguren en lo acertado de su resolución. Físicamente suelen emplear las palabras “cansada”, “hinchada” y “dolorida”.

2) Comparación del pasado con el presente: A las 8 semanas empiezan a comparar el pasado con el presente para evaluar su bienestar. Comparan cómo estaban antes de la cirugía con su situación actual, así como su estado inmediatamente después de la operación y el del momento presente. La mayoría informa de que se siente mejor ahora que antes de la cirugía, tanto a nivel físico como emocional. Los niveles de energía van volviendo a la normalidad, retomándose las actividades habituales. La mayoría de las mujeres están contentas con haber entrado en el quirófano para resolver sus problemas. No obstante, algunas aún siguen manifestando síntomas físicos como dolores por cólicos de gases, hinchazón en el bajo abdomen y cansancio habitual.

3) Renovación: a los 6 meses, las mujeres se sienten renovadas, nuevas. Se ha recuperado la salud física y psíquica y la actividad es mejor que antes de la intervención, informando en la mayoría de los casos una mejor calidad de vida, habiéndose resuelto los problemas que le llevaron a la intervención o eliminado las

amenazas a la salud que suponía el no realizarla. La decisión de haber sido hysterectomizada se internaliza y no se cuestiona.

4) Crecimiento: Un año después, la experiencia de la hysterectomía ya no constituye un motivo primario de preocupación ni de atención. La autoestima y la confianza en sí misma se recupera o, incluso, aumenta al saber que se ha hecho lo que se debía. Las mujeres se describen a sí mismas más independientes, más interesadas en los demás y con nuevos propósitos vitales. Incorporan la hysterectomía en la globalidad de sus experiencias vitales, ya no es un foco central sino, simplemente, parte de su historia vital. Pasa así a la "historicidad", es decir, al proceso por el cual un acontecimiento de gran importancia personal deja de tener influencia inmediata en la propia vida, sino que se convierte en parte de la experiencia vital individual.

Con todo lo indicado en este apartado, y desde un punto de vista psicopatológico, podemos hablar de que las mujeres que se someten a una hysterectomía (insistimos, no oncológica) sufren un **trastorno adaptativo** que, según la definición que nos proporciona la APA en su DSM-IV-TR (22) consiste en que:

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente, del siguiente modo:
 - i. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
 - ii. Deterioro significativo de la actividad social o laboral.

Así, esta alteración tiende a desaparecer una vez que el estresante (o sus consecuencias) desaparece o la persona se ha habituado a su nueva situación.

HISTERECTOMÍA Y VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD

En qué medida la práctica de la hysterectomía afecta a la vivencia de la sexualidad femenina merece un pequeño apunte separado aunque, en esencia, es una continuación del punto anterior. En realidad pocos aspectos están claros acerca de su impacto en el funcionamiento sexual aunque varios estudios prospectivos no han encontrado cambios sustanciales en las etapas posteriores. Sin embargo, como apuntan Meston & Bradford (23) la mayoría de estos estudios son confusos debido a que es muy probable que la sexualidad se altere en los momentos inmediatamente anteriores a una cirugía mayor, sobre todo si ésta se va a producir en órganos sexuales, lo cual puede tener repercusiones inmediatamente posteriores a la cirugía.

De la misma forma que indicábamos en el punto anterior, la disfunción sexual prequirúrgica es el mejor predictor de la disfunción postquirúrgica.

La histerectomía supone la extracción de tejidos enfermos o deteriorados, como miomas uterinos, que pueden contribuir a tener relaciones sexuales dolorosas o no placenteras, con lo que su extirpación reduce tales molestias. Sin embargo, la preservación de la sexualidad, tal como era vivenciada antes de la cirugía, es el gran desafío de las mujeres sometidas a esta intervención.

Por otro lado, el sistema nervioso autónomo inerva en gran medida los órganos genitales internos, siendo fundamental en el funcionamiento sexual normal. La histerectomía puede afectar tal inervación autonómica debido a la escisión del cuello uterino y a la separación del útero de sus ligamentos de apoyo. Aunque se ha informado de que es poco frecuente la existencia de molestias al realizarse una histerectomía simple, existe la posibilidad de que se dañen las fibras nerviosas, lo que puede alterar el funcionamiento de los nervios autónomos de la pelvis. Las disfunciones sexuales son menos frecuentes en mujeres que se han visto sometidas a histerectomías supracervicales, donde el cuello uterino permanece intacto, que en las histerectomías totales. Sin embargo, otros estudios señalados por Meston & Bradford (23), como el de Roovers et al (2003) no encontraron diferencias significativas en el rendimiento sexual entre mujeres con histerectomías abdominales totales o subtotales. El papel del cuello del útero en la respuesta sexual no está totalmente claro, representando un tópico que da pie a múltiples debates, pero parece que su papel en la respuesta sexual es mínima.

Aunque parece que la histerectomía tiene poca influencia en la capacidad de orgasmo, la intensidad subjetiva y el placer orgásmico parece cambiar después de la cirugía en un tercio de las mujeres. La extracción del útero puede afectar esta dimensión del funcionamiento sexual ya que las contracciones uterinas se han asociado con el nivel de sensibilidad, placer sexual y orgasmo. Muchas mujeres depositan en este órgano una de las fuentes del placer sexual, tanto por los movimientos como por las contracciones que se originan en él en el momento del orgasmo. La existencia de esta creencia explica el hecho de que algunas mujeres se quejen de disminución de la respuesta sexual después de la retirada del útero (24).

Komura Hoga et al (24), en su revisión de publicaciones sobre el tema en el periodo comprendido entre 1996 y 2005, mencionan, entre otras, la investigación de Ayoubi et al (2003), donde se obtuvo que la mayoría de las mujeres (60,4%) que se sometieron a histerectomía por vía abdominal, vaginal y laparoscópica refirieron no haber sufrido alteraciones relativas a la vivencia de la sexualidad después de la cirugía, y el 21,3% refirió mejora en este aspecto. Sin embargo el 18,3% habló de que

el procedimiento deterioró esta esfera de su vida. En cuanto a la función sexual, muchas mujeres afirmaron que la extracción había provocado algún grado de deterioro en ella, independientemente de la vía. Esta queja fue referida por el 24% de las mujeres que se sometieron al procedimiento por vía abdominal, el 13,5% por vía vaginal y el 8,5% por vía laparoscópica. El retorno a la actividad sexual fue más precoz entre las mujeres sometidas a histerectomía por vía vaginal (6 días) en comparación a la abdominal (9 días). Los procedimientos por vía vaginal y laparoscópica fueron los que provocaron menor impacto sobre la sexualidad femenina si son comparados con los realizados por vía abdominal. También resaltan el estudio de Zobbe et al. (2004), en el cual se mostró que las histerectomías total y parcial realizadas por vía abdominal no produjeron diferencias en la frecuencia y calidad del coito, en la localización del orgasmo o en la satisfacción con la vida sexual. Este último aspecto dependió de la existencia de satisfacción antes de la cirugía, de una buena relación con la pareja y de bienestar físico. Se constató, asimismo, que ambos tipos de histerectomía redujeron significativamente la queja de dispareunia.

Con todo ello, y a pesar de algunas excepciones, parece demostrado que la mujer que se ha sometido a histerectomía es capaz de disfrutar más de la actividad sexual y ser más receptiva que antes de la intervención. Esto parece obvio dado que una vez llevada a cabo desaparecen las molestias e impedimentos que hacían que las relaciones sexuales llegaran a ser incómodas e, incluso, molestas. Es posible que las alteraciones en la función o el deseo sexual, así como en el orgasmo, guarden estrecha relación con las ideas y sentimientos preconcebidos respecto al útero y su pérdida, en la línea de lo que ya venimos comentando, de la misma forma que la existencia de alteraciones previas predican la posibilidad de que se sigan presentando (o aumenten) en el periodo postquirúrgico.

¿PUEDE INFLUIR EN ALGO EL GINECÓLOGO/A?

A lo largo de todo el artículo venimos hablando de los procesos físicos y, sobre todo, psíquicos por los que atraviesa la mujer histerectomizada. Pero nos falta hablar de otro protagonista de la historia que, en realidad, es el artífice de todo lo que le acontece a la paciente. Este segundo protagonista es el ginecólogo o ginecóloga, cuyo papel, lo quiera o no, es esencial. En el plano puramente físico o quirúrgico este rol es obvio, pero muchos se resisten a aceptar que también cumplen una misión básica en el plano psíquico de la paciente que tienen delante, intentando desembarazarse de este papel parapetándose en su bata blanca y su terminología médica.

Como nos señala Bitzer (25), en la consulta ginecológica-obstétrica la paciente y el médico se encuentran a tres niveles diferentes con una intensidad variable:

Biológico-anatómico-fisiológico. A este nivel predomina la explicación científica de los síntomas que le ocurren a la paciente, las exploraciones objetivas, el lenguaje neutro y las informaciones que suelen ser aceptadas por el desconocimiento de la temática por parte de la paciente, lo que sitúa al profesional en un plano superior y de dominio. El médico dispone de un conocimiento y un saber, con lo que se crea una dependencia, una relación de poder y, para la mujer, de impotencia, que requiere que el médico tenga un alto grado de sentimiento de responsabilidad.

Emocional-personal: en la consulta del ginecólogo la paciente espera de él no sólo que posea conocimientos médicos, sino también que la considere una mujer única, una persona individual. La hora de visita despierta en la paciente determinados sentimientos, ideas, asociaciones que se relacionan con la percepción subjetiva del cuerpo, especialmente de los órganos sexuales, los cuales son fundamentales para la autoestima, la identidad sexual, sus vivencias sexuales... La relación con estos órganos despiertan gran variedad de sentimientos, como placer, deseo, asco, vergüenza, decepción o humillación. El médico no puede observar objetivamente estos aspectos emocionales y personales, aquí la experta es la paciente, que tiene la competencia para hablar de su vida interior y sus percepciones subjetivas. El médico debe cumplir la función de percibir estas cuestiones de una forma más sensible, con intuición, interés, como un eco que confirme y refuerce. La mujer que llega a la consulta del ginecólogo no soporta ser considerada como “un útero con piernas” o como una vagina que debe ser explorada, sino que desea o, más bien, necesita que se la considere como una persona total, como alguien que presenta unos problemas físicos que apuntan directamente a su autoimagen y que están enmarcados en una persona con emociones, sensaciones, miedos o fobias.

Interactivo-social: La paciente que llega a consulta trae consigo, consciente o inconscientemente, su situación social y sus experiencias en la relación con los demás. Los órganos sexuales están relacionados con la función reproductora, que domina las diversas etapas de la vida femenina. Cada una de estas fases vitales se caracterizan por unas típicas tareas de desarrollo y sus posibles conflictos, que pueden vivirse como crisis. El ginecólogo forma parte de este entorno social, puesto que debe acompañar a la mujer, más que cualquier otro profesional, en su desarrollo. Además, muchos de los problemas que esta paciente le cuenta al profesional, aunque con raíz biológica, afecta de una manera directa a su dimensión social (vida de pareja, amorosa...) con lo cual éste entra de lleno y comparte la estructura social que ambos comparten de una forma u otra.

Como señala Rinaldi (2) existe un conocido mito médico que refiere la necesidad de que los profesionales hagan una “disociación instrumental”, es decir, que

para el mejor desempeño de la especialidad es imprescindible disociar los aspectos emocionales del vínculo médico-paciente. Esta disociación, sin explicarnos muy bien por qué, es especialmente llamativa en el caso de los profesionales de la ginecología. Es harto frecuente observar frialdad en el trato con la paciente, hablar de su problema como si se tratara de otra persona, no mirarle a la cara y reducirse a una exposición clara y aséptica del diagnóstico o los procedimientos. Puede tratarse de una manera de defensa por parte del médico frente al aumento de ansiedad que le puede suponer el facilitar la escucha de los problemas emocionales de su paciente. Es un control defensivo que hace que privilegie la atención a los aspectos orgánicos y obvie los emocionales que, como venimos comentando, en el caso de la ginecología están íntimamente unidos por su representación simbólica. Y llama especialmente la atención que este modo de proceder también se dé en ginecólogas, en profesionales femeninas que, se supone, están en el mismo bando que la paciente y pueden reconocer inmediatamente las ansiedades y aspectos afectivos de lo que le está refiriendo.

Afortunadamente, cada día encontramos más ejemplos de profesionales que trabajan con un nivel de comprensión, capacidad de acogimiento y contención mucho mayor, compartiendo la experiencia emocional de la paciente y comprometiéndose con ella. Se va observando la capacidad de los ginecólogos de “ponerse en el lugar de la paciente”, de escuchar.

Con todo esto queremos indicar la necesidad de que tanto el ginecólogo como, también, el anestésista que va a tener a la paciente bajo su control mientras se lleva a cabo la histerectomía, amplíen su tarea médica específica, dando a la paciente un esclarecimiento anticipado de lo que se proponen realizar: por parte del ginecólogo-cirujano es importante que se pare a realizar una detenida explicación de lo que le ocurre a la paciente afecta. No consiste en que la trate como a una niña, pero sí como a una persona que a) desconoce lo que le está explicando; b) está asustada; c) la tensión emocional le va a impedir comprender al cien por cien lo que le está diciendo. Teniendo en cuenta que en estas circunstancias la persona se queda sólo con el 10% de la información que se le da, es conveniente la utilización de palabras claras, concisas pero al mismo tiempo afectivas y empáticas y, si es preciso, el apoyo de dibujos o esquemas que permita que la información entre por los ojos además de por los oídos.

Conviene que la paciente tenga una información clara del preoperatorio, la anestesia, la cirugía propiamente dicha, el post-operatorio, la convalecencia y el tiempo esperable de normalización de las funciones corporales, vitales y laborales. El vínculo se enriquece, así, si el profesional logra mirar las cosas como las ve el otro.

Sintetizando, toda paciente que va a ser sometida a una intervención quirúrgica no urgente como la que nos ocupa debe ser preparada psicológicamente y esto consistirá en explicarle:

- La indicación quirúrgica: por qué hay que intervenir.
- Qué se va a hacer.
- Descripción del acto operatorio: cómo se va a hacer. En nuestro caso, explicar si será una histerectomía abdominal, vaginal o laparoscópica y por qué.
- Características de la anestesia: mecanismo de acción, cómo se sentirá, el porqué de la elección de un tipo u otro (por ejemplo, general vs. epidural o mixta) y posibles secuelas al despertar.
- Garantizar la analgesia en todo el proceso (y cumplir después tal garantía).
- Establecer el protocolo de relación con los familiares durante la estancia hospitalaria.
- Describir el proceso postoperatorio.

Se ha mostrado la importancia de una visita preoperatoria del anestesista relacionada con la sedación donde le explique detalladamente el procedimiento que se va a seguir y contestando las dudas que, irracionales o no, atemorizan a la paciente. Cassem (26) nos informa de un estudio realizado con pacientes que sufrieron cirugía abdominal, donde los que fueron instruidos sobre la normalidad del dolor postoperatorio y fueron alentados a pedir los analgésicos que necesitasen, tuvieron mayor comodidad postoperatoria y usaron muchos menos narcóticos que el grupo que no recibió información sobre el control del dolor. Además hay que pensar que hoy día, con las nuevas técnicas de analgesia, el dolor postoperatorio puede ser más fácilmente controlado que antes, con lo cual, la información sobre ello contribuye a que la paciente vaya más confiada. No olvidemos que gran parte de su estado en el quirófano depende del anestesista, por lo que el hecho de conocerlo, ponerle cara y poder hablar con él hace que se vaya familiarizando con la situación. El conocimiento es poder y, en este caso, tranquilidad.

Engwall (en Cassem, 1991) advierte que los cirujanos deben evitar comentarios despectivos o atemorizantes durante el acto quirúrgico. "Recuerde", advierte él, "¡la estimulación auditiva es la última que desaparece!".

Así, vemos como el proceso de la mujer que se somete a la extirpación uterina está lleno de transformaciones físicas y emocionales que generan sentimientos de duda, angustia y fantasía y son vividos por cada mujer de una forma particular. En este

sentido, el establecimiento de un ambiente donde predomine la confianza y la empatía es esencial desde la fase diagnóstica de la enfermedad, sobre todo para facilitar la adhesión al tratamiento y su conclusión de forma satisfactoria. Una mujer en estas circunstancias necesita sentirse “mimada” por su ginecólogo, animada, empujada, impulsada por él o ella, sobre todo porque en estos momentos, el profesional de la ginecología se convierte en la persona más importante de su vida, ya que en él están depositadas esperanzas, miedos, confianza y, en último término, su posterior vida como mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida.
- (2) Rinaldi, G. Prevención psicosomática del paciente quirúrgico. Causas y consecuencias del impacto psicobiológico de una cirugía. Barcelona: Paidós; 2001.
- (3) Deutsch, H. Some psychoanalytic observations in surgery. *Psychosomatic Medicine* 1942; (4): 105-115.
- (4) Anguera de Sojo Peyra, I. Medicina Psicosomática. Barcelona: Doyma; 1988.
- (5) Martínez-Pina, A. Patología psicosomática en la clínica médica y psicológica. Barcelona: Científico-Médica; 1973.
- (6) Mozas Moreno, J. Histerectomía ¿cuál es la vía ideal? Actualización en Obstetricia y Ginecología. *Actualización en Cirugía Ginecológica*, 2006 (329):327-350. Disponible en www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia/documentos/Ponencias2006/2006Histerectomia_via.pdf
- (7) Marín, J.L. Apuntes del Máster de Experto en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica; 2006.
- (8) Freud, S. Duelo y Melancolía (orig. 1917). *Obras Completas*, Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- (9) Linenberger, H. & Cohen, S.M. From Hysterectomy to Historicity. *HCW* 2004; 25: 349-357.
- (10) Roeske, N.C. Quality of Life and Factors affecting the Response to Hysterectomy. *J. Fam Pract* 1978; 7(3): 483-8.
- (11) Martin, R.L.; Roberts, W.N; Clayton, P.J. Psychiatric status after Hysterectomy. A one-year prospective follow-up. *JAMA* 1980 Jul 25; 244(4): 350-3.
- (12) Ryan, MM; Dennerstein, L.; Pepperell, R. Psychological Aspects of Hysterectomy. A prospective Study. *Br. J. Psychiatry* 1989 Apr; 154: 516-22.
- (13) Gath, D.; Cooper, P.; Day, A. Hysterectomy and psychiatric disorder I: Levels of psychiatric morbidity before and after hysterectomy. *Br. J. Psychiatry* 1982 Apr; 140: 335-42.
- (14) Gath, D.; Cooper, P.; Bond, A.; Edmonds, G. Hysterectomy and psychiatric disorder: II. Demographic, psychiatric and psychical factors in relation to psychiatric outcome. *Br. J. Psychiatry* 1982 Apr; 140: 343-50.
- (15) Gath, D.; Rose, N.; Bond, A.; Day, A.; Garrod, A.; Hodges, S. Hysterectomy and psychiatric disorder: are the levels of psychiatric morbidity falling? *Psychol Med* 1995 Mar; 25(2): 277-83.

- (16) Mackinger, H.F.; Graf, A.H.; Keck, E.; Tempfer, C.; Kainz, C. Differences in the psychological status of hysterectomy and non-hysterectomy women. *Wien Klin Wochenschr* 2001 Dec 17; 113(23-24): 954-9.
- (17) Rannestad, T. Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005; 19(3): 419-30.
- (18) Ewalds-Kvist, S.B.; Hirvonen, T.; Kvist, M.; Lertola, K.; Niemelä, P. Depression, anxiety, hostility and hysterectomy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005 Sept; 26(3): 193-204.
- (19) Yen, J.Y.; Chen, Y.H.; Long, C.Y.; Chang, Y.; Yen, C.F.; Chen, C.C.; Ko, C.H. Risk factors for major depressive disorder and the psychological impact of hysterectomy: a prospective investigation. *Psychosomatics* 2008 Mar-Apr; 49(2): 137-42.
- (20) Cánovas, M.R.; Moix, J.; Cos, R.; Foradada, C. Apoyo psicológico en mujeres que se someten a histerectomía. *Clínica y Salud* 2001; 12(1): 71-89.
- (21) Prior, A.; Stanley, K.M.; Smith, A.R.; Read, N.W. Relation between hysterectomy and the irritable bowel: a prospective study. *Gut* 1992 Jun; 33(6): 814-7.
- (22) American Psychological Association. *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª ed. Texto Revisado)*. Barcelona: Masson, 2002.
- (23) Meston, C.M.; Bradford, A. A brief review of the factors influencing sexuality after hysterectomy. *Sexual and Relationship Therapy* 2004 Feb; 19(1): 5-14.
- (24) Komura Hoga, L.A.; Herrman Ferraz, P.; Silva de Mello, D.; Massumi Okada, M. Histerectomía y vivencia de la sexualidad. *Index Enferm (Rev Electrónica)* 2007 Sept (Citado el 21-10-2008); 16(57): 28-32. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>
- (25) Bitzer, J. Ginecología y obstetricia psicósomáticas. En Lubban-Plozza et al. (eds). *El enfermo psicósomático en la práctica*. Barcelona: Herder, 1997. p. 125-141.
- (26) Cassem, N.H. *Psiquiatría de Enlace en el Hospital General 3ª ed.* Madrid: Díaz de Santos, 1991.