

Morbilidad psiquiátrica antes y después de la histerectomía

Aquiles Guzmán Machado

Desde el trabajo pionero de Lindemann en 1941 (1) o quizás antes, a la histerectomía se le ha atribuido una mala reputación médica. Se afirmaba que dejaba en la mujer severas secuelas psiquiátricas, entre las que destacaba la depresión. Este punto de vista no sólo era mantenido por Lindemann, sino por casi todos los autores que le siguieron (2-7) y que se adhirieron en cierta forma, a aquel. Incluso en 1974, Richards (8) hablaba de un síndrome post-histerectomía específico, que se expresaba por humor depresivo, oleadas de calor, fatiga, cefaleas, mareos e insomnio. También se reportaban alteraciones en la frecuencia y calidad de las relaciones sexuales, ansiedad, etc.

De acuerdo con Oates y Gath (9) la mala reputación que se le ha imputado a la histerectomía se sustenta en parte, en la suposición de algunos autores de orientación psicoanalítica (4,10) en el sentido de que la pérdida del útero podía ser equiparada a la castración, que era seguida de conflictos inevitables con respecto a la feminidad y la sexualidad; y en parte, en los hallazgos de los primeros investigadores como Lindemann y los que le continuaron. Gath y cols. (11,12) señalan al respecto, que la mayoría de estos estudios incurren en serias deficiencias en lo referente a su diseño y metodología. En primer lugar, debido a que los estudios eran retrospectivos, las pacientes fueron evaluadas solamente después de la histerectomía. Por consiguiente, no está claro si la patología psiquiátrica detectada después de la operación era determinada por ésta o ya existía antes de la misma. En segundo lugar, sólo algunos pocos estudios habían utilizado técnicas de evaluación psiquiátrica estandarizadas. La gran mayoría se valió del juicio clínico para identificar y seleccionar sus casos psiquiátricos o utilizó indicadores indirectos, como por ejemplo, la admisión a un hospital psiquiátrico o la prescripción de algún psicofármaco. En tercer lugar, casi todos los estudios utilizan muestras heterogéneas de pacientes ginecológicas: se mezclan indiscriminadamente casos que padecen de cáncer con otros que padecen de prolapso, menorragia, etc. Sin embargo, aproximadamente por la misma época, otro grupo de investigadores obtenían resultados opuestos a los reseñados.

Autores como Patterson y Craig (13), Bragg (14), Mills (15), etc, entre 1963 y 1973 llegan a la conclusión de que el papel de la histerectomía como factor determinante de alteraciones mentales, es realmente insignificante. Pero es a finales de la década de los 70 cuando se llevan a cabo las investigaciones más importantes que definirán con mayor exactitud, la vinculación entre histerectomía y trastorno psiquiátrico. De ellas resaltan por su vigor científico y su cuidadosa metodología los de Martin y cols. en los EUA (16) y los de Gath y cols. en Gran Bretaña (11,12). Todas utilizan diseños prospectivos, muestras homogéneas y escalas para evaluar el estado mental de las pacientes o sus manifestaciones psicopatológicas como la depresión, la angustia, etc.

Gath y cols. (11,12) se proponen alcanzar dos objetivos: hallar la proporción de mujeres que presentan disturbios psiquiátricos después de la histerectomía, y precisar los factores que están vinculados con una evolución psiquiátrica desfavorable luego de efectuada la operación.

Los autores limitan el estudio a pacientes con menorragia de origen benigno y conforme a su diseño prospectivo, se efectuaron evaluaciones de tipo psiquiátrico y social cuatro semanas antes de la intervención y entrevista de seguimiento a los 6 y a los 18 meses. En la evaluación psiquiátrica se emplearon algunos instrumentos de medición como el Examen del Estado (Mental) Actual (Present State Examination o PES)), el Inventario de personalidad de Eysenck y el Perfil del Estado de Humor (Profile of Mood State o POMS). En las entrevistas preoperatorias se exploraron los aspectos demográficos y sociales, la historia ginecológica, el funcionamiento psicosexual, la salud física y mental pasada y presente, y la adaptación social y marital. La información fue competada mediante entrevistas con el esposo de la paciente y con las notas quirúrgicas de la historia ginecológica. Hubo tres hallazgos fundamentales en este trabajo:

1.- Los niveles de morbilidad psiquiátrica cayeron en forma significativa (aproximadamente en un 50%) después de la histerectomía.

2.- En contraste con las primeras investigaciones, los autores encontraron que la histerectomía raramente determina la aparición de trastornos psiquiátricos.

3.- Los niveles de morbilidad psiquiátrica tanto antes como después de la histerectomía fueron mucho más altos que en la población femenina general, aunque más bajos que entre las pacientes psiquiátricas. Sugieren los autores que este exceso de morbilidad psiquiátrica previo a la histerectomía, detectado también en el estudio de Martin y cols. (16), puede ser debido a que la menorragia, que es un síntoma desagradable e incapacitante, produce algún grado de sufrimiento, particularmente en mujeres predispuestas. Así, la combinación de menorragia y sufrimiento psíquico, sería un determinante básico para la referencia al ginecólogo y de selección para la cirugía.

4.- Otra conclusión que se podría extraer de este trabajo, aunque no expresamente formulada por los autores, es la que tiene que ver con el concepto de feminidad, tan especulado por los autores de orientación psicoanalítica. Si bien la feminidad es un concepto vago y cambiante, difícil de definir en el contexto de una investigación científica, Gath y cols. les preguntaron a sus pacientes si habían experimentado algún cambio en sus sentimientos de feminidad. La respuesta de la inmensa mayoría (el 81%) fue negativa.

Con una metodología muy similar en muchos aspectos a la anterior investigación, son los estudios que Martin y cols. en 1977 y 1980, llevaron a cabo en una muestra de 44 mujeres en la ciudad de St. Louis, EUA (16). Los autores evaluaron a las pacientes antes de la operación y un año después de ella. Una de las conclusiones más destacadas de este estudio, es que sus hallazgos no apoyan la hipótesis de que la histerectomía está asociada a un exceso de síntomas psiquiátricos. Incluso, los autores encontraron menos síntomas psiquiátricos después de la intervención que antes de que ésta fuera practicada. Estos resultados fueron confirmados por Gath y cols. (ya ha sido explicada la interpretación que estos autores les dan a los mismos) dos años después (11,12). Asimismo, Martin y cols. encontraron que, en general, las mujeres que manifestaron problemas psiquiátricos durante el lapso de seguimiento, habían presentado problemas similares antes de la operación.

Además del estado mental, es decir, de las complicaciones psiquiátricas, otro aspecto que ha atraído la atención de los investigadores es la sexualidad de

la mujer después de la histerectomía. Hemos señalado que la mayor parte de los trabajos iniciales sostenían que, en un número significativo de mujeres, la histerectomía tiene un impacto negativo sobre el funcionamiento sexual, imputándosele cifras de morbilidad que oscilan entre 6 y 37% (9). Sin embargo, este problema está expuesto a las mismas críticas que mencionamos a propósito de las complicaciones psiquiátricas. Una muy importante, aunque no la única, es que se trata mayormente de trabajos retrospectivos. La verdad es que, de acuerdo con los estudios prospectivos de Martin y cols. (16), Coppen y cols. (17), Gath y cols. (11,12), en la mayoría de las mujeres tanto la frecuencia como la calidad de las relaciones sexuales o permanecen sin cambios o mejoran después de la histerectomía, lo cual lleva a la conclusión de que la histerectomía en sí misma no causa ningún deterioro en el desempeño sexual. Sin embargo, como señalan Oates y Gath (9), todos los estudios, de los más antiguos a los más recientes, indican que una minoría significativa de mujeres reportan una disminución en la frecuencia o en el disfrute de las relaciones sexuales, quizás hasta en un 20%. Y señalan los autores, que en la práctica clínica, esto es un problema importante.

Si como hemos visto, la histerectomía en sí misma, en general, no tiene una repercusión psicológica adversa sobre la mujer, hay fundadas evidencias de que existe un alto nivel de morbilidad psiquiátrica en pacientes que esperan ser histerectomizadas; así como también un alto nivel, aunque algo más bajo, después de la operación (9,11,12), que en el trabajo de Gath y cols. (11,12) por ejemplo, se extiende hasta los 18 meses de seguimiento. Por consiguiente, es importante estar muy consciente de los factores de riesgo cuando se evalúa a la paciente que va a ser sometida a una histerectomía. Estos factores de riesgo son susceptibles de ser incluidos en tres grupos: psiquiátricos, somáticos y demográficos.

En relación a los factores psiquiátricos se han encontrado dos datos positivos: 1) el hallazgo de que una historia de trastornos psiquiátricos antes de la histerectomía es uno de los determinantes principales de las alteraciones psiquiátricas post-histerectomía (8,16); y 2) el estado mental de la paciente antes de la histerectomía (evaluado mediante alguna escala estandarizada de medición psiquiátrica, como por ejemplo el Examen del Estado Actual o PSE), incluso si no presenta antecedentes de enfermedad psiquiátrica (11,12). Se ha encontrado que las mujeres que presentan cifras elevadas

en el PSE antes de la operación, son más propensas a sufrir de alteraciones psiquiátricas después de realizada la histerectomía.

En lo que concierne a los factores demográficos, el interés se ha focalizado en la edad, el estado civil, la paridad y la clase social. Se ha sostenido que las pacientes más jóvenes están más expuestas a padecer de algún trastorno psiquiátrico después de la histerectomía que las de mayor edad. Esto es evidentemente cierto, pero ello es más probable que ocurra en mujeres jóvenes a quienes la operación torna infértiles en contra de su voluntad, en las que no han tenido hijos o simplemente, no han completado aún su familia (9). Algunos autores han encontrado tasas altas de alteraciones psiquiátricas entre las mujeres separadas o divorciadas en comparación con las casadas (6). Sin embargo, los estudios más recientes de Gath y cols. (11,12) no hallan una relación semejante en su casuística, que a diferencia de la de Barker (6), fue evaluada mediante una escala psiquiátrica estandarizada.

Aunque en algunos estudios (6,7,12) no se observó ninguna vinculación entre baja paridad y una evolución psiquiátrica insatisfactoria después de la histerectomía, otros, con menos rigor metodológico, sí han observado tal asociación (4). Sin embargo, en relación a este problema, ocurre lo mismo que con la edad: la pérdida involuntaria de la fertilidad en mujeres que no han completado su familia, puede tener una repercusión muy negativa sobre el estado anímico.

Por último, no se dispone de ninguna evidencia seria que permita vincular el status social con la evolución psiquiátrica post-histerectomía (9).

El tercer grupo de variables a los que hemos de referirnos es el de los factores somáticos. Gath y cols. (12) por ejemplo, no encontraron diferencias psiquiátricas significativas entre las 78 pacientes con sangrado uterino orgánico (la mitad de su casuística) y las 78 pacientes con sangrado uterino disfuncional (la otra mitad de su casuística), hallazgos que difieren notablemente de los reportados previamente por Barker en 1968 (6) y Richards en 1973 (7). Es decir, la observación de Gath y cols. (11,12) no apoya la creencia de que las mujeres con sangrado uterino disfuncional están más perturbadas que las que presentan sangrado por patología orgánica, y son por tanto, más susceptibles de ser sometidas a histerectomías innecesarias. Por otra parte, ni Gath y cols. (11,12), ni tampoco Barker (6), ni Richards (7) encontraron más patología psiquiá-

trica entre las pacientes que fueron sometidas a histerectomía con ooforectomía bilateral, que entre las que preservaron los ovarios. Esto sugiere a Gath y cols. (12) que ni la reacción psicológica a la ooforectomía, ni los cambios hormonales subsiguientes, desempeñan un papel significativo en la etiología de las alteraciones psiquiátricas.

BIBLIOGRAFIA

1. Lindermann E. Observations on psychiatric sequelae to surgical operations in women. *Am J Psychiatry* 1941;98:132-7.
2. Stengel E, Zeitlyn B, Rayner E. Post-operative psychoses. *Mental Science* 1958;104:389-402.
3. Barglow P, Gunther M, Johnson A. Hysterectomy and tubal ligation: a psychiatric comparison. *Obstet Gynaecol* 1965;25:91-95.
4. Drellich M, Bieber I. The psychological importance of the uterus and its function. *J Nerv Ment Dis* 1958;126:322-336.
5. Hollender M. A study of patients admitted to a psychiatric hospital after pelvic operations. *J Obstet Gynecol* 1960;79:498-503.
6. Barker M. Psychiatric illness after hysterectomy. *Br Med J* 1968;2:91-95.
7. Richards D. Depression after hysterectomy. *Lancet* 1973;2:430-432.
8. Richards D. A post-hysterectomy syndrome. *Lancet* 1974;2:983-985.
9. Oates M, Gath D. Psychological aspects of gynaecological survey. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynecology* 1989;3:729-749.
10. Deutsch H. *The Psychology of women*. New York. Grune and Stratton, 1945.
11. Gath D, Cooper P, Day A. Hysterectomy and psychiatric disorder: I. Levels of psychiatric morbidity before and after hysterectomy. *Br J Psychiat* 1982;140:335-342.
12. Gath D, Cooper P, Bond A. II. Demographic, psychiatric and physical factors in relation to psychiatric outcome. *Br J Psychiat* 1982;140:343-350.
13. Patterson R, Craig J. Misconceptions concerning the psychological effects of hysterectomy. *Am Obstet Gynecol* 1963;85:104-111.
14. Bragg R. Risk of admission to mental hospital following hysterectomy or cholecystectomy. *Am J Public Health* 1965;55:1403-1410.
15. Mills W. Depression after hysterectomy (Letter). *Lancet* 1973;2:672.
16. Martin R, Roberts W, Clayton P. Psychiatric status after hysterectomy. A one year prospective follow-up. *JAMA*. 1980;244:350-353.
17. Copen A, Bishop M, Beard RJ. Hysterectomy, hormones and behavior: a prospective study. *Lancet* 1981; 1:126-128.