The left side of the page features a decorative design with a vertical bar on the far left, a wider vertical bar with a fine grid pattern, and a thin vertical line. To the right of these bars are several overlapping circles of varying sizes, all in a dark red color. The main title is positioned to the right of these circles.

GINECOLOGÍA PSICOSOMÁTICA

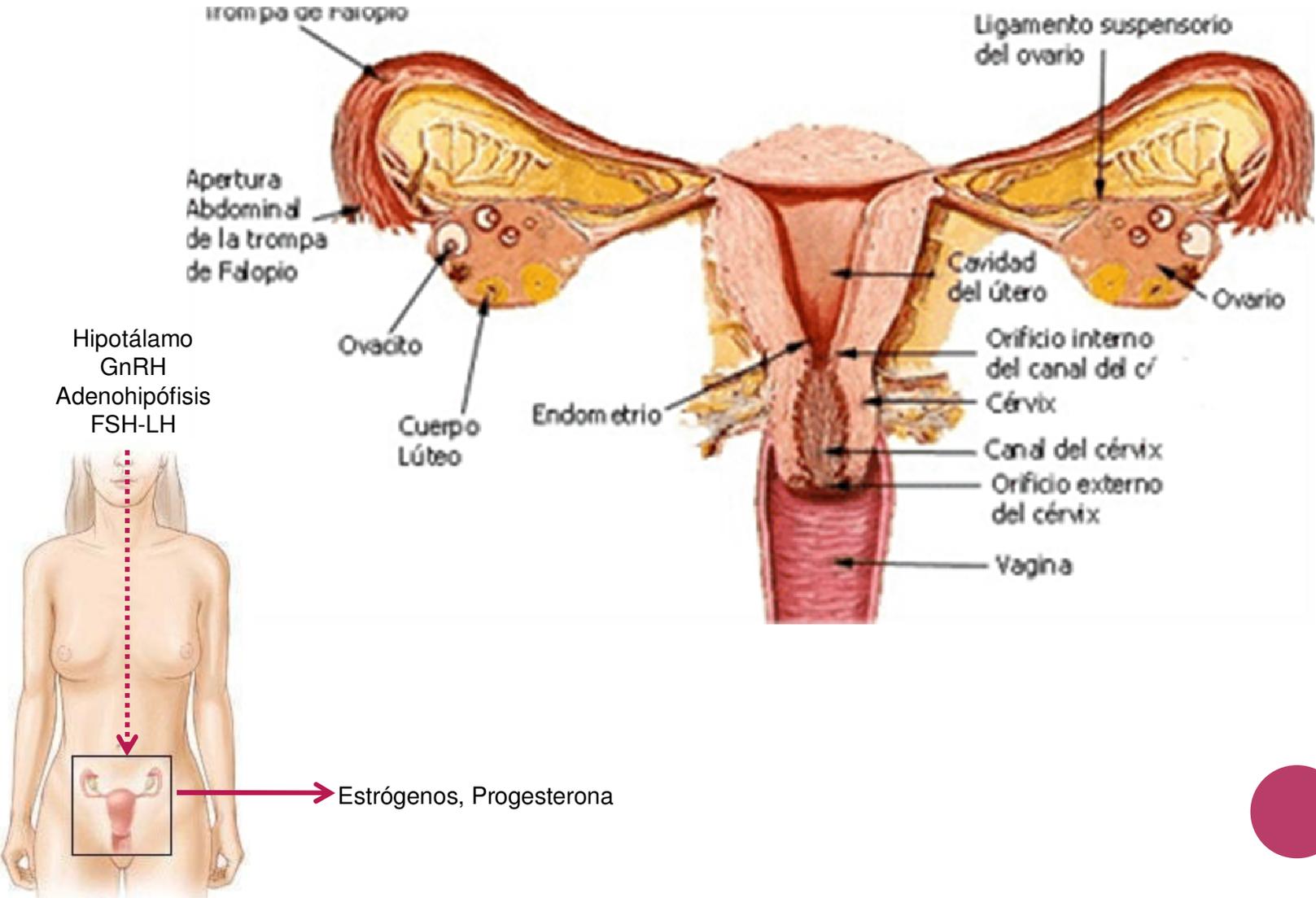
Dra. Mónica Puga

Médica Homeópata

Ginecología

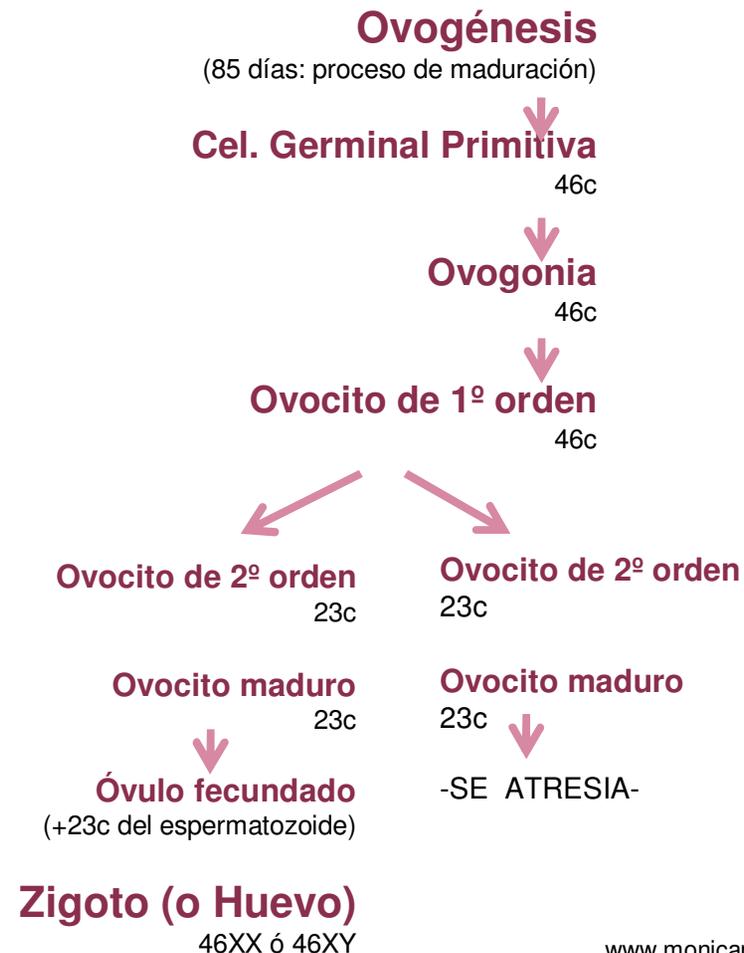
Psicoanálisis

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

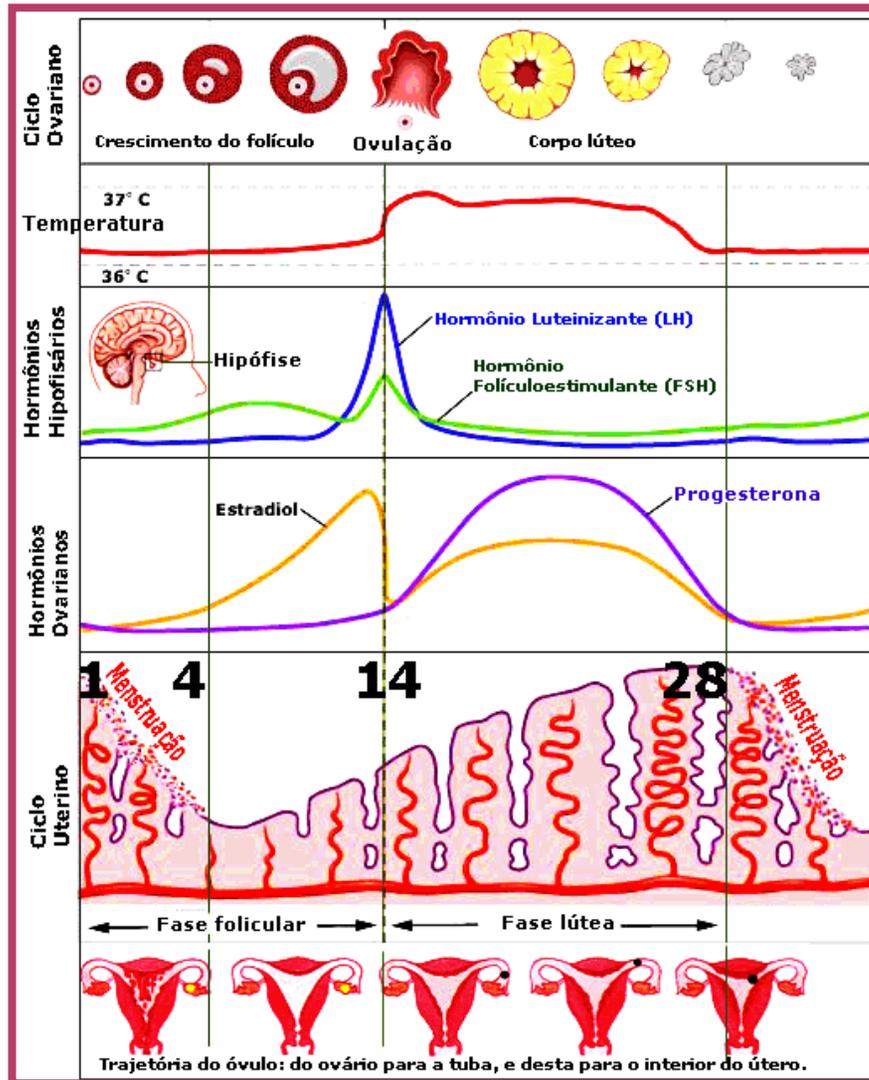


CICLO OVÁRICO

- Es el conjunto de fenómenos que ocurren periódicamente en la mujer cuyo fin es la selección y preparación de un folículo para la **ovulación**. Permite obtener un **ovocito** maduro apto para ser fecundado.



CICLO OVÁRICO (CONT)



FOLÍCULO

- Primeros folículos primordiales (a las 16 s. de gestación).
- De **1 a 2 millones** de folículos primordiales al nacer.
- **300 mil** en la pubertad.
- Solo **400** llegarán a la ovulación

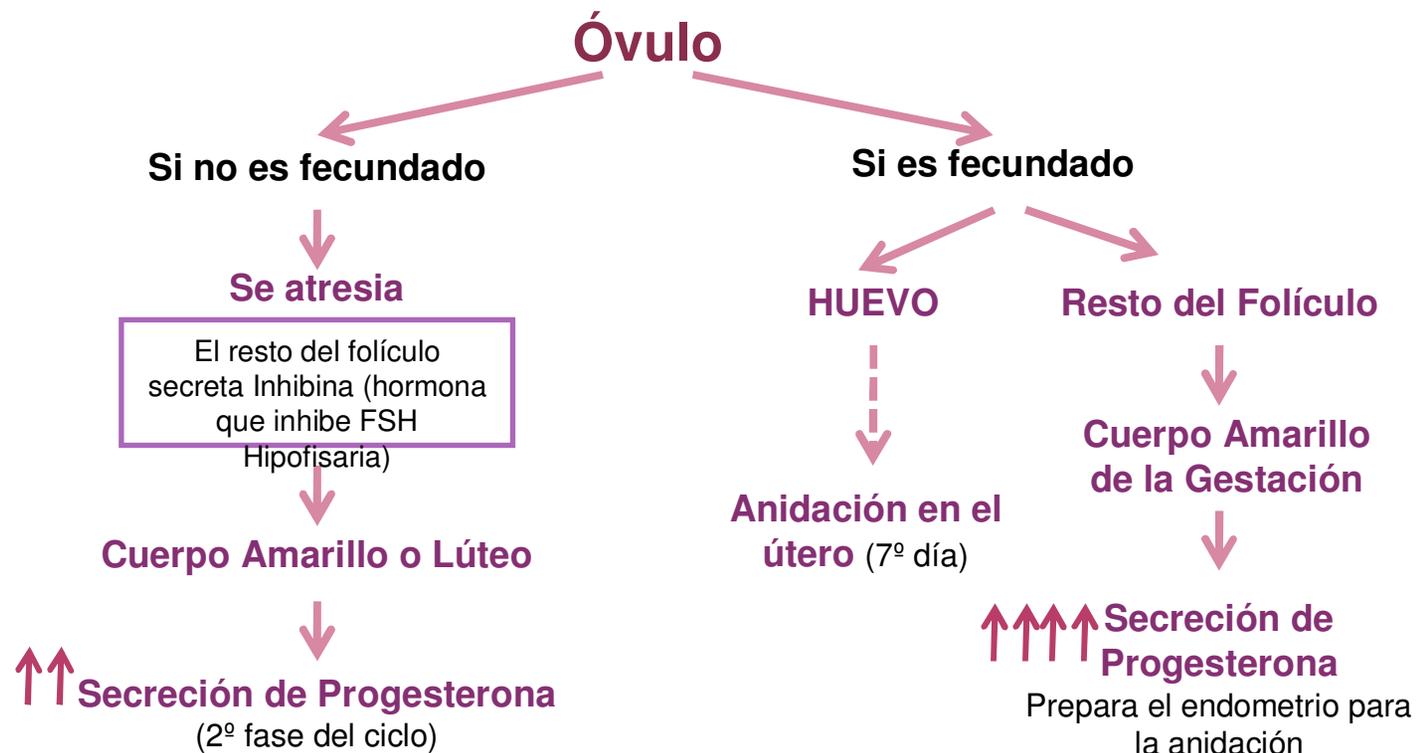
Muchos comienzan su maduración en cada ciclo. Los que no llegan se atresian (muerte folicular), perdiendo su derecho a la latencia.

Cuerpo lúteo: resto del folículo tras la ovulación que secreta Progesterona.

Este proceso termina solo cuando se agotan las reservas de los folículos primordiales = **Reserva Ovárica**

OVULACIÓN

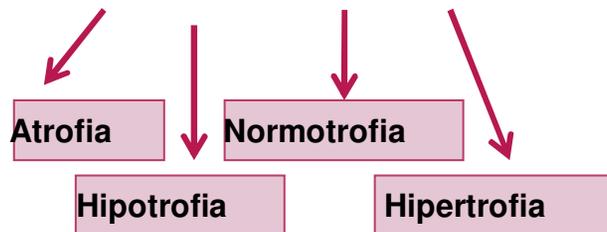
- Es el propio folículo maduro el que desencadena el estímulo ovulatorio a través de la secreción de esteroides.
- Cuando los estrógenos llegan a un nivel muy alto (en pico), estimulan ellos mismos, junto con la FSH, el pico ovulatorio de LH. Este pico de LH es el responsable de la ovulación.



CRECIMIENTO CELULAR

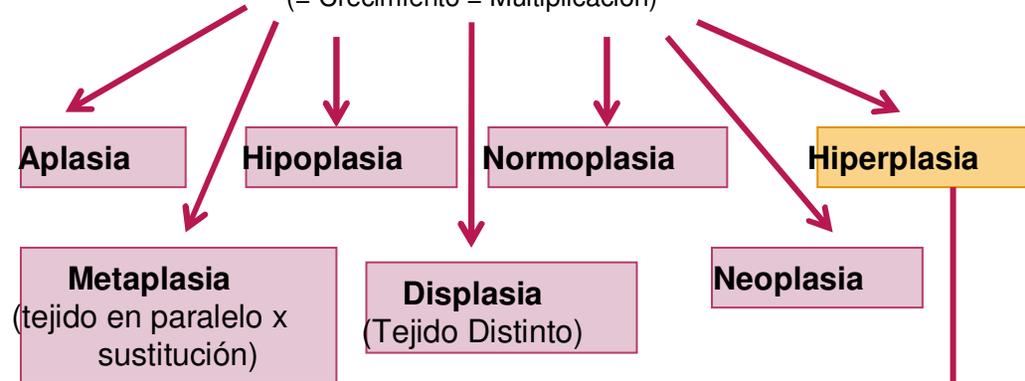
POR TAMAÑO

(= Trofismo = Forma)



POR DIVISIÓN

(= Crecimiento = Multiplicación)



Hiperplasia

1. Proliferación No Neoplásica

2. Proliferación Neoplásica

1.a. Reparadora o regeneradora

1.b. Hiperplasia

1.c. Metaplasia (Sustitución adaptativa de células maduras)

1.d. Displasias e/ lo normal y lo neoplásico = más anárquicas

Fisiológica (mama, regla)

Patológica (Hormonal)

Típicas

Atípicas

ETAPAS DE LA VIDA DE LA MUJER

Pubertad



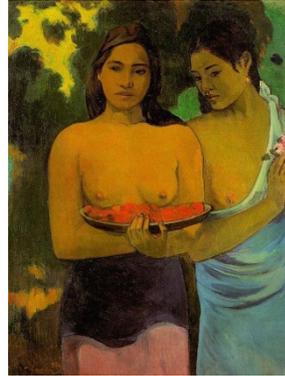
Fisiología

- Crecimiento acelerado
- Telarquia
- Pubarquia
- Menarquia

Patología

- Pubertad precoz
- Pubertad tardía
- Hemorragias juveniles

Edad Fértil



Fisiología

- Ovulación
- Menstruación
- Gestación

Patología

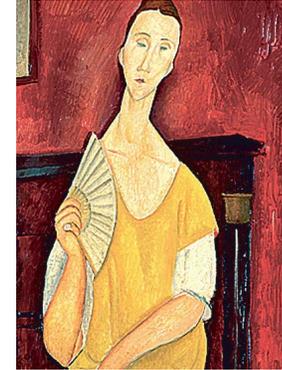
Generales

- SPM
- Infección tracto genital
 - ETS
 - EPI
 - TBC
- Quiste de ovario.
- Endometriosis
- Mioma y pat. endometrial
 - Cáncer
- Patología mamaria

Ciclo ovárico y fertilidad:

- Amenorrea
- Anovulación
- Hemorragias disfuncionales (ovulatorias y anovoulatorias)

Climaterio



Fisiología

- Cese ciclo ovárico
- Menopausia (1 año sin menstruación)
- Perimenopausia
- Menos estrógenos (afectan: mamas, vagina, vejiga y piel)

Patología

- Menopausia (del 1º; 2º, 3º tiempo)
- 3º: Osteoporosis, cardiovasculares



FISIOLOGÍA

A

PUBERTAD



- **Transición biológica** entre la función reproductora inmadura y la adulta.
- Aparecen los **caracteres sexuales** 2º y la capacidad de reproducción.
- El desarrollo morfológico se acompaña del desarrollo funcional y se adquiere la **fertilidad**.
- Dura aproximadamente **4-6 años**.

Activación del pulso Hipotálamo – Hipofisario

↓ producción de

Gonadotrofinas

↓ secreción de

Estrógenos y progesterona

(por estimulación de los órganos sexuales)

*El hecho fundamental de la pubertad es que el desarrollo morfológico se acompaña del desarrollo funcional, y como consecuencia, se adquiere la **fertilidad**.*

Procesos:

1) Crecimiento acelerado: las hormonas gonadales intervienen sobre el cartílago de los huesos largos. Aumento del crecimiento. Crecimiento disarmónico: primero manos y pies, tronco al final.

2) Telarquia: desarrollo mamario (1º manifestación de la impregnación estrogénica)

3) Pubarquia: desarrollo del vello axilar y púbico logrados por los andrógenos suprarrenales. Brota después de la telarquia.

4) Menarquia: Menstruaciones anovulatorias (12-18 meses). Aumento del grosor de las paredes de la vagina. Acidificación del medio. Crecimiento de útero y endometrio. Crecimiento de ovarios, que muestran folículos en diferente desarrollo. Mayor proporción de grasa corporal.

PATOLOGÍA

PUBERTAD



Pubertad precoz

- Aumentan Esteroides sexuales (se desconoce motivo)
- Aumenta Velocidad de crecimiento
- Aumenta Maduración esquelética (altas en la infancia pero con altura adulta baja)

Tratamiento: análogos de la GnRH

Pseudo pubertad precoz

Presencia de esteroides sexuales sin actividad del eje (fuente autónoma de esteroides)

Forma

Isosexual

Desarrollo fenotípico corresponde al sexo:

Causas

- Tm. productores de estrógenos ováricos
- Patología tiroidea
- Iatrogénica (Aumento de Estrógenos)

Forma

Heterosexual

Desarrollo fenotípico no se corresponde con el sexo:

Causas

- Tm. virilizantes
- Arrenoblastoma (ovárico)
- Hiperplasia suprarrenal
- Iatrogénica (Aumento de Andrógenos)

Pubertad tardía

Si la regla no ha aparecido a los 18 años.

Anomalías anatómicas (ej: uterina)

Retraso Constitucional Ideopático

Por activación retardada del pulso Hipotalámico del la GnRH

Hipogonadismo

- Hipergonadotróficos: **causa ovárica** (el eje funciona más para provocar al ovario)
- Hipogonadotróficos: **causa central** (el eje funciona menos, es el alterado)

Hemorragias juveniles

Suelen ser funcionales por inmadurez del eje.

Al no haber ovulación no hay progesterona

Aumentan Estrógenos , aumenta Endometrio

Necrosis y Hemorragia

(1% de las hemorragias juveniles son por patología sistémica, como Coagulopatías)

MENSTRUACIÓN

- Es la descamación del endometrio al finalizar la etapa lútea del ciclo, si el óvulo no ha sido fecundado. Suele ocurrir a partir del día 28 del ciclo.

Longitud del ciclo

- Irregular en los primeros ciclos
- Se normaliza a partir de los 18-20 años
- Después de un embarazo
- Se hacen más cortos a partir de los 40 años
- Se adelanta la ovulación en mujeres > 40 años (8 a 10 días ciclo)

EDAD FÉRTIL



Indicadores de ciclo normal

- Ciclo de 26 a 32 días
- Duración: 2 a 4 días
 - Un día flujo fuerte
- Cantidad: menos de 100cc.
- Ausencia de coágulos
- Ausencia de SPM
- Ausencia de dismenorrea

Síndrome pre Menstrual (SPM)

Clínica

Por exceso de estrógenos o déficit de progesterona

- Dolor en las mamas o mastodinia
- Dolor en la pelvis baja que irradia a piernas
- Hinchazón abdominal
- Edema de manos y pies
- Aumento de peso y pesadez
- Dolor muscular
- Dolor de cabeza
- Irritabilidad
- Respuestas irascibles
- Mal humor
- Ganas de llorar
- Depresión
- Ganas de comer dulces (hidratos de carbono)
- Problemas en el trabajo
- Stress
- Fatiga
- Cambios en el patrón del sueño

Valoración

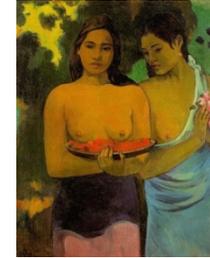
Leve: solo lo nota la misma mujer

Moderado: lo notan también las personas con las que convive o dura más de 4 días antes de la menstruación

Severo: no puede trabajar en sus actividades habituales o dura más de 8 días antes de la menstruación

PATOLOGÍA- CICLO OVÁRICO Y FERTILIDAD

FÉRTIL



- **Ciclo Ovárico:** Es el conjunto de fenómenos que ocurren periódicamente en la mujer cuyo fin es la selección y preparación de un folículo para la ovulación. Permite obtener un ovocito maduro apto para ser fecundado.

Amenorreas



Primaria

- Centrales
- Del tracto
- Psicógenas
- Estrés
- Embarazo



Secundaria

- Útero (TQT-Histerectomía)
- Ovárica (Tm-SOP-
Castración: química/quirúrg.)
- Hipofisaria (Sd. Amenorrea
Galactorrea-Tm)
- Hipotalámicas
(Funcionales-Endocrinas)
- Embarazo

Anovulación



SOP (Síndrome de ovario poliquístico)

- Anovulación
- Hiperandrogenismo
- Obesidad
- Hiperpigmentación



Disfunción

- Hipotálamo
- Hipósis
- Gl. Periféricas — Suprarrenal
Tiroides
Ovarios

Hemorragias



Ovulatorias

Por ciclos con ovulación tardía o insuficiencia luteínica (falta Progesterona)

- Polimenorreas
- Hipermenorreas
- Hemorragia ovulación
- Hemorragia post menstrual



Anovulatoria

- Adolescentes
- SOP
- Menopáusicas

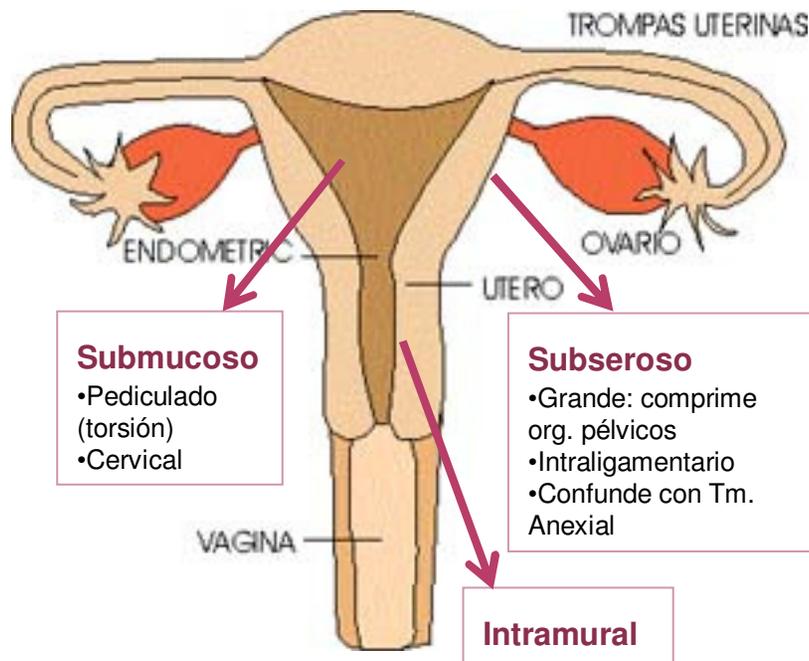


MIOMA UTERINO

- Tumor benigno desarrollado a expensas de las fibras musculares lisas.
- Frecuente entre los 35-55 años.
- Se desconoce el origen pero es estrógeno dependiente, entonces disminuye en la menopausia
- 80% asintomáticos

Síntomas (dependen de: localización, tamaño y cambios degenerativos que sufran)

- **Metrorragia** (+ Anemia = mala calidad de vida)
- **Síntomas urinarios por compresión** (Polaquiuria, Disuria, Tenesmo vesical)
- **Mayor volumen abdominal**
- **Reproducción: Esterilidad:** perturba fecundación.
- **Infertilidad:** aborto espontáneo (impide implantación).
- **Parto Pretérmino**

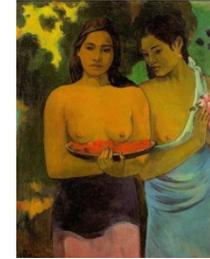


Diagnóstico

- Exploración física
- Ecografía: tamaño y heterogeneidad
- Histeroscopia: para los submucosos

Tratamiento

- Expectante
- Homeopático
- Quirúrgico (radical o conservador)
- Por degeneración o torsión
- Por compresión
- Por calidad de vida
- Por problemas de reproducción
- Pre quirúrgico = Aco o Análogos a la GnRH: ambos inhiben FSH = Hipoestrogenismo



QUISTES DE OVARIO

- Son formaciones quísticas desarrolladas a partir de elementos constitutivos normales del ovario



Diagnóstico

- Examen ginecológico
- Ecografía (Quiste Simple: de contenido homogéneo. Quiste Complejo: de contenido heterogéneo)

Tratamiento

- Homeopático y otras medicinas complementarias (x ej. Acupuntura)
- Punción guiada bajo ecografía
- Cirugía Laparoscópica
- Cirugía abdominal



ENDOMETRIOSIS

FÉRTIL



- Presencia de tejido endometrial (gl. y estroma) fuera de la cavidad uterina.
- Presencia en cualquier lugar del cuerpo de **endometrio ectópico**, con capacidad de crecer, infiltrar e incluso diseminarse de manera similar al tejido tumoral pero no lo es.
- Es una **patología benigna** y estrógenodependiente pero con respuesta similar a una enfermedad inflamatoria, produciendo fibrosis y adherencia en peritoneo.
- **Interna**: en el miometrio
- **Externa**: genital (ovario = quistes de chocolate, trompa, peritoneo y extragenital = intestino, vía urinaria, pleura, etc.)

Síntomas

- **Sd. Doloroso** (Dismenorrea 90%, Dispareunia, dolor pélvico crónico)
- **Alteraciones menstruales** (Spotting interno, alt. por aumento estr. Retard.)
- **Infertilidad** (por obstrucción por adherencias)
- **Abdomen agudo** (por rotura de quistes, por obstrucción intestinal)

Diagnóstico

- Ecografía
- Lab (aumento Ca 125)
- Laparoscopia (certeza)

Tratamiento

- Expectante
- Homeopático
- Embarazo (si los quistes son hallazgo asintomático)
- Hormonodependiente = tto análogos de GnRH. Hipogestrogenismo por disminución FSH – LH = Amenorrea.
- Quirúrgico
- Hipogestrogenismo y quirúrgico combinados





PATOLOGÍA ENDOMETRIAL

Pólipo Endometrial

- Formación pediculada en la cavidad uterina constituida por el endometrio.

Síntomas

- Metrorragia en la perimenopausia
- Pérdidas intermenstruales
- Hemorragias post coito

Diagnóstico

- Ecografía post menstrual
- Histeroscopia

Tratamiento

- Exéresis + Anatomía patológica

Hiperplasia Endometrial

- Proliferación del endometrio producido por el estímulo de los estrógenos y no compensado por la secreción de Progesterona.= Metrorragia o Hipermenorrea.

- Según Diagnóstico Histológico
 - Hiperplasia Simple
 - Hiperplasia Compleja
 - Hiperplasia Simple Atípica
 - Hiperplasia Compleja Atípica

Causas

- Hiperestrogenismo interno: persistencia folicular, SOP, Cirrosis Hepática, Tm. de Ovarios, Obesidad, HTA, Diabetes.
- Hiperestrogenismo externo: contaminación, alimentación, ambiental, etc.

Diagnóstico

- Ecografía vaginal
- Citología = Histiocitos (indican actividad endometrial-menopausia)
- Legrado

Tratamiento

- Progesterona natural (Peri Menopáusicas)
- ACO (edad reproductiva sin deseo gestacional)
- Estimulante ovulación (con deseo gestacional)
- Tto. Quirúrgico (Ablación endometrial por

PATOLOGÍA MAMARIA



Mastitis

- Dolor
- Hinchazón
- Alta temperatura en la mama y sistémica
- 90% en la lactancia = Mastitis puerperal
- Diagnóstico: examen ginecológico
- Tratamiento: Homeopático + otras medicinas complementarias (Acupuntura), ATB, Drenaje quirúrgico si se absceda.
- Mamografía post tto.

FAM

Fibroadenoma

- Tumor benigno
- Diagnóstico:
 - Por palpación
 - Mamografía
- Tratamiento:
 - Nada
 - Quirúrgico (?)

Displasias MFQ

Mastopatía

Fibroquística

- Diagnóstico: palpación + SPM: dolor. Mamografía. Ecografía.
- Tratamiento: Homeopático + otras medicinas complementarias (Acupuntura), Progesterona natural en la mama.

Derrame por el pezón

LECHE

- Causa Endocrinológica
- Adenoma Hipofisario

SANGRE

- Nada
- Cáncer



PROBLEMAS ASOCIADOS A LA EDAD FÉRTIL REPRODUCCIÓN



ESTERILIDAD (Imposibilidad de concebir)

CAUSAS



- Alteraciones en ovulación
- Endometriosis
- Factor Tubo-peritoneal
- Factor Cervical



- Defecto de producción
- Obstrucción
- Disfunción sexual



- Genéticas
- Interacción espermatozoide-ovocito

DIAGNOSTICO

- Exploración ginecológica
- Analítica general y hormonal + orina
- Ecografía ginecológica
- Seminograma



Estudio ampliado de esterilidad

- Temperatura Basal
- Test Post-Coital
- Histerosalpingografía
- Biopsia de Endometrio
- Laparoscopia
- Test de valoración Hormonal
- Test Inmunológicos
- Estudio Genético: Cariotipo
- Estudio Andrológico

TRATAMIENTO

- Medicinas alternativas
- Tratamiento Médico:
 - Inducción a la ovulación (citrato de clomifeno u hormonales)
- Tratamiento Quirúrgico:
 - Laparoscopia
 - Cirugía endometriosis
 - Cirugía Tubárea
 - Miomectomía
 - Cirugía andrológica



EDAD FÉRTIL



PROBLEMAS ASOCIADOS A LA REPRODUCCIÓN (CONT.)

INFERTILIDAD (Imposibilidad de llevar una gestación a término)

CAUSAS

- ♂
♀
 - **Genéticas:** alteraciones cromosómicas del embrión. 75 a 85% de abortos.
 - **Uterinas:**
 - Malformaciones
 - Miomas
 - Adherencias intracavitarias
 - Insuficiencia cervical
 - **Inmunológicas:** Sd. Antifosfolipídico (abortos por trombosis y embolias placentarias)
 - **Infecciosas:**
 - Sífilis
 - Toxoplasmosis
 - Citomegalovirus
 - Micoplasma, Clamydias, etc.
 - **Endocrinológicas:**
 - Diabetes (descontrolada)
 - Tiroides (hipotiroidismo)
 - Insuficiencia del Cuerpo Lúteo (falta progesterona)

DIAGNOSTICO

- Exploración ginecológica
- Analítica general y hormonal/orina
- Ecografía ginecológica
- Seminograma



Estudio específico de Infertilidad

- Determinación de Ac. Antifosfo.
- Biopsia de Endometrio
- Histeroscopia
- Cariotipo del material abortivo
- Estudio Cito-genético del Esperma
- Estudio genético de Trombofilias
- Diagnóstico Genético Pre implantacional (in-vitro)

TRATAMIENTO

- **Del Útero:**
 - Miomectomía
 - *Submucosas*: x histeroscopia. Se operan siempre.
 - *Intramurales*: x laparoscopia
 - *Subserosas*: no indicada la cirugía por infertilidad
 - Adherencias: debridación x histeroscopia
 - Insuficiencia cervical: cerclaje del cuello (durante el embarazo)
- **Sd. Antifosfolipídico**
Corticoides y Heparina
- **Infecciosas**
- **Endocrinológicas**
- **Genéticos**



FISIOLOGÍA A

CLIMATERIO



- Período prolongado y variable de tiempo que se caracteriza por la **pérdida de la capacidad reproductora** por agotamiento de la reserva folicular del ovario.
- Esto conlleva un **descenso de las hormonas ováricas**, alternándose así las distintas correlaciones endocrinas.
- Se considera **Menopausia** luego de pasado 1 año sin menstruación ni pérdida hemática, por mínima que esta sea.
- El tiempo que precede y sigue a la menopausia se llama **Perimenopausia**.

SÍNTOMAS Y PROBLEMAS MENOPÁUSICOS

(Se presenta en el 60% a 70% de todas las mujeres y dura de 2 a 8 años)

A corto plazo

- Sudores
- Sofocos
- Vértigos
- Cefaleas
- Alteraciones emocionales o psíquicas:
 - Depresión
 - Nerviosismo
 - Impaciencia
 - Irritabilidad
 - Pérdida de memoria
 - Trastornos de la afectividad
 - Menor concentración
 - Insomnio
 - Disminución de la libido

A mediano plazo

- Alteraciones cutáneas
- Alteraciones genitourinarias
- Atrofia epitelio vaginal
- Sequedad vaginal
- Prurito vulvar
- Dispareunia
- Atrofia epitelio Uretra y Vejiga (Disuria)
- Cistitis a repetición e incontinencia

A largo plazo

- Prolapso genital
- Distrofias vulvares
- Vulvitis
- Neoplasias (Citología de la lesión – Biopsia)

A más largo plazo

- Osteoporosis
- Complicaciones cardiovasculares



PATOLOGÍA



- El 95% de las mujeres alcanzan el climaterio y desarrollan enfermedades y síntomas post menopáusicos en los países industrializados.
- Edad de aparición de la menopausia = 48 a 52 años (1 año sin regla) = no se ha modificado en un siglo.
- Menopausia
 - Natural
 - Provocada (Quirúrgica, TQT o Radio Terapia)

Menopausia Prematura

- Entre los 35 – 40 años, por falla ovárica (= amenorrea)
- Hipoestrogenismo
- Aumento de FSH – LH

Menopausia tardía

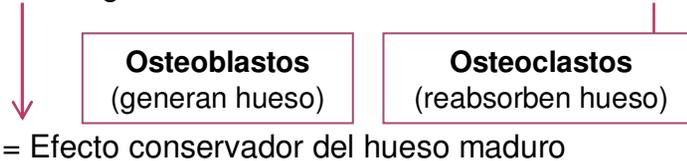
- Después de los 54 años
- 1º = Aumento de FSH.
- No hay producción estrogénica por los folículos del ovario, pero en sangre se detectan niveles importantes de estrógenos.
- Principal fuente en esta etapa = transformación en la grasa periférica de la Androstenediona Suprarrenal en **Estrona** (estrógeno por excelencia de la mujer menopáusica).
- Al faltar ovulación: fase lútea falta o es deficiente (déficit de progesterona) = se acorta el ciclo (<21 días = Polimenorrea)
- Cuando los ciclos ya son anovulatorios >35 días = Oligomenorrea, con baches Amenorreicos y Metrorragias.
- Anovulación = **ausencia de Progesterona**.
- No oposición al estrógeno = Endometrio responde como Hiperestrogenismo relativo con alteraciones menstruales por exceso.
- + tiempo = + se nota la falta de estrógenos ováricos = Amenorrea.
- Luego solo queda los Estrógenos Suprarrenales
- Signos leves de virilización, piel, cambios lipídicos, enf. Cardiovasculares.

PATOLOGÍA MENOPÁUSICA A LARGO PLAZO



Osteoporosis post Menopáusica

- **Pérdida de masa ósea**, fragilidad de los huesos y tendencia a fracturas. Permanece la mineralización de la matriz orgánica del hueso
- No es una enfermedad del hueso sino una **alteración** en la formación del mismo.
- Estrógenos: regulan la secreción de **Calcitonina** = inhibe



- Pérdida función ovárica → **< Tenor estrogénico**
- **< Calcitonina** → **> Reabsorción ósea**
- La pérdida ósea es más rápida en los primeros 5 años y se estabiliza luego. Es mayor en Menopausia Quirúrgica.
- **Factores de riesgo:**



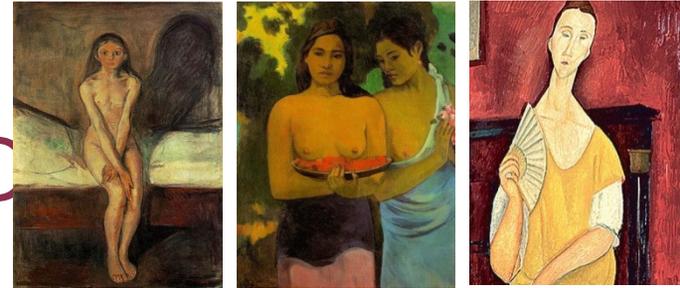
- Raciales
- Antecedentes familiares
- Hábitos de vida (sedentarismo, tabaco, alcohol, cafeína, drogas, mala dieta)
- Descenso de peso
- Hipertiroidismo, Hiperparatiroidismo
- Diabetes I Cushing
- Medicamentos
- Enfermedades crónicas

Complicaciones cardiovasculares

- 10 años de la Menopausia = la incidencia en la mujer se iguala a la del hombre.
- Déficit de estrógenos = altera el perfil lipídico de la mujer postmenopáusica hacia niveles más aterogénicos = > riesgo cardiovascular.
- Aumento **Colesterol**
- LDL: promueve la placa de ateroma
- HDL: Protege contra la formación de la placa de ateroma
- **Estrógenos**: hay receptores estrogénicos en el endotelio de los vasos = producen vasodilatación. Si faltan = vasoconstricción + Placa de ateroma = <irrigación coronaria = **INFARTO**.
- Hipertensión arterial
- Obesidad
- Diabetes



CÁNCER GINECOLÓGICO



Mama

- Examen Mamario = Tumor
- Mamografía
- Ecografía
- Marcadores Tumorales de mama
- Resonancia Magnética
- Resto de estudios complementarios para Estadiaje (Cáncer agudo NO quirúrgico)

Ovarios

- Examen ginecológico (a veces nada)
- Sts abdominales
- Ecografía
- Laparoscopia
- Marcadores tumorales de ovario
- Resonancia Magnética
- Resto de Estudios Complementarios para Estadiaje

Endometrio

- Examen ginecológico (a veces nada)
- Sangrado
- Ecografía
- Marcadores tumorales de Endometrio
- Resonancia Magnética
- Resto de Estudios Complementarios para Estadiaje

Mama

- Detectable precozmente por Citología + Test HPV.

ESTADÍO DE LA ENFERMEDAD

Tratamiento

- Cirugía
- TQT
- Radioterapia

(CONT.)

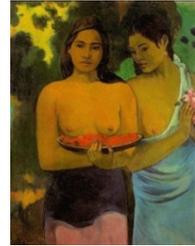
- Existe una interrelación entre la influencia psico-emocional y la expresión somática consecuente.
- La GnRH Hipotalámica es funcionalmente controlada por los neurotransmisores cerebrales del Sistema Adrenérgico – Noradrenérgico, de la Serotonina, Melatonina, etc., por lo cual es fácilmente deducible que ante el stress se produzcan “disfunciones gonadales”, por ejemplo, metrorragias – amenorreas, etc.

Ya hemos aprendido a mirar al ser humano como una unidad anatomo-funcional, en la salud y en la enfermedad. No podemos separar el órgano de su función (enfermedades “orgánicas” y “funcionales”), el cuerpo de la psiquis o de las emociones, ni al Ser Humano de su comportamiento, o sea al individuo de su relación social.

Todo esto es lo que configura lo psico-somático



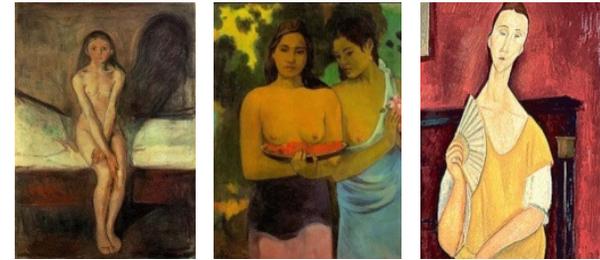
A MODO DE APROXIMACIÓN A LA CONSULTA DE UNA PACIENTE



- Cuando la paciente llega a la consulta, no deja sus emociones en casa ni los problemas laborales en la oficina, aunque consulte por síntomas relacionados a la peri-menopausia – como pueden ser alteraciones del ciclo-. Tampoco deja de traer su quiste de ovario, si viene por un incremento significativo de su estado de ansiedad.
- Ubico a la paciente en la estructura familiar.
- Pregunto el motivo de la consulta:
 - Siempre aparece el “motivo de consulta Manifiesto”
 - Una vez que tengo esa respuesta, me vuelvo a preguntar “¿Por qué vendrá?”, ya que sé fehacientemente que existe otro motivo Latente y que es precisamente éste el que la lleva a consultar.
- Ubico el proceso corporal que está en juego a partir de los síntomas que refiere.
- Indago los contenidos psico-biográficos.
- Elaboro, a través del interrogatorio, la historia clínica homeopática.
- Intento asociar lo emocional a la función y alteración del órgano o sistema comprometido en la enfermedad.
- Examen ginecológico y estudios complementarios, si procede.
- Terapéutica homeopática y corrección de hábitos.



GINECOLOGÍA PSICOSOMÁTICA



Ejemplos de situaciones asociadas a la salud de la mujer

Síndrome pre-menstrual SPM

Histerectomía no Oncológica

Depresión y Cáncer de Mama

Psicopatología asociada a la
enfermedad x Virus del



SÍNDROME PRE-MENSTRUAL



- Se produce durante la fase lútea del ciclo en el 75% de las mujeres en edad fértil
- La insuficiencia del cuerpo lúteo
 - genera disminución o falta de progesterona, responsable de los síntomas
- Desequilibrar los neurotransmisores (como la serotonina)
- La falta de serotonina hace coincidir los síntomas con otros trastornos, como la depresión, la ansiedad, TCA, irritabilidad, etc.
- Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina) inhibe rápidamente los síntomas pero tiene efectos secundarios como disminución de la libido-anorgasmia

Tratamiento Homeopático

=

Factores subjetivos en juego

- Ca + Mag.
- Ansiolíticos
- ACO = son los más usados, también por el acné.



HISTERECTOMÍA NO ONCOLÓGICA



- La patología quirúrgica en la mama al ser más evidente disminuye la autoestima.
- La patología quirúrgica del útero moviliza emociones reales o fantaseadas.
- Ante la histerectomía la mujer suele vivir y sentir una carencia.

- Fantasías ligadas a la sexualidad
 - En las horas posquirúrgicas la mujer se convierte en menopáusica al no volver a tener regla.
 - Si la cirugía preserva los ovarios seguirá teniendo síndrome premenstrual.
 - Se sigue esperando y recordando algo que no llegará

HISTERECTOMÍA

LA REACCIÓN DE CADA MUJER ES DIFERENTE



- Cada mujer tiene un patrón particular de reacción ante la patología dependiendo de su ser, intereses profesionales, relaciones íntimas, la imagen que tenga de si misma, de su feminidad, de su futuro
- Siempre tener en cuenta la patología “Psi” previa. En caso de haberla, la operación será un desencadenante
 - El desafío de la mujer frente a la operación es conservar la misma sexualidad
- Toda pérdida supone un duelo... Todo duelo, una elaboración.
- A veces se produce un vacío en la pareja y su sexualidad

○S.N.Autónomo inerva los órganos sexuales internos

- La cirugía puede afectar la inervación al escindir el cuello, de ahí que la disfunción sexual sea menor en la Histerectomía Supracervical
- Las contracciones uterinas aumentan el placer orgásmico. Por esto, algunas mujeres se quejan de tener menos placer después de una histerectomía
- La cirugía por vía vaginal o laparoscópica = menor impacto para la mujer

Síntomas postquirúrgicos frecuentes

Dispareunia
Ansiedad

PSICOLOGIA E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA



- La ansiedad frente al estrés de la cirugía determina un riesgo quirúrgico adicional
- Promover la aclaración de dudas y preguntas facilita adaptarse al estrés quirúrgico
- La operación implica consciente o inconscientemente una amenaza a la propia vida

Temores

- A la narcosis: no despertar
- A despertar en medio de la operación
- A la pérdida de control
- A que se descubra algo = Cáncer
- A los errores del cirujano
- A lo desconocido
- Al alta y quedar desprotegida
- El miedo y la ansiedad determina manifestaciones somáticas y neurovegetativas:
 - Aumenta la adrenalina = mayor riesgo anestésico = arritmia = T.A
 - Una buena explicación... es el mejor Ansiolítico

Explicación

Del procedimiento

De lo que va a sentir (dolor, náuseas, mareos, sequedad)

- Técnicas: respiración profunda, respiración abdominal, relajación..

Cuanto más repentina sea la operación = mayor “neurosis de susto” (H. Deutsch) = Estrés postraumático

Cuanto menos malestares o síntomas = la decisión es más dura

Histerectomía

Genera fantasías de perder feminidad, el orgasmo, la libido
Las fantasías se dan en mujeres con o sin hijos, hayan sido éstos deseados o no.

*“No hay nostalgia peor que añorar lo que nunca sucedió”
(Sabina)*

DEPRESIÓN Y CÁNCER DE M



- Existencia previa de depresión, es un factor de riesgo
- Lo habitual es la depresión, luego del diagnóstico y tratamiento. Se trata siempre.
- La depresión luego del tratamiento se da por miedo a la recidiva
- Otro condicionante de la depresión es la pérdida de la fertilidad y la menopausia química
 - Por TQT o castración química (inhibidores de la LH-Tamoxifeno)

○ Relevantes

- Estilo de afrontarlo
- Valoración-preocupación
- Estabilidad emocional
- Autoconfianza
- Fortaleza
- Autoestima
- Adaptación satisfactoria al estrés

